

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Francisco de Sales Clementino

**TUBERCULOSE: CONHECIMENTOS, REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E
EXPERIÊNCIAS DA DOENÇA NA VISÃO DO PORTADOR**

Natal - RN

2009



Francisco de Sales Clementino



**TUBERCULOSE: CONHECIMENTOS, REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E
EXPERIÊNCIAS DA DOENÇA NA VISÃO DO PORTADOR**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PGENF-UFRN), área de concentração Assistência à Saúde, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda

Natal - RN

2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL DA UFCG

C626t
2009

Clementino, Francisco de Sales.

Tuberculose: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença na visão do portador / Francisco de Sales Clementino. — Campina Grande, 2009.

176 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde.

Referências.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda.

1. Tuberculose Pulmonar. 2. Descentralização. 3. Saúde da Família. 4. Terapia Diretamente Observada. 5. Pesquisa em Enfermagem. I. Título.

CDU – 616.24-002.5(043)



Francisco de Sales Clementino

**TUBERCULOSE: CONHECIMENTOS, REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E
EXPERIÊNCIAS DA DOENÇA NA VISÃO DO PORTADOR**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PGENF-UFRN), área de concentração Assistência à Saúde, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 28/10/2009

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda
Orientador
Departamento de Enfermagem da UFRN

Profa. Dra. Jordana de Almeida Nogueira
Professora - Avaliadora
Departamento de Enfermagem da UFPB

Profa. Dra. Bertha Cruz Enders
Professora - Avaliadora
Departamento de Enfermagem da UFRN

Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio
Professor - Avaliador
Departamento de Enfermagem da UFRN



DEDICATÓRIA

*Este estudo é dedicado a pessoas fundamentalmente importantes para mim: à minha **mãe Ozanete**, meu espelho e ponto de referência; à minha esposa **Martha**, presente ao meu lado em todos os momentos que preciso; à minha **filha, Ana Cecília**, minha maior fonte de amor e de inspiração; ao meu **pai, Antônio Clementino** (in memoriam) que, muito antes de partir, me ensinou todas as lições de que precisei para construir o meu caminho.*



AGRADECIMENTOS

- ✚ A **Deus**, ser supremo, fonte de toda força e iluminação.
- ✚ À **minha mãe**. Mais que mãe... minha melhor amiga!
- ✚ Ao **meu pai** (*in memorian*), grande exemplo de vida.
- ✚ À **minha esposa, Martha**, minha companheira e grande incentivadora deste projeto. Muito obrigado pelo incalculável apoio!
- ✚ À **minha filha, Ana Cecília**, fruto de um grande amor. Presença constante em minha vida. Obrigado por saber aceitar minhas ausências.
- ✚ Aos **meus irmãos, cunhados e sobrinhos**, que sempre suportaram meus momentos de fraqueza e ansiedade e serviram sempre de apoio, não me deixando desistir do meu objetivo, que era também deles.
- ✚ Ao meu orientador, **Francisco Arnoldo**, por sua dedicação, incentivo e apoios constantes, mostrando-se sempre paciente e disposto a ajudar.
- ✚ À Professora Dra. **Lenilde Duarte**, de forma muito especial, pelo importante incentivo inicial.
- ✚ À minha prima **Danielle**, pelo carinho e entusiasmo que sempre me depositou.
- ✚ Aos amigos **Oswaldo** e **Rose**, pelos momentos que compartilhamos as angústias e as alegrias. E uma lembrança carinhosa para **Ana Sofia**, que ainda sendo gerada e já é parte desta realização.
- ✚ Aos amigos **Cláudia Martiniano, Ana Elisa, Daíse, Arleuson e Santana**, pelos conhecimentos partilhados, apoio e amizade.
- ✚ Aos **colegas do mestrado**, pelos questionamentos e sugestões pertinentes ao desenvolvimento deste estudo.
- ✚ Aos **professores do curso de Pós-Graduação em Enfermagem**, pela seriedade e ensinamentos transmitidos.
- ✚ À **Coordenação de Pós-Graduação em Enfermagem...** Obrigado por tudo!
- ✚ Aos professores que compuseram a **banca examinadora** (qualificação e defesa) e dispuseram de seu tempo e conhecimentos para contribuir na construção deste estudo.
- ✚ Aos **portadores de tuberculose**, que se dispuseram a participar deste estudo, compartilhando aspectos íntimos de suas vidas.

A todos os outros cujos nomes não foram citados, mas sabem que deveriam estar aqui...

MUITO OBRIGADO!



*“Há um tempo em que nós precisamos abandonar as
roupas usadas que já têm o formato do nosso corpo
e esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares.*

*É o tempo da travessia.
E se não ousamos fazê-la,
teremos ficado para sempre
às margens de nós mesmos!”*

(Fernando Pessoa)



RESUMO

CLEMENTINO, Francisco de Sales. Tuberculose: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença na visão do portador. 2009. 175 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2009.

A tuberculose, considerada uma das mais antigas doenças que acometem a humanidade, cujos registros datam desde o ano 3900 antes de Cristo, atualmente constitui-se, no cenário mundial, como um grave problema de saúde pública, reflexo da má distribuição de renda e conseqüente precariedade das condições de vida, dentre outros fatores. Nesse sentido, desenvolveu-se um estudo exploratório e descritivo, com o objetivo de analisar as representações sociais da tuberculose pelos usuários das Unidades de Saúde da Família do Município de Campina Grande-PB, frente à descentralização das ações de controle da doença. Entrevistou-se 34 doentes de Tuberculose que realizaram tratamento no período de 2007 a 2008. A faixa etária dos entrevistados variou entre 10 e 60 anos, com predomínio dos 36 aos 60 (58,8%, n=20); em seguida, adulto jovem e adulto (21- 35 anos), com 11 (32,3%) respondentes e, em menor freqüência, a faixa correspondente a crianças e adolescentes (11-20 anos), com 03 (8,8%) participantes. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada. As questões norteadoras foram elaboradas com base nas recomendações operacionais propostas pela Estratégia DOTS, a saber: acesso aos exames laboratoriais; garantia de medicamentos; tratamento diretamente observado. Além disso, foram consideradas as experiências do usuário nas relações familiares e com os diferentes grupos sociais. A análise do material discursivo foi submetida ao *software Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Texte - ALCESTE 4.7*. A interpretação dos dados apontou cinco categorias temáticas em que estão organizadas as representações sociais relacionadas aos doentes de tuberculose atendidos na estratégia DOTS: 1) A acessibilidade sobre o atendimento nos serviços de saúde; 2) A doença entendida pelos usuários; 3) A mudança de funcionamento na vida produtiva; 4) Os sinais e sintomas de estar doente com tuberculose; 5) Os rearranjos e mecanismos de enfrentamento. O Núcleo Central evidenciou a compreensão da tuberculose como uma doença transmissível que pode ser prevenida através de práticas educativas, promoção da saúde, busca ativa de sintomáticos respiratórios, controle dos comunicantes; mecanismos que devem estar incorporados à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde da família. Os Elementos Intermediários, ancorados no cotidiano, e experiências individuais dos doentes de tuberculose, apontam questões relacionadas a atitudes e crenças circundadas pelo preconceito, levando ao isolamento, bem como à restrição dos relacionamentos interpessoais. Os Elementos Periféricos foram constituídos por temas cercados por sentimentos de indignação do doente de tuberculose frente às barreiras encontradas nas Unidades Básicas de Saúde da Família durante o tratamento. Estes elementos denotam um conteúdo negativo da representação quanto à acessibilidade, a saber: estrutura inadequada dos serviços de saúde; distância para o Centro de Referência (Centro de Saúde), o que dificulta a continuidade do atendimento; demora no agendamento e resultados dos exames; limitação dos serviços em responder a outras demandas (médico, dentista, entre outras). Espera-se contribuir para a construção de uma nova perspectiva da questão saúde entre os diferentes agentes que fazem as instituições assistenciais e de formação de profissionais, seja em âmbito central ou local.

Palavras-Chave: Tuberculose pulmonar. Descentralização. Saúde da Família. Terapia diretamente observada. Pesquisa em Enfermagem



ABSTRACT

CLEMENTINO, Francisco de Sales. Tuberculosis: knowledge, social representations, and experience with the disease considering the carrier perspective. 2009. 175 p. Dissertation (Masters) – Nursing Post – Graduation Program, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal – RN, 2009.

Tuberculosis is considered one of the most ancient human diseases, cases were registered 3900 years before Christ, and it is currently regarded as a serious public health problem in the world due to several factors such as income mismanagement, precarious standard of life and some sort of prejudice comprised by the word tuberculosis. Taking this into consideration, it was developed a descriptive and exploratory study aiming at analyzing the social representations of tuberculosis made by its patient from the *Unidades de Saúde da Família* (Family Health Units – a public health program) in Campina Grande City – PB, in relation to the decentralization of the policies that administrate the disease. It was interviewed 34 tuberculosis patient that were being treated from 2007 to 2008. The age group of the interviewees varied from 10 to 60 years old, but most of them were between 36 and 60 years old (58,8%, n=20), some were young adult and adult (21 – 35 years old), with 11 (32,3%) respondents, and, less frequent, children and teenagers (11 – 20 years old), with 03 (8,8%) participants. Data was collected through semi-structured interview. The questions that guided the research were elaborated based on the operational recommendations of DOTS strategy; that is: access to laboratory examinations; medication guarantee; directly observed treatment. Besides that, the experiences of the patient were considered in their relation with the family and the different social groups. The analysis of the discursive material was submitted to the *Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Texte* software - ALCESTE 4.7. Data interpretation showed five categories for the social representations of the tuberculosis patient that participated in DOTS strategy: 1) the accessibility of the health assistance service; 2) the patient perspective of the disease; 3) the change in the operation of the productive life; 4) the signals and symptoms of the tuberculosis disease; 5) the rearrangement and mechanisms used to face the disease. The Central Nucleus reveals that tuberculosis is a transmissible disease that can be prevented by people through educational practices, health promotion, active search for symptomatic respiratory and control of the carriers communication; these mechanisms should be incorporated to the routine of all participants of the family health groups. The Intermediate Elements, based on quotidian life, as well as the individual experiences of the tuberculosis patient, reveals prejudiced attitude and beliefs that lead to isolation and restriction of interpersonal relationship. Peripheral Elements were constituted by themes that showed the patient feelings of indignation because of the social barriers they had to face in the Family Health Units during the treatment. These elements demonstrate a negative perspective of the representation concerning the accessibility, i.e. inadequate structure of the health service; long distance to the Health Centre, this factor makes it difficult for the patient to continue the treatment; scheduling delay; and limited service regarding other requests (doctor, dentist etc). One expects to contribute for the construction of a new perspective of the health question between the different agents who make the assistencial institutions and formation of professionals, either in central or local scope.

Key-words: Lung Tuberculosis. Decentralization. Family Health. Directly Observed Therapy. Research in Nursing.



LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Mapa de Campina Grande-PB, de acordo com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, por Distrito Sanitário de Saúde, 2008.....	64
FIGURA 2 – Classificação hierárquica descendente elaborada pelo ALCESTE 4.7, de acordo com as entrevistas realizadas com 34 doentes de tuberculose. Campina Grande-PB, 2007/2008.....	76
FIGURA 3 - Distribuição de UCEs e aproveitamento de cada classe elaborada pelo ALCESTE 4.7, de acordo com as entrevistas realizadas com 34 doentes de tuberculose. Campina Grande-PB, 2007/2008.....	77
FIGURA 4 – Dendograma de Classificação Descendente Hierárquica elaborado pelo ALCESTE 4.7, de acordo com as entrevistas realizadas com 34 doentes de tuberculose. Campina Grande-PB, 2007/2008.....	77
FIGURA 5 – Dendograma representativo do percentual por classes e categorias de análise, elaborado pelo ALCESTE 4.7, de acordo com as entrevistas realizadas com 34 doentes de tuberculose. Campina Grande-PB, 2007/2008.....	85
FIGURA 6 – Análise Fatorial dos sujeitos e as unidades de atendimento do DOTS.....	119
FIGURA 7 – Análise Fatorial dos sujeitos no sentido semântico e léxico sobre DOTS.....	120
FIGURA 8 – Identificação por quadrantes dos conteúdos na perspectiva da Teoria do Núcleo Central.....	121



LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Rede Municipal de Serviços de Saúde de Campina Grande-PB, 2008.	63
QUADRO 2 – Cobertura populacional baseada na população real do IBGE no ano de 2008.....	63
QUADRO 3 – Codificação dos usuários do DOTS por Distrito Sanitário. Campina Grande/PB, 2008.....	74
QUADRO 4 – Trecho do <i>corpus</i> organizado no formato ALCESTE e construído a partir das entrevistas realizadas. Campina Grande-PB, 2007/2008.....	75
QUADRO 5 - Categorias e sub-categorias geradas pelo ALCESTE, Campina Grande-PB, 2008.....	87



LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição dos casos notificados de tuberculose do município de Campina Grande-PB, segundo dados do SINAN. 2007/2008.....	70
TABELA 2 – Descrição das classes semânticas originadas do <i>corpus</i> correspondente às 34 entrevistas realizadas com os doentes de tuberculose atendidos no DOTS, Campina Grande-PB, 2007/2008.	78
TABELA 3 – Caracterização dos usuários que realizaram tratamento de tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde da Família de Campina Grande-PB, 2007/2008.....	80



LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	→ Agentes Comunitários da Saúde
AIDS	→ Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida
APS	→ Atenção Primária à Saúde
BCG	→ Bacilo de Calmette-Guérin
CNCT	→ Campanha Nacional Contra a Tuberculose
CNPS	→ Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
COSAC	→ Coordenação de Saúde da Comunidade
DOTS	→ <i>Directly Observed Therapy Short-Course</i>
DST	→ Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	→ Equipe de Saúde da Família
HIV	→ <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
INH	→ Isoniazida
MR	→ Multidrogarresistência
MS	→ Ministério da Saúde
NOB	→ Norma Operacional Básica
OMS	→ Organização Mundial de Saúde
OPAS	→ Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	→ Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	→ Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	→ Programa Nacional do Controle da Tuberculose
PSF	→ Programa de Saúde da Família
PZA	→ Pirazinamida
RPM	→ Rifampicina
SAI	→ Sistema de Informação Ambulatorial
SAS	→ Secretaria de Assistência à Saúde
SIAB	→ Sistema de informação de Atenção Básica
SIH	→ Sistema de Informação Hospitalar
SIM	→ Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	→ Sistema Nacional de Agravos e Notificação

Continua...



LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

SIS	→ Sistema de Informação em Saúde
SUS	→ Sistema Único de Saúde
TAA	→ Tratamento Auto-Administrado
TB	→ Tuberculose
TS	→ Tratamento Supervisionado
UBS	→ Unidade Básica de Saúde
UBSF	→ Unidade Básica de Saúde da Família
WHO	→ World Health Organization



SUMÁRIO

1. APRESENTANDO A TEMÁTICA	15
1.1 Justificativa	18
2. OBJETIVOS	21
Objetivo Geral	22
Objetivos Específicos.....	22
3. PENSANDO A TUBERCULOSE.....	23
3.1 Tuberculose: a Doença como Estigma Social e Cultural	24
3.2 Articulando Saberes sobre a Tuberculose.....	27
4. CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E POLÍTICA DA TUBERCULOSE	34
4.1 As Políticas Públicas de Saúde no Brasil e o Controle da Tuberculose.....	35
4.2 A Reformulação da Atenção Básica a partir do Sistema Único de Saúde	39
4.3 Promoção, Prevenção e Educação em Saúde no Controle da Tuberculose	45
4.4 A Estratégia DOTS: Experiências no Mundo, no Brasil e na Paraíba	48
5. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	52
5.1 A Teoria das Representações Sociais.....	53
5.2 Teoria do Núcleo Central.....	55
5.3 Teoria de análise do Alceste.....	57
6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	60
6.1 Tipo de Estudo	61
6.2 Cenário da Investigação.....	61
6.2.1 Informações Gerais sobre o Município.....	62
6.3 Controle da Tuberculose no Município de Campina Grande-PB.....	64
6.3.1 Campina Grande na Operacionalização do PCT: o percurso do usuário frente ao Sistema de Saúde.....	65
6.4 Sujeitos do Estudo	66
6.5 Técnica e Instrumentos de Coleta de Dados	67
6.6 Preparação do Trabalho de Campo.....	68
6.6.1 O Trabalho de Campo.....	68
6.6.2 Consulta aos Sistemas Informativos em Saúde na Busca dos Sujeitos de Pesquisa	69
6.6.3 Entrevista Domiciliar com os Sujeitos da Pesquisa.....	71
6.7 Tratamento e Análise dos Dados.....	72
7. ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	79
7.1 Caracterizando os Sujeitos da Pesquisa Atendidos pelo DOTS em Campina Grande-PB	80



7.2 Análise Léxica em Busca do Campo Representacional.....	85
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130
REFERÊNCIAS	135

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário de caracterização dos sujeitos da pesquisa

APÊNDICE B – **Roteiro para entrevista semi-estruturada**

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

APÊNDICE D – **Classes de UCEs geradas pelo ALCESTE para os 34 doentes de tuberculose entrevistados em Campina Grande-PB, 2007/2008.**

ANEXOS

ANEXO A – Protocolo de registro e aprovação do estudo no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba.

ANEXO B – Termos de autorização da Gerência de Atenção Básica – Campina Grande-PB

ANEXO C – Termo de autorização da Gerência Municipal de Saúde

ANEXO D – Termo de Compromisso do Pesquisador

ANEXO E – Imagem e significado relativos à Inspetoria da Tuberculose utilizados a partir de 1920 – utilizados como separatas deste estudo.

ANEXO E – Imagem e significado relativos à Inspetoria da Tuberculose utilizados a partir de 1920 – utilizados como separatas deste estudo.

1. APRESENTANDO A TEMÁTICA

O presente estudo, apresentado ao Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), insere-se na linha de pesquisa “Atenção à Saúde” e situa-se no atual debate sobre a descentralização das ações de Controle da Tuberculose, a partir da estratégia *Directly Observed Treatment Short Course* (DOTS), tendo como porta de entrada a Atenção Básica.

O Brasil ocupa 18ª posição no ranking dos 22 países com maior projeção de incidência de tuberculose no mundo. A taxa por 100 mil habitantes estimada caiu de 50 para 48 casos por 100 mil habitantes. Atualmente, o país apresenta uma taxa de mortalidade 10 vezes inferior à média mundial (2,4 por 100 mil habitantes, enquanto no mundo a média ronda 25 por cada 100 mil pessoas) (WHO, 2009).

Desde a Constituição Federal de 1988, a descentralização das ações de saúde vem sendo utilizada como diretriz organizacional, sendo também mencionada na legislação infraconstitucional: Leis nº 8.080 e 8.142/1990 e Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS/93). Neste sentido, além das atribuições comuns à União, estados e ao Distrito Federal, compete à direção municipal o planejamento, a organização, o controle e a avaliação dos serviços de saúde (PAIM, 1998).

É a partir deste marco histórico que as ações de controle da tuberculose (TB) passam a ser da responsabilidade de todos os municípios brasileiros, haja vista que, principalmente a partir da década de 1980, a doença ressurgiu como um grave problema de Saúde Pública.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) tem-se empenhado em implantar políticas voltadas à transformação/mudança de paradigmas, como uma forma de atingir um bem comum: promover saúde e prevenir doenças, em âmbito individual e/ou coletivo. Dessa forma, o Sistema Único de Saúde (SUS), inspirado no princípio da integralidade, busca a implantação de uma rede de ações e serviços constituída a partir das reais necessidades da população e para todos os cidadãos brasileiros.

Com o intuito de atender a essas demandas, o estudo da tuberculose apresenta-se como uma questão relevante, particularmente no campo da enfermagem, dada à necessidade de uma maior integração do enfermeiro com os demais membros da equipe multiprofissional.

Nesse sentido, o entendimento das representações sociais da tuberculose desponta como uma importante ferramenta para essa compreensão. Impregnada de estereótipos, a tuberculose ainda se constitui verdadeiro tabu para grande parte da população, “por ser a expressão de algo que é socialmente digno de censura, bem como, por representar o estágio último de miséria humana” (PORTO, 2007, p. 38).

Nessa reflexão, a Teoria Moscoviana apresenta-se como um embasamento científico marcado pela capacidade de transformar, na medida em que o sujeito, ao representar um objeto, pode construir e reconstruir a realidade em que vive, assim como, se constituir nela. Essa perspectiva possibilita a compreensão das distintas respostas aos questionamentos emergidos da realidade vivida com o doente de tuberculose e sua família, além de fornecer subsídios para apoiá-los nas possíveis fragilidades que possam apresentar. Moscovici (2003, p.38) afirma que “nossas experiências e idéias passadas não são experiências ou idéias mortas, mas continuam a ser ativas, a mudar e a infiltrar nossa experiência e idéias atuais. Sob muitos aspectos, o passado é mais real que o presente”.

Para Miranda (2002) a adesão por parte de alguns profissionais da enfermagem a essa teoria decorre de uma particularidade comum, pois a mesma apresenta amplas possibilidades de pesquisar problemas cotidianos que vão além do enfoque mais tradicional centrado no modelo biomédico e na abordagem quantitativa. Nessa perspectiva, a TRS seria capaz de proporcionar a compreensão da prática do enfermeiro na interface da qualidade e da quantidade de atividades e procedimentos teóricos metodológicos, voltados ao atendimento das demandas dos usuários atendidos nas UBS na estratégia DOTS.

Este estudo, intitulado “Tuberculose: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença na visão do portador”, teve como ponto de partida a seguinte questão norteadora: *Quais as representações sociais dos doentes de tuberculose sobre a doença e os limites encontrados no acesso frente à descentralização das ações de controle da tuberculose para as Unidades de Saúde da Família, no Município de Campina Grande-PB?*

1.1 Justificativa

A situação da tuberculose continua preocupante, especialmente pelas elevadas taxas de incidência da doença no mundo, atingindo, principalmente, os cidadãos socialmente vulneráveis (FREIRE; BONAMETTI; MATSUO, 2007).

Criado na década de 1970 pelo governo federal, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) já surgia com o objetivo de atingir as metas estipuladas pela OMS para o controle da enfermidade no mundo: detectar, no mínimo, 70% dos casos e, destes, curar pelo menos 85%, a cada ano (RUFINO-NETO, 1999). Considerando-se que o PNCT busca a redução, à metade, dos casos e das mortes pela doença até 2015, meta estipulada pelos “Objetivos do Milênio”, o controle da doença tornou-se uma prioridade do governo federal desde 2003 e faz parte do Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2007).

No Brasil, o tratamento da tuberculose é considerado um bem público. Os medicamentos contra a doença são distribuídos em postos de saúde, não estando à venda em farmácias ou drogarias. A idéia é de que as ações de controle da doença possam ser amplamente difundidas e incorporadas ao doente e à sua família, entendendo-se tal parceria como uma forma de contribuir para a expansão do PNCT, ao desenvolver ações que promovam ou restaurem as habilidades da pessoa e despertem o seu potencial na busca do próprio bem-estar (ARMELIM, 2005). Existem, no País, problemas sérios na área da saúde pública. O primeiro deles é a continuidade dos programas. O segundo, a adequação das propostas. Às vezes, as propostas focalizam o problema da tuberculose como se ele representasse apenas um somatório dos doentes existentes, embora, na realidade, o problema inclua, fundamentalmente, a área social. Para o portador de TB, a solução implica o uso de esquemas terapêuticos eficazes (tipo RMP+ INH+ PZA). Para a doença em si, a solução exige programas que visem uma qualidade de vida mais adequada (RUFFINO-NETO, 2002).

No estado da Paraíba, as principais dificuldades que mantêm relação com a tuberculose são identificadas em João Pessoa, a capital, e Campina Grande, segundo maior município do estado e cenário deste estudo. Estes são considerados municípios prioritários para o controle da doença.

Em pesquisa realizada por Sá et al. (2006), em que foram avaliados os seis municípios considerados prioritários para o controle da tuberculose na Paraíba (João Pessoa, Campina Grande, Bayeux, Santa Rita, Patos e Cajazeiras), foi constatado que, em Campina Grande, a implantação do DOTS foi responsável por um incremento do percentual de cura da doença, verificado no período de 1998 a 2003. Ao mesmo tempo, registrou-se um declínio no

percentual de abandono do tratamento. Em contrapartida, Oliveira (2008) demonstrou que, embora os índices epidemiológicos do município tenham melhorado no período supracitado, também por causa da ampliação da ESF, verificou-se um agravamento da situação da TB, a partir de 2004, quando os percentuais de cura e abandono apresentavam-se inferiores às metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde: curar pelo menos 85% dos casos novos e manter o abandono do tratamento em torno de 5% (WHO, 2008).

Ressalta-se a relevância e o pioneirismo histórico de Campina Grande no que diz respeito aos princípios da Reforma Sanitária, sendo um dos primeiros municípios do Brasil a implantar a ESF. Este município também detém o recorde pioneiro da descentralização das ações de controle da TB por meio da implantação do DOTS. Apesar de toda argumentação favorável, Oliveira (2008) aponta fragilidades na operacionalização da descentralização das ações de controle da tuberculose no município em estudo, circundada por lacunas impostas por obstáculos que dificultam a acessibilidade, como centralização do atendimento no Ambulatório de referência; falta de incentivos para deslocamento dos doentes até os serviços e ausência de referência e contra-referência.

Ao exercer a enfermagem no contexto da Saúde Pública, deparei-me com um elevado número de pacientes portadores de tuberculose. Esta convivência me inspirou a necessidade de rever conceitos, valores morais e postura ética, através de um novo olhar sobre os aspectos psicológicos, emocionais e sociais que envolvem o doente de tuberculose e seus familiares, principalmente no que se refere à forma de tratamento e cuidados prestados. Ainda nesse contexto, como coordenador da Atenção Básica do município de Sumé-PB, tive a oportunidade de estar em contato direto com o Sistema de Informação em Saúde, com as equipes e usuários da Estratégia Saúde da Família e com a implantação de um modelo de “Sala de Situação em Saúde”.

Dessa forma, a oportunidade de ingresso no Mestrado em Enfermagem da UFRN despontou como um campo repleto de possibilidades criativas, proporcionando uma visão mais crítica do cotidiano, na descoberta e reconhecimento das potencialidades e habilidades importantes para as relações interpessoais. Surgia também como um terreno onde eu poderia cultivar as idéias relacionadas aos anseios de compreensão da tuberculose.

Somando-se a esses fatos a experiência vivenciada no grupo de Pesquisa e Qualificação em Tuberculose na Paraíba, que se encontra articulado com a Área de Estudos Epidemiológicos e Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em TB – REDE TB –, cadastrado e certificado pelo CNPq/2002, destaca-se a necessidade do enfoque avaliativo, através de estudos que envolvam a percepção do doente de tuberculose, a partir do

conhecimento e experiências, vivenciadas durante o processo terapêutico, frente à operacionalização das ações de controle da tuberculose junto as Unidades Básicas de Saúde da Família. Compreende-se que essa percepção, seja de grande valia para o entendimento deste estudo, na medida em que integra um corpo de conhecimentos construídos e elaborados pelo doente de tuberculose a partir do pensamento estigmatizante e preconceituoso circundado no imaginário social, além de identificar potencialidades e fragilidades de acessibilidade às ações do controle da tuberculose nos serviços da atenção Básica.

Considera-se que o estudo seja de relevância para o controle da doença, pois no Brasil, a tuberculose é um importante e prioritário problema de saúde pública, afetando as populações mais pobres e nas idades mais produtivas da vida. Devido também à importância epidemiológica no Estado da Paraíba e no município em estudo, considerado prioritário para o Controle da Tuberculose, deve-se continuar priorizando as ações educativas importantes para potencializar a adesão do usuário ao tratamento. Além disso, apontam caminhos de superação e melhoria no atendimento por parte da equipe gestora, usuários e ESF na viabilização e no entendimento da Descentralização das Ações do Controle da Tuberculose.

Ressalta-se, também, sua contribuição para a ciência da enfermagem no sentido de proporcionar a elaboração de aspectos conceituais e metodológicos inovadores, relevantes para o aprofundamento da temática e autocrítica sobre a assistência da enfermagem na atenção ao doente com tuberculose e o seu grupo familiar.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar as representações sociais dos usuários portadores de tuberculose sobre a doença e o acesso ao tratamento nas Unidades de Saúde da Família no município de Campina Grande – PB.

Objetivos Específicos

- 1- Aprender as representações sócias dos usuários portadores de tuberculose sobre a doença.
- 2- Identificar as representações dos usuários sobre o acesso ao tratamento e os limites encontrados na procura das ações nas Unidades saúde da Família.

3. PENSANDO A TUBERCULOSE...

3.1 Tuberculose: a Doença como Estigma Social e Cultural

O termo *tuberculose* vem assumindo distintos significados nos diferentes momentos da História. No decorrer do século XIX até meados do século XX, a tuberculose era uma doença comum entre poetas, intelectuais, músicos e demais artistas. Associada a um estilo de vida boêmio e desregrado, era considerada uma “doença romântica” (TARANTINO, 1990). O espírito romântico do século XIX desencadeou um apaixonado fascínio pelo mal, à medida que a febre, a tosse, a hemoptise e o emagrecimento eram cantados em verso e prosa. A tuberculose foi considerada uma doença da paixão, ceifando a vida de muitos poetas, músicos, filósofos e mundanos célebres (SOARES, 1994).

Proporcionava aos poetas uma viagem fascinante e prazerosa em que, na maioria das vezes, era desejada por todos. Seguem-se as declarações expressas pelo poeta romântico brasileiro Casimiro de Abreu:

Eu desejo uma doença grave, perigosa, longa mesma (sic), pois já me cansa essa monotonia da boa saúde. Mas queria a tísica com todas as suas peripécias, queria ir definhando liricamente, soltando sempre os últimos cantos da vida e depois expirar no meio de perfumes debaixo do céu azulado da Itália, ou no meio dessa natureza sublime que rodeia o Queimado (MONTENEGRO, 1971, p.27)

O ar triste e contemplativo aparecia, na maior parte das vezes, nos jovens, aqueles que, pelo menos em teoria, deveriam ter toda a vida pela frente. Nessa época, para o tísico, a idade em que se ama é também aquela em que se morre. O tempo das grandes esperanças é o dos sonhos desfeitos (GILL, 2006). Sontag (1984) afirma que, de acordo com a mitologia da tuberculose, geralmente há alguns sentimentos de paixão que provocam o ataque da doença ou que se exprimem nesse ataque. Mas as paixões devem ser contrariadas e, as esperanças, frustradas.

Sob a perspectiva social, a tuberculose emerge a partir da segunda metade do século XIX, não mais como manifestação física de uma espiritualidade refinada, mas, ao contrário, como um sintoma de desordem social, devido à sua persistência e seu alastramento, particularmente entre as populações menos favorecidas. Isto acontecia porque a doença se estabelecia mais facilmente em indivíduos com baixa resistência orgânica, que poderia ser resultante de inúmeros fatores, como má qualidade de vida, falta de higiene, tabagismo, alcoolismo, dentre outros determinantes (FIOCRUZ, 2005). Segundo Sontag (1984), essa doença, vista como misteriosa e incurável, era capaz de despertar vários tipos de “pavor”.

Todos, na verdade, referentes a temas e problemas sociais, que pouco ou nada tinham a ver, propriamente, com o universo da ciência.

No final do século XIX, a morte por tuberculose numa família era estigmatizante, pois a moléstia estava associada a algum obscuro defeito hereditário, ou mesmo à pobreza. O doente via-se desqualificado para o casamento, para o exercício de certas atividades e até para o seguro de vida de outros membros da família (PORTO, 2007).

As diretrizes internacionais firmadas no final do século XIX para o combate à tuberculose estiveram centradas em dois estabelecimentos: o dispensário e o sanatório. Enquanto o primeiro se dedicava à procura dos focos de contágio, à difusão de noções de higiene e à prestação de assistência médica e social aos doentes inscritos, o segundo estava voltado ao isolamento nosocomial e tratamento continuado. Através desse binômio, pretendia-se dificultar a disseminação da enfermidade (CAMPOS, 1965).

A terapêutica para o controle da tuberculose adotada nessa época era o tratamento higieno-dietético, que visava à cura espontânea do doente através de uma boa alimentação e repouso físico, associados ao clima das montanhas, fatores fundamentais ao tratamento. A indicação a este tratamento exigia o isolamento dos pacientes e era viabilizado através da criação de sanatórios e preventórios (BRASIL, 2002a).

Só em 1882 a tuberculose passou a ser considerada uma doença infecciosa e contagiosa, causada por um microorganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, também chamado de bacilo de Koch (BK), em homenagem ao cientista Robert Koch, que o identificou (BRASIL, 2002a).

Na passagem do século XIX para o século XX, a evolução da imagem da tuberculose levanta problemas não apenas de conceituação médica quanto às suas origens e métodos de tratamento, mas trazem também, o que parece mais importante, questões relativas ao comportamento dos doentes e à reação da coletividade ao fenômeno patológico (PORTO, 2007).

No início do século XX, a doença tornou-se, de maneira indiscutível, um problema de caráter social, de ocorrência e propagação estreitamente ligadas às condições de vida e de trabalho, resultantes da nova organização social trazida pelo processo de industrialização. Essa nova perspectiva resultava dos avanços do conhecimento científico sobre a doença (NASCIMENTO, 2005). Contrapunha-se, portanto, ao ponto de vista moral higienista, no qual a tuberculose era considerada uma doença mortal, resultante de uma vida dedicada a excessos e, portanto, em desacordo com os padrões socialmente aceitáveis (BERTOLLI FILHO, 2001).

Em meados do século XX, quando a eficácia do tratamento quimioterápico da tuberculose ainda não era uma realidade, a doença gerava sentimentos diversos quanto à sua superação, representados de variadas formas, tanto em nível individual quanto coletivo (PORTO, 2007). Nesse período, no Brasil, a percepção da tuberculose como doença social começa a ser discutida como objeto de responsabilidade do Estado. Nesse mesmo período, quando sua incidência volta a ser preocupante, seja pelo recrudescimento da miséria em um enorme contingente da população, seja pelo aumento da resistência bacilar, depara-se também com a sua emergência em decorrência do “surgimento” da aids, que se constitui em mais um fator de influência aos índices da tuberculose (NASCIMENTO, 2005).

A tuberculose é, sobretudo, fator de discriminação. Bertazone e Gir (2000) afirmam que os portadores da doença na forma pulmonar sofrem não só pelas manifestações clínicas, mas também por vivenciar preconceitos e rejeição em seus relacionamentos sociais e até mesmo por parte dos funcionários dos serviços de saúde, o que reforça a sua relutância em buscar tratamento e assistência.

Estudos realizados por Caliari e Figueiredo (2007) reforçam a assertiva de que as maiores incidências da tuberculose são registradas junto às classes populares menos favorecidas, com 36,5% dos portadores sendo trabalhadores da economia informal. Porém, apesar da associação da doença com condições de vida precárias, as políticas de controle da tuberculose têm valorizado os fatores biológicos como seu principal determinante. Os métodos e estratégias aplicados ao longo do tempo para combater a doença, de um modo geral, foram desenvolvidos com base no saber técnico-científico e na visão meramente biologicista relacionada à doença.

Para Ruffino Netto (2000), a falsa crença de que a doença é um problema do passado permeia até hoje os serviços de saúde, as universidades e os centros formadores de recursos humanos para a saúde, condições que apenas contribuem para o avanço da epidemia. Segundo o autor, a visão essencialmente biológica e reducionista do agravo deve ser substituída por uma perspectiva mais holística. No Brasil, as grandes dificuldades na implementação do controle à tuberculose estão relacionadas, principalmente, à decisão política, que deve circunscrever os diferentes níveis nos serviços de saúde, além das academias que se debruçam sobre o tema.

3.2 Articulando Saberes sobre a Tuberculose

Uma das mais antigas doenças que acometem a humanidade, a tuberculose tem registro de casos que datam de 3900 antes de Cristo. Embora seja pensada como um mal que habita um passado distante, ela continua viva no cenário mundial e reemerge como um grave problema de saúde pública, reflexo da má distribuição de renda e da conseqüente precariedade das condições de vida de grande parte da população. O surgimento da aids e de focos de tuberculose resistente a medicamentos dificulta ainda mais o seu controle.

Sob a perspectiva das ciências sociais, a tuberculose tornou-se, desde as últimas décadas do século passado, um importante objeto de pesquisa, com múltiplas abordagens analíticas. Nesse contexto, a doença transformou-se em elemento de investigação histórica, o que possibilitou a formulação e o aprofundamento de um amplo leque de interrogações (FERNANDES; ALMEIDA; NASCIMENTO, 2004).

A significativa expressão da tuberculose no Brasil, ante a história da saúde do país no século XX, deve-se à sua magnitude epidemiológica, ao conhecimento científico gerado, às representações produzidas no imaginário social e às políticas de controle da doença, traçadas institucionalmente. Além do problema epidemiológico brasileiro, a doença é um agravante na saúde de vários países, por acometer um maior número de pessoas com baixo poder socioeconômico (BRASIL, 2002a).

A tendência de casos e taxas de tuberculose demonstrou estabilidade entre 1990 e 1998, e um relativo decréscimo entre 1999 e 2002 (OPAS/OMS, 2002). A incidência da doença, em 1999, alcançou 48/100.000 habitantes e 5.873 óbitos foram registrados no país em 1998, representando um coeficiente de mortalidade de 3,5/100.000. Em 1999, foram notificados 78.628 casos, sendo que naquele ano o número de casos estimados era de 124.000 (VENDRAMINI, 2001).

De acordo com Bierrenbach et al., (2007), no Brasil foram notificados em torno de 72.000 casos tuberculose (TB) por ano, entre 2000 e 2004. A esses casos novos se agregam remanescentes do(s) ano(s) anterior(es) que não foram encerrados (recidivas após cura, reingressos após abandono e transferências), tendo que ser descartados os casos de mudança de diagnóstico. Em 2005, uma avaliação da OMS, englobando os 22 países que mais concentram casos de tuberculose no mundo, indicava que a taxa de cura da doença (81%), no Brasil, era a nona pior entre todos os países analisados. A cobertura populacional dos serviços de saúde que aplicam o tratamento supervisionado era a segunda pior (68%), melhor somente que a da Nigéria (65%). Embora este índice venha apresentando melhoria nos últimos anos, o

Brasil, à época, não havia atingido as metas internacionais previstas para o controle da tuberculose (WHO, 2007).

Em todo o mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) registrou, para o ano de 2006, cerca de 9,2 milhões (139 por 100.000 habitantes) de casos novos de tuberculose; e uma prevalência de 219 casos para cada 100.000 habitantes. Do total de casos novos, 709 correspondem a co-infectados TB/HIV. Mundialmente, o número de óbitos por todas as formas da doença foi de 1,66 milhões (WHO, 2008). Os países considerados de maior incidência da tuberculose são: Índia, China, Nigéria, Bangladesh, Paquistão, Filipinas, Congo, Rússia e Brasil (VENDRAMINI, 2001). Do total de casos notificados na América, o Brasil e o Peru foram responsáveis por 67%. Em relação aos números de casos novos, o Brasil é considerado o décimo país no mundo.

A estimativa para o Brasil, em 2006, era de que um em cada quatro habitantes estivesse infectado pelo bacilo da tuberculose e que, todo ano, cerca de 90.000 casos da doença fossem notificados ao Ministério da Saúde. Destes, mais da metade (53%) corresponderiam à forma pulmonar bacífera. As maiores taxas de incidência da doença concentram-se nas periferias das grandes cidades da região Sudeste e na Amazônia (BASTA; ALVES; COIMBRA JUNIOR, 2006).

Em 2007, foram notificados, no Brasil, 72 mil novos casos de tuberculose, com uma média nacional de 38,2 casos para cada 100 mil habitantes. Além disso, 4,5 mil pessoas morreram em decorrência da doença. Do total de casos, 70% estão concentrados em 315 dos 5.565 municípios do país (SAÚDE & LAZER, 2009). Na Paraíba em 2007, foram notificados pela Secretaria Estadual de Saúde, 1020 casos de tuberculose, destes 760 obtiveram cura, correspondente a 79,6% dos casos notificados. Dos 1135 casos novos notificados em 2008, registrou-se como tratamento encerrado 980 casos, sendo que 453 tiveram cura (48,9%), 100 (10,6%) abandonaram o tratamento e 26 morreram, correspondendo a (2,6%) (PORTAL DO VALE, 2009).

Especificamente no município de Campina Grande, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (2009), foram notificados 96 casos referentes à coorte de abril 2007 a março de 2008. Destes, 82 (85,4%) apresentaram a forma pulmonar, 13 (13,5%) a extra-pulmonar e 01 (1%), a forma mista (extra-pulmonar e pulmonar). Foram registrados 15 abandonos de tratamento (15,8%) e um percentual de cura de 62,1% (59 casos).

Segundo o relatório global, divulgado em 24 de março de 2009, pela OMS (Organização Mundial da Saúde), durante o 3º Fórum Mundial de Parceiros “Stop TB”, em cada quatro mortes por tuberculose está relacionada com o vírus HIV, principal causa de

morte entre as pessoas que vivem com o vírus (DIÁRIO DA SAÚDE, 2009). Dos casos diagnosticados de tuberculose no Brasil, cerca de 15% também são infectados pelo vírus HIV. A mortalidade na co-infecção entre HIV e TB é também elevada no país (20%) (BRASIL, 2009).

Conforme estimativas da (OMS), o Brasil apresenta o maior número de casos de tuberculose na América Latina, com aproximadamente 100 mil registros a cada ano (BRASIL, 2009). Os estados brasileiros com maior número de casos de tuberculose são: Amazonas com (68,93 por 100 mil), o Rio de Janeiro vem em segundo lugar (66,56). Outras regiões que também apresentaram taxas consideráveis foram: Pernambuco (47,69), Pará (43,05) e Ceará (42,60) (SAÚDE & LAZER, 2009).

A incidência de tuberculose está intimamente ligada às peculiaridades de cada região, nos termos de suas condições socioeconômicas e sanitárias. Segundo Ruffino-Netto (2002), as principais causas para o agravamento da situação da tuberculose no mundo são as desigualdades sociais, o envelhecimento da população, os grandes movimentos migratórios, o surgimento de cepas multidrogerresistentes e o advento da aids que, a partir da década de 1980, mudou o perfil epidemiológico da tuberculose.

Sabe-se, que embora o controle e a regulação da tuberculose dependem de tecnologia complexa, destacam-se as ações integradas e permanentes na atenção primária, que por si mesmo são complexas. Franco e Mehry (2003) apontam que a organização dos processos de trabalho apresenta-se como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família, a fim de fazê-la atuar de forma centrada no usuário e em suas necessidades.

No modelo assistencial vigente, médico hegemônico, o fluxo da ESF é ainda voltado para a consulta médica. O processo de trabalho, neste caso, carece de uma interação de saberes e práticas, necessárias ao cuidado integral à saúde. Prevalece, no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras (inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento das tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (tecnologias das relações). Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado utilizadas na produção da saúde.

Nas últimas décadas, o controle da tuberculose foi fortemente negligenciado. As políticas públicas na área da saúde foram direcionadas a outros campos de atuação e, conseqüentemente, as ações de combate à tuberculose foram relegadas a segundo plano, por ser considerada um problema sob controle. Afinal, já se conhecia bastante a enfermidade, sua fisiopatologia, diagnóstico, esquemas terapêuticos e medicamentos disponíveis (RUFFINO-

NETTO, 2002). Além disso, os baixos investimentos no setor saúde e a deterioração dos serviços de assistência à saúde, nas falhas da distribuição de drogas anti-tuberculosas e na falta de pessoal qualificado para o diagnóstico, constituem-se aspectos negativos que contribuem para o aumento de casos de tuberculose (SPECIALE; BERTOLOZZI, 2003a).

Este cenário traz à luz o reconhecimento de que a descentralização das ações de controle da TB não se opera de forma igualitária no território brasileiro, tendo em vista as dificuldades organizacionais e operacionais principalmente em grandes centros urbanos. Nesse sentido, com a finalidade de corrigir ou, pelo menos, minorar essa situação, a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1993, declarou a tuberculose uma emergência mundial, estabelecendo novas diretrizes de trabalho e recomendando estratégias globais para o controle efetivo da mesma nos países. Dentre as estratégias propostas pela OMS, destaca-se o Directly Observed Treatment Short Course - DOTS (WHO 1999).

Nessa perspectiva, os aspectos conceituais e operacionais globais para o controle da Tuberculose consideram três distintas dimensões, importantes para o êxito da estratégia de controle da doença, a saber: humanitária, saúde pública e econômica. Aliviar a doença, o sofrimento e a morte dos indivíduos por tuberculose, assim como, a convocação para aproximações centradas no indivíduo, constitui-se nos maiores interesses *humanitários*. Na dimensão da *saúde pública*, prioriza-se o diagnóstico e o tratamento dos pacientes para minimizar a transmissão da doença nas comunidades. Na dimensão *econômica*, o controle da TB está relacionado à redução dos custos diretos e indiretos para os indivíduos e à sociedade, alívio de pobreza e promoção do desenvolvimento humano (WHO, 2002).

Dessa forma, o fenômeno saúde-doença é entendido de maneira contextual, ou seja, nos espaços sociais delimitados pelas relações neles estabelecidas e permeados por diversos fatores que vão desde o processo produtivo, passando pela religião, valores morais e éticos, até o acesso à estrutura oficial de saúde, dentre outros (TRINDADE, 1996). O conjunto de ações desenvolvidas durante o atendimento ao doente de tuberculose, deve ser de modo abrangente e acolhedor, levando em consideração as necessidades apresentadas pelo mesmo.

Ao refletir acerca da dimensão humanística, Forte (2004) comenta que esta não enfoca somente problemas e necessidades biológicas, mas abrange as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos humanos e existentes nas ações relativas à atenção em saúde. Neste sentido, Zoboli (2003), abordando temas dessa amplitude, enfatizou que o estado de saúde e o processo saúde-doença em cada pessoa é vivenciado como condição única, enquanto que para os profissionais de saúde as situações

individuais são vividas como casos, de um pretenso ponto de vista objetivo, dentro de parâmetros supostamente racionais e científicos.

Ampliando o enfoque, Capella e Leopardi (1999, p. 52) afirmam que, na teoria sócio-humanista, o ser humano é entendido como:

(..) um ser natural, que surge em uma natureza dada, submetendo-se às suas leis para sobreviver. É parte dessa natureza, mas não se confunde com ela, pois a usa, transformando-a conscientemente, segundo suas necessidades. Nesse processo, se faz humano e passa a construir a sua história, se fazendo histórico.

Magnago, Kirchof e Beck (2006) reforçam a idéia de que o ser humano está em constantes relações com outros seres humanos, que fazem parte do ambiente ao seu redor. Trata-se de um ser de relações, que influencia e sofre influências em suas atitudes e comportamentos, a fim de crescer e completar-se. Está inserido em um meio com o qual interage, realizando constantes trocas, transformando-o e, sendo parte integrante dele, é também transformado. Dessa forma, entende-se que a compreensão das necessidades biopsicossociais do doente pode permitir o estabelecimento de uma íntima afinidade com sua história de vida, com suas relações sociais, com seu significado e sua compreensão acerca de sua situação de doença, com suas possibilidades terapêuticas, com suas demandas psicoemocionais (PINHO, 2005).

Leinniger (1985) e Patrício (1990), consideram o ser humano um ser único, dotado de características biopsicossociais, constituinte de um cosmos próprio, singular e, ao mesmo tempo, múltiplo em sua cultura. Através dos tempos, sua história de vida se constrói, cresce, amadurece, chora, ri e silencia. Tem e mantém um círculo de amigos, sensibiliza-se e fragiliza-se diante da complexidade que a tuberculose lhe impõe e entra em conflito com a doença. Questiona *o ser*, aqui e agora, mergulhando no seu interior e, retomando a caminhada, enfrenta, questiona, aceita. Tem medo, vergonha e dúvidas. Interage, sonha, influencia e é influenciado, atribuindo significados a si e à “sua” enfermidade de acordo com seu entendimento, crença, valor e orientação espiritual, comungando com o enfermeiro em seu cuidado.

Entende-se, deste modo, que diante da doença, o indivíduo sente-se ameaçado, inseguro, por saber que sua vida vai ser modificada, inclusive devido ao tratamento. Portanto, ocorre desorganização no seu senso de identidade (valores, ideais e crenças) e na imagem corporal, pelas alterações orgânicas resultantes da doença, com repercussões sobre sua qualidade de vida (RAMOS et al., 2008).

A efetivação da adesão ao tratamento da tuberculose requer o estabelecimento de vínculos, entre os doentes e os profissionais que dele cuidam. Nesse processo, o doente

vocaliza sua doença, permitindo ao profissional o acesso à sua concepção do processo saúde-doença e a construção de estratégias facilitadoras desta adesão. Além disso, no momento em que os profissionais de saúde despertam para o conhecimento do doente, em sua totalidade, podem criar possibilidades para o enfrentamento da doença, fortalecendo, inclusive, a inclusão social, principalmente, tendo em vista que grande parte dos sujeitos doentes apresenta precárias condições sociais (TERRA; BERTOLOZZI, 2008).

Nessa Perspectiva, o Tratamento Diretamente Observado - DOT, enquanto vertente do DOTS surge como tecnologia de gestão do cuidado para o controle da tuberculose, constituindo-se um conjunto de atividades voltadas para o planejamento do tratamento do doente e da família com tuberculose, a ser executada por uma equipe de saúde. Inclui as seguintes atividades: avaliar o perfil sócio-cultural e econômico do doente e sua participação no plano terapêutico e de adesão ao tratamento; observação da ingestão da medicação pelo profissional de saúde ou responsável pela supervisão; suporte psicológico ao doente e à família; busca de sintomáticos respiratórios; entrega de incentivos; monitoramento do estado de saúde do doente através dos dados registrado no sistema de informações em saúde; dentre outras atividades (GONZÁLES ET AL, 2008).

Com relação a esse pensamento, Souza e Silva (2007) afirmam que, para o doente de tuberculose, a troca de experiências, a percepção de que não vivem isoladamente e de que os dramas que vivenciam são também experienciados por outras pessoas, parece trazer mais “força” para lidar com a situação. Ao poder falar livremente e acreditar que estão sendo compreendidos em toda a extensão de sua situação, sentem-se "reconfortados", “amparados”, e passam a acreditar que é possível viver melhor, apesar de seu problema de saúde. O fluxo das informações torna-se mais livre, há uma abertura para a compreensão das informações sobre o tratamento, sobre as implicações de seguir ou interromper a terapêutica medicamentosa.

Dessa forma, as representações sobre a tuberculose são produzidas e reelaboradas constantemente. Os significados a respeito da doença são construídos através da convivência rotineira no ambiente das instituições de saúde. As representações sobre a doença são determinadas pelas condições sociais de inserção dos sujeitos sociais. Tal como define Guareschi (1996), a relação é compreendida pela articulação e pela compreensão da realidade, onde os objetos, a sociedade, o ser humano, tudo o que existe, se constitui de/e através das relações. Não existe o eu sem o outro.

Viabilizar o encontro e o convívio entre as pessoas, com ou sem tuberculose, permite o conhecimento mútuo dos dramas vivenciados cotidianamente e possibilita às

peças o desenvolvimento da solidariedade; além de oferecer uma referência, para que o doente não se sinta sozinho e, avalie suas possibilidades de superação da doença e reflita sobre sua vida. Essa ação de estimular a partilha de experiências integra o processo de educação em saúde e envolve, portanto, a necessidade de que os profissionais de saúde tenham um conhecimento abrangente, que vai além dos aspectos clínicos e fisiopatológicos, mas que inclua a compreensão do que é viver com a tuberculose (SOUZA; SILVA, 2007).

Segundo Freire (1980), o diálogo é o instrumento do processo educativo. Para que ele seja estabelecido, é necessário que ocorra uma relação de empatia, que seja amorosa, crítica, confiante, esperançosa e criadora. O diálogo é o encontro dos homens onde se solidarizam o refletir e o agir.

Silva e Barbosa (2004) também abordam esse assunto, afirmando que o processo de adoecimento envolve questões que ultrapassam os limites da biologia. Assim como se concebe que o desenvolvimento da tuberculose relaciona-se a múltiplos fatores, e não apenas à relação de causa e efeito entre o bacilo e o corpo infectado, ressalta-se a importância do entendimento da interação entre o sujeito doente e o seu tratamento. Deve-se considerar a existência de um sujeito mediador entre o bacilo de Kock e a quimioterapia e, portanto, é importante olhar e escutar esse sujeito. Submeter-se a um tratamento requer a aceitação do lugar social de “doente” e a destituição, por vezes, de outros papéis sociais, como o de provedor da família, por exemplo. Sendo a tuberculose uma enfermidade que ainda está associada, no imaginário social, à pobreza e aos vícios, acarreta ao seu enfermo, também, os efeitos da estigmatização, qualifica o sujeito como o “causador” de sua própria doença.

Estudiosos como Paula, Furegato e Scatena (2000), afirmam que, quando uma pessoa necessita de um serviço de saúde, ela se expõe a um ambiente totalmente diferente do que é habituada, passando a ter que cumprir regras e, conseqüentemente, alterar suas atitudes. Dessa forma, o doente tem sua rotina totalmente modificada. Nestas situações, a comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e paciente pode ser impessoal (automática) ou pessoal (trazendo afetividade no relacionamento), porém, somente esta última favorece o estabelecimento de uma comunicação terapêutica.

Lucena e Goes (1999) relatam que tudo o que acontece com o paciente deve ser considerado. A comunicação é essencial, principalmente, em situações de maior vulnerabilidade, de modo que o paciente possa ser um aliado no seu próprio tratamento. A enfermagem pode contribuir com ações que promovam ou restaurem as habilidades da pessoa e façam com que ela desperte o seu potencial na busca do seu próprio bem-estar (ARMELIM, 2005).

4. CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E POLÍTICA DA TUBERCULOSE

Discute-se a construção política e histórica da tuberculose a partir de diversas intencionalidades, fundamentadas sob o pensamento de críticos de várias correntes sociológicas, políticas e filosóficas.

Para facilitar a compreensão, são destacadas algumas considerações gerais sobre o processo de construção das políticas de saúde no Brasil, resgatando fatos marcantes que se configuraram nas ações de controle da tuberculose. Dessa forma, pretende-se fazer entender como o paradigma relacionado à doença vem se estruturando na atualidade a partir da implantação da estratégia DOTS, definida pela Organização Mundial da Saúde como a mais efetiva estratégia disponível para o controle da tuberculose.

Apresenta-se uma discussão teórica complementar sobre a teoria democrática participativa, destacando a importância do nível local no universo das práticas democráticas, com ênfase na descentralização das ações de saúde.

4.1 As Políticas Públicas de Saúde no Brasil e o Controle da Tuberculose

No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se, desde 1988, segundo a Constituição Federal promulgada neste ano, pelos princípios da universalidade, equidade, descentralização da gestão, integralidade e participação social. Para uma abordagem dessa dimensão, é importante que se privilegie o estudo dos percursos históricos sob os quais se deu a organização dos serviços de saúde para o controle da tuberculose no país (CHIORO; ALMEIDA; ZIONI, 1997).

Derivada do grego *polis* (cidade), a palavra política tem sido empregada para designar o conjunto de atividades exercidas sobre a vida coletiva e as reflexões sobre essas atividades e a instituição que as vem desenvolvendo no Estado (CHIORO; ALMEIDA; ZIONI, 1997).

As ações políticas, segundo Chioro, Almeida e Zioni (1997), estão estreitamente ligadas ao exercício do poder, ou seja, à capacidade de, em uma relação social, um indivíduo ou grupo impor sua vontade a outros. Nas sociedades contemporâneas, assume as formas: econômica (propriedade dos bens de produção), ideológica (capacidade de criar e difundir valores próprios no interior da sociedade) e política (posse de instrumentos mediante os quais se podem coagir outros indivíduos). Destarte, o Estado detém o monopólio do poder político, ou seja, o uso da força para arbitrar e negociar conflitos no interior da sociedade. Essa arbitragem depende dos grupos de pressão e, por isso mesmo, não se dá de forma imparcial ou neutra.

A partir desta dinâmica, surgem as políticas públicas traduzidas em ações, programas, regulamentações, projetos, leis e normas que o Estado desenvolve para administrar de maneira mais equitativa os diferentes interesses sociais, visto que pretendem abranger e organizar a dimensão coletiva de uma determinada sociedade (CHIORO; ALMEIDA; ZIONI, 1997).

A saúde, enquanto setor institucionalizado no Brasil, pode ser estudada a partir do final do século XIX e, desde essa época, é passível de ser analisada segundo suas duas formas de se organizar. De um lado, as chamadas ações de saúde pública, destinadas em tese à população em geral e, de outro, a assistência médica individualizada, voltada principalmente ao atendimento da população urbana (POSSAS, 1981).

No início do século XX, embora ainda não constituindo uma Política Nacional de Saúde, por basear-se em ações de caráter esporádico e emergencial, foram realizadas campanhas sanitárias. Estas visavam sanear as cidades portuárias e os espaços de circulação de mercadorias, a fim de livrá-los de epidemias e de doenças infecto-contagiosas, tais como: malária, varíola, febre amarela, peste bubônica, tuberculose, cólera, dentre outras (CHIORO; ALMEIDA; ZIONI, 1997).

Este movimento campanhista foi articulado em função da recusa de muitos navios estrangeiros de atracar em portos brasileiros, devido às más condições sanitárias e ao risco de contaminação das tripulações. Estas ações não obedeciam a um critério exclusivo, mas baseavam-se, de um modo geral, nas ações da Polícia Médica Alemã, no que diz respeito ao esquadrinhamento do espaço e da Medicina Urbana Francesa sobre a questão do saneamento das cidades (CHIORO; ALMEIDA; ZIONI, 1997).

Nestas campanhas sanitárias, pode-se destacar o trabalho de sanitaristas como Osvaldo Cruz, Carlos Chagas, Emílio Ribas e Saturnino de Brito. Do final do século XIX até metade dos anos 1960, o sanitarismo campanhista foi adotado como modelo hegemônico de saúde, de inspiração militar, que visava o combate das doenças através de estruturas verticalizadas e com estilo repressivo de intervenção. Até então, desde 1891, a saúde fazia parte de uma diretoria do Ministério da Justiça e Negócios do Interior. Neste período, foram criados os institutos Manguinhos, Adolfo Lutz e Butantã para pesquisas, produção de vacinas e controle de doenças (CHIORO; ALMEIDA; ZIONI, 1997).

No Brasil, ao longo do século XX, a formulação e implementação das políticas de controle da tuberculose foram assumidas por instituições estatais e filantrópicas que atuaram, de forma diferenciada, no decorrer do período. Nas duas primeiras décadas, as instituições filantrópicas tiveram papel fundamental na difusão e aplicação das idéias preconizadas para o

combate à tuberculose, sendo responsáveis pela formulação e implementação de políticas de controle da doença. Em 1900, foi fundada, no Rio de Janeiro, a Liga Brasileira Contra a Tuberculose, após um movimento de profissionais médicos e intelectuais conscientes do seu importante papel no combate à doença que causava inúmeras mortes, principalmente na capital do país. As principais ações desta Liga, até 1907, incluíam a criação de dois dispensários e uma intensa divulgação sobre o problema da tuberculose e suas medidas de controle (BRASIL, 2002a).

Em 1920, com a Reforma Carlos Chagas, foi criada a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, que tinha como prioridade a descoberta do tratamento adequado dos doentes. Em 1926, o Departamento Nacional de Saúde Pública desenvolveu ações profiláticas, hospitalares, dispensárias e laboratoriais, coordenadas pelo Setor Público. Neste período, teve início o curso de especialização acadêmica em tisiologia, organizada por Clementino Fraga na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em 1927, foi criado, na Bahia, o Instituto Brasileiro para a investigação da tuberculose que, juntamente com a Fundação Ataúpho de Paiva, antes denominada Liga Brasileira Contra a Tuberculose, desempenhou importante papel no desenvolvimento da vacina Bacilo Calmet-Guerrin (BCG), além da produção e fusão de conhecimentos acerca da tuberculose (BRASIL, 2002a).

A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930, e as reestruturações ocorridas ao longo da década ampliaram a intervenção estatal no combate à tuberculose, que co-existiam com as iniciativas filantrópicas. A partir de 1940, a estratégia adotada para o controle da doença era de um leito criado para cada óbito registrado. O tratamento era hospitalar e novas técnicas de controle foram incorporadas, como o pneumotórax, outras cirurgias torácicas e a abreugrafia. Porém, diante do insucesso de tal estratégia, optou-se por responsabilizar as unidades ambulatoriais pelo diagnóstico e tratamento da tuberculose. Desde então, era obrigatória a realização do exame radiológico periódico e a administração da vacina BCG oral para todos os recém-nascidos (BRASIL, 2002a).

A descoberta da estreptomicina, em 1944, seguida da isoniazida e do ácido para-amino-salicílico (PAS), como drogas específicas contra o BK, alterou radicalmente o perfil epidemiológico e repercutiu mundialmente nas representações sobre a tuberculose. A partir da década de 1950, registrou-se em declínio acentuado dos índices de mortalidade pela doença, que eram de 50 a 60% na chamada era pré-quimioterápica. Tornava-se, agora, possível, a cura da maior parte dos doentes que aderissem ao esquema terapêutico corretamente (BRASIL, 2002a).

Estudo desenvolvido em 1950, pelo Laboratório Central de Tuberculose, comprovou a resistência de pelo menos dois medicamentos em 68% dos doentes hospitalizados e em 66% dos que estavam em tratamento ambulatorial. Em 1953, efetivava-se mais uma reforma promovida pelo governo da União: a criação do Ministério da Saúde, que incorporava o Departamento Nacional de Saúde. A ele ficavam subordinados os Serviços Nacionais de Tuberculose.

Em 1960, o Comitê de Peritos em Tuberculose da Organização Mundial de Saúde recomendava a integração das ações da tuberculose ao sistema de saúde vigente, de forma a erradicar a ação isolada e os sanatórios. Posteriormente, este mesmo Comitê propôs três postulados básicos para a realização das ações de controle da tuberculose: estas deveriam ser permanentes e com cobertura nacional; estar adaptadas às necessidades da população; e integradas às ações dos serviços gerais de Saúde Pública (BRASIL, 2002a).

A resistência aos medicamentos, associada à elevada mortalidade hospitalar, levou a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), elaborada em 1946, a definir normas padronizadas para o combate à doença. A padronização resultou na criação do sistema de notificação/informação dos casos de tuberculose no país, e foi introduzido o tratamento padronizado no ano de 1964. A partir deste ano, os doentes passaram a ser classificados de acordo com o prognóstico de recuperação. No ano seguinte, o tempo de tratamento foi reduzido para 12 meses (BRASIL, 2002a).

As ações de controle da tuberculose adotadas no período de 1970 a 1998 eram realizadas no nível de atenção secundária, ou seja, nos Centros de Saúde especializados. Em 1986, foi criado o Centro de Referência Hélio Fraga, no Rio de Janeiro, com o objetivo de dar suporte técnico-científico à Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT) e à Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS). Posteriormente, a CNCT foi extinta e a DNPS transformou-se na Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, subordinada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Em 1990, o Centro de Referência assumiu parte das atribuições da CNCT, tornando-se responsável pelos cursos de especialização e pela incorporação dos funcionários anteriormente lotados na CNCT (BRASIL, 2002a).

O Ministério da Saúde em 1996 elaborou o Plano Emergencial para o controle da Tuberculose. Infere-se que a sua efetivação esteve atrelada à emergência da aids. O objetivo era aumentar a efetividade das ações de controle, através da implementação de atividades específicas nos 230 municípios considerados prioritários, por concentrarem 75% dos casos estimados da tuberculose no país. A meta era reduzir a transmissão do bacilo na população até o ano 1998. Além da estimativa dos casos, a escolha destes municípios baseou-se em critérios

de magnitude epidemiológica da tuberculose e da aids, tamanho da população e informações operacionais (JONES; THOMPSON, 2000; RUFFINO NETO, 2002).

Somente a partir de 1998, com a elaboração do PNCT, intensificou-se o processo de descentralização do controle à doença, alocando-as na Atenção Básica (BRASIL, 2002a). Nessa perspectiva, em 1999, o Ministério da Saúde lançou o atual Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) como prioridade entre as políticas governamentais de saúde. Estabelecendo diretrizes para as ações e fixou metas para o alcance dos objetivos. Este plano descentralizado pactuava a responsabilidade de diferentes setores do Ministério da Saúde (Área Técnica de Pneumologia Sanitária): as coordenações macrorregionais, a Fundação Nacional de Saúde, o Centro de Referência Professor Hélio Fraga e as secretarias estaduais e municipais de Saúde (FUNASA, 2002).

Finalmente, em 2001, o MS implantou o Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose, que buscava maior mobilização técnica, política e social para o alcance das metas de controle da tuberculose. A melhoria dos sistemas de vigilância de casos e contatos domiciliares e institucionais, a expansão da rede de laboratórios públicos ou colaboradores, a qualificação dos profissionais de saúde nas ações de vigilância e controle, além do tratamento supervisionado, foi considerada componente-chave deste programa (SBPT, 2004).

4.2 A Reformulação da Atenção Básica a partir do Sistema Único de Saúde

A Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, representa um importante evento internacional, caracterizado como um marco nos debates sobre o direcionamento das políticas de saúde no mundo, reafirmando a idéia de saúde como direito humano fundamental. Nessa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) desponta como estratégia de planejamento e de funcionamento adequados às medidas sociais e sanitárias, atreladas ao enfoque “Saúde para todos no ano 2000”. Essas medidas correspondem, em média, a 80-85% das necessidades de saúde de uma comunidade (BRASIL, 2001a).

A Conferência de Alma Ata reforçou a assertiva de que os componentes fundamentais da APS eram representados pela educação em saúde, saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequados de doenças e lesões comuns; fornecimentos de medicamentos essenciais;

promoção de boa nutrição e medicina tradicional. Com base nessa afirmação, a Atenção Primária à Saúde foi definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978 apud STARFIELD, 2002, p.30).

Starfield (2002) aponta a APS como o nível de atenção capaz de viabilizar a entrada das novas necessidades e problemas ao sistema de saúde. Deve oferecer atenção sobre o indivíduo no decorrer do tempo e assistir aos problemas mais comuns da comunidade, através da oferta de serviços de prevenção, cura e reabilitação. Afirma ainda que a otimização da atenção primária à saúde deve focar a saúde das pessoas em meio aos outros determinantes, no meio social e físico onde elas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual.

No Brasil, os movimentos de reforma do setor de Saúde, em particular a Reforma Sanitária, que ocorreram amplamente na década de 1980, impulsionaram a reconfiguração dos modelos de atenção até então vigentes e impuseram a reordenação da lógica de produção de serviços de saúde. Partindo desse princípio, sanitaristas e estudiosos brasileiros voltaram a atenção para a análise situacional descentralizada, objetivando um novo modelo paradigmático de atenção à saúde em território definido, buscando analisar localmente os problemas existentes dentro de uma mesma sociedade de classes (PEDROSA; TELES, 2001).

O contexto reformista do Estado valorizava a expansão da descentralização, associando-a a modernização da gestão pública e à busca de alternativas para superar as dificuldades relacionadas às políticas sociais. Admitia-se que a aproximação do poder decisório do local onde ocorriam os fatos se vinculava à eficiência e à democracia. Dessa forma, a descentralização ia sendo entendida como uma estratégia favorecedora da participação local. Esses argumentos tomaram vulto à justificativa da reorientação das políticas sociais para espaços territorializados (KAMIMURA; MOLINA, 2006). Nesse sentido, a descentralização pode ser traduzida como a transmissão do comando, execução ou

financiamento da política do nível central para o intermediário ou local, com correspondente autonomia política, financeira e institucional (MÉDICII, 1994).

Segundo Mendes (1996), cresceu a consciência de que a crise do setor Saúde era uma expressão fenomênica de causas mais profundas, com raízes no modelo de atenção em vigor, estruturado pelo paradigma flexneriano. Combater essa crise implicaria, necessariamente, a busca de um modelo de atenção à saúde que expressasse o paradigma da produção social da doença. Nesse cenário sociopolítico, a saúde adquiriu *status* de direito social, incorporado ao texto constitucional de 1988, no qual se instituiu o Sistema Único de Saúde. Esse se materializou, em seus princípios e diretrizes, nos ideários da Reforma Sanitária, tanto por assumir a saúde como um “direito de todos” quanto por estabelecer a responsabilidade do Estado em provê-la e garanti-la, através de políticas econômicas e sociais integrativas (SANTOS et al., 2007).

A efetivação da democracia brasileira na dimensão local requer o rompimento das práticas patrimonarais, historicamente predominantes no país. Neste contexto, o processo de descentralização entendida como transferência de poder, recursos e autonomia, representa umas das mais importantes vias de efetivação da democratização do Estado. Em termos conceituais, implica na transferência ou delegação de autoridade legal e política à gestão local, com vistas ao planejamento, tomada de decisões e gerenciamento de funções públicas do governo central (JACOBI, 2000).

Teixeira (1991) adverte que a descentralização não deve se igualar ao processo de desconcentração vivenciado ao longo da história da administração pública brasileira. Na prática, ocorre uma ambigüidade dos termos. Isso significa que a descentralização resulta na redistribuição de poder, com transferência na alocação dos recursos, enquanto a desconcentração refere-se apenas à delegação de competências, sem, portanto, deslocar o processo decisório (JACOBI, 2000). Pode-se dizer que a primeira tem, intrinsecamente, um caráter mais político e, a segunda, mais administrativo.

Considera-se um sistema de saúde descentralizado àquele que tem uma dinâmica de transferência de recursos e autoridade às diferentes instâncias do sistema de saúde. Deve causar um impacto positivo na gestão e nas diferentes modalidades de atenção e, ainda, oportunizar os processos de reforma, com a geração e o desenho de novos modelos de atenção, papéis e funções, das modalidades de capacitação, dos sistemas de remuneração e das novas formas de participação das instituições, sindicatos e setores acadêmicos (HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000).

Com o SUS, ficam definidos os princípios norteadores do novo sistema: a universalidade, a equidade, a descentralização, a hierarquização e o controle social, trazendo um grande desafio para a saúde coletiva, que é reformular suas práticas para responder as demandas do processo saúde-doença e de suas diretrizes a partir do compromisso e responsabilidade social. Uma “nova organização” do sistema público de saúde vem se conformando, a partir da regulamentação do SUS, de modo que as práticas de saúde existam não só para a cura e reabilitação, mas também para a prevenção de doenças e promoção da saúde, assegurando aos cidadãos o bem-estar físico, psíquico e social (BRASIL, 1999).

É dentro dessa nova concepção, visando à consolidação desse novo paradigma de promoção em saúde e com o propósito de fortalecer o SUS, em março de 1994, adota-se como estratégia o Programa Saúde da Família (PSF), com vistas a provocar mudanças no modelo assistencial, ao romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e ao estender suas ações para a comunidade. Em outras palavras, projeta-se, no modelo tradicional, práticas coletivas que levam a saúde para perto das famílias, melhoram a qualidade de vida da população e beneficiam grupos (BRASIL, 2000a).

Com a aprovação da Norma Operacional Básica do SUS (NOB/SUS96), em 1996, a institucionalização do PSF ganha evidência. Essa normatização enfatiza a implantação do Programa como carro-chefe de um conjunto de medidas e iniciativas que visam o fortalecimento da Atenção Básica em respeito aos princípios e diretrizes do SUS. Dessa forma, a saúde torna-se municipalizada. Destarte, os municípios assumem a responsabilidade pela execução preferencial das ações e serviços de saúde, devidamente habilitados, seja na condição de gestão “Plena da Atenção Básica”, seja na condição “Plena do Sistema Municipal de Saúde” (BRASIL, 2000a).

Em 1999, a Atenção Básica foi definida no Brasil enquanto ações de caráter individual ou coletivo. Eram desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, direcionadas às práticas de promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1999). A partir de 2006, ampliou-se o conceito de Atenção Básica, que passava a ser entendido da seguinte forma:

(...) conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (...) utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários

com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006, p. 47).

A atenção básica à saúde representa a “porta de entrada” ao Sistema de Saúde para a maioria dos usuários. A Portaria do Ministério da Saúde nº 648, de 28 de março de 2006, elege a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica. A organização dos processos de trabalho aparece como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, com a ESF. No modelo assistencial vigente, curativista e, portanto, centrado na figura do médico, o fluxo assistencial de uma ESF é voltado para a consulta, o que faz com que o processo de trabalho necessite de uma interação de saberes e práticas para o cuidado integral à saúde (FRANCO; MEHRY, 2003).

O objetivo da ESF refere-se, portanto, à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, com o objetivo de romper o modelo positivista hospitalocêntrico. Diferentemente do modelo tradicional, este tipo de atenção deve ser centralizada na família, entendida e percebida a partir do seu espaço físico e social, e possibilitar às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções, que se estendem além das práticas curativas. A ESF deve superar a fragmentação do cuidado resultante da divisão social e técnica do trabalho e eleger a família e seu espaço social como núcleo central da abordagem no atendimento à saúde. Dessa forma, representa uma mudança substantiva na vigilância à saúde, da qual se espera um olhar interdisciplinar e uma prática intersetorial (FRANCO; MEHRY, 2003).

Com base nestes princípios, são traçados os seguintes objetivos a serem atendidos pela ESF:

- a) Caráter substitutivo: alteração das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho;
- b) Integralidade e hierarquização: adoção da Unidade Básica de Saúde da Família como primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde;
- c) Territorialização e adscrição da clientela: incorporação do território enquanto espaço de abrangência definida;
- d) Equipe multiprofissional: composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), na sua forma básica.

Para a ESF, o conceito de família transcende o aspecto biológico, circunscrevendo outros elementos na relação familiar, como os aspectos afetivos, o domicílio comum, a crença religiosa, os costumes e as práticas. O indivíduo deixa de ser tratado como objeto isolado de atenção e é assumido como parte integrante de uma família, com seus aspectos particulares, ou seja, o sujeito passa a ser compreendido no seu núcleo familiar. Contempla ainda, a formação de vínculos entre os profissionais da área e as famílias envolvidas, além do desenvolvimento de uma postura crítica e criativa ao encarar os problemas de saúde da comunidade (MENDES, 2002).

O programa atua em áreas adscritas, definindo o número de famílias para cada equipe (entre 600 e 1.000), o que se traduz numa população de aproximadamente 2.400 a 4.500 pessoas. Cada ACS é responsável pelo acompanhamento de uma microárea com 400 a 750 pessoas; para tanto, ele deve residir na microárea onde atua. São necessários cerca de 4 a 6 ACSs por equipe. Compete a todos os profissionais das equipes de saúde da família: garantir a integralidade da atenção através de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cura; garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde; além de realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local (BRASIL, 2001a).

Ruffino-Netto (2001a) destaca que a Atenção Básica pode contribuir de maneira significativa para a descentralização do PCT, uma vez que as práticas dos ACSs e das ESFs atendem questões centrais no controle da tuberculose, como a vacinação BCG, a busca ativa de casos, o diagnóstico precoce, o acompanhamento direto do tratamento e dos contactantes, além da cura do usuário portador da tuberculose.

A incorporação das ações de controle da TB nas equipes da ESF constitui uma prioridade nacional e faz parte da estratégia de aumento de cobertura. Dentre as ações desenvolvidas no combate à tuberculose, destacam-se: identificação dos sintomáticos respiratórios, com tosse e expectoração, por três semanas ou mais; coleta do escarro e transporte adequado do material até o laboratório; tratamento instituído na própria unidade; notificação do caso por meio do SINAN (Sistema de Informação e Notificação de Agravos); consultas periódicas para o acompanhamento do paciente, avaliação final e alta; investigação dos contatos e aplicação das medidas de controle (BRASIL, 2000c).

Desse modo, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose conta com as estratégias da Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), através de parcerias para, complementarmente, contribuir na expansão das ações de controle da

tuberculose, uma vez que essas estratégias têm a família e o domicílio como instrumentos de trabalho (MUNIZ, 2004).

A Organização Mundial de Saúde considera que para o efetivo controle da TB, os serviços devem assegurar a flexibilidade das equipes no acompanhamento do usuário, podendo a supervisão acontecer no domicílio ou mesmo no local de trabalho, além de poder ser realizada por alguém disposto a colaborar, que deve ser treinado e responsabilizar-se pela relação de ajuda. Este acordo deve se dar com a anuência do paciente e sob a responsabilidade de um profissional do serviço de saúde (WHO, 1999).

Segundo Ruffino-Netto (2001b), é necessário definir estratégias de capacitação dos profissionais com o objetivo de levar a saúde para todos. A capacitação deve habilitar os profissionais de saúde, com atuação na área da Atenção Básica, a elaborar novos instrumentos de trabalho, capazes de atingir o controle das doenças em nível local. Mais que isso, devem estar aptos a estabelecer mecanismos permanentes de vigilância e avaliação do seu processo de trabalho.

4.3 Promoção, Prevenção e Educação em Saúde no Controle da Tuberculose

O pontapé inicial para a compreensão do conceito de promoção da saúde deve ser dado pelo entendimento do próprio conceito de saúde. De acordo com a OMS, a saúde compreende um estado de completo bem-estar físico, mental e social e, não meramente a ausência de doença e enfermidade (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Particularmente, em países como o Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental, o conceito moderno de promoção da saúde surgiu e se desenvolveu de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos. Quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas nos últimos 12 anos (Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991 e Jacarta, 1997), desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. Na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional (BRASIL, 2002b).

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para o enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõem a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

A *Carta de Ottawa* define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Inscreve-se, desta forma, no grupo de conceitos mais amplos, reforçando a responsabilidade e o direito dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde (WHO, 1986).

Este documento destaca cinco áreas de ação que fornecem os fundamentos para a provisão da promoção à saúde, incluindo o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, a criação de um ambiente sustentável, o fortalecimento da participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades individuais e a reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986).

No Brasil, ocorreram dois marcos expressivos para a consolidação da concepção ampliada de saúde: a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986; e a elaboração da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, a partir da qual, as ações e serviços públicos de saúde passam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, como direito de todos os cidadãos e dever do estado (BRASIL, 1986).

A partir destes marcos conceitual, vários programas voltados à formação de recursos humanos, passaram a ser estruturados, particularmente na saúde pública, sob uma perspectiva de promoção da saúde. O conceito de promoção atua na concepção do sistema de vigilância como um todo, na reestruturação dos programas e práticas. Parte-se do conhecimento amplo dos determinantes de saúde para indicar estratégias que permitam interfaces com diferentes segmentos governamentais e comunitários (ONGs, Associações de Bairros, Conselhos de Saúde, família, igrejas, escolas dentre outros), na resolução dos problemas.

Para Kawamoto (1995), a comunidade e os profissionais que compõe uma equipe de saúde devem estar sensíveis à qualidade de vida e ao processo saúde-doença, uma vez que as intervenções de saúde devem ir além das ações curativas, na medida em que dizem respeito à organização e ao esforço na busca de conhecimentos, compreensão, reflexão e mudanças de atitudes cotidianas.

Souza e Grundy (2004) chamam a atenção para a necessidade da diferenciação entre os conceitos de promoção, prevenção e educação em saúde. De um modo geral, estes termos costumam ser aplicados simultaneamente como se fossem sinônimos, o que pode resultar em “confusões”, até mesmo entre os profissionais de saúde.

Quanto à conceituação de prevenção, Pereira (2001) afirma que se trata de medidas adotadas ou praticadas para diminuir o risco de aparecimento de doenças futuras, com o intuito de promover saúde à população. Para Czeresnia e Freitas (2003), o que diferencia

promoção de prevenção é justamente a consciência de que a incerteza do conhecimento científico não é simples limitação técnica passível de sucessivas superações; buscar a saúde é questão não só de sobrevivência, mas de qualificação da existência.

Destarte, as medidas preventivas atribuídas ao combate da tuberculose são consideradas como a principal ação na luta para que haja redução da morbi-mortalidade por essa enfermidade. A prevenção da tuberculose pode ser realizada através da investigação e acompanhamento dos contatos, além da quimioprofilaxia e da vacinação por BCG (BRASIL, 2005). No Brasil, a vacina é prioritariamente indicada para crianças entre zero e quatro anos de idade, sendo obrigatória para menores de um ano. Deve ser, sempre que possível, aplicada ainda na maternidade, desde que o recém-nascido tenha peso igual ou superior a dois quilos. Não há necessidade de revacinação, caso a primeira vacinação tenha ocorrido aos seis anos de idade ou mais (BRASIL, 2005).

Adensa-se na atividade educativa em saúde como uma estratégia básica do processo de trabalho, que tem por finalidade a capacitação e sensibilização de indivíduos e grupos para a transformação das condições de vida e saúde da população (BRITO, 2006). As práticas educativas devem contribuir para a inclusão de novos atores, além de reforçar a participação social. Além disso, devem potencializar a sensibilização dos indivíduos sobre suas condições de vida, constituindo-se num eixo para a promoção e integração das ações de saúde (BRITO, 2006).

Patrício (1990), referindo-se à conceituação do termo “educar”, assume e defende que esse se trata de um processo cultural, uma vez que resulta de interações humanas fundamentadas em crenças, valores, conhecimentos e práticas, incluindo aquelas de participação política, aprendidas e ensinadas de diferentes maneiras, consoante às diferentes histórias de vida.

Na Atenção Básica, a ESF constitui-se como local privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde, em razão da maior proximidade com a população e devido à ênfase que é dada nas ações preventivas e promocionais (VASCONCELOS, 1999). A esse respeito, Brito (2006) ressalta ainda que no âmbito da ESF, a educação em saúde é uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem sua equipe, seja em espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, ou nos informais, como em consultas domiciliares, que expressam a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de Saúde da Família.

4.4 A Estratégia DOTS: Experiências no Mundo, no Brasil e na Paraíba

A DOTS é considerada a estratégia mais eficiente para salvar a vida de aproximadamente 20 milhões de doentes de tuberculose em todo o mundo. É também entendida como a melhor maneira de diminuir a transmissão e evitar os gastos futuros com medicamentos para os doentes resistentes. Compreende uma junção de medidas que se completam e são definidas pela OMS como os cinco pilares ou elementos essenciais (WHO, 2005):

- 1) Compromisso governamental nas atividades básicas de controle da tuberculose;
- 2) Detecção de casos através da realização de baciloscopia em todo paciente sintomático respiratório que procure espontaneamente o serviço de saúde;
- 3) Esquemas de tratamento padronizados de seis a oito meses para, pelo menos, todo caso bacilífero, com tratamento diretamente supervisionado durante, no mínimo, os dois meses iniciais;
- 4) Suprimento regular e ininterrupto dos medicamentos padronizados;
- 5) Sistema de registro e notificação de casos que permita o acompanhamento dinâmico dos resultados do tratamento de cada paciente e do PCT com um todo.

A introdução da estratégia DOTS, a partir de 1993, tem demonstrado consideráveis progressos para o controle global da TB. Contudo, observam-se diferentes problemas para a implantação ou implementação dessa estratégia, que variam entre as diferentes regiões, estados, cidades e mesmo entre uma ou outra área de abrangência. Dentre as dificuldades identificadas, reconhece-se que é preciso fortalecer o processo de trabalho na atenção básica, onde as ações de controle da tuberculose devem ser amplamente difundidas (LIMA, 2005).

De acordo com a OMS, a DOTS representa a mais efetiva estratégia disponível para o controle da TB na atualidade, por ser capaz de modificar o cenário epidemiológico da tuberculose, principalmente nos 22 países responsáveis por 80% do total de casos notificados no mundo (WHO, 2005). Este fato pode ser demonstrado pela sua eficiência de ação, que dispensa a hospitalização do doente e torna o tratamento de baixo custo e disponível. Além do Brasil, são exemplos de países que adotaram a estratégia DOTS: República Unida da Tanzânia, Estados Unidos e China (SÃO PAULO, 1997).

A Tanzânia, um dos pioneiros na implantação do projeto, evidenciou um impacto positivo na taxa de cura, que aumentou de 43% para 80%. Nos EUA, apenas na cidade de Nova York, a DOTS atingiu cerca de 40% dos pacientes. Houve uma melhoria significativa na redução do número de abandonos de tratamento, que declinaram de mais de 540 casos, em

1991, para 44, em 1993. A queda na incidência foi 15% entre 1992 e 1993. Na China, no final de 1991, o novo programa já abrangia dois milhões de pessoas, com taxas de cura em torno de 94%. Em 1993, 91% dos doentes que iniciaram o tratamento tiveram alta por cura.

No Brasil a estratégia DOTS foi proposta oficialmente no ano de 1998, com o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) (MS, 1999). Para aumentar a efetividade das ações de controle da tuberculose foi lançado o Plano com as seguintes diretrizes gerais: o Ministério da Saúde é responsável pelo estabelecimento das normas; pela aquisição e abastecimento de medicamentos; pela referência laboratorial e de tratamento; coordenação do sistema de informações; apoio aos Estados e Municípios; e articulação intersetorial visando maximizar os resultados de políticas públicas (RUFINNO NETTO, 2002).

A partir daí, avanços significativos puderam ser comprovados na melhoria dos indicadores epidemiológicos relacionadas à TB no país. Em 2005, foram detectados 73,5% dos casos estimados, a taxa de cura alcançou 69,3% para todos os casos de TB e 71,3% para a forma pulmonar bacilífera. Entre 1999 e 2005, evidenciou-se, também, uma redução de 5,7% no coeficiente de incidência da doença. Com a utilização da DOTS, registra-se queda da taxa de abandono e garantia do acesso (SANTOS, 2007).

Em Caucaia-CE, foi registrado, em 2005, uma incidência de 67,9% de todas as formas clínicas da tuberculose. A taxa de abandono de tratamento auto-administrado (TAA), antes da implantação da estratégia de tratamento diretamente observado, ou supervisionado, (DOTS), era de 19,05% em 1995, 12,05% em 1996, 13,0% em 1997, 13,9% em 1998 e 14,97% em 1999. Percebe-se que, a partir da implantação do DOTS, houve uma significativa redução da taxa de abandono do tratamento por pacientes: 27,85% de decréscimo, verificado em 2003, em relação à análise do último ano, 1999 (BRASIL, 2005).

Em 2000, o município de Embu, estado de São Paulo, registrou uma mortalidade de 3,3%; de cura de 69,4%, de abandono de 14,0% e de mudança de diagnóstico de 11,0%. De 2000 para 2005, respectivamente, verificou-se um impacto epidemiológico devido à implantação do DOTS, com modificação das taxas de cura (69,4% para 92,0%); de abandono (14,0% para 2,5%) e de mortalidade (3,3% para 7,3%). Por esse motivo, o município foi reconhecido nacional e internacionalmente pelo Órgão Pan-Americano da Saúde/Organização Mundial da Saúde, (STOP TB e LA UNION), como a Referência Estadual e Nacional ao Tratamento da Tuberculose (BRASIL, 2006).

No Estado da Paraíba, a estratégia DOTS iniciou-se em 1999, em seis municípios considerados prioritários para o controle da Tuberculose: João Pessoa, Campina Grande, Bayeux, Santa Rita, Cajazeiras, Patos. Sua expansão vem-se consolidando em consonância com a política de descentralização e municipalização para a organização da atenção básica, articulada à ampliação da cobertura da ESF (LIMA, 2005).

Em 2001, a DOTS se expandiu para vinte municípios paraibanos mediante pactuação entre as instâncias estadual e municipal para a descentralização das ações do controle da TB. A transferência de responsabilidade para o nível mais periférico do sistema vem redirecionando o fluxo do atendimento, deslocando gradativamente a atenção da Unidade de Referência especializada para as Unidades de Saúde da Família (USF).

Em estudo realizado no ano de 2006, que avaliou o impacto da implantação da estratégia DOTS na Paraíba, evidenciou-se repercussões positivas nos indicadores epidemiológicos da TB. Entre 1999 e 2004, o percentual de cura aumentou de 67,8% para 92% e a taxa de abandono decresceu de 16,6% para 2%, respectivamente (SÁ et al., 2006). A estratégia vem-se desenvolvendo na Paraíba, orientada pela mobilização técnica, política e social em torno das metas de controle da doença; da melhoria da vigilância epidemiológica e do sistema de informação; ampliação e qualificação da rede de laboratórios; garantia de assistência farmacêutica com distribuição descentralizada e acompanhamento de estoques; capacitação de recursos humanos, descentralização das ações e mudança no modelo de atenção, com a reorganização dos serviços (RISI JÚNIOR; NOGUEIRA, 2002).

Para uma efetiva integração e sustentabilidade da estratégia DOTS no controle global da tuberculose no sistema de saúde do Brasil, é necessário o adequado desempenho das políticas de saúde, no sentido de serem providos recursos financeiros, organização dos serviços de saúde, aprimorado o gerenciamento do PCT, capacitação e sensibilização das equipes de saúde quanto à problemática da TB. A descentralização do PCT para a Atenção Básica é um caminho para atingir as metas do mesmo: além da redução da morbi-mortalidade por tuberculose, também promover um maior vínculo entre profissionais, indivíduos doentes e famílias (RUFFINO-NETO, 2001b).

Sabe-se que, quanto maior o número de Unidades Básicas de Saúde da Família e de equipes com profissionais capacitados ao desenvolvimento de ações de controle da tuberculose, mais abrangente será a procura de sintomáticos respiratórios; mais precoce será o início do tratamento dos casos descobertos; mais adequada será a supervisão direta do tratamento, com garantia da cura do doente e, conseqüentemente, mais rápida será a interrupção da cadeia de transmissão (BRASIL, 2002c).

Nesse sentido, Machado (2007), enfatiza que não basta a implantação de novas ESF, ou seja, é necessário que ao implantar novas UBSF o município ofereça condições as ESF para resolução dos maiores problemas de saúde pública que estão próximo à população. Entre as condições de trabalho adequado, destacam-se as capacitações das ESF, fornecimento de medicamentos e insumos suficientes em tempo hábil, boa estrutura física das UBSF e funcionamento do sistema de referência e contra-referência. Destaca-se a educação em saúde como a melhor forma de se atingir os objetivos da orientação, vislumbrando práticas que incluam o cidadão no processo enquanto ator social, reflexivo e instrumentalizado com seu saber, para contribuir no processo de mudança social (ROSSO; COLLET, 2006).

Silva et al. (2007), reforça que o trabalho das equipes avance no sentido de incorporar não somente a supervisão medicamentosa, mas as ações de diagnóstico, acompanhamento terapêutico do paciente, avaliação dos contactantes e ações educativas na comunidade adscrita, respeitando o princípio de autonomia do doente de tuberculose e de seus familiares. Dessa forma, a administração do tratamento supervisionado requer a supervisão da ingestão dos medicamentos, na unidade de saúde ou residência, de forma a assegurar que sua administração dê-se em uma única dose diária. A ingestão dos medicamentos deve ser assistida no local de escolha do doente pelo profissional de saúde e/ou um membro da família, devidamente orientado para essa atividade. (BRASIL, 2002b). Tais processos ocorrem com base no contexto de vida das pessoas, dos seus cotidianos, das suas experiências e devem ter como propósito libertar as pessoas para que estas possam ser sujeitos sociais capazes de fazer opções construtivas para suas vidas e para a sociedade.

5. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

5.1 A Teoria das Representações Sociais

Adota-se a Teoria das Representações Sociais, proposta por Moscovici, como referencial teórico metodológico para este estudo de investigação, uma vez que ela permite compreender a maneira como os doentes de tuberculose apreendem a doença e, em função disso, como eles se organizam e orientam suas ações em relação à família e à sociedade. Parte-se de sua condição milenar e da capacidade dos sujeitos de ressignificação para a geração do sistema de crenças, mitos, preconceitos e estigmatização ao longo de sua construção social.

Numa perspectiva psicossocial, o estudo da tuberculose, como dito anteriormente, baseia-se na Teoria das Representações Sociais. Esta se situa nos pontos de interseção das contradições entre a Psicologia Social e a Sociologia, desenvolvida a partir do estudo *La psychanalyse, son image et son public*, de Serge Moscovici, na década de 1960. Suas idéias revolucionaram o aspecto conceitual da investigação do senso-comum, revitalizando-o e tornando-o importante para a compreensão dos fatos e fenômenos sociais.

Segundo Arruda (2002), a representação social opera uma transformação do sujeito e do objeto, na medida em que ambos são modificados durante o processo de elaboração deste último. O sujeito amplia sua categorização e o objeto se acomoda ao repertório do sujeito, que, por sua vez, também se modifica ao receber mais um habitante. A representação, portanto, não é cópia da realidade, nem uma instância intermediária que transporta o objeto para perto/dentro do espaço cognitivo. Trata-se de um processo que torna o conceito e a percepção intercambiáveis, uma vez que se engendram mutuamente, como no caso do inconsciente agitado ou do complexo visível a olho nu.

Para Moscovici (1978), o processo social no conjunto é um processo de familiarização pelo qual os objetos e os indivíduos vêm a ser compreendidos e distinguidos na base de modelos ou encontros anteriores. A predominância do passado sobre o presente, da resposta sobre o estímulo, da imagem sobre a realidade, tem como única razão fazer com que ninguém ache nada de novo sob o sol. A familiaridade constitui ao mesmo tempo um estado das relações no grupo e uma norma de julgamento de tudo o que acontece.

O mesmo autor ainda define a representação social (RS) como uma forma de conhecimento do senso comum. Ela está diretamente relacionada à maneira como as pessoas entendem e introjetam as informações de acordo com os referenciais que possuem; os indivíduos reelaboram o saber científico segundo sua própria conveniência, ou seja, de acordo com os meios e recursos que têm.

Jodelet (2001) afirma que as representações sociais podem ser também compreendidas como uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e compartilhado, tendo uma intenção prática e concorrendo à construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Dessa forma, a construção e o funcionamento de uma representação podem ser explicados através de dois mecanismos básicos: a ancoragem e a objetivação. Segundo Nóbrega (2001), os processos de “ancoragem” e “objetivação” estão dialeticamente articulados para que o estranho possa ser incorporado e para que a realidade possa ser interpretada, a fim de permitir a orientação dos comportamentos.

Moscovici (2003, p.61) considera que a ancoragem pode ser entendida como um “processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga em nosso sistema particular de categorias, e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada”.

Sob a perspectiva de Nóbrega (2001), a “ancoragem” se organiza da seguinte maneira:

- 1) *Atribuição do Sentido*: são os valores culturais, organizados de forma articulada e hierarquizada, que determinam o enraizamento de um objeto e sua apresentação a um grupo ou a uma determinada sociedade.
- 2) *Instrumentalização do Saber*: o saber funciona como um instrumento capaz de atribuir valor funcional à estrutura imageante da representação, enquanto esta permite aos indivíduos compreenderem a realidade.
- 3) *Enraizamento no Sistema do Pensamento*: a representação encontra-se circunscrita no seio de um saber já existente, “permitindo a coexistência de dois fenômenos opostos no interior do processo formativo de novas representações. É o momento de incorporação social da novidade, atrelada à familiarização do estranho” (NÓBREGA, 2001, p.78).

Voltando agora à abordagem da objetivação, esta é entendida por Moscovici como o processo de tornar concreto o que é abstrato. “Objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma idéia, ou ser impreciso, é reproduzir um conceito de uma imagem” (MOSCOVICI, 2003, p. 71).

E, quanto à Nóbrega (2001), no processo de objetivação podem ser constadas três fases:

- 1) A primeira, *Construção Seletiva*, lançam mão de critérios culturais e/ou normativos, a partir de um conjunto de idéias sistematizadas, captam os elementos que formam as informações que estão em circulação, fatos próprios ao universo do senso comum.

2) A segunda, *Esquematização Estruturante*, constitui o Núcleo Central em torno do qual gravitaria toda representação, fornecendo a esta a significação e a organização devida. “Este é o elemento fundamental da representação, pois é ele que determina, ao mesmo tempo, a significação e a organização da representação” (ABRIC, 1989, p. 197 apud NÓBREGA, 2001, p. 74).

3) A terceira e última fase, *Naturalizações*, entendida como a “concretização dos elementos do núcleo figurativo, uma concretização que é percebida tanto em si como nos outros que pertencem ao mesmo grupo” (ANADÓN; MACHADO, 2003, p. 21). Processo pelo qual os elementos se transformam, tornando-se reais e compreendidos no senso comum.

De acordo com Miranda (2002), os processos sócio-cognitivos da representação social (objetivação e ancoragem) atuam de forma simultânea, a fim de modificar a realidade psicossocial através do espaço interacional, frente a um objeto do seu interesse ou do grupo a que pertence, numa dada situação. A interação entre sujeito, objeto e contexto pode revelar a qualidade do processo de elaboração da RS.

As Representações Sociais são, portanto, saberes do senso comum, construídos a partir das relações traçadas entre os diferentes indivíduos. Em seu cotidiano, as pessoas analisam, conversam e pensam sobre temas diversos, a partir de onde elaboram suas representações que passam a influenciar suas relações e comportamentos sociais.

5.2 Teoria do Núcleo Central

Segundo Abric (1998, p.28), “a representação funciona como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com seu meio físico e social, ela vai determinar seus comportamentos e suas práticas”.

Na enfermagem a TRS direciona o profissional no desenvolvimento de pesquisa nos diversos campos de conhecimentos, auxiliando também em pesquisas de fenômenos sociais que comprometem amplamente a sociedade e, conseqüentemente nossas vidas. Nessa perspectiva a TRS contribui na mediação do processo de autoconhecimento e autodesenvolvimento, portanto na melhoria da qualidade da assistência ao cliente, percepção de problemas e auto-avaliação profissional, reafirmando o seu caráter de pesquisa aplicada voltada para os problemas e objetos da prática profissional cotidiana do enfermeiro (BUCHELE, 2005; MARQUES; TYRREL; OLIVEIRA, 2006).

Dotada de diversas abordagens metodológicas, o estudo das representações sociais é amplamente empregado, especialmente nas investigações qualitativas. É útil na avaliação da forma como o indivíduo se conduz no ambiente social, material e ideativo, orientando a conduta, a comunicação social e estabelecendo uma realidade sociocultural comum (Minayo et al., 1999). Jodelet (2001) enfatiza que a TRS consegue uma penetração em todas as ciências, tornando-se um ponto articulador das diversas perspectivas, nos diferentes campos de pesquisa. Isso se torna possível graças à elaboração de seus construtos, que perpassam, de forma dialética, conceitos psicológicos e sociológicos.

Uma técnica oriunda da psicologia social, denominada Teoria do Núcleo Central, foi proposta por Abric e fundamenta-se na abordagem experimental do estudo da representação social, permitindo avaliar sua estrutura e dinâmica. O núcleo central é compreendido como todo elemento que desempenha um papel privilegiado na representação, de forma que os outros elementos dependem diretamente dele porque, é em relação a ele, que se definem seu peso e seu valor para o sujeito (ABRIC, 2000).

Essa teoria se articula na hipótese geral de que toda representação se organiza em torno de um núcleo central, que determina a significação e organização da representação (ABRIC, 2001). Os *elementos centrais* da representação são determinados pela natureza do objeto representado e pela relação que o sujeito mantém com esse objeto. São elementos muito estáveis da representação, a partir dos quais podem ser criadas ou transformadas as significações de outros elementos constitutivos da mesma e que também determinam a natureza dos vínculos que unem, entre si, os elementos da representação.

Dessa forma, o núcleo central é o que caracteriza a representação em si, ou seja, é o que lhe confere estabilidade e identidade. Conseqüentemente, é o elemento da representação mais estável e resistente à mudança. Qualquer mudança no elemento central da representação acarreta alteração nesta como um todo (ABRIC, 2000; SÁ, 1996).

O núcleo central estruturante, ou núcleo duro, determina a natureza e a relação dos conteúdos das RS, possuindo basicamente duas funções: a primeira é geradora, fornecendo valor e sentido aos outros elementos da representação; a segunda é organizadora, unindo e estabilizando os elementos da representação (ABRIC, 2000).

Já os *elementos periféricos*, constituídos por um número maior de idéias acerca do objeto representado, fazem a interface entre o núcleo central e as práticas concretas da população. Incorporam as experiências e histórias individuais de seus membros e mostram-se, assim, não apenas mais sensível à influência do contexto social imediato, mas também mais flexível à orientação dos comportamentos que nele se desenrolam (OLIVEIRA, 1996; SÁ,

1996). São os elementos periféricos que dão mobilidade e flexibilidade ao sistema representacional e, assim, regulam e adapta o sistema central aos constrangimentos e às necessidades cotidianas do indivíduo e/ou grupo.

Esses elementos têm três funções primordiais:

- 1) *Concretização*: diretamente relacionada com o contexto e, por seu caráter dependente, é responsável pela ancoragem da representação da realidade;
- 2) *Reguladora*: exerce papel essencial na adaptação da representação às evoluções do contexto, incluindo novas informações ou transformações do meio ambiente e abrigando as contradições acerca da representação;
- 3) *Defesa da representação*: funciona como um “pára-choque”, conferindo ao núcleo central uma maior resistência às mudanças (ABRIC, 2000).

5.3 Teoria de análise do Alceste

O ALCESTE foi criado na França, em 1970, por M. REINERT e J.P. BENZECRI, tendo sido introduzido no Brasil através de alguns estudos, em especial naqueles com enfoque nas Representações Sociais e pertinentes à área de saúde, como: Azevedo (2008), Carvalho (2008), Costa (2007), Miranda (2002), Silva (2001), Ogata (2000), dentre outros. O programa faz a análise léxica das palavras de um conjunto de textos, independentes da origem de sua produção, podendo ser tanto comunicações verbais e/ou escritas, quanto manifestações discursivas (MIRANDA, 2002; CAMARGO, 2005; REINERT, 1990; SOARES, 2004; NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

Em relação ao funcionamento do programa ALCESTE, Veloz, Nascimento-Shulze e Camargo (1999) e Camargo (2005) esclarecem que o mesmo realiza as seguintes etapas de análise: preparo do material através do reconhecimento das Unidades de Contexto Inicial (UCI) que consistem nesta pesquisa, nas próprias respostas à questão aberta foco da análise; divisão das UCI em segmentos de texto, denominadas Unidades de Contexto Elementar (UCE); realização de cálculos que classificam as UCE com base nas palavras que as compõem e divisão das UCE em 5 classes; e fornecimento das UCE mais características, o que possibilita a contextualização de seus respectivos vocábulos.

Este realiza uma análise lexical estatística, a partir da co-ocorrência das palavras nos enunciados que constituem o texto, de forma a organizar e sumarizar informações consideradas mais relevantes. Possui como referência, em sua base metodológica, a abordagem conceitual lógica e dos mundos lexicais. Ao realizar a análise léxica de um

conjunto de dados textuais, o ALCESTE agrupa as raízes semânticas e as define por classes, levando em consideração a função da palavra dentro de um dado texto. Assim, tanto é possível quantificar como inferir sobre a delimitação das classes, que são definidas em função da ocorrência, co-ocorrência e função textual das palavras (CAMARGO, 2005).

Entretanto, Nascimento e Menandro (2006) alertam que a finalidade do ALCESTE não é o cálculo do sentido, mas a organização tópica de um discurso, ao evidenciar as possibilidades lexicais. Portanto, o vocabulário de um enunciado constitui um traço, uma referência ou apenas uma intenção de sentido daquele que anuncia, ou seja, o sujeito produtor do real significado.

Segundo Minayo (2006), a análise léxica corresponde à contagem de palavras no texto, avançando-se sistematicamente na direção da identificação e da dimensão do texto como um todo. O processo se dá mediante a identificação do número total e dos tipos de palavras, avaliando a riqueza do vocabulário utilizado na produção de uma resposta ou de um discurso.

Na ordenação obtida pelo ALCESTE, cada entrevista é considerada uma unidade de contexto inicial, constituindo-se numa Unidade de Comando Inicial (UCI). Miranda (2002) e Camargo (2005) afirmam que, em função de algumas características do material coletado, tais como entrevistas, respostas e número de participantes em questões abertas, cada resposta pode ser considerada uma UCI, também denominada de “linha de comando” ou “linha com asteriscos”.

O que define uma UCI é a individualização do texto a partir da definição das variáveis, sendo este o único aspecto que tem a participação do pesquisador, pois as demais etapas do recurso informacional são derivadas de combinação estatísticas (AZEVEDO, 2008).

Dessa forma, o preparo do material, a partir da identificação das variáveis, é denominado de *corpus*, que contém um conjunto de UCIs. Pode ser rodado em qualquer versão do Windows for Word, após criterioso processo de digitação e correção ortográfica. Segundo Camargo (2005), para o bom êxito do programa, o *corpus* deverá conter aproximadamente 20 páginas de texto, em fonte Courier News, tamanho 10, com espaçamento simples, texto sem formatação (*.text.).

Corroborando, Nascimento e Menandro (2006, p.73) admitem que o tratamento estatístico de dados com *corpus* volumoso tem se mostrado com maior frequência, sobretudo, em virtude da “economia de tempo com tabulação e efetuação de cálculos necessários ao tratamento do conjunto de informações coletadas”.

Miranda (2002), com relação ao preparo do *corpus*, afirma que o pesquisador pode considerar relevante para a pesquisa acrescentar algumas informações, comentários, observações ou anotações, recolhidas por ocasião da coleta de dados, que devem excepcionalmente ser descritos em letras maiúsculas. Estas notas esclarecedoras podem estar relacionadas a aspectos emocionais e afetivos frente ao envolvimento do entrevistado com o objeto de investigação e/ou o instrumento, como também com o ambiente onde ocorre a entrevista e suas relações interacionais.

Ainda de acordo com Miranda (2002), o texto original, ou seja, aquele que contém os dados fornecidos pelos sujeitos entrevistados, não deve conter palavras com letras maiúsculas, nem mesmo as siglas. Prosseguindo, o autor recomenda não usar gírias, pronomes, provérbios, verbos auxiliares, advérbios, numerais e locuções exclamativas. Afirma ainda que, na prática, estas recomendações são difíceis de serem atendidas, pois se trata de um material discursivo e, como tal, sujeito aos vícios da linguagem coloquial utilizados no cotidiano.

Abordada a teoria das Representações Sociais e a teoria de análise do Alceste, passa-se a delinear a metodologia utilizada na pesquisa para a coleta e análise de dados, tendo em vista o objetivo deste estudo.

6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 Tipo de Estudo

Diante das características do objeto em questão, fez-se necessária a utilização de um estudo de natureza representacional, circunscrito à abordagem qualitativa, uma vez que a mesma permite penetrar, de forma mais aprofundada, na realidade das Representações Sociais dos usuários entrevistados. Dessa forma, o estudo representacional fundamenta-se no referencial teórico-metodológico das contribuições da Teoria das Representações Sociais, elaborada por Moscovici em 1961, no âmbito da psicologia social e da Teoria do Núcleo Central.

A opção pela abordagem qualitativa baseou-se na compreensão formulada por Minayo (2006, p. 23):

Entendidas como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Este estudo apresenta como característica a pesquisa descritiva e exploratória que, de acordo com Polit e Hungler (1995), tem o propósito de observar, descrever e explorar os aspectos de uma situação e, para isso, o pesquisador utiliza métodos aprofundados de descrição das dimensões, variações, importância e significado dos fenômenos. Mais do que a simples observação do fenômeno, a pesquisa exploratória investiga a sua natureza complexa e outros fatores com os quais ele está relacionado.

6.2 Cenário da Investigação

O estudo desenvolveu-se no município de Campina Grande-PB, considerado pelo Ministério da Saúde, um dos seis municípios prioritários do estado da Paraíba para o Controle da Tuberculose. Ressalta-se, também, o pioneirismo deste município na implantação (em 1994) das primeiras unidades de ESF do estado (GUIMARÃES, 2006), fortalecendo o PCT em âmbito municipal, com a incorporação das ações descentralizadoras de controle e supervisão da TB pelas ESF, através da estratégia DOTS.

6.2.1 Informações Gerais sobre o Município

O município de Campina Grande localiza-se na mesorregião do Agreste Paraibano e possui uma área total de 620,63 Km². A área urbana ocupa 98 Km² e, a rural, 420 Km². Apresenta clima equatorial semi-árido, com temperatura média de 22°C e umidade relativa do ar de cerca de 67%. Possui três distritos rurais: Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista. Limita-se, ao norte, com os municípios de Massaranduba, Lagoa Seca, Pocinhos e Puxinanã; ao sul, com Fagundes, Caturité, Queimadas e Boqueirão; a oeste, com Boa Vista e, a leste, com Riachão do Bacamarte (IBGE, 2008).

A população de Campina Grande, segundo dados censitários, era de 371.060 habitantes em 2007. Possui uma divisão territorial que estabelece a organização de seis Distritos Sanitários (DS), conformados, em meados de 1988, no processo de distritalização desenvolvida pela Secretaria de Estado em municípios com população superior a 50.000 habitantes (IBGE, 2008).

No campo da saúde, Campina Grande está inserida no 3º Núcleo Regional de Saúde, unidade integrante da divisão geopolítica administrativa do estado. Está habilitado na Gestão Plena do Sistema municipal, desde 1998, sendo um dentre os oito municípios do estado habilitados nesta modalidade de gestão (PMCG, 2006).

Campina Grande está configurada no Plano Diretor de Regionalização Estadual (PDRE) como sede de módulo assistencial para 10 municípios, micro-regional, município pólo e macro-regional para 98 municípios. Dessa forma, no âmbito da proposta do PDRE, o município apresenta-se como um importante pólo de assistência à saúde, responsabilizando-se pelo atendimento de mais de um milhão de pessoas nos níveis de atenção à saúde de média e alta complexidade, além dos serviços ambulatoriais e hospitalares (PMCG, 2006).

O Sistema Municipal de Saúde é composto por instituições Públicas, Filantrópicas e Privadas, distribuídas nos seis Distritos Sanitários componentes da rede municipal de saúde local. Segundo dados da Diretoria de Planejamento e Regulação existem, no município, 104 estabelecimentos de saúde prestando atendimento regular através do SUS (Quadro 1) (SMS, 2009).

DESCRIÇÃO	TOTAL
Centro de Atenção Psicossocial	05
Centro de Referência ao Portador de Necessidades Especiais (CRANESP)	01
Centros de Saúde	06
Clínica de Psicologia	01
Farmácias populares	04
Hospitais Filantrópicos	02
Hospitais Privados	05
Hospitais Públicos	03
Policlínica	01
Residência Terapêutica de Saúde Mental	06
Total	104
Unidade de Fisioterapia	01
Unidade de Referência de Saúde Mental	01
Unidade Mista	01
Unidades Básicas de Saúde	01
Unidades Básicas de Saúde da Família	67

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande-PB, 2009.

QUADRO 1 – Rede Municipal de Serviços de Saúde de Campina Grande-PB, 2008.

Em termos de Atenção Básica, o município possui 92 equipes de saúde da família, o que equivale a uma cobertura de 77% da população. Dispõe, ainda, de três equipes do PACS. A maioria das Unidades Básicas de Saúde da Família é formada por uma única equipe, embora algumas possam apresentar duas (Figura 1, Quadro 2) (SMS, 2009).

MÊS	TETO (ESF)	Nº ESF CIB	Nº equipes SF SIAB	Nº ESF IMPLANTADAS	% COBERTURA ESF
01	159	100	80	80	72,51
02	159	100	80	80	72,50
03	159	100	80	79	71,60
04	159	100	80	80	72,50
05	159	100	83	83	75,22
06	159	100	83	83	75,22
07	159	100	83	83	75,22
08	159	100	85	84	76,13
09	159	100	85	84	76,13
10	159	100	85	85	77,04
11	159	100	85	84	76,73
12	159	100	85	84	76,13

Fonte: Diretoria de Atenção à Saúde, Campina Grande-PB, 2008.

QUADRO 2 – Cobertura populacional baseada na população real do IBGE no ano de 2008.



Fonte: Secretaria de Saúde, 2008.

FIGURA 1 – Mapa de Campina Grande-PB, de acordo com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, por Distrito Sanitário de Saúde, 2008.

6.3 Controle da Tuberculose no Município de Campina Grande-PB

Em 1998, a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande passou por uma reorganização do sistema local, através da implantação do Programa de Controle da Tuberculose, a partir do qual foram adotadas medidas para a descentralização de decisões e execução dessa política. Antes da implantação do programa, as ações de diagnóstico, tratamento e controle de todas as doenças emergentes ou milenares, como hanseníase e tuberculose, centralizavam-se no Ambulatório de Referência. Em 1999, articulada com a expansão da Saúde da Família, foi implantada a estratégia DOTS.

A cobertura do programa municipal de controle da tuberculose para a ESF, desde então, vincula-se às 85 USF e a um ambulatório de referência e contra-referência em TB, o único existente no município. Na esfera estadual, o PACS vincula-se ao Hospital Clementino Fraga, em João Pessoa, a capital (a 130 Km). Destaca-se que a Coordenação do PCT está subordinada à Gerência de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças, por sua vez subordinada à Diretoria de Vigilância Sanitária e ao Gestor municipal de saúde.

6.3.1 Campina Grande na Operacionalização do PCT: o percurso do usuário frente ao Sistema de Saúde

Para o diagnóstico da tuberculose, na suspeita da doença, o usuário deve se deslocar, espontaneamente, após encaminhamento feito pelo ACS ou sugerido por algum familiar, até a UBSF mais próxima do seu domicílio, ou ao ambulatório de referência. As UBSFs realizam atendimento de segunda à sexta, nos dois turnos, manhã e tarde, por uma equipe da ESF. As ações de controle da tuberculose são realizadas basicamente pelo médico, enfermeiro e ACS, embora existam outros profissionais integrantes da equipe básica que possam participar do processo, como o auxiliar de enfermagem. Ainda, em outras unidades, pode-se acrescentar o profissional da odontologia e o assistente social, sendo que as ações de controle da TB são realizadas basicamente pelos três primeiros (SMS, 2009).

A partir da consulta médica e de enfermagem, realizadas nas UBSFs, os casos atendidos são encaminhados, de acordo com a demanda, para o ambulatório de referência, para que sejam feitos os exames de radiologia do tórax e baciloscopia, a fim de iniciar imediatamente o esquema terapêutico, prescrito conforme o estágio da doença.

Ainda sob a confirmação diagnóstica, também é realizada, no ambulatório de referência, a cultura do escarro, para os usuários suspeitos de Tuberculose com baciloscopias negativas. Este é, portanto, o único responsável pela coleta do material e envio para o laboratório, localizado em João Pessoa-PB.

O funcionamento do ambulatório de referência municipal para TB cumpre agenda semanal em um único período, ou seja, de segunda a sexta-feira, no turno da manhã. O atendimento é realizado por um profissional médico, com especialidade em pneumologia, uma enfermeira, uma assistente social e uma auxiliar de enfermagem.

A referência é feita por escrito, pelos profissionais das ESFs (médico e enfermeiro), que acompanham o doente de tuberculose, quando há necessidade de avaliação especializada por pneumologista, realização de exames, ou quando o quadro de saúde não possui condições de resolutividade no nível de atenção primária. Após avaliação do especialista, o usuário é novamente encaminhado à UBSF, para dar continuidade ao seu tratamento (SMS, 2009).

Nesta, as consultas são realizadas mensalmente pelo médico e enfermeiro. Durante as consultas, os doentes de tuberculose são reavaliados clinicamente, suas dúvidas são esclarecidas, recebem a medicação correspondente ao mês de tratamento, realizam a baciloscopia de controle (mensal) e novos exames, dependendo das queixas apresentadas. O retorno é agendado em um mês. Ressalta-se, ainda, o acompanhamento destes pacientes pelos ACSs durante a visita domiciliar. Ao término do tratamento, o paciente repete o exame do

escarro e realiza nova radiografia do tórax (nos casos de tuberculose pulmonar), para avaliar as lesões pulmonares prévias (SMS, 2009).

Quanto à distribuição da medicação, a Secretaria Municipal de Saúde faz o abastecimento de acordo com a demanda espontânea apresentadas pelas UBSFs e pelo ambulatório de referência, utilizando-se do serviço de *motoboy* ou moto-táxi. O portador de tuberculose não recebe incentivos financeiros nem cesta básica durante o tratamento, à exceção do vale-transporte e de um lanche, para aqueles doentes em tratamento supervisionado no ambulatório de referência (SMS, 2009).

6.4 Sujeitos do Estudo

Como sujeitos da pesquisa, foram destacados 34 usuários atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde da Família e notificados no banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação como portadores de tuberculose pulmonar e extra-pulmonar.

Sabe-se que a DOTS atende as diretrizes do sistema de informações em saúde numa perspectiva quantitativa. Seguindo recomendações da Gerência de Vigilância Epidemiológica da SMS de Campina Grande-PB, optou-se por trabalhar com o período cujos dados já estavam disponibilizados no SINAN, elegendo-se a coorte de 2007 e 2008.

Embora a abordagem deste estudo seja de natureza qualitativa e representacional, definiu-se este item como relevante recurso estatístico, uma vez que ele determina as ações do DOTS junto aos doentes de TB, além de caracterizá-los. Dessa forma, possibilitou-se uma investigação mais aproximativa dos doentes de tuberculose atendidos num mesmo período, o que permitiu a recuperação de dados desde o momento da notificação do caso até o seu encerramento. Levou-se, ainda, em consideração, a ampliação expressiva do número de ESFs no município neste período, o que foi fundamental para a operacionalização do Controle da Tuberculose a partir da estratégia DOTS.

Como critérios de inclusão ou de elegibilidade, foram priorizados os casos de tuberculose com tratamento concluído, residente na área de abrangência do Distrito Sanitário e cadastrado no PNCT do município de Campina Grande-PB. Foram excluídos ou considerados inelegíveis os casos de residentes fora do município; os casos notificados como suspeita, porém descartados e, ainda, os casos acompanhados e tratados exclusivamente nos centros de saúde. A partir desses critérios, foram selecionados 34 doentes como sujeitos da pesquisa.

6.5 Técnica e Instrumentos de Coleta de Dados

Para apreensão do objeto de estudo, apoiou-se na concepção de Triviños (1990, p.137), que afirma que a pesquisa qualitativa “não admite visões isoladas, parceladas, estanques. Ela se desenvolve em interação dinâmica, retroalimentando-se, formulando-se constantemente [...]”. Sendo assim, é fundamental que, ao realizar pesquisa qualitativa, o pesquisador possa se apoiar em uma multiplicidade de técnicas e métodos que venham contribuir para a realização do seu estudo.

Por essa razão, foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: um questionário de caracterização dos sujeitos (Apêndice A) e entrevista semi-estruturada (Apêndice B). Para Minayo (2006), a entrevista é uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, por iniciativa do entrevistador, no intuito de construir informações pertinentes à pesquisa, quanto ao objeto e aos objetivos do estudo. A autora afirma que esta técnica pode fornecer dois tipos de dados: primários, que se referem diretamente ao indivíduo e que só podem ser conseguidos com a contribuição das pessoas; e secundários, fatos que podem ser conseguidos por outras fontes, na forma de censos ou estatísticas.

De acordo com Triviños (1990, p. 146), a entrevista semi-estruturada, caracteriza-se como:

[...] parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, junto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebem as respostas do informante.

Desses entendimentos, elaborou-se a entrevista com base em uma ordem pré-estabelecida de questionamentos subjetivos, de forma a oferecer ao entrevistado a liberdade para responder em seus próprios termos ou, ainda, questionar sobre o que lhe era perguntado, em respeito aos seus traços culturais.

O primeiro instrumento (questionário de caracterização dos sujeitos) continha questões de caráter socioeconômico, por se compreender que este pode influenciar na elaboração da representação social acerca do objeto de estudo. Foram avaliados: idade, sexo, forma clínica da doença, escolaridade, renda, ocupação e número de pessoas por domicílio.

Quanto ao roteiro da entrevista, as questões abordadas foram elaboradas e aplicadas pelo pesquisador com base nas recomendações operacionais propostas pela estratégia DOTS, a saber: acesso aos exames laboratoriais (rede de laboratórios disponíveis); garantia de medicamentos; tratamento diretamente observado; bem como, a partir das experiências do

usuário relacionadas ao tratamento da tuberculose e às relações com a família e grupos sociais (amigos, trabalhos e vizinhos).

6.6 Preparação do Trabalho de Campo

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), de acordo com a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Foi deferido e registrado sob protocolo nº 0519.0.133.000.06, em 25/11/2008 (Anexo A).

Para execução do trabalho de campo, foram realizados contatos prévios com as esferas decisórias envolvidas: Gestão Municipal de Saúde, Gerente de Vigilância Epidemiológica e Gerente de Atenção Básica. O objetivo era apresentar a proposta de pesquisa e obter permissão para a realização da mesma (Anexos B e C).

Após autorização do Comitê de Ética e das instâncias gestoras envolvidas, manteve-se contato com os profissionais vinculados às Unidades Básicas de Saúde da Família, para apresentação da proposta de investigação que seria desenvolvida nas áreas de abrangência da ESF, solicitando-se, também, a cooperação e disponibilidade, particularmente dos ACSs, em acompanhar o pesquisador na identificação dos domicílios nas áreas de difícil acesso ou de risco explícito e violência.

6.6.1 O Trabalho de Campo

O trabalho de campo foi desenvolvido em dois momentos: primeiramente, o acesso aos sistemas de informação em saúde e, posteriormente, a visitação e coleta de dados no domicílio.

Para Minayo (2007), o trabalho de campo deve ser pensado a partir de referenciais teóricos e também de aspectos operacionais que envolvem questões conceituais. A autora afirma que, na pesquisa qualitativa, o trabalho de campo constitui-se etapa essencial, pois a delimitação e formulação do problema de pesquisa pressupõem uma imersão do pesquisador no contexto que condiciona o problema, onde a questão inicial é explicitada, revista e reorientada a partir das informações das pessoas ou grupos envolvidos na pesquisa.

O campo caracteriza o recorte espacial que representa uma realidade empírica a ser estudada, a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto de investigação. A pesquisa social trabalha com gente, com atores sociais em relação com grupos específicos. Esses sujeitos de investigação são primeiramente construídos em teoria, enquanto

componentes do objeto de estudo. No campo, fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, daí resulta um produto novo e confrontante, tanto com a realidade concreta quanto com as hipóteses e pressupostos teóricos, num processo mais amplo de construção de conhecimentos (MINAYO, 2006).

6.6.2 Consulta aos Sistemas Informativos em Saúde na Busca dos Sujeitos de Pesquisa

No primeiro momento, realizou-se um levantamento das informações junto às gerências local de Vigilância Epidemiológica e de Atenção Básica. O objetivo era conhecer a operacionalização do controle das ações de tuberculose desenvolvidas no município, com relação à quantidade de equipes que desenvolvem ações voltadas ao controle da TB; ao número de doentes por ESF; à localização das Unidades Básicas da Saúde da Família; à disponibilidade de visita do pesquisador às equipes e aos domicílios dos usuários; à obtenção dos endereços dos usuários; dentre outros. As informações foram registradas em um diário de campo, utilizado como suporte da pesquisa.

Utilizou-se o relatório do Sistema de Notificação de Agravos para identificação dos casos de tuberculose notificados no município. Foram observados: forma clínica da tuberculose (pulmonar ou extra-pulmonar); motivo da alta; informações sobre abandono, efeitos, recidivas, óbitos, falências de esquema terapêutico, transferências e localização dos casos de tuberculose, por área de abrangência da Saúde da Família. Nesse caso, foram adotadas as referências do relatório do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) (SMS, 2009).

O SINAN é a principal fonte de dados do sistema de informação epidemiológica da tuberculose nos níveis federal, estadual e municipal. Sua regulamentação está presente nas Normas Operacionais do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS/96, de 6/11/96, e NOAS/SUS, Portaria n.º 95/GM/MS, de 26/1/2001), onde são definidas as atribuições das três esferas de governo na gestão, estruturação e operacionalização do sistema, a fim de garantir a alimentação permanente e regular dos bancos de base nacional.

Ele tem por objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, através de uma rede informatizada. Ressalta-se que os dados referentes à tuberculose também estão disponíveis nos sistemas de informação referentes a internações (SIH/SUS), atendimento ambulatorial (SIA/SUS) e óbitos (SIM) (BRASIL, 2002a).

Esclarece-se, ainda, a garantia da transferência de recursos do Piso de Atenção Básica (PAB), através das Portarias n.º882/GM, de 18/12/1997, e n.º933, de 4/9/2000. A formação dos bancos de dados informatizados na área da saúde requer a alimentação das informações do SINAN, pela Secretaria de Saúde dos Municípios, junto à Secretaria Estadual de Saúde, por dois meses consecutivos, sob pena de suspensão e do não repasse de recursos (BRASIL, 2002a).

Dessa forma, a partir da consulta junto ao SINAN, obteve-se um relatório dos casos de tuberculose notificados neste período (Tabela 1):

TABELA 1 – Distribuição dos casos notificados de tuberculose do município de Campina Grande-PB, segundo dados do SINAN. 2007/2008.

CASOS DE TUBERCULOSE	TOTAL	
	N (96)	%
GÊNERO		
Masculino	72	75,0
Feminino	24	25,0
SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO		
Cura	59	62,1
Óbito*	01	1,1
Abandono	15	15,8
Transferência	04	4,2
Ignorado/branco	17	16,8
TRATAMENTO SUPERVISIONADO		
Ignorado	02	2,1
Sim	48	50,0
Não	46	47,9
FORMAS DE TUBERCULOSE		
Pulmonar	82	85,4
Extra-pulmonar	13	13,5
Ext + pulmonar	01	1,1
TIPO DE ENTRADA		
Recidiva	07	7,3
Caso Novo	78	81,3
Reingresso após abandono	04	4,2
Transferência	07	7,2

* Óbito por outras causas

Fonte: SINAN. Campina Grande-PB, 2008.

O SIAB, por ser uma base indexada, constitui-se em um instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde, com a finalidade precípua de descrever a realidade socioeconômica do seu território de abrangência, sinalizar situações específicas de adoecimento e morte da população, avaliar a adequação dos serviços e práticas de saúde, além de contribuir para o monitoramento da situação em áreas geográficas definidas (BRASIL, 2000b).

O SIAB registra informações como a quantidade de pessoas que vivem na mesma casa, seus respectivos nomes, data de nascimento, idade, sexo, ocupação, alfabetização e patologias. Também é registrada a situação de moradia e saneamento (tipo de casa, tratamento de água no domicílio, abastecimento de água, destino do lixo e destino de fezes e urina) e outras informações (como, por exemplo, se alguém na família possui plano de saúde, que atendimento a família procura em caso de doença, os meios de comunicação e transporte que mais utiliza e se participa de grupos comunitários) (BRASIL, 2000b).

Os dados que alimentam este sistema são gerados por profissionais de saúde integrantes das equipes da Estratégia Saúde da Família. São coletados tanto em âmbito domiciliar quanto na própria unidade de saúde, com instrumentos específicos. Posteriormente, são armazenados no sistema, de forma a possibilitar a geração de consolidados e relatórios.

6.6.3 Entrevista Domiciliar com os Sujeitos da Pesquisa

O segundo momento exigiu que fossem feitos alguns ajustes na agenda de visitação ao domicílio dos sujeitos participantes do estudo. Inicialmente, foram mantidos contatos prévios por telefone com os profissionais de saúde das UBSFs, explicando o objetivo do estudo e a autorização concedida pelas instâncias da gestão local. Na oportunidade, foi solicitada a cooperação para o agendamento das entrevistas nos dias de retorno à unidade dos usuários selecionados, ou, ainda, no dia e local mais convenientes para os mesmos. Foram, portanto, oportunizados dois espaços para a realização da entrevista: no próprio serviço de saúde e/ou no espaço domiciliar.

A maioria das entrevistas foi realizada nos domicílios, por opção dos usuários, uma vez que, para eles, suas residências ofereciam melhor comodidade, proteção, conforto e segurança. Foram explicados aos participantes os objetivos da pesquisa e solicitada a colaboração voluntária, com garantia do anonimato e do sigilo das informações. Foi assegurado o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. As entrevistas só foram realizadas após aceitação do usuário, firmada através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C). Foram identificados casos de TB em usuários menores de idade. Dessa forma, atendendo aos preceitos da Resolução 196/96, as entrevistas foram realizadas com o responsável legal, em sua maioria, representado pela mãe.

As entrevistas foram realizadas utilizando-se o gravador que, dentre outras vantagens, permitia a posterior reprodução textual das perguntas e respostas. Dessa forma, atendia-se ao critério de fidedignidade na interpretação da fala dos sujeitos. A média de duração das entrevistas foi de cinquenta minutos.

Adotou-se o “evento surpresa”, ou seja, quando do aceite em participar da pesquisa, o pesquisador sugeria a possibilidade de a entrevista ser realizada já naquele momento. Em caso de recusa, agradecia-se e oportunizava-se um novo horário, no mesmo dia ou em outro. Este artifício possibilitou ao entrevistador motivar os sujeitos a participarem do estudo. Ressalta-se, ainda, que não houve recusa de participação, além do acolhimento manifestado em apoio ao pesquisador. Tal fato proporcionou uma aproximação segura com o usuário, embora não tenha minimizado as facilidades e dificuldades típicas de um processo de coleta de dados.

Creditam-se como *facilidades*, a reunião com o gestor da saúde e sua conseqüente autorização para realização do estudo; a receptividade dos profissionais que integram a Atenção Básica do município; a cordialidade dos entrevistados para com o pesquisador; a ajuda presencial dos ACSs durante as entrevistas realizadas nas residências dos usuários que concluíram o DOTS. Quanto às *dificuldades*, destacam-se a posição particular de descrédito, desdém e desrespeito aos objetivos do estudo; a sonegação de informações; as imposições de inacessibilidade às dependências da Secretaria de Saúde; e, particularmente, a não disponibilização dos endereços dos usuários assistidos pelo DOTS, fato que gerou limitações para o acesso ao banco de dados do SINAN. Embora com menor repercussão, também foram notadas dificuldades sobre os agendamentos nos estabelecimentos de saúde e nas visitas aos domicílios, no tocante à falta ou atrasos por parte dos usuários, o que fazia necessário novo agendamento.

A coleta dos dados transcorreu no mês de janeiro de 2009, com 34 usuários, dos seis Distritos Sanitários de Saúde submetidos à estratégia DOTS/TS, que tiveram tratamento concluído entre abril de 2007 e março de 2008. Com o objetivo de preservar o anonimato dos entrevistados, os mesmos foram codificados como usuários, seguidos da ordem numérica em que aparecem na transcrição de sua entrevista.

6.7 Tratamento e Análise dos Dados

A análise dos dados foi submetida, mediante rigoroso processo de preparação, ao *software Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE)*, versão 4.7.

O preparo do material, a partir da identificação das variáveis, é denominado de *corpus*, que contém um conjunto de UCIs. O *corpus* deste estudo, representado pelas 34 entrevistas realizadas com os doentes de tuberculose atendidos na estratégia DOTS, foi processado pelo ALCESTE 4.7, em 18/04/2009, às 16:23:13h, com tempo de execução de 0h0m20s. Dessa forma, ressalta-se a contribuição valiosa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Universidade de São Paulo), no processo do material discursivo apresentado neste estudo.

O conjunto de UCIs constitui o “*Corpus de Análise*”, ou seja, o conjunto de todos os dados num único arquivo. É representado, particularmente nessa pesquisa, pelas 34 entrevistas dos sujeitos submetidos ao tratamento de TB na estratégia DOTS e atende ao seguinte modelo:

**** *dts_01 *ubsf_01 *usut_01

Dessa forma, permite alterar a posição do distrito sanitário, da unidade de saúde e do usuário. As UCIs utilizadas neste estudo, no que diz respeito à definição e construção das variáveis, obedeceram à seguinte padronização:

*dts_1= I *dts_2= II *dts_03= III *dts_4= IV *dts_5= V *dts_6= VI

O Quadro 3 demonstra a distribuição dos sujeitos codificados para atender as UCIs, por Distrito Sanitário.

Distrito I	Distrito II	Distrito III	Distrito IV	Distrito V	Distrito VI
*ubsf_01 tota agra *usut_01 *usut_02 *ubsf_02 monte castelo I *usut_03 *usut_04 *ubsf_03 Monte castelo III *usut_05 *ubsf_04 francisco brasileiro II. *usut_06 *ubsf_05 jardim tavares. *usut_07	*ubsf_06 ubsf adalberto cesar I *usut_08 e 09 *ubsf_07 ubsf raimundo carneiro II *usut_10 *ubsf_08 ubsf mutirão II *usut_11 e 12	Ubsf_09 Conceição I *usut_13 e 14 *ubsf_10 conceição II *usut_15 *ubsf_11 Montesanto I *usut_16 e 17 *ubsf_12 bonaldfilho *usut_18 *ubsf_13 araxá *usut_19 *ubsf_14 ináciomayer *usut_20 e 21	*ubsf_15 tambor I *usut_22 *ubsf_16 pedreira I *usut_23, 24 e 25	*ubsf_17 ressurreição *usut_26 *ubsf_18 velame I *usut_27 *ubsf_19 ubsf bairro das cidades II *usut_30	Ubsf_20 ramadinha I *usut_31 Ubsf_21 ramadinha II *usut_32 *ubsf_22 ramadinha III *usut_33

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Campina Grande-PB, 2008.

QUADRO 3 – Codificação dos usuários do DOTS por Distrito Sanitário. Campina Grande/PB, 2008.

A maior demanda de trabalho e de tempo deste estudo foi à preparação do roteiro das entrevistas na transcrição para um arquivo único, um *corpus* homogêneo para submissão ao ALCESTE. Sempre resgatando os objetivos do trabalho, optou-se pela “*leitura flutuante*” (Minayo, 2000), a fim de perceber, nos discursos escritos, algum sentido que pudesse dar partida ao processo de análise.

Dessa forma, as entrevistas foram separadas pelas linhas de comando contendo asteriscos que representam as variáveis dadas pelo pesquisador, tal como no exemplo que se segue:

```
**** *dts_02 *ubsf_08 *usut_12
```

dificuldade_financeira tinha demais.tudo bem, graças_a_deus são ótimas pessoas. médico, mais médico, medicamento que não faltasse, que às vezes vai pegar, atrás de um medicamento e não tem, precisa de um médico, um dentista e não tem, muita coisa_ta_faltando, tem muitas coisa_boas e muitas faltando.

Apresenta-se, a seguir, trecho do *corpus* organizado no formato do ALCESTE, a partir dos dados fornecidos pelos participantes do estudo (Quadro 4).

```
**** *dts_04 *ubsf_15 *usut_22
```

foi feito cirurgia_e_biópsia. Fiquei_chocada. não tenho entendimento sobre_a_doença. Acredito. fez o tratamento e ficou_bom. Muita_correria, tá sempre nos médicos. souberam, mesmo contei. normal. continuou como sempre. souberam. a gente que falou. não mudou nada. ta sendo ótima, sou_bem_atendida. tem exames. tomar muito_suco, muita_água por causa_do_remédio, é muito_forte. fazer o teste para saber se tem tuberculose. não. os medicamentos e os exames foram pedidos pelo posto. a cirurgia que demorou seis meses para fazer. bom. até agora tá bom, do jeito que ta. Informar_as_pessoas, dar mais palestras sobre_a_doença. mandar vacina, divulgar_na_televisão. é uma medicação_boa, só no começo do tratamento que teve mal_estar. Não_recebi

QUADRO 4 – Trecho do *corpus* organizado no formato ALCESTE e construído a partir das entrevistas realizadas. Campina Grande-PB, 2007/2008.

De acordo com o padrão estabelecido pelo programa, do *corpus* deste estudo emergiu um total de 218 UCEs, originando 05 classes de UCEs de textos diferentes entre si, demonstradas na Figura 2, sob a forma de dendrograma.

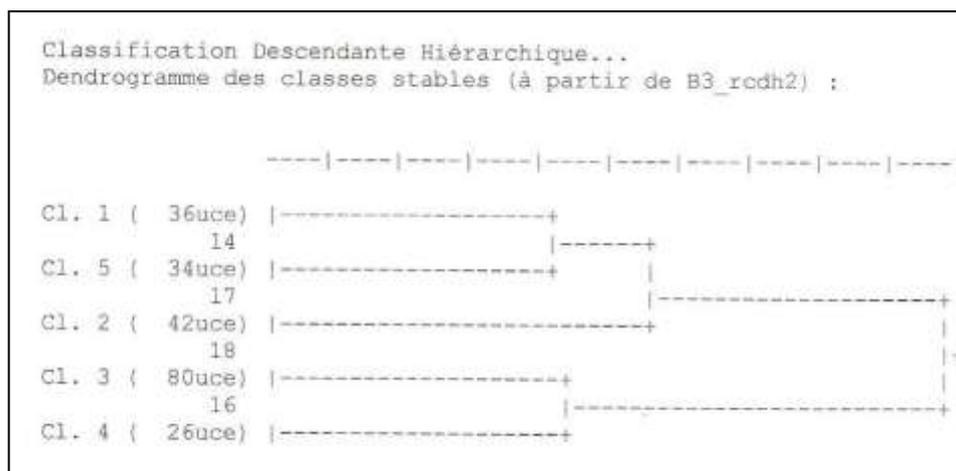


FIGURA 2 – Classificação hierárquica descendente elaborada pelo ALCESTE 4.7, de acordo com as entrevistas realizadas com 34 doentes de tuberculose. Campina Grande-PB, 2007/2008.

O ALCESTE dividiu o material analisado em dois grandes eixos, 1 e 2, originando 5 classes, distribuídas da seguinte forma:

- O primeiro eixo é composto pelas classes 1 e 5, denominadas de “**Acessibilidade ao atendimento nos serviços de saúde**” e “**Rearranjos e mecanismos de enfrentamentos**”, estabelecendo relação proximal com a classe 2, denominada de “**A doença entendida pelos usuários**”. Ambas se separam das demais classes, porém, estão bem relacionados entre si.
- No segundo eixo, encontram-se as classes 4 e 3, denominadas respectivamente de “**Sinais e sintomas de estar doente com tuberculose**” e “**Mudança de funcionamento na vida produtiva**”. Estas classes encontram-se mais relacionadas entre si do que com as outras classes.

Estas classes, nomeadas neste estudo pelo autor, representam o que Reinert (1990) definiu como campo contextual. Este possibilita a caracterização de um espaço semântico particular, com o auxílio de um conjunto de palavras. Na figura 3 observam-se as características das classes numéricas referentes à distribuição das UCEs nas cinco classes geradas pelo ALCESTE, as quais compõem este estudo; bem como os valores percentuais do material não processado pelo *software* em decorrência da inobservância de alguns itens no preparo do *corpus*.

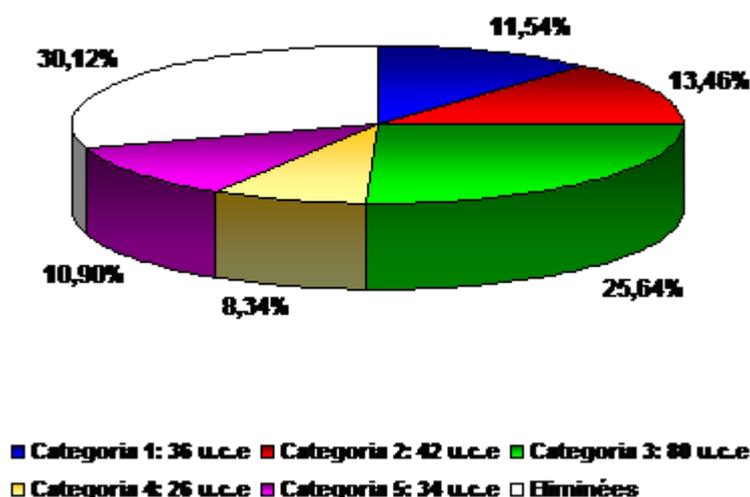


FIGURA 3 - Distribuição de UCEs e aproveitamento de cada classe elaborada pelo ALCESTE 4.7, de acordo com as entrevistas realizadas com 34 doentes de tuberculose. Campina Grande-PB, 2007/2008.

Esclarece-se que o dendograma gráfico (Figura 4), resultado do processamento informático, demonstra as ramificações e ligações de cada classe, seguidas dos respectivos percentuais de aproveitamento. Concomitantemente, todas as classes possuem sentidos e idéias próprias, na medida em que são individualizadas, tornando-se classes distintas, embora mantenham um certo grau de correlação entre si, por refletirem uma divisão das etapas subsequentes da classificação hierárquica descendente.

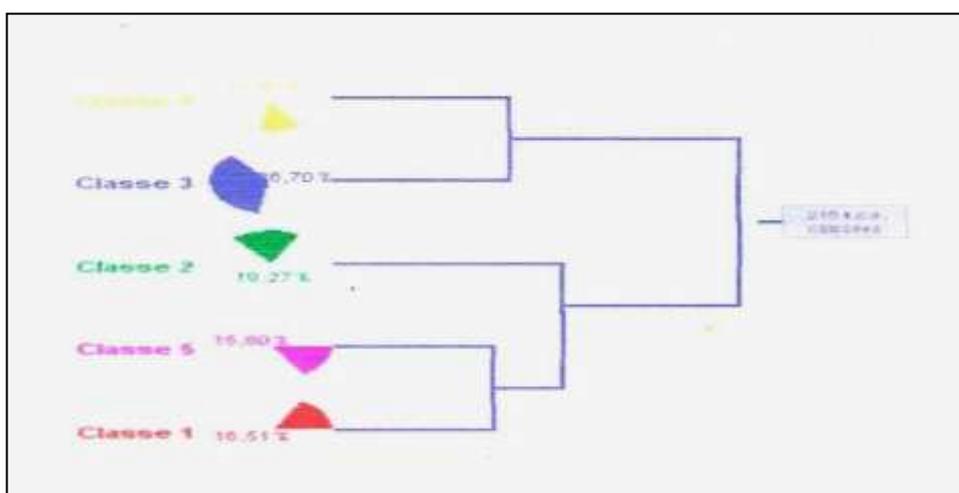


FIGURA 4 – Dendograma de Classificação Descendente Hierárquica elaborado pelo ALCESTE 4.7, de acordo com as entrevistas realizadas com 34 doentes de tuberculose. Campina Grande-PB, 2007/2008.

Percebe-se que o predomínio textual encontra-se na classe 3, com 26,70% das UCEs, seguida pela classe 2, com 19,27%. Sabe-se que, ao realizar a análise léxica de um conjunto de dados textuais, o ALCESTE agrupa as raízes semânticas, definindo-as por classes e levando em consideração a função da palavra dentro de um dado texto. Assim, tanto é possível quantificar, como inferir sobre a delimitação das classes que são definidas em função da ocorrência e co-ocorrência das palavras e da sua função textual. Após o processamento do *corpus*, através de suas etapas operacionais, o ALCESTE apresenta o resultado da análise da pesquisa de duas maneiras: um resumido e outro detalhado (CAMARGO, 2005).

Para dinamizar a leitura, reforça-se a compreensão do programa ao identificar o vocabulário correspondente de cada uma das 5 classes semânticas originadas pelo o ALCESTE em função do qui-quadrado (χ^2) (Tabela 2).

TABELA 2 – Descrição das classes semânticas originadas do *corpus* correspondente às 34 entrevistas realizadas com os doentes de tuberculose atendidos no DOTS, Campina Grande-PB, 2007/2008.

CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3	CLASSE 4	CLASSE 5
dificuldade+	caus+er	teve	tubercul+eux	unidade
dentista	melhora	falei	tratamento+	paciente
medico+	doença+	copo+	dor nas costas	vale-
transporte	gente	prato+	tossindo	transporte
posto_de_saude		preconceito	frio	enfermeira
carro		separou		pegar
ir		tiveram		
medica<		mudança+		
tinha				
difícil				

7. ANÁLISE E DISCUSSÃO

7.1 Caracterizando os Sujeitos da Pesquisa Atendidos pelo DOTS em Campina Grande-PB

Para uma melhor compreensão do desenvolvimento da pesquisa, apresentam-se os resultados e discussões concomitantemente. Para tanto, procurou-se estruturar os resultados e a discussão da seguinte forma: inicialmente, caracteriza-se os doentes de tuberculose atendidos pela estratégia DOTS (Tabela 3). Posteriormente, apresenta-se a descrição geral das análises realizadas pelo ALCESTE e da nomeação das classes, transformadas em categorias a partir da leitura flutuante e das associações das mesmas, além da leitura dos termos semânticos definidores de cada classe ou categoria e, ainda entre as palavras utilizadas, considerando-se a frequência de aparecimento.

TABELA 3 – Caracterização dos usuários que realizaram tratamento de tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde da Família de Campina Grande-PB, 2007/2008.

CASOS DE TUBERCULOSE	TOTAL	
	n	%
GÊNERO		
Masculino	19	55,8
Feminino	15	44,2
FAIXA ETÁRIA		
Criança e Adolescente (11 – 20 anos)	03	8,8
Adulto Jovem (21 – 35 anos)	11	32,3
Adulto 36 a 60 anos	20	58,8
ESCOLARIDADE		
Ensino Fundamental Incompleto	12	35,2
Ensino Fundamental Completo	05	14,7
Ensino Médio Completo	03	8,8
Ensino Médio Incompleto	02	5,8
Analfabeto	12	35,2
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO		
Domésticas (do lar)	05	14,7
Estudantes	06	17,6
Pedreiro	06	17,6
Aposentado	07	20,5
Sem Ocupação	04	11,7
*Outros	06	17,6
RENDA FAMILIAR		
01 a 02 salários mínimos	23	67,7
< 01salário mínimo	11	32,3
Pessoas por domicílio do usuário		
01 a 02 pessoas	04	11,7
03 a 04 pessoas	02	5,8
05 a 06 pessoas	13	38,2
+ de 05 pessoas	15	44,1
Formas Clínicas		
Tuberculose Pulmonar	30	88,2
Extra-Pulmonar (adenopatia cervical)	04	11,7

*Outros (funcionário público, vigilante, autônomo, serigrafista, soldador).

Considerando-se a situação social, do lugar em que se situa, faz-se necessário articular os resultados empíricos encontrados no estudo com a interlocução dos autores, em busca do conhecimento da realidade do contexto estudado, a partir de informações importantes sobre as condições de inserção no grupo de pertencimento e/ou atividade da vida diária. Destaca-se a importância do pesquisador em conhecer os sujeitos das representações sociais para, então, compreender porque falam e o que falam sobre um determinado assunto de interesse do indivíduo e do grupo ao qual pertence.

Quanto ao gênero, houve uma predominância no diagnóstico de tuberculose entre os indivíduos do sexo masculino (55,8%). Vendramini et al. (2005) realizaram um estudo no qual compararam os indicadores de morbidade e mortalidade por tuberculose entre os habitantes do município de São José do Rio Preto-SP, o estado de São Paulo como um todo e aqueles registrados para o país, além de avaliar a relação entre o risco de ocorrência da doença e os níveis socioeconômicos, entre 1985 e 2003. Concluíram que, em todos os casos avaliados, os homens apresentaram risco de morrer por TB duas a três vezes maiores do que as mulheres.

Para Vendramini et al. (2005), ainda não há clareza sobre as razões do maior risco relacionado aos homens, admitindo-se a possibilidade de ser devido a fatores biológicos ou a subnotificações para o sexo feminino. Credita-se, também, as diferenças encontradas entre homens e mulheres aos hábitos de vida, associados à possibilidade das mulheres serem mais resistentes e cuidarem mais da saúde do que os homens.

Kusano et al. (2002), em estudo sobre a tendência da morbi-mortalidade por tuberculose no Distrito Federal, observaram que houve predomínio da incidência da doença, sob "todas as formas", em indivíduos do sexo masculino e a partir dos 15 anos de idade. Os autores não verificaram nenhum incremento das taxas de incidência nas mulheres em idade reprodutiva. Para eles, o fato das mulheres utilizarem, habitualmente, os serviços de saúde, sobretudo, em programas da mulher, criança e adolescente, facilita o diagnóstico precoce de TB. Ainda destacam que, nos últimos anos, as mulheres têm-se inserido no mercado de trabalho e ampliado sua escolarização (KUSANO et al., 2002).

Quanto à faixa etária, a idade dos entrevistados variou entre 10 e 60 anos, predominando a faixa dos 36 aos 60 anos, com 20 (58,8%) participantes, seguida dos adultos jovens e adultos (21- 35 anos), com 11 (32,3%) respondentes e, em menor frequência, as crianças e adolescentes (11-20 anos), com 03 (8,8%) participantes.

Semelhante aos achados deste estudo, Oliveira (2004), estudando a situação epidemiológica da tuberculose e as condições de vida no município de São Gabriel da

Cachoeira/AM, verificou que tanto na área urbana quanto na rural, o maior coeficiente de incidência da doença foi na faixa etária acima de 50 anos.

Oliveira et al. (1996), em outro estudo realizado em Campinas-SP, com pessoas que morreram durante o tratamento da tuberculose, tomando como base os óbitos notificados no *post mortem*, verificou uma maior mortalidade em adultos jovens, entre os doentes de tuberculose que tinham a aids como causa básica; e nas faixas acima de 50 anos, quando a tuberculose era essa causa.

Da mesma forma, Manjuba et al. (2008), em pesquisa sobre a tuberculose na República da Guiné-Bissau, 2000 a 2005, junto ao Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose (PNLT), chamam à atenção o fato de que 55,3% dos casos de tuberculose eram da forma pulmonar bacilífera, ou seja, a de maior poder de transmissão da doença. Segundo os autores, a análise dos relatórios demonstrou que, em 2005, 63,0% destes casos estavam concentrados na faixa etária de 25 a 54 anos, ressaltando a necessidade de intensificação da busca ativa neste grupo etário para identificação e tratamento das fontes de infecção, a fim de interromper a cadeia de transmissão da doença. Eles ainda afirmam que sobre a tuberculose também incide um peso econômico importante para o país, uma vez que ela acomete indivíduos na fase mais produtiva ou economicamente ativa da vida. Para Lima et al. (2004), o acometimento de indivíduos em faixa etária mais jovem é preocupante, porque afeta um grupo de pessoas na fase mais produtiva da vida. Tal fato requer a mobilização das organizações sanitárias para o controle da tuberculose.

O Ministério da Saúde afirma que, no Brasil, 15% dos casos de tuberculose podem ocorrer na faixa etária de zero a 14 anos (BRASIL, 2002d). No município estudado, esse percentual foi inferior ao supracitado (8,8%). Segundo Oliveira et al. (1996), esses números estão relacionados à possível eficiência do serviço municipal de saúde. Some-se a isso o efeito cumulativo dos programas de vacinação em massa com BCG ou um possível equívoco na pressuposição ministerial.

Quanto ao grau de escolaridade, verificou-se que a tuberculose acometeu predominantemente indivíduos de baixo nível de escolaridade, sendo mais freqüente entre aqueles com ensino fundamental incompleto (35,2%) e analfabeto (35,2%). Desse ponto de vista, Santos (2002), ao estudar as causas da desigualdade que separam ricos e pobres no Brasil, destaca o baixo nível de escolaridade como fator primordial. Essa linha de raciocínio é reforçada por Minayo (2000), quando afirma que as desigualdades se revelam nas diferenças enfrentadas pelos grupos populacionais na apropriação de bens, serviços e direitos sociais, políticos e culturais.

Ao se observar a transmissão da tuberculose e as características individuais associadas à doença, conclui-se que o precário processo educacional se constitui num dos fatores associados mais importantes e significativos, na medida em que faz com que a tuberculose seja entendida como um problema social (BRASIL, 2002e).

Complementando, Cortezi e Silva (2006) afirmam que a baixa escolaridade dificulta a autopromoção da saúde do paciente. Para tentar superar este obstáculo, há necessidade de adequação da linguagem dos profissionais da saúde para o melhor entendimento dos pacientes sobre a gravidade da doença. Refletindo ainda sobre estas questões, Costa et al. (1998) esclarecem que a baixa escolaridade é resultado de todo um conjunto de condições sócio-econômicas precárias, que aumentam a vulnerabilidade à tuberculose e são responsáveis por uma maior incidência da enfermidade e menor adesão ao tratamento.

Quanto à ocupação, verificou-se uma distribuição heterogênea, com discreto predomínio das tarefas domésticas (14,7%), que correspondeu ao universo feminino; bem como de estudantes (17,6%), pedreiros (17,6%) e indivíduos sem ocupação (11,7%).

Quanto à renda, um percentual significativo de participantes (32,3%) afirmou receber menos de 1 salário mínimo mensal. Estes resultados são consistentes com o fato da tuberculose ser considerada uma doença associada à miséria e às más condições de vida. A doença está associada ao desemprego e ao subemprego, ao baixo grau de escolaridade, à alimentação deficiente e insuficiente, à habitação insalubre e a outros fatores associados à pobreza, constituindo-se numa enfermidade de condicionamentos sociais (BRASIL, 1998).

Embora a saúde das pessoas tenha melhorado de um modo geral nos últimos tempos, para Santos et al. (2007), o que se observa é que essa situação privilegia grupos mais favorecidos economicamente, em detrimento das populações mais pobres e socialmente desfavorecidas e marginalizadas, as quais são atingidas de forma intensa e desproporcionada pelas diferentes doenças, dentre elas, a tuberculose, que tem se estabelecido de forma assustadora nas camadas populacionais de países menos favorecidos.

Nessa perspectiva, Hijjar et al. (2001) demonstram que a diferença da incidência de tuberculose entre países ricos e pobres é de sete vezes, com tendência de ampliação da gravidade da doença no caso de não serem criadas estratégias para a redução do problema. Isso significa uma estimativa, até 2020, de um bilhão de pessoas infectadas, 200 milhões de doentes e 35 milhões de óbitos.

Quanto ao número de pessoas residentes no domicílio, verificou-se que 44,1% dos indivíduos acometidos por tuberculose compartilhavam o ambiente familiar com mais de

cinco pessoas, reforçando o papel da aglomeração na transmissibilidade da doença e fortalecendo a cadeia epidemiológica.

Caldeira et al. (2004), após realizarem um estudo com crianças portadoras de tuberculose, concluíram que a maioria delas contraiu a doença através do contato intra-domiciliar com pacientes bacilíferos. Os mesmos autores chamam a atenção para uma peculiaridade que deve ser levada em conta, concernente à situação em que pessoas expostas a pacientes bacilíferos, mesmo quando vacinadas, são consideradas de alto risco para contrair a infecção.

Santos et al. (2007) constataram que habitações superlotadas, relacionadas às baixas condições socioeconômicas tendem, a partir da ocorrência de um caso, levar a um aumento na transmissão do bacilo. Tal fato implica na maximização da prevalência da infecção por TB, com conseqüente incremento da incidência da doença. Além desses autores, em estudo realizado na cidade de Olinda-PE, no período de 1996 a 2000, verificou-se que as altas taxas de incidência da tuberculose apresentavam associação estatisticamente significativa com a média de moradores por domicílio.

Quanto às formas de ocorrência da TB identificadas nos participantes do estudo, constatou-se a predominância de TB na forma pulmonar, em 30 (88,2%) sujeitos da pesquisa. A forma extra-pulmonar apresentou-se, em sua totalidade, a partir da adenopatia cervical. Corroborando os resultados deste estudo, Rodrigues et al. (2006) observaram, em Jurunas-PA, com relação às formas clínicas dos pacientes portadores de tuberculose, a predominância de tuberculose pulmonar, presente em 121 (87,0%) dos 139 indivíduos avaliados. Sabe-se que a tuberculose afeta quase todos os órgãos do corpo, mas a forma pulmonar é predominante e tem importância epidemiológica preponderante, por sua transmissibilidade (SÃO PAULO, 2002).

A forma pulmonar com bacilo é detectável no escarro, através do exame direto, como a fonte de infecção de maior importância na transmissão ou contágio da TB, sob o ponto de vista epidemiológico. Nesse sentido, a OMS (2007) relata que, apenas alcançando as metas mínimas de 70% de detecção dos casos e 85% de cura destes, é que se poderá viabilizar o controle real da doença, com redução gradativa das taxas de morbidade em torno de 5% ao ano.

Concluída a apresentação e discussão das características sócio-econômicas, apresenta-se a seguir a análise qualitativa das entrevistas realizadas.

7.2 Análise Léxica em Busca do Campo Representacional

Aqui são discutidos os dados resultantes da análise através do programa informatizado ALCESTE. Verifica-se que o *corpus* contém 34 unidades de contexto inicial (UCI), equivalentes às 34 entrevistas, ou seja, aos 34 sujeitos da pesquisa. Estas UCIs originaram 218 UCEs, correspondendo a 70% de aproveitamento do material exposto à análise. Índice percentual satisfatório para estudos em representações sociais.

Os resultados da análise do ALCESTE são expressos na Figura 5, também chamada de dendograma, onde estão agrupados os termos significativos de cada classe oriunda da análise descendente hierárquica. Cada classe do dendograma é composta por um conjunto de palavras, selecionadas a partir do valor do qui-quadrado (seqüenciadas em ordem decrescente), considerado um indicador de associação capaz de oferecer indícios do que os sujeitos sabem sobre o tema proposto, no caso, a “Tuberculose”.

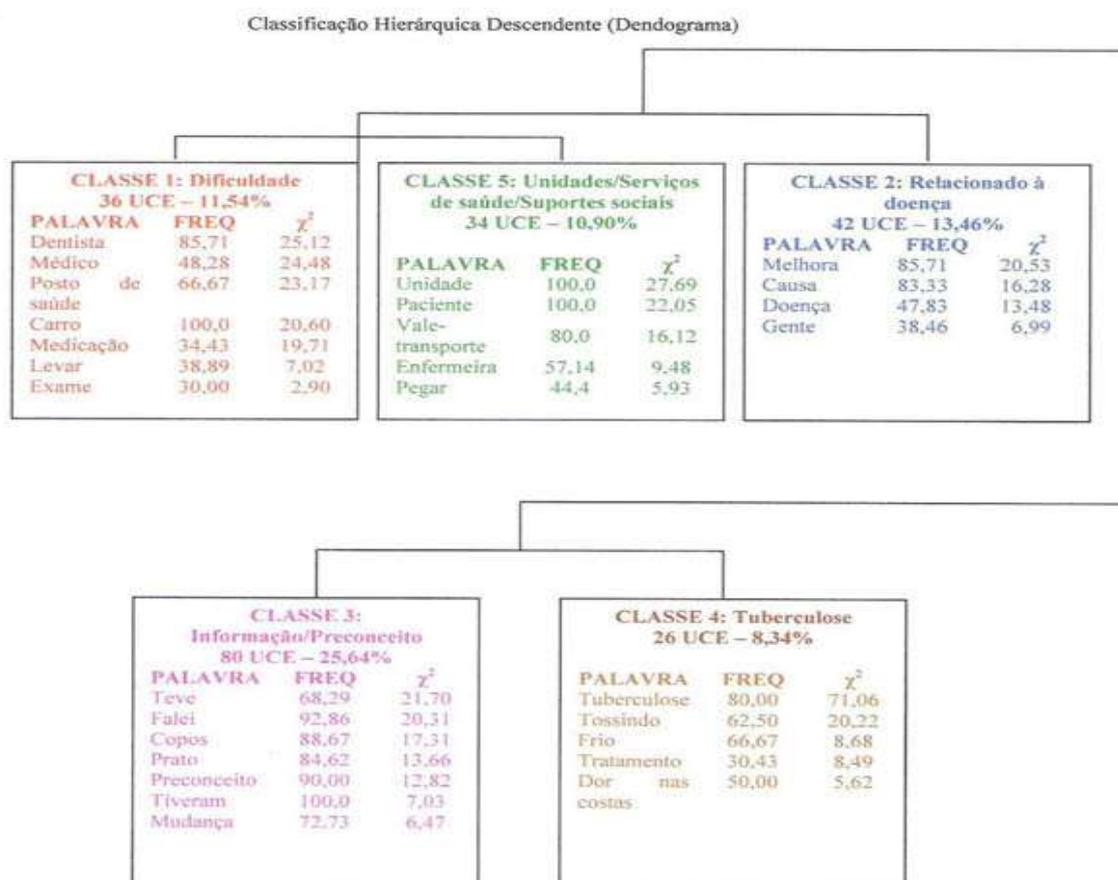


FIGURA 5 – Dendograma representativo do percentual por classes e categorias de análise, elaborado pelo ALCESTE 4.7, de acordo com as entrevistas realizadas com 34 doentes de tuberculose. Campina Grande-PB, 2007/2008.

Observa-se que as cinco classes geradas abrangeram contextos semânticos específicos, demonstrados pelo valor do qui-quadrado, que se refere à raiz semântica da palavra que mais

interferiu na classe. Portanto, para cada classe, o ALCESTE computou uma lista de palavras. A força de associação entre cada vocábulo e sua classe é expressa por um valor do χ^2 , sendo que cada palavra que excede determinado valor deste χ^2 , é listada. Quanto maior o valor do χ^2 , mais importante é a construção estatística da classe.

A produção discursiva foi distribuída em dois blocos iniciais de texto. O primeiro eixo desdobrou-se em duas categorias, onde a primeira categoria discursiva isolada pelo ALCESTE foi denominada com base nas recorrentes leituras flutuantes e na literatura como “**A acessibilidade ao atendimento nos serviços de saúde**” e refere-se à categoria 1, composta por 36 UCEs, representando 16,51% do total do material analisado no conjunto dos grupos focais. O segundo eixo, denominado “**rearranjos e mecanismos de enfrentamentos**”, pertence à categoria 5 e é composto por 34 UCEs, representando 15,60% do total das UCE analisadas (Figura 5). Nesta, destaca-se a percepção dos usuários quanto à importância da existência e disponibilidade do apoio social e da qualidade do relacionamento interpessoal, relevantes para adesão ao tratamento da tuberculose.

Observa-se, ainda, na Figura 05, que a categoria 2, denominada de “**a doença entendida pelos usuários**”, composta por 42 UCEs, representa 13,46% do total das UCEs analisadas. Surgiu de uma terceira subdivisão dos conteúdos analisados, originados das classes 1 e 5. Ambas se separam das demais classes, porém estão bem relacionados entre si.

No segundo eixo temático, encontram-se as classes 3 e 4. A classe 3 é composta por 16 UCEs, representando 36,30% do total das UCEs analisadas no conjunto dos grupos focais. Expressa as relações sociais dos doentes de tuberculose acerca do estigma e preconceito vivenciado por eles durante o tratamento (em relação à família e à sociedade em geral). A classe 4, representada por 15 UCEs, correspondentes a 11,93% do conteúdo analisado, trata dos saberes dos usuários acerca das características específicas da doença (sintomas, transmissão, dentre outros), buscando apreender os conteúdos representativos do controle da tuberculose vivenciados durante o tratamento.

Nesse estudo, emergiram conteúdos compartilhados a respeito das representações sociais da tuberculose na visão do portador, evidenciando acontecimentos que estão estritamente relacionados, retratando o contexto social e de saúde pública em que os sujeitos estão inseridos.

Explica-se que as classes são constituídas por um grupo de UCEs organizadas de acordo com a classificação e distribuição dos respectivos vocabulários. Nesse sentido, para uma melhor compreensão da distribuição das UCEs e suas classes aglutinadoras foram

adotadas cinco categorias temáticas. Destaca-se que estas foram originárias do material empírico coletado e processadas no ALCESTE.

As classes são apresentadas e discutidas obedecendo à seqüência dos conteúdos semânticos processados pelo ALCESTE, com base na Classificação Hierárquica Descendente, onde se levou em conta o sistema de correspondência nominal entre as classes obtidas e as categorias elaboradas (Quadro 5).

Categoria Originárias das Classes do Alceste	Sub-categorias
1. A acessibilidade sobre o atendimento nos serviços de saúde	Profissionais de Saúde (médico, dentista)
	Medicamento – um risco além da terapêutica
	Ajudas profissionais – mecanismo de adesão
	Locomoção – fragilidade do acesso
2. A doença entendida pelos usuários	Divulgação – uma questão de dispersão da informação
	Crenças – uma questão de credibilidade
	Cuidados – a saúde bate à sua porta
	Medicação – controvérsia do real e o simbólico da cura
3. Mudança de funcionamento na vida produtiva	Utensílios e objetos – o <i>apartheid</i> começa na família
	Preconceito – preservação da privacidade silenciada
	Trabalho – espaço de ocultamento necessário
	Medo – resposta àquilo que não é familiar
	Família – a previsibilidade de um porto seguro
	Amizade – estranhamento nas relações
4. Sinais e sintomas de estar doente com tuberculose	“Comecei a tossir, frio, calafrio, essas coisas”
5. Rearranjos e mecanismos de enfrentamentos	Sentimentos – segurança e gratidão
	Em busca das representações sociais da tuberculose

QUADRO 5 - Categorias e sub-categorias geradas pelo ALCESTE, Campina Grande-PB, 2008.

✚ **CATEGORIA 1: A Acessibilidade sobre o Atendimento nos Serviços de Saúde** = “Não sei explicar”.

Esta categoria, composta por 36 UCEs (16,51%), foi formada a partir dos radicais e formas associadas e nomeada com base na associação significativa de onde emergiram conteúdos sobre "dificuldade/acessibilidade". As noções centrais desta categoria, por ordem decrescente de frequência, expressam conteúdos relacionados com a crítica ao serviço de saúde, desenvolvidas pelos usuários, considerando as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia, referentes à acessibilidade organizacional, geográfica e financeira.

Destacam-se, a seguir, as palavras específicas desta categoria, por frequência (f) e χ^2 , respectivamente, na classe. São elas: dificuldades (66,67%; 29,39); dentista (25,12%; 25,12); médico (48,28%; 24,48); posto de saúde (66,67%; 23,17); carro (100%; 20,6); ir (56,25%; 19,78); medicamento (34,43%; 19,71); tinha (35,42%; 15,95); difícil (71,43%; 15,82), dentre outras. Dessa forma, foram selecionadas as palavras cujos “qui-quadrados” mostraram-se superior a cinco.

As palavras que compõem esta categoria possibilitam inferir sobre as repercussões que esse processo tem no cotidiano do usuário frente às limitações encontradas na busca pela resolução dos seus problemas, dificultando assim, o controle da tuberculose. Portanto, observou-se que a satisfação do usuário está aliada ao relacionamento que se estabelece entre o profissional e o usuário frente à resolução objetiva e rápida da demanda trazida pelo mesmo, que, no caso, se evidenciou na forma de ter a consulta (médica, odontológica) assegurada e sem longa espera, além do acesso ao medicamento.

Para Ruffino-Neto (2001a), a satisfação do usuário constitui-se num dos elementos mais importantes para avaliar a qualidade da assistência à saúde, uma vez que sua opinião permite reavaliar, quebrar paradigmas e buscar novos caminhos, resultando, finalmente, numa assistência de qualidade ao cidadão.

Faz-se necessário frisar que os usuários dos serviços de atenção básica percebem as características deste serviço tomando por referência as falhas no atendimento, a ausência de alguns profissionais, do próprio atendimento e da distribuição e dispensação de medicamentos, de uma maneira geral. Além disso, apontam sugestões como a realização de visitas domiciliares, atividades de educação e saúde, dentre outras, na medida em que aproximam formas de cuidado na compreensão das tecnologias leves, consideradas como o diferencial da Estratégia Saúde da Família.

- **Sub-Categoria 1.1: Profissionais de Saúde (médico, dentista)**

Entre as dificuldades relatadas pelos sujeitos investigados, a sua maioria foi relativa à organização do serviço, relacionando-as com dificuldades de acesso ao atendimento médico, odontológico, qualificando-os como insuficientes ou inexistentes. Gera-se, assim, insatisfação do usuário na porta de entrada do serviço, levando-o na maioria das vezes a procurar um serviço de pronto atendimento (Hospital), cuja resolução deveria ocorrer no âmbito da atenção básica.

[...] tinha hora que o atendimento não é muito bom, tem muita gente que chega aqui doente e não é atendido, vão para o hospital regional, vocês chegando aqui vê como é o atendimento. (E12)

[...] ta faltando um dentista pra ficar no atendimento da gente sobre a boca, porque é muito difícil mais de um ano que fui marcada e nunca fui atendida no dentista. (E18)

Para Merhy e Franco (2000), o modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado. É um serviço peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo pedagógico de ensino-aprendizagem.

A produção de cuidados nesta esfera dá-se a partir das tecnologias leves, que dizem respeito ao acolhimento, à produção do vínculo, à autonomização e à gestão compartilhada de processos de trabalho, como orientadoras das práticas em serviços de Saúde, tendo como enfoque, a qualidade de vida dos cidadãos usuários do Sistema de Saúde.

Curiosamente, os aspectos positivos atribuídos aos serviços descritos pelos usuários levam em consideração a relação pessoal com os profissionais, transformada em laços de amizade, e até as relações de parentalidade, sugerindo traços culturais e regionais. Dessa forma, sem desconsiderar o aspecto psicoafetivo da relação, faz-se necessário extrapolar esta condição para ousar a relação de afeto e respeito entre os profissionais de saúde e usuários, para instilar confiança, favorecendo as estratégias de educação em saúde, trabalho e segurança, de maneira interdisciplinar, para melhorar o acesso, a comunicação, a adesão, a disseminação da informação e ampliar o controle social e a cidadania.

Recomenda-se que os Programas de Controle de Tuberculose, mais do que minimizar o tempo de demora do doente na busca do diagnóstico e maximizar o início do tratamento, deva acolher os usuários de forma integrativa e participante. Dessa forma, estes tornam-se co-partícipes e capazes de integrar as equipes para compreender a dinâmica e os nós críticos dos serviços de saúde e, assim, como coadjuvantes, podem ajudar na redução dos entraves que

surtem no transcurso do tratamento e da cura da tuberculose, em consonância com os princípios bioéticos, respeitando a dignidade e a autonomia daqueles que buscam os serviços de saúde (BERTOLOZZI, 1998).

Sabe-se que muitos problemas dos usuários dos serviços de saúde podem ser resolvidos, quando estes se sentem compreendidos, respeitados e amparados pelos profissionais de saúde. Essa relação tem especial importância no processo de tratamento.

▪ **Sub-Categoria 1.2: Medicamento – um risco além da terapêutica**

Praticamente a totalidade dos entrevistados fez referência à questão do acesso. Foi focalizado o acesso aos medicamentos para o tratamento específico da TB na perspectiva DOTS e em outras. Os exemplos a seguir configuram este fato, na tentativa de esclarecer ao leitor a respeito do local ao que se fala.

[...] medicamento que não faltasse, que às vezes vai pegar, atrás de um medicamento e não tem, precisa de um médico, um dentista e não tem, muita coisa ta faltando, tem muitas coisas boas e muitas faltando. (E 7)

[...] às vezes precisa de um remédio e de um médico, nesse posto daqui do mutirão e não tem. (E30)

[...] medicamento às vezes falta, às vezes demora pra bater o raio x, passa dias pra poder atender. (E02)

Observa-se nas manifestações discursivas acima que a falta de medicação, a organização do serviço, no que diz respeito à capacidade na integralização do atendimento, além das expectativas e subjetividades dos usuários, não ditas tampouco aclaradas, são questões ainda não resolvidas pelo sistema local de saúde. Estes pontos trazem dificuldades na integralização das ações, com impacto negativo para os usuários e comprometendo, assim, o diagnóstico e consequente tratamento, critérios basilares da atenção ao doente. Pode-se inferir que o problema micro-estrutural das relações de trabalho são reflexos das condições macroestruturais de um modelo tradicional, verticalizado e pontual.

Considerando que, no Brasil, os esquemas terapêuticos para o tratamento da tuberculose são padronizados, custeados pelo governo e distribuídos aos municípios, seria esperado que todas as ESF dispusessem prontamente de tal recurso. Presume-se que o acesso gratuito a medicamentos para TB seja um dos fatores que corroboram para adesão dos pacientes ao tratamento. Nesta direção, chama à atenção a capacidade organizacional do

sistema de serviços de saúde (planejamento, previsão de medicamentos, distribuição, controle de estoque) em atender às demandas geradas no cotidiano de trabalho das ESF (MARCOLINO et al., 2009).

Nogueira et al., (2007) enfatizam que a previsão de medicamentos e de materiais (potes, isopor, dentre outros) e a disponibilidade dos mesmos são fundamentais para o desencadeamento do processo. Nesta direção, chama à atenção a capacidade organizacional do sistema de serviços de saúde (planejamento, previsão de medicamentos, distribuição, controle de estoque) em atender às demandas geradas no cotidiano de trabalho das ESF. Interromper uma etapa do ciclo pode colocar em risco toda a ação planejada e comprometer a integralidade da atenção.

As expressões de fala dos usuários nos discursos a seguir apontam à existência de dificuldades com relação ao agendamento das consultas. Eles relatam ser preciso “madrugar” para garantir o atendimento, o que expõe sua integridade física, uma vez que as cidades brasileiras, em sua maioria, encerram a violência urbana, traduzida no perigo de assalto durante o percurso para as UBSFs, além da dificuldade financeira para pagar o transporte e de outros recursos materiais. Os trechos abaixo demonstram como esses aspectos são experienciados:

[...] porque já aconteceu da gente ser assaltada porque chega cedo demais. É aquele mesmo sistema, tem que ir logo cedo, acho que isso tá errado, porque naquele dia era pra ficar tudo marcadinho. (E22)

[...] eu não tinha dinheiro pra ir buscar o remédio, tinha dia que faltava, tinha dia que eu chegava pra pegar e não tinha aí eu tirava lá pra o [Centro de Saúde] do Catolé, pra ir buscar lá, quando chegava lá eu recebia o remédio. (E27)

Para Merhy (1994. p. 138), a via de acesso, metaforizada na concretude da porta, diz que "a função da porta não é mais barrar e limitar o atendimento e, sim, responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, explorando, ao máximo, as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber e em nossas relações". Os horários rígidos e limitados e as formas quase sempre presenciais de marcação de consultas funcionam como constrangimento ao efetivo acesso à atenção básica, especialmente nos grandes centros, em que parcelas importantes da população passam o dia longe de seu local de moradia (MANCIKO, et al., 2004).

Fekete (1995), considerando o conceito de acessibilidade organizacional, afirma que esta dimensão está representada pelos obstáculos que se originam nos modos de organização

dos recursos de assistência à saúde. Dessa forma, a autora aponta para os obstáculos que podem estar na entrada ou no interior da unidade de saúde. Os primeiros são relativos aos aspectos que caracterizam o contato inicial com a unidade, tais como, a demora em obter uma consulta, o tipo de marcação de horário e os turnos de funcionamento. Os segundos referem-se às características que interferem na assistência ao usuário no interior da unidade, expresso pelo tempo de espera para ser atendido pelo médico e/ou, ainda, para fazer exames laboratoriais.

Segundo Sá et al. (2007), as dificuldades para a obtenção do sucesso terapêutico da tuberculose estão relacionadas com problemas operacionais dos serviços de saúde que, por sua vez, remetem à condição e ao modo como a equipe de saúde se organiza, para desenvolver o seu trabalho. Tal aspecto estrutural e organizativo torna-se determinante para promover a adesão da pessoa doente ao tratamento, conduzindo-a a alta por cura. Portanto, os serviços de saúde devem adotar medidas que facilitem o acesso do usuário e favoreça o atendimento com presteza, o que certamente melhoraria e facilitaria a adesão do paciente ao tratamento (MORRONE, et. al., 1999).

Percebe-se que o princípio de territorialização do SUS, mesmo cerca de vinte anos após sua implantação, ainda apresenta dificuldades operacionais, que não convergem para a integralidade de suas ações. Estas lacunas geram dificuldades para os usuários em relação ao acesso aos serviços de saúde, na medida em que encerram um grau considerável de complexidade. Destarte, torna-se preocupante, por se constituir em uma barreira que diminui a credibilidade do usuário para com a estratégia DOTS e a ESF e, conseqüentemente, reflete-se no abandono do tratamento da tuberculose, assim como de qualquer outro que se estenda ao longo do tempo.

▪ **Sub-Categoria 1.3: Ajudas Profissionais – Mecanismos de adesão**

O discurso oficial relativo ao PSF enquanto estratégia versa sobre a atenção integral à saúde numa perspectiva horizontalizada das decisões e tomada de ações frente aos diversos processos de trabalho. Entretanto, em termos práticos, Teixeira (2001) alerta que este tipo de política atende a uma necessidade compensatória, de baixo custo, que permite o controle social da população pelo Estado, numa visão sociológica, que tanto minimiza conflitos internos, demandados pelos familiares, quanto externos, mediados pelas relações sociais. Exige-se dos profissionais de saúde uma compreensão e um agir dos quais, sequer, foi utopicamente pensado, tampouco oportunizado em seu processo de instrumentalização, quer na academia quer sobre o estatuto conferido socialmente.

Desta forma, neste conflito, os profissionais atuam de forma prescritiva, voltados para os aspectos clínicos e epidemiológicos tradicionais, pautando seu agir nos protocolos e recomendações ministeriais e levando em consideração o evento marcador, às vezes, o sentinela dos grupos de risco pré-determinados. Impregnados por um passado recente das práticas dos serviços de saúde no modelo flexneriano e biologicista, não conseguem visualizar seus usuários como sujeitos sociais. Consideram a si mesmos os detentores do poder e do saber, reproduzindo uma prática mecanicista voltada ao tratamento da sintomatologia e da morbidade e não às reais condições do processo saúde-doença, o que implica em compromisso e responsabilidade cidadã para com aqueles que são “objetos” de intervenção.

Some-se a isso outras demandas sociais apresentadas pelos usuários no transcurso dos processos de trabalho dos profissionais, particularmente, àqueles relacionados ao fator econômico, que dizem respeito às reais condições de renda e sobrevivência, traduzidas na falta de dinheiro para o deslocamento necessário até o local de atendimento especializado, exemplificado a seguir:

[...] as vezes me davam dinheiro pra ir pro posto do Catolé [Centro de Saúde]. (E 26)

Para Bravo (1998), o despreparo dos profissionais na análise conjuntural e estrutural dos determinantes da política de saúde, os conduz a personalizar o “fracasso” ou a “vitória” do Programa, remetendo-os à atitude assistencialista. Convém esclarecer que, mediante essas situações, a imagem-objetivo da assistência social se dá, enquanto demanda coletiva, no sentido de formação da consciência do coletivo, não sendo enfocada a partir de demandas individuais. Simplificadamente deve-se ter como referência as classes sociais e não o indivíduo.

▪ **Sub-Categoria 1.4: Locomoção – fragilidade do acesso**

A locomoção ou o deslocamento do usuário entre seu domicílio e os serviços de saúde também aparece como uma dificuldade, mesmo que atenda ao critério de delimitação de área geográfica, ou seja, da adscrição, onde os serviços de saúde mantêm uma proximidade com as residências dos usuários. Constata-se que todos os entrevistados deslocam-se para o serviço de saúde de referência para dar continuidade ao tratamento:

[...] tinha que enfrentar ônibus pra ir pra o posto do catolé. (E30)

[...] não foi muito bom porque tinha que pegar duas conduções, tinha que ir sempre uma pessoa, eu não sabia ir, também dependia do dinheiro, eu tava parado. (E18)

Estudo anterior realizado por Oliveira (2008), no mesmo município deste estudo, ressalta que as ações de diagnóstico e tratamento da tuberculose continuam concentradas no serviço de referência, ainda o mais procurado pelos doentes de TB. Isto reflete uma das fragilidades de acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose, além da desorganização dos serviços de saúde, que não consideram os critérios da adscrição territorial. Sabe-se que a reorganização da Atenção Básica adensa-se no Programa de Saúde da Família, uma proposta inovadora que exige mudança comportamental dos diferentes atores envolvidos: gestores, usuários e profissionais da saúde. Deve-se analisar, a partir dos modelos tecnoassistenciais, como esse processo vem ocorrendo na prática.

Nessa perspectiva, Mendes e Pestana (2004), em uma análise crítica à condução organizacional da política do Sistema Único de Saúde, consideram-na fragmentada, estruturada por um conjunto de pontos isolados de atenção à saúde e atendimento desprovido de condições mínimas de qualidade, com pouca resolutividade na atenção básica. Desta forma, o PSF se traduziria num programa incapaz de oferecer atenção contínua às pessoas, além de responsabilizar-se por um território determinado.

Numa breve avaliação da Estratégia Saúde da Família e de sua condução pelos governos brasileiros, enfatiza-se:

O PSF é, no Brasil, alguma coisa que está entre a proposta de um programa para pobres e uma estruturação de um nível de atenção [...] estamos longe de ter um programa saúde da família – PSF que seja, de fato, uma estratégia. Quando ele for uma estratégia, porque depende da superação de vários gargalhos, poderá desempenhar esse papel, dentro do sistema de saúde, de ser ordenador dos fluxos e contra fluxos das pessoas no sistema de saúde, à exceção das coisas de urgência e emergência (MENDES, 2004, p. 218).

Exemplifica-se o referido pelo autor supracitado pela fala de uma usuária portadora de necessidades especiais de ordem física (pés tortos congênitos equinovaros), residente em uma área desprovida de serviços de infra-estrutura urbana (saneamento básico, pavimentação, coleta de lixo), para chegar a UBSF e ao Centro de Referência:

[...] dificuldades que eu não posso andar tinha que sair devagarzinho sem poder, me escorava na menina pra chegar lá no ponto do ônibus pra pegar outro carro pra descer pra lá. (E30)

Nesta perspectiva, a situação de saúde de uma população deve ser entendida sob a ótica física, psicológica, sociológica, econômica, cultural e religiosa, dentre outras, priorizando a interação dos homens entre si e com a natureza, através de uma relação dinâmica e de saúde. Assim, os serviços devem estar organizados segundo um enfoque integral, abandonando-se a prática de programas verticais utilizados pela saúde pública. Ademais, ressalta-se a importância de se chegar à uma integração dos programas com base nos problemas detectados, identificação dos riscos, demandas e necessidades da população, priorizando o enfoque epidemiológico e social (TEIXEIRA; PAIN, 2000).

Verifica-se a importância da visita domiciliar também para esses casos, já que se vive num país cuja urbanização não foi planejada para o atendimento humanitário e igualitário de todos os cidadãos. O crescimento desordenado das cidades resulta em dificuldades de locomoção e acessibilidade, o que prejudica a todos e, especialmente, aos portadores de necessidades especiais, em todos os âmbitos.

Numa compreensão do conceito de acessibilidade nos serviços de saúde, Fekete (1995) a define como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as características da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde, considerando os limites de espaço e tempo. Isso equivale a dizer que o conceito de acessibilidade extrapola a maneira determinada de conceber e enfrentar a doença. Dessa forma, os serviços de saúde são continuamente avaliados, pois o conceito de acessibilidade, dentre outros, remete ao processo de avaliação que leva em conta distintas e complementares dimensões de ordem geográfica, organizacional, sociocultural e econômica.

Para Fekete (1995), a acessibilidade geográfica reflete a distância média entre a população e os recursos. No entanto, esta dimensão não se mede apenas pela distância, já que uma determinada região pode apresentar características físicas que impeçam ou dificultem o acesso da população. É o caso da existência de rios, morros, auto-estradas e outros. A acessibilidade geográfica deve ser medida em função do tempo que, pelos meios habituais de transporte, se consome para obter assistência à saúde.

Outra questão apontada por Fekete (1995) diz respeito à acessibilidade financeira, onde destaca que a oferta insuficiente de ações e serviços faz com que o gasto em saúde das famílias brasileiras ainda seja elevado. Este gasto inclui o consumo de tempo, energia e recursos financeiros para a busca e obtenção da assistência à saúde, os prejuízos por perda de dias de trabalho, as possíveis perdas decorrentes de afastamento (licença médica) por doenças, o custo do tratamento (medicamentos) e outros. Starfield (2002), baseada neste mesmo conceito, reforça a importância da oferta de serviços de saúde com acesso igualitário e

adequado a todos os usuários, de modo que a condição financeira não represente um obstáculo para o acesso ao serviço.

Quanto ao princípio da adscrição do DOTS para o adequado controle da tuberculose, observa-se que os usuários são encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde da Família para acompanhamento do tratamento em Centro Especializado. Os discursos apresentados anteriormente esclarecem como estão estruturados e organizados os Serviços de Saúde em Campina Grande.

A esse respeito, Campos (1988) afirma que a adscrição da clientela à determinada unidade de saúde mensura diretamente o grau de qualidade ou de resolutividade da mesma. Segundo o autor, existem aqueles a quem não é dada à opção e devem compulsoriamente dirigir-se aos únicos serviços que os podem atender. Se os que podem optar elegem determinado serviço, é porque este deve ter, segundo a sua percepção, determinada qualidade ou resolutividade para superar as alternativas possíveis.

Nessa perspectiva, a ESF foi idealizada para aproximar a população aos serviços de saúde e cumprir o princípio constitucional do Estado no exercício da cidadania. Dessa forma, deveria garantir ao cidadão seu direito de receber atenção integral à saúde, com prioridade para as atividades preventivas, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais. Além disso, também deveria oportunizar aos responsáveis pela oferta de serviços de saúde (gestores do SUS), o aprofundamento de seu conhecimento sobre aqueles a quem deveriam servir (BRASIL, 1988). Falando-se sobre a otimização da saúde:

A atenção primária deve focar a saúde das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual (STAFIELD, 2002, p. 27) .

O Ministério da Saúde ainda afirma que o principal propósito do Programa Saúde da Família é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 1992). Entretanto, "reconhecem-se dificuldades para adequar o modelo assistencial aos princípios reformadores com maior equidade no acesso e na integralidade das práticas" (CONIL, 2002, p. 3). Dessa forma, é quase impossível uma ação integral, uma vez que se fazem necessárias trocas de informações entre as várias áreas da saúde para entender e atender o usuário.

Nessa perspectiva, Junqueira (1997) ressalta a importância da intersetorialidade, revelando que a qualidade de vida passa pela interação de várias dimensões do bem-estar

físico, psíquico e social, e demanda visão integrada dos problemas sociais. Para o autor, as políticas setoriais isoladamente são incapazes de considerar o cidadão na sua totalidade e nas suas necessidades individuais e coletivas. Dessa forma, compreende-se que esta ampliação se dá a partir da perspectiva do diálogo entre diferentes atores (gestor, trabalhador, usuários, aparelho formador) que possuem a responsabilidade de qualificar e dar resolutividade às ações de saúde.

CATEGORIA 2: A doença do ponto de vista dos Usuários = “Fui esperta mais do que a doença, cuidei foi logo”.

Composta por 34 UCEs, esta categoria representa 60% (15) do total das UCEs analisadas no *corpus* global. Foram selecionadas as palavras com qui-quadrados superiores a seis. As palavras de maior associação nesta categoria discursiva, segundo o valor da frequência e do χ^2 , respectivamente, foram: causa (83,33%; 16,28); melhora (85,71%; 20,53); doença (47,83%; 13,48); gente (38,46%; 6,99).

A representação do fenômeno saúde e doença como uma dimensão historicamente construída pelos sujeitos, envolvem aspectos biológicos, culturais, sócias, econômicos, com base no contexto de vida das pessoas, do seu cotidiano e experiências de vida. Sendo assim, deve ter como propósito libertar as pessoas para que estas se sintam sujeitos sociais autônomos, ativos, participativos e capazes de fazer opções construtivas para suas vidas e para a sociedade.

Nesse sentido, Merhy (1992) destaca ser fundamental contribuir para a “elevação” da consciência sanitária das pessoas e grupos organizados da sociedade em relação à: saúde como direito e em defesa da vida; estabelecer uma relação pedagógica crítica, pois a população também sabe, para tratar as relações: problemas de saúde/ causas sociais/serviços/direitos.

Nessa perspectiva, a educação em saúde desponta como um trabalho dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam juízo, crítica e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e, assim, criarem condições para se apropriarem de sua própria existência (RUIZ et al.,2004).

Sob este enfoque, assume-se a idéia de que as ações de Educação em Saúde fundamentam numa concepção de uma qualidade de vida prazerosa do cotidiano dos indivíduos, por proporcionar uma educação crítica e transformadora, entendendo estes como agentes promotores de uma vida mais saudável (PAZ; SILVA, 2004).

▪ **Sub-Categoria 2.1: Divulgação – uma questão de dispersão da informação**

A necessidade de informação sobre a doença foi consenso em todas as falas. Isso mostra o desconhecimento da população sobre como lidar com a tuberculose e a limitação de ações durante as visitas dos profissionais das unidades de saúde, apesar das expectativas positivas em relação à cura.

Merhy et al. (1994) salientam que o usuário tem interesse de se tornar cada vez mais autônomo e independente no manejo do seu processo saúde-doença, isto é, em adquirir e armazenar conhecimentos em seu repertório de vida capaz de permiti-lo resolver seus problemas de saúde, conforme exemplos dos trechos das falas a seguir:

[...] acho que deveria ter palestras sobre tuberculose, que muitas pessoas não conhecem e acham uma coisa ruim, mas ela realmente não é o que a gente pensa, não é uma coisa ruim, realmente ela tem cura, e que deveria ter mais palestras e não tem. (E 09)

[...] divulgar mais, conversar com as pessoas sobre a doença... ter umas visitas nas casas, saber conversar sobre isso com as famílias. (E 21)

Analisando o ponto de vista dos usuários sobre a assistência a saúde, Merhy e Onocko (1997) dizem que estes costumam reclamar não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas da ausência de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços de saúde em torno de si e de seus problemas. Entende-se que o processo de educação em saúde seja um desafio e uma busca constante dos profissionais da ESF para qualificar a assistência e o cuidado ao indivíduo na saúde pública. Porém, além de orientar, é importante dar suporte psíquico e emocional proporcionando um atendimento humanizado ao usuário (MACHADO; IEPSEN; GALLO, 2008).

Por sua história antiga, a tuberculose, nos dias atuais, ainda constitui uma doença cheia de preconceitos, fortemente associada ao contágio, porém esse problema precisa ser melhor trabalhado pelos serviços de saúde (VENDRAMINI, 2001). Nesta perspectiva, com o intuito de desfazer o mito em relação ao contágio da doença, o serviço precisa ser organizado de forma a esclarecer as pessoas sobre essa doença e a outras que também estão arraigadas de estigma, como a hanseníase, AIDS, dentre outras. Trabalhar a educação em saúde acredita-se ser o melhor caminho para se vencer esses preconceitos como também estimular muitos profissionais para reverem esses conceitos e não se comportarem como se desconhecêssem totalmente as formas reais de contágio da doença (SILVA, et al. 2007).

Dessa forma, o trabalho das equipes e das organizações de saúde deveria considerar e apoiar os usuários de forma que eles pudessem ampliar sua capacidade de se imaginar em um contexto social e cultural. Esse trabalho poderia ser realizado tanto nas práticas clínicas quanto nas de saúde coletiva, levando em consideração as características dos indivíduos, da família e da comunidade. O autor recomenda que "caberia repensar modelos de atenção que reforçassem a educação em saúde, objetivando, com isso, ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas" (CAMPOS, 2003, p. 9).

A educação em saúde, como uma prática social, baseada no diálogo, ou seja, na troca de saberes, favorece a compreensão da relação entre saberes técnicos e leigos no processo saúde-doença e, respectivamente, o intercâmbio entre o saber científico e o popular, propiciando condições favorecedoras ao processo de aquisição de conhecimentos científicos, e possíveis mudanças, no controle das doenças (Briceño-Léon, 1996).

Segundo Quartilho (2001), o ser humano aprende e incorpora conhecimentos, habilidades e experiências sobre a saúde e a doença. Esse armazenamento de informações resulta na forma de se auto-cuidar/tratar, através de mensagens emitidas pelas mais diversas fontes: tradições, experiências pessoais, de outrem e/ou dos profissionais de saúde, dos meios de comunicação; mensagens que incorporam não só a nível individual, mas também coletivamente, na família, grupo social, comunidade onde vive e se relaciona. Salienta-se que para se realizar a real promoção em saúde, deve-se considerar a experiência de vida das pessoas, sua subjetividade, autonomia e o conhecimento popular, envolvendo então o saber científico com a prática, proporcionando ao ser humano uma educação voltada ao seu cotidiano, visando a sua melhor integração individual e social. (CECAGNO, SIQUEIRA e VAZ, 2005);

Os discursos apontam para um outro aspecto, referente à falta de treinamento e acompanhamento da família:

[...] primeiramente contratar mais profissional, colocar gente pra dá um bom treinamento, pra localizar e visitar as famílias pra conversar. (E 22)

Sanchez e Bertolozzi (2004) chamam a atenção para a percepção que as pessoas têm da tuberculose, pois isso influencia a detecção precoce da doença, assim como a adesão ao tratamento e seu êxito. Os conhecimentos equivocados, o estigma que pesa sobre a doença e a falta de informação leva a conseqüência graves para os doentes e à população em geral, uma

vez que retardam a identificação precoce da doença, além de perpetuar a sua disseminação e potencializar o estigma referido pelos doentes.

A tuberculose continua sendo um sério problema de saúde e carece de estratégias abrangentes para seu controle. Nesse sentido, os Programas de Controle, com base em suas ações, devem ser revistos e adotar estratégias midiáticas para a divulgação de informação sobre a doença através da televisão, rádio e outros meios de comunicação massivos, de forma que essas informações possam ser acessadas extensivamente pela população (SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2004).

▪ **Sub-Categoria 2.2: Crenças – uma questão de credibilidade**

Percebe-se, no discurso abaixo, uma credibilidade no serviço e nos profissionais de saúde, relacionada ao processo de cura da doença. Tal situação eleva a auto-estima dos usuários, diante dos sentimentos de medo e insegurança vivenciados pelo desconhecimento da doença.

[...] acredito. Porque a medicina ta melhor do que antes, de primeiro era difícil encontrar um posto que tivesse profissional que desse assistência, uma enfermeira pra ver como a gente ta, não cuida se não quiser. (E18)

Moscovici (2003, p.344) afirma que:

[...] através da crença, o indivíduo, ou grupo, não se relaciona como um sujeito, se relaciona como um objeto, um observador como uma passagem [...]. As representações sociais que são identificadas do senso comum são análogas a paradigmas, que contrariamente aos paradigmas científicos, são construídos parcialmente por crenças baseadas na fé e parcialmente por elementos de conhecimentos baseados na verdade [...].

Para Cristiano (2002), as crenças permitem ao homem livrar-se das incertezas que o cercam e, ao mesmo tempo, ajustar-se dentro de um processo evolutivo com a realidade cercada de mistérios e incógnitas. Compartilhando dessa opinião Diniz (2004) ressalta que uma crença se origina a partir de uma sintonia entre o sujeito e o meio em que está inserido, que, se relacionando aos seus estados mentais, levam a uma ação (involuntária e inconsciente), capaz de ser interpretada a partir da análise da expressão do sujeito. As crenças orientam toda ação, individual e coletiva, nelas estando envolvidas a relação com a verdade (dimensão epistêmica) e o aspecto "volitivo". Este último como vontade e decisão sobre si e sobre algo de seu interesse e/de outrem.

Nessa perspectiva, Gordillo *et al.*(2000) afirmam que o desconhecimento da enfermidade pelos doentes, e a inadequada relação médico-paciente influi na não-aderência ao tratamento

da Tuberculose, e sugere-se um programa de difusão dos aspectos básicos da doença e seu tratamento. Nessa perspectiva, as UBSF's que atendem os portadores de tuberculose devem estar atentos para implementar estratégias que extrapolem a dimensão biológica e considerem também os valores e a dimensão cultural dos usuários, buscando uma assistência mais solidária e participativa.

Estudos realizados por Caldas e Queiroz (2000), junto ao Programa de Controle da Tuberculose (PCT) de um Centro de Saúde da Rede Pública Estadual de São Luiz – MA, com a finalidade de investigar os fatores de abandono no tratamento da tuberculose, identificaram, que a falta de informação sobre o tratamento e a distância dos serviços apropriados para realizá-lo, foram os fatores que mais contribuíram para o abandono do tratamento. Aponta-se que a manutenção de altas taxas de adesão ao tratamento pelo doente é decorrência da DOTS e do empenho dos profissionais de saúde em manterem comunicação adequada com os doentes (MISHRA et al. 2006).

▪ **Sub-Categoria 2.3: Cuidados – a saúde bate a sua porta**

Alguns usuários demonstraram a necessidade de obter mais suportes ou equipamentos sociais por parte dos profissionais de saúde, destacando a visita domiciliar enquanto um espaço de promoção da saúde e construção de vínculos entre os sujeitos envolvidos no processo.

[...] visitar as famílias pelo menos uma vez por mês, conversar pra ver se combate a tuberculose. (E 22)

[...] visitar a gente pra saber como a gente tá, acompanhar direitinho. (E 3)

Considera-se que a atenção ao doente de TB seja complexa, envolvidas por questões sociais, econômicas, culturais e antropológicas vinculadas ao doente e a família, gerando necessidade de uma supervisão especializada para dar suporte à assistência. Dessa forma, Ferraz et al. (2005) apontam a visita domiciliar como instrumento ideal para a educação em saúde, pois a troca de informações se dá no contexto da vida do indivíduo e de sua família. As orientações não estão prontas, pois cada casa apresenta uma realidade na qual se baseia a troca de informações.

Kawamoto et al. (1995) afirmam que, através da visita domiciliar, pode-se avaliar as condições ambientais e físicas em que vive o paciente e sua família. A partir delas, pode-se prestar assistência e aplicar medidas de controle para as doenças transmissíveis e/ou parasitárias e, principalmente, educar.

Com relação à adesão do doente de tuberculose, ao tratamento, Sá et al. (2007) dizem que cabe aos profissionais de Saúde da Família estar sensibilizados para conhecer as necessidades do usuário para desenvolver a co-responsabilização na assistência. Torna-se de capital importância escutar as queixas do doente, ajustar a assistência e propor soluções em conjunto (equipe de saúde e usuário), estabelecendo uma relação pautada no acolhimento e no vínculo, princípios fundamentais da Estratégia Saúde da Família.

Araújo et al. (2000, p.118) reafirmam a importância do domicílio neste processo, por este ser “considerado o cenário onde ocorrem as relações sociais geradoras de conflitos e de outros fatores de risco de adoecer, sendo, também, o local privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção e manutenção da saúde”.

Embora os termos “visita domiciliar” e “visita domiciliária” (VD) sejam empregados como sinônimos, é importante ressaltar diferenças sutis, porém fundamentais, que existem entre ambos. “*domiciliar*” é um verbo transitivo direto. Significa dar domicílio a; recolher em domicílio; fixar residência ou fixar domicílio; “*domiciliário*” é um adjetivo relativo a domicílio, feito no domicílio e cujo feminino é domiciliária (FERREIRA, 1986).

A visita domiciliária tem sido utilizada historicamente como instrumento da intervenção de enfermagem na saúde pública, focalizando, preferencialmente, a família [...]. Para ser considerada VD, a presença do técnico no domicílio deve seguir princípios e técnicas coerentes com o arcabouço teórico de sustentação da assistência de enfermagem e não apenas a execução de um procedimento isolado, como convocação de faltosos, por exemplo (EGRY; FONSECA, 2000).

Para fins deste estudo, adota-se o termo “visita domiciliária”, por se considerar essa terminologia mais adequada para ser utilizada durante a visita das equipes de saúde da família, tendo em vista o cumprimento técnico e sistematizado de suas ações.

No Brasil, entre os componentes da estratégia DOTS, a supervisão direta da ingestão de medicamentos começa a ser incorporada pelos serviços de saúde. Nesse contexto, adota-se a visita domiciliária como estratégia para supervisão da terapia medicamentosa que, na ocasião, oferece à equipe oportunidade de identificar outras necessidades, com maiores parâmetros para avaliar, encaminhar e intervir (MUNIZ et al., 2005).

Vendramini et al. (2002) enfatizam que a visita domiciliária, realizada pela equipe executora do tratamento supervisionado, além de estimular a adesão terapêutica, permite identificar outras necessidades de cada família: sociais, econômicas, relacionamentos familiares, carências e sofrimentos, construção de elo afetivo, sentimentos e co-responsabilidades, apoio, garantia de outros tratamentos, encaminhamentos. Para os autores, a

visita domiciliária proporciona ao profissional um melhor conhecimento do ambiente no qual o sujeito está inserido, com todas as características que o cercam, o que possibilita uma rica oportunidade de interação com o doente e a família.

As relações que se estabelecem entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares durante o processo de supervisão terapêutica são diferentes daquelas vivenciadas no ambiente hospitalar ou ambulatorial. Quando o paciente é atendido pelos serviços, a relação de dominação e/ou subordinação tende a ser imposta pelas normas institucionais, o que dificulta a realização do cuidado ampliado e compromete o princípio da resolutividade previsto no SUS, que preconiza que o usuário receba um acompanhamento que valorize sua cultura e características de vida (MUNIZ; VILLA; PEDERSOLLI, 1999).

Na visita domiciliária existe a possibilidade de estabelecer-se, com um grau menor de subordinação, uma articulação eficaz entre os diversos níveis de atendimento e o usuário no processo de recuperação de seu estado de saúde, com mudanças no estilo de vida, sendo o cenário de atuação compartilhado entre o paciente e seu familiar. Para tanto, o olhar dos profissionais sobre os problemas de saúde deve extrapolar o aspecto orgânico, reducionista, devendo encarar o sujeito de forma holística, com uma postura de escuta, diálogo, conhecimento (MUNIZ; VILLA; PEDERSOLLI, 1999).

Sá et al. (2007) afirmam que o acompanhamento dos casos de tuberculose pelos profissionais de Saúde da Família deve estar fundamentado no resgate da humanização do cuidado, pelo qual o profissional de saúde realiza escuta solidária e identifica as necessidades do doente. Com ele define as melhores estratégias para que o tratamento da tuberculose dê-se como um processo de co-responsabilização. Para que este tenha êxito, faz-se necessário a partilha de compromissos, envolvendo o serviço de saúde e o doente, através da criação de pactos, que contemplem as necessidades de ambas as partes.

Merhy e Franco (2000) apresentam uma reflexão importante pertinente a esta questão, afirmando que:

O acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, o compromisso em resolver seus problemas de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e, ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com potência para mudança do modelo e a produção do cuidado e da cura, visando à recuperação ou aos ganhos de autonomia dos usuários-indivíduos ou coletivos, bem como da proteção e defesa da sua vida. Os pequenos atos do cotidiano dão perfil novo à assistência, quando articulados entre trabalhadores e usuários, numa dada situação onde um e outro colocam-se como sujeitos de um mesmo processo, da produção da saúde (MERHY; FRANCO, 2000, p. 28).

▪ **Sub-Categoria 2.4: Medicação – controvérsia do real e o simbólico da cura**

Observou-se que a maioria dos participantes reconhece a importância do medicamento como indispensável ao controle da tuberculose, a exemplos:

[...] graças a Deus através do remédio tou bem melhorado, bom mesmo, se não fosse o remédio não tava contando história, já tava falido, já tava morto. (E 3)

[...] o medicamento da tuberculose é ótimo. Ele trouxe conforto pra meu irmão [...] depois da medicação dormia bem, comia bem, achei o medicamento ótimo. (E22)

O medicamento aparece, pois, como algo especial, respaldado pelo conhecimento científico, o qual é tomado como verdade absoluta, podendo assumir várias facetas e valores simbólicos. Isto reflete a realidade impressa pelo senso comum, onde pode ser referido como a “salvação dos problemas”, como um símbolo de cura, como um aparato de dependência, ou como uma mercadoria ou um artifício que isola e camufla a realidade do indivíduo (LEFÈVRE, 1987).

Nesse sentido, Ferreira et al. (2005) acrescentam que o risco de abandono do tratamento da tuberculose é elevado ao final do primeiro mês e início do segundo, quando os doentes, estando assintomáticos e com bom estado geral, resultante da eficácia farmacológica, acreditam que estão livres da doença e interrompem o uso da medicação anti-tuberculosa.

O modelo biomédico hegemônico com enfoque curativista, alimenta o sistema vigente na medida em que reforça a dicotomia saúde/ doença, o que implica uma restrita atuação voltada exclusivamente para a doença. Isto reflete o senso comum da mentalidade curativa conjugada com o modelo de saúde hegemônico. Como consequência, temos uma abordagem técnica de saúde, na qual a doença é reduzida a terapia médica, à manipulação técnica, negligenciando os aspectos psicológicos, culturais, sociais e ambientais do processo saúde/doença. Por conseguinte, deixa-se de ter uma visão ampla dos problemas e de seus determinantes, resultando numa crença generalizada de que não parece ser possível enfrentar a doença sem a presença do arsenal terapêutico oferecido pelo sistema médico-industrial (DAMO, 2006).

É necessário que os profissionais que integram a ESF, repensem sobre seu papel neste modelo biomédico, lutando por uma reversão de valores nas práticas profissionais vigentes, e enfoque seu cuidado no sentido de promover a saúde e buscar a atenção integral. Portanto, coloca-se como necessário transcender o entendimento da estratégia DOTS, para além da ingestão da medicação, considerando os modos de vida do indivíduo, sua dinâmica familiar,

suas crenças, opiniões e conhecimentos a respeito da enfermidade (TERRA; BERTOLOZZ, 2008).

Para Mendes (1995) a educação em Saúde constitui-se em instrumento relevante no crescente interesse pela prevenção de agravos e promoção da saúde, frente às limitações que a medicina de cunho científica e tecnológico tem apresentado. Segundo Maia (2005) uma informação de fácil entendimento melhora o conhecimento e o enfrentamento do doente de tuberculose, ajuda a desenvolver atitudes e habilidades, facilita a autonomia, promove a adesão, torna capaz de entender como as próprias ações influenciam o padrão de saúde.

Dessa forma, uma ação Educativa em Saúde que congregue o enfoque individualista/biomédico com um enfoque mais social, se constitui em alternativa e desafio para os profissionais de saúde que desejam, acredita, buscam mudanças de comportamentos individuais e coletivos, e contribui para que a população perceba que, somente através da sua efetiva participação será possível identificar necessidades, satisfazer aspirações e perceber que fatores e atores sociais condicionam sua qualidade de vida (DAMO, 2006). Nessa perspectiva, as ESF precisam atender, não só às expectativas dos doentes em relação a sua doença, como também a outras expectativas ligadas ao seu grupo familiar, fatores culturais, sociais, dentre outros.

No presente estudo, foi possível identificar que as principais dificuldades de adaptação no uso da medicação referem-se à dosagem, sabor e presença de efeitos colaterais. Tais questões evidenciam-se nos trechos das falas a seguir:

[...] o medicamento da tuberculose é meio ruim, amarga, dá uma fraqueza nas pernas, é muito medicamento. (E17)

[...] é uma medicação boa, só no começo do tratamento que teve mal estar. (E13)

A maior parte dos usuários submetidos ao tratamento da TB, neste estudo, e que chegaram a concluí-lo, queixaram-se ou relataram a manifestação de algum tipo de efeito colateral. Alguns fatores podem estar relacionados com essas reações, como os que se referem à dose, horários de administração da medicação, idade do doente, seu estado nutricional, presença de alcoolismo, condições da função hepática e renal e co-infecção TB/HIV. Dentre os efeitos mais frequentemente descritos, estão à intolerância gástrica e as manifestações cutâneas (BRASIL, 2002d).

Estudo realizado por Sá et al. (2007) sobre os fatores ligados à terapêutica medicamentosa de usuários que abandonaram o tratamento da tuberculose em João Pessoa-PB, identificou que este acontecia a partir da melhora dos sintomas, pela ilusão da cura antes

da conclusão do tratamento. Além disso, apareciam os relatos de efeitos colaterais associados ao longo tempo de tratamento e à grande quantidade de comprimidos que deveriam ser ingeridos. Nesse sentido, a orientação sobre a manutenção do tratamento é fundamental para que o doente entenda a gravidade de sua doença e a importância da continuidade do seu tratamento (NATAL et al., 1999).

Percebe-se que a dificuldade de adesão ao uso de medicamentos que controlam a tuberculose mostra-se como um dos principais fatores que levam aos elevados índices de contaminação, ao aparecimento de casos de tuberculose multirresistente (TB-MR) e extensivamente resistente (TB-XDR), e de elevadas taxas de mortalidade pela doença.

De antemão, os doentes de tuberculose, no ato da primeira consulta, devem ser informados sobre a possibilidade de aparecimento de efeitos colaterais, como intolerância gástrica, manifestações cutâneas, icterícia e dores articulares como os efeitos mais freqüentemente relatados durante o tratamento com o esquema I (Rifampicina, Isoniazida Isoniazida e Pirazinamida). Com relação aos efeitos adversos menores, espera-se que estejam na ordem de 5% a 20% dos casos, não sendo necessárias mudanças terapêuticas. Os efeitos maiores, verificados em 2% a 8% dos casos, implicam em alterações ou interrupções no tratamento e requerem atendimento especializado em Unidades de Referência (UR) para o tratamento da tuberculose (BRASIL, 2002g).

✚ CATEGORIA 3: Mudanças no Funcionamento da Vida Produtiva = “Separaram copos, colheres, disseram que pega...”

Esta categoria foi estruturada com 80 UCEs, representando 25,64% do total. Esta é a categoria de maior poder explicativo do artefato estatístico disponibilizado pelo ALCESTE. As palavras de maior associação referem-se ao processo de exclusão social enfrentado pelo doente de tuberculose durante o seu tratamento.

Demonstra-se a visão do usuário a respeito das atitudes estereotipadas e preconceituosas enfrentadas no período de tratamento por parte da família e diferentes grupos sociais (amigos, colegas de trabalho, dentre outros). Emerge a negação da doença, tendo em vista a instabilidade do vínculo trabalhista que requer adaptações e transformações no seu núcleo familiar com a mudança de rotinas, além da estrutura funcional na sua vida com relação aos amigos e vizinhos.

As palavras de maior associação nesta categoria discursiva por valores de freqüência e qui-quadrado, respectivamente, foram: falei (92,86%; 20,31); copos (88,67%; 17,31); prato (84,62%; 13,66); preconceito (90,00%; 12,82); separou (100,00%; 12,48); tiveram (100,0%;

7,03) e mudança (72,73%; 6,47). Para esta categoria, foram adotadas as palavras com quadrado igual ou superior a seis.

Os conteúdos lexicais mencionados pelos usuários dizem respeito à demanda de cuidados relacionados às formas de transmissão da tuberculose, ressaltando as atitudes preconceituosas frente ao doente, assim como as mudanças no comportamento da família para com o portador da tuberculose e deste para consigo mesmo, além daqueles observado no trabalho e suas relações.

▪ **Sub-Categoria 3.1: Utensílios e Objetos – o *apartheid* começa na família**

A tuberculose coloca à tona, uma série de sentimentos diretamente relacionados às repercussões da doença sobre o processo de produção social, e o que tudo dele pode advir (BERTOLOZZI, 1998). Para a autora, não se referem apenas ao fato de estarem doentes e na vivência da doença como um processo individual, mas ao fato de que a doença pode vir a determinar rupturas nas condições de existência.

Os entrevistados evidenciaram mudanças “sutis” na relação com a família, no que diz respeito às atividades cotidianas, traduzidas, principalmente, pela separação de utensílios domésticos, simbolicamente e cotidianamente compartilhados por todos. Tal fato demonstra uma relação entre cuidado (transmissão) e preconceito. Com relação à essa mudança, os usuários afirmam que:

[...] separaram os copos, colher, as comidas, todo mundo ficava com medo de pegar esse problema. (E 10)

[...] separou um pouco as panelas, pratos, os talheres e tiveram cisma de transmitir pra eles. (E 23)

[...] teve muito, separou copo, com nojo de mim, mas Deus é maior! (E 05)

[...] mudou tudo, comportamento, teve que separar copos para evitar contaminar os outros irmãos, teve que fazer essa precaução. (E 07)

Declarações ministeriais afirmam que a intensidade do contato com o doente é a causa principal do contágio. A fala, o espirro e, principalmente, a tosse de um doente, lançam no ar gotículas contaminadas de tamanhos variados. Somente os núcleos secos das gotículas (núcleo de Wells), bacilos em suspensão podem atingir os bronquíolos e alvéolos e iniciarem a multiplicação. Os outros que se depositam nas roupas, lençóis, copos e outros objetos dificilmente se dispersarão em aerossóis e, por isso, não desempenham papel importante na transmissão da doença (BRASIL, 2002).

Tal situação demonstra a necessidade de um trabalho conjunto entre o doente de tuberculose, profissional de saúde e familiares, no tocante as orientações referentes à disseminação e formas de contágios da Tuberculose. Para Silva et al. (2007), o esclarecimento da discussão e disseminação sobre as formas de contágio da Tuberculose através dos meios de comunicação pelo Ministério da Saúde parece não ser suficientemente eficiente, pois por se tratar de uma doença contagiosa, acredita-se que muitas pessoas generalizam as formas de contágio e crêem que a TB pode também ser contraída por meio do uso de utensílios domésticos, do abraço, do aperto de mão (SILVA et al, 2007).

Nesse sentido, entende-se que as orientações referentes aos cuidados domiciliares ao doente de tuberculose sejam fornecidas de forma clara e precisa, no sentido de que tanto o paciente, como familiares e grupo social evitem situações de conflito no ambiente familiar, precauções preconceituosas e comportamentos obsessivos, reforçando os estigmas já existentes (FIGUEIREDO, 1997).

▪ **Sub-Categoria 3.2: Preconceito – preservação da privacidade silenciada**

Percebe-se, nas expressões discursivas dos entrevistados, o sentimento de vergonha, medo e rejeição oriundos de sua família e amigos. Manter a preservação da privacidade em relação a um diagnóstico positivo para tuberculose e a ocultação da condição de portador da doença leva o indivíduo a um isolamento e silenciamento de algo não dito, mas que está posto, ocasionado pelo medo de sofrer manifestações preconceituosas devido à discriminação daqueles que estão em seu entorno.

[...] não souberam. Só vivia trancado em casa, não saia pra rua, tinha vergonha de botar a cara fora. (E 5)

[...] depois que fiquei doente com um pouco de vergonha, cheguei e contei, os amigos se afastaram todos. (E 34)

[...] assim, fiquei chocada, sem graça, sem chão, porque é muito preconceito. (E 8)

Para Bertazone (1998), a tuberculose, dentre outros problemas sociais, provoca mudanças negativas, como o afastamento e isolamento na vida pessoal. Particularmente nas pessoas com tuberculose pulmonar há um expressivo sentimento de medo e um forte estigma. Chama-se, ainda, à atenção, o fato de que uma doença infecciosa certamente afetará as relações com as pessoas, pois o preconceito aliado ao medo leva a sociedade a se afastar dos valores pessoais e a deixar de compartilhar ajuda e de serem solidários.

Em seu estudo sobre representações sociais da tuberculose, estigma e preconceito, Porto (2007) ressalta que as idéias de contágio são difusas e a observação de freqüentes recaídas, nesses grupos sociais, provoca descrença na cura da tuberculose. Mesmo quando se admite ser doença curável, persiste a crença de que "sempre fica alguma coisa por dentro". O doente com "mancha no pulmão" carrega uma marca que altera profundamente sua inserção no grupo social. Aspectos exemplificados a seguir:

[...] não cheguei a falar, porque o preconceito, o povo acha que não tem cura, com medo de pegar, essas coisas assim, não falei pra ninguém. (E 29)

[...] foi muito difícil com a família, eu sofri muito, o preconceito, andava com vergonha, acredita? (E 21)

Para Porto (2007), a doença torna-se mais temida por ser expressão de algo que é socialmente digno de censura e por ser o último estágio de miséria humana. Persiste no imaginário social esta concepção estereotipada, com efeito nas formas como a sociedade se relaciona com o doente, gerando o processo de estigmatização da tuberculose e do tuberculoso.

▪ **Sub-Categoria 3.3: Trabalho – espaço de ocultamento necessário**

Observa-se claramente, no discurso abaixo, a preocupação do doente em ocultar ou silenciar sobre o seu diagnóstico para os colegas de trabalho, a fim de evitar situações constrangedoras. Movidos pela vergonha, expectativas e medo diante de atitudes preconceituosas, os doentes buscam o silêncio como importante estratégia de enfrentamento, para evitar situações de estigmatização, além do receio em ver e ter de conviver com sua identidade deteriorada pelos pares e familiares.

[...] no trabalho não queria que ninguém soubesse. [...] alguns souberam e já fiquei um pouco constrangido, perdi, faltei muitos dias de trabalho, sem atestado. (E 21)

A atitude de ocultar o diagnóstico é explicada por Goffman (1998) como uma estratégia de manipulação da informação. Há a preocupação em esconder o problema, principalmente, em relação às pessoas mais íntimas, de quem o indivíduo percebe as reações negativas.

Além do afastamento físico de familiares e amigos, é comum ocorrer certo pânico no ambiente de trabalho. A idéia de ser demitido, afastado do trabalho, reforça o sentimento de

medo ou de recusa ao exame diagnóstico, o que acaba por se tornar um obstáculo ao tratamento.

Sabe-se que o estigma se forma em contextos específicos da relação entre a cultura e o poder, onde a produção da diferença valorizada negativamente atua como ponto importante para a reprodução da desigualdade social (PARKER; AGGLENTON, 2001). Provavelmente, a imagem negativa do doente de tuberculose verificada entre os usuários pesquisados é resultado de traços culturais e construtos psicossociais e ideológicos que permeiam as relações interpessoais e afetivas atuais.

De acordo com Moscovisci (1978, p.133):

A determinação das fronteiras entre o normal e o patológico é uma das mais importantes tarefas da sociedade. Ela envolve o modo draconiano de exclusão de seus membros. Do lado de cá, existe vida, do outro lado, a morte. De um lado o direito, a responsabilidade; do outro, a incapacidade moral ou jurídica [...].

Nessa perspectiva, Deheinzelin et al. (1996) explicam que os fatores de ordem socioculturais podem atrapalhar o tratamento, como o estigma da tuberculose, o analfabetismo, a não aceitação da doença, o fato do doente considerar-se curado antes que haja cura efetiva, o não apoio de familiares no tratamento e até o desconhecimento destes com relação à enfermidade do familiar.

▪ **Sub-Categoria 3.4: Medo – resposta àquilo que não é familiar**

Percebe-se que as reações dos usuários entrevistados frente ao diagnóstico positivo de tuberculose foram envolvidas pelos sentimentos de medo, tensão emocional e insegurança, de modo a reprimir o que sentiam diante da situação ameaçadora e constrangedora para si e os demais, adotando um silenciamento e uma postura de padecimento, numa situação de *mea culpa*. Esta situação fica evidente nas manifestações discursivas abaixo:

Fui ao médico. Fiquei na minha, quieto, fui internado. (E 4)

[...] medo de pegar a doença no pessoal de casa e nos vizinhos. (E 23)

Bertazzone et al. (2000) destacam que a tuberculose pulmonar, desde o seu surgimento, vem amedrontando a humanidade e, talvez por ser uma doença tão antiga, o medo e a rejeição dos que convivem com ela nunca deixaram ou deixarão de existir, refletindo-se diretamente na vida da pessoa com TB e forçando-a a experienciar afastamento e conseqüente isolamento social e/ou sexual.

Os autores reafirmam que a tuberculose, quando surge inesperadamente, torna-se um forte objeto ou causa modificadora de comportamentos e de condutas pessoais. Leva o indivíduo a se afastar da razão, devido ao próprio medo, que mascara as atitudes no enfrentamento de uma doença transmissível.

A TB causa nos indivíduos um impacto próprio do adoecer. O peso subjetivo que a doença tem para cada um parece estar relacionado a momentos de tensão, ansiedade e medo particulares (PEREIRA et al., 1999). Para Francioni (2002), o medo gera um sentimento de impotência, um ver-se ameaçado por um mal iminente que é mais poderoso que ele próprio. Associa-se o fato contemporâneo como um problema de saúde emergente e complexo. Embora curável a própria enfermidade e a presença de fatores que interferem no esquema terapêutico favorecem a áurea de gravidade da doença e das teias explicativas do senso comum.

▪ **Sub-Categoria 3.5: Família – previsibilidade de um porto seguro**

A presença de pessoas que possam compartilhar com o doente, tanto do enfrentamento da doença quanto das dificuldades inerentes ao tratamento medicamentoso, torna-se fator importante e decisivo para a cura. Mesmo quando a pessoa com tuberculose manifesta desejo em interromper o tratamento, este pode não se concretizar em virtude do estímulo dos familiares (VENDRAMINI et al., 2002).

Os usuários reconhecem a importância do apoio familiar expressado pela demonstração de afeto e confiança durante o tratamento. Os sujeitos cuidadores são, principalmente, representados pelas mães, irmãos, filhos e esposas. A relevância do suporte familiar encontra-se demonstrada nas falas a seguir:

[...] só meu filho que cuidava de mim. (E 32)

[...] graças a Deus a minha família é a mesma que era, todos me tratam do mesmo jeito. (E 30)

Minuchin (1999) descreve a família como uma pequena sociedade humana cujos membros têm contato direto, na medida em que o seu sentido é expresso por sentimentos e percepções através da maneira como os membros descrevem sua história e suas atitudes. Desse rearranjo familiar, quando surge o sofrimento de uma família, também surgem tantas realidades a respeito quantos membros ela tenha. Cada membro experimenta seu viver como se este representasse uma realidade absoluta (MATURANA, 1998).

Sales (2003) considera que o cuidado domiciliar realizado junto aos familiares é muito importante, uma vez que este assegura ao indivíduo uma maior permanência e proximidade

com as pessoas queridas, em um ambiente mais íntimo e no qual realiza as atividades domésticas e de lazer. Desta forma, as rotinas e horários são menos rigorosos, favorecendo e instilando confiança em prosseguir com o tratamento e levando à maior autonomia e segurança. Além disso, assegura que este tipo de cuidado proporciona benefícios para o paciente, família e para o sistema de saúde.

Alerta-se que a falta de diálogo entre a equipe de saúde e familiares, rotineiramente, traz como conseqüência a escassez e ausência de informações sobre o paciente, o tratamento e a doença, afetando o sistema de cuidados familiares e de saúde. Entretanto, ressalta-se que nem sempre a relação familiar é de aproximação, consideração e apoio, podendo ocorrer situações constrangedoras e de rechaço e, portanto, preconceituosas. Isso pode ser demonstrado na manifestação discursiva a seguir:

[...] minha nora saiu dizendo [...] não falaram mais comigo. (E 17)

A família constitui um espaço de movimento contínuo onde ocorrem paradoxos, na medida em que comporta criações que ultrapassam os limites da monotonia aparente, comunicações ocultas e revelações muitas vezes incompreensíveis. As cumplicidades presentes nas falas, no riso e na dor vão perfilando teias de relações e contratos invisíveis, conveniências e conivências entre os que se reconhecem mutuamente enquanto semelhantes e diferentes, impulsionando os modos de andar e de viver sob o mesmo teto (SALES, 2003).

▪ **Sub-Categoria 3.6: Amizade – estranhamento nas relações**

O relacionamento com os vizinhos e amigos foi citado como um aspecto positivo durante o tratamento, funcionando como importante recurso para o enfrentamento da doença.

[...] alguns amigos que souberam, mas também não tiveram reação espantosa, não se afastaram de mim. [...] os amigos mais próximos ficaram sabendo, mas não teve constrangimento. (E 8)

Entretanto, alguns usuários relataram situações desagradáveis com o distanciamento e indiferença de alguns amigos, fato este relacionado ao medo, preconceito e à falta de informação sobre a doença. Para Goffman (1988), é pelo processo de estigmatização que o indivíduo passa a ser visto como diferente do normal ou como desviante.

[...] quando souberam não queria mais tomar café aqui em casa. (E 3)

[...] os vizinhos quase não chegavam aqui [...] ninguém entrava na minha casa, chorava muito, tinha desgosto. (E 32)

Salles e Silva (2008) apontam a existência de um processo de fixação de uma imagem social do outro que, ao ressaltar a diferença, o transforma em problema social que assusta e incomoda. A diferença que é ressaltada acaba, muitas vezes, por justificar agressões e desrespeito ao outro.

Segundo Goffman (1988), existem três tipos de estigma. Um primeiro diz respeito àqueles gerados por deformidades físicas. Outro tipo são os originados das culpas de caráter, como vontade fraca, desonestidade, alcoolismo, doenças mentais, tuberculose, homossexualismo e desemprego. O terceiro tipo de estigma é o tribal, de raça, nação e/ou religião.

✚ CATEGORIA 4: Sinais e Sintomas de Estar Doente com Tuberculose = “ Comecei a tossir, frio, calafrio, essas coisas” (Núcleo Central).

Nesta categoria temática, composta por 26 UCEs (8,34%), os usuários revelam suas representações a partir dos conhecimentos, experiências e informações sobre a tuberculose, adquiridas no dinamismo compartilhado no cotidiano. A maior parte dos conteúdos dessa classe agrupou-se ao redor de elementos psíquicos ou subjetivos indicados pelas palavras tuberculose, tratamento, dor nas costas, frio, tossindo, entre outras.

As palavras de maior associação nesta categoria discursiva, segundo frequência e valor de qui-quadrado, respectivamente, foram: tuberculose (80,00%; 71,06); tossindo (62,50%; 20,22); frio (66,67%; 8,68); dor nas costas (50,00%; 5,62). Foram selecionadas as palavras com qui-quadrado igual ou superior a cinco.

Pelas palavras específicas componentes desta categoria, observa-se que a maioria dos usuários entrevistados reconhece-se acometido da TB a partir da própria sintomatologia. Entre eles, observa-se a auto-percepção dos sintomas, de forma direta ou indireta, como inferido nos seguintes discursos:

[...] comecei espirrar, tossindo uma tosse seca, corpo quente e tudo que botava pra dentro botava pra fora, me deu logo falta de apetite, não podia comer. (E 3)

[...] sentia dores nas costas e comecei a fazer escarro amarelo, fui ao posto e descobriram que era tuberculose. (E 23)

Entretanto, outros usuários identificaram a sintomatologia de forma difusa e como característica de outros quadros clínicos:

[...] descobri que era portador através de um derrame. (E 7)

Para outros usuários, a tuberculose aparece como algo abstrato, perigosa, não familiar:

[...] é uma doença contagiosa [...] antes era é uma doença horrivelmente. (E 8)

Segundo Jodelet (1986), o ato de representar é o processo de pensamento pelo qual se estabelecem as relações sociais entre os sujeitos. Estes emitem sua parte subjetiva, sua interpretação, não apenas reproduzindo o objeto, mas, construindo-o, deixando emergir parte da autonomia da criação individual ou coletiva, mesmo que este objeto seja mítico ou imaginário.

Os sintomas comuns da doença são inespecíficos e a tuberculose é percebida freqüentemente como uma doença crônica e incurável, com uma forte carga de tabus e preconceitos. Tanto o doente quanto os profissionais estão investidos de uma cultura estigmatizante, que atrapalha o bom andamento dos programas de controle (BERTOLOZZI, 1998).

O que se espera em relação ao PCT na área de abrangência do PSF diz respeito à capacidade e à resolutividade das questões relativas ao programa. Almeja-se um salto de qualidade, com melhoria na busca ativa de casos, no diagnóstico e tratamento precoce e uma assistência mais qualificada, dadas às possibilidades das equipes em conhecer a realidade sociocultural de cada doente/família de sua área de abrangência (CAMPINAS; ALMEIDA, 2004).

Nesse sentido, associada à estratégia DOTS, a busca ativa de casos consiste em descobrir casos novos com possibilidade do diagnóstico precoce. Acrescenta, ainda, que estas ações estão voltadas para os grupos com maior probabilidade de apresentar tuberculose, quais sejam: sintomáticos respiratórios (pessoas com tosse e expectoração por três semanas ou mais); contatos de casos de tuberculose; suspeitos radiológicos; pessoas com doenças e/ou em condição social que predisponham à tuberculose. Dessa forma, competem aos serviços de saúde prover os meios necessários como potes e etiquetas adequados à conservação e armazenamento do material coletado, fluxo laboratorial, sistema de informação, dentre outros (BRASIL, 2002f).

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

Nessa perspectiva, Ribeiro et al. (2000) enfatizam que a busca ativa estabelece não apenas o resgate dos sujeitos que têm problemas, necessidades e prioridades diferenciadas, muitas vezes desconhecidas pela equipe da UBSF, mas também resgata a noção do cuidado à saúde e estabelece o direito à saúde para aqueles que, muitas vezes, não têm uma rede de apoio ou referência familiar cuidadora.

O papel do profissional de saúde deve ser abrangente, pois ele assume um compromisso de implementar ações educativas capazes de estimular a participação ativa dos pacientes e de sua família, promovendo esclarecimento acerca da doença, forma de transmissão, medidas de prevenção e avaliando os fatores que possam dificultar o seu tratamento (SOUZA et al., 2007).

De um modo geral, nos doentes entrevistados para este estudo, o diagnóstico de tuberculose foi anunciado e confirmado pela equipe de Saúde da Família. Entretanto, muitos casos foram diagnosticados em serviço hospitalares, como verificado nas falas a seguir:

[...] ainda passou uns mesinhos tossindo, o pessoal dizia que tava com alergia, fiz novamente o exame, fui para o hospital regional, me internei um dia, o médico falou que era tuberculose, passou para ir para o [Centro de Saúde] catolé, foi que eu descobri. (E 9)

[...] acesso de tosse começou a botar sangue, fui pra hospital, fiquei internada seis dias. Com dois meses fizeram o teste e descobriram que era tuberculose. (E 1)

O SUS propõe a hierarquização dos serviços, determinando seu funcionamento como uma rede integrada e tendo na rede básica de saúde a porta de entrada preferencial ao sistema, de modo que os pacientes só sejam encaminhados à unidade de referência quando o problema não puder ser resolvido naquele nível de complexidade (ARAÚJO et al., 2005).

Nessa perspectiva, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002) propõe a regionalização da atenção à saúde como uma macro-estratégia para a estruturação de redes articuladas e cooperativas, em territórios delimitados. Define o conceito de atenção básica ampliada e as áreas estratégicas mínimas da atenção básica (AEM-AB) que devem ser ofertadas por todos os municípios, destacando a Estratégia de Saúde da Família como o eixo para a ampliação e qualificação da atenção básica nesse modelo assistencial, com ênfase à integralidade da atenção e à garantia do acesso da população aos demais níveis de complexidade do Sistema (BRASIL, 2002g).

Em consonância com a norma operacional citada, a TB consiste em uma doença que deve ser diagnosticada e tratada no nível da atenção básica. Vários estudos, em diferentes

momentos e contextos históricos e sócio-culturais, discutidos ao longo deste estudo, refletem uma preocupação e uma alerta para pontos importantes de estrangulamento do tratamento de tuberculose no país.

Para Arcêncio et al. (2007), a assistência à TB pulmonar no âmbito hospitalar tende a privilegiar métodos diagnósticos e tratamento de alta densidade tecnológica, quando necessitaria, em situação de confirmação diagnóstica para os bacilíferos, simplesmente uma baciloscopia de escarro para chegar ao resultado esperado.

Estudo realizado por Monteiro e Gazeta (2007), em um Hospital Universitário de São José do Rio Preto-SP, observou que 83,9%, ou seja, a maioria dos casos de TB registrados no município, só foi diagnosticada no Hospital Escola quando os portadores da doença já se encontravam com quadro clínico mais grave e com diagnóstico mais difícil.

Concorda-se que a hospitalização de pacientes portadores de tuberculose só deva ser realizada em casos de complicações da doença, em casos sociais e em casos de retratamento ou falência do tratamento. O período de internação deve ser reduzido ao mínimo possível, devendo limitar-se ao tempo suficiente para atender às razões que determinaram sua indicação, independente do resultado do exame bacteriológico, procurando não estendê-lo além da primeira fase do tratamento, exceto para os casos sociais e para os rebeldes ao tratamento (BRASIL, 2002f).

Nos casos que necessitam de internação, o não-diagnóstico da tuberculose no momento da admissão do paciente no hospital, além de propiciar a transmissão do bacilo de Koch entre paciente, médico e paramédicos, retarda o tratamento da doença ou resulta em um tratamento errôneo, comprometendo o controle da tuberculose (SATO et al., 2002).

Sabe-se, pela inserção prática nos serviços de saúde em geral, e diante da pouca resolutividade do PSF, que a população continua procurando os serviços fixos de urgência e emergência para ter seus problemas de saúde solucionados. De acordo com Ramos e Lima (2003), a procura de um serviço de saúde pela população, além de depender do acesso geográfico, depende da forma como os usuários são recebidos pela unidade, e da capacidade desses serviços na resolução dos problemas de saúde.

Ramos e Lima (2003) acrescentam que as experiências dos usuários em relação à recusa de atendimento para “procura do dia” e da baixa resolutividade dos serviços, têm levado a uma inversão do sistema, possibilitando um aumento da procura dos serviços de urgência e emergência com problemas de saúde que poderiam ser resolvidos no âmbito da atenção básica. Nessa perspectiva, Cecílio (1997), Merhy e Franco (2000) criticam a estrutura do PSF, procurada pelos usuários em situação de sofrimento agudo, pois, quando a unidade

básica não responde às suas necessidades, para eles inadiáveis, acabam por desembocar nos serviços de pronto atendimento e pronto-socorros, lotando-os com demandas consideradas “simples”, que poderiam ter resolutividade no nível da atenção básica.

Para Ribeiro et al (2000), os pacientes internados para diagnóstico de tuberculose antes do encaminhamento para tratamento em unidades básicas de saúde geralmente apresentam doença de maior gravidade e/ou procura tardia da assistência médica, associada ou não à presença de sorologia positiva para HIV.

Ruffino-Neto (1991) destaca que a rápida identificação dos doentes e o seu tratamento adequado como de grande importância epidemiológica. A negativação bacteriológica dos doentes diminui o período de transmissibilidade da doença e declina o risco de infecção na comunidade, além de aumentar a probabilidade de cura, com diminuição do risco de óbito. Nessa perspectiva, Pacheco et al. (1980) afirmam que a quimioterapia suprime a transmissibilidade da doença nas primeiras duas semanas, em torno de 80 a 95% dos casos.

✚ **CATEGORIA 5: Rearranjos e Mecanismos de Enfrentamento** = “Ser tratado com mais tranquilidade.”

Essa categoria é composta por 34 UCEs, representando 15,60% do total das UCEs analisadas no *corpus* global. Foram selecionadas as palavras com qui-quadrados superiores a cinco. As palavras de maior associação nesta categoria discursiva por frequência e χ^2 na classe, foram: unidade (100%; 27,69); paciente (100%; 22,05); vale-transporte (80,0%; 16,12); enfermeira (57,14%; 9,48); pegar (44,4%; 5,93).

De acordo com Nóbrega (2001), as representações sociais imersas nas comunicações cotidianas circulam nos discursos, nas idéias e nas imagens, materializando-se nas condutas. Os doentes de tuberculose participantes deste estudo destacaram atitudes e aspectos favoráveis durante o tratamento, levando a um melhor aproveitamento em todos os aspectos, desde o descobrimento da doença até a cura.

▪ **Sub-Categoria 5.1: Sentimentos – segurança e gratidão**

Durante a realização do tratamento, emergiram sentimentos de segurança, gratidão e reconhecimento da assistência oferecida pelos profissionais da ESF, verificados nas manifestações de fala dos usuários:

[...] muito bem recebida a enfermeira vinha na minha casa, Ave Maria, é um ouro! (E 33)

[...] quando chegava pra pegar o remédio, me atendia primeiro do que todo mundo. (E33)

É nessa aproximação entre os profissionais de saúde e o usuário que se pode construir a relação de confiança fundamental para que condições ou agravos à saúde sejam identificados. Dessa forma, quanto mais o clima for de conforto e confiança, mais a experiência pode ser positiva, porque os gestos de atenção e cuidado ficarão sempre presentes na lembrança dos usuários e de seus familiares (SILVA, 2001).

Para Alves (2005), a aproximação com a realidade dos pacientes favorece a convivência dos profissionais com a dinâmica do processo de adoecimento e cura no meio popular, bem como um confronto com a complexidade dos problemas de saúde dessas famílias, levando muitos profissionais a buscarem reorientações de suas práticas para enfrentar, de forma mais global, os problemas de saúde identificados e romper, assim, com a verticalidade da relação profissional-usuário.

Concorda-se que uma prática de saúde humanizada não se traduz simplesmente no desenvolvimento de uma técnica ou artifício, mas num processo vivencial que deve permear toda a atividade dos profissionais para favorecer, realizar e oferecer um tratamento mais humano, dentro das circunstâncias peculiares dos serviços de saúde (RODRIGUES et al., 2008). Nessa perspectiva, Boof (2003, p. 33) afirma que o cuidar é “mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

▪ **Sub-Categoria 5.2: Em Busca das Representações Sociais da Tuberculose**

Adotou-se a abordagem qualitativa centrada na expressão da subjetividade dos doentes como caminho para se estudar as representações sociais da tuberculose. Para acessar essas representações, recorreu-se à utilização da Teoria do Núcleo Central, elaborada por Jean-Claude Abric, a partir da hipótese de que

a organização de uma representação apresenta uma característica particular: não apenas os elementos da representação são hierarquizados, mas, além disso, toda representação é organizada em torno de um núcleo central, constituído de um ou de alguns elementos que dão à representação o seu significado (ABRIC apud SÁ, 2002, p. 62).

Para Sá (1996), as características e funções desse sistema acontecem da seguinte forma: o Núcleo Central é marcado pela memória coletiva, sendo estável e resistente a mudanças. Em torno do sistema central da imagem existem os sistemas periféricos,

constituídos pelos atributos mais flexíveis, sensíveis ao contexto imediato. Sua função é permitir a adaptação à realidade atual, bem como a diferenciação do conteúdo e a proteção ao sistema central. (SÁ, 1996).

A análise dos discursos foi realizada a partir do campo representacional constituído pelas figuras produzidas na etapa C3 do ALCESTE, correspondente à Análise Fatorial por Correspondência (AFC), que exhibe as relações entre as classes num plano fatorial visualizado em quadrantes (Figuras 6 e 7).

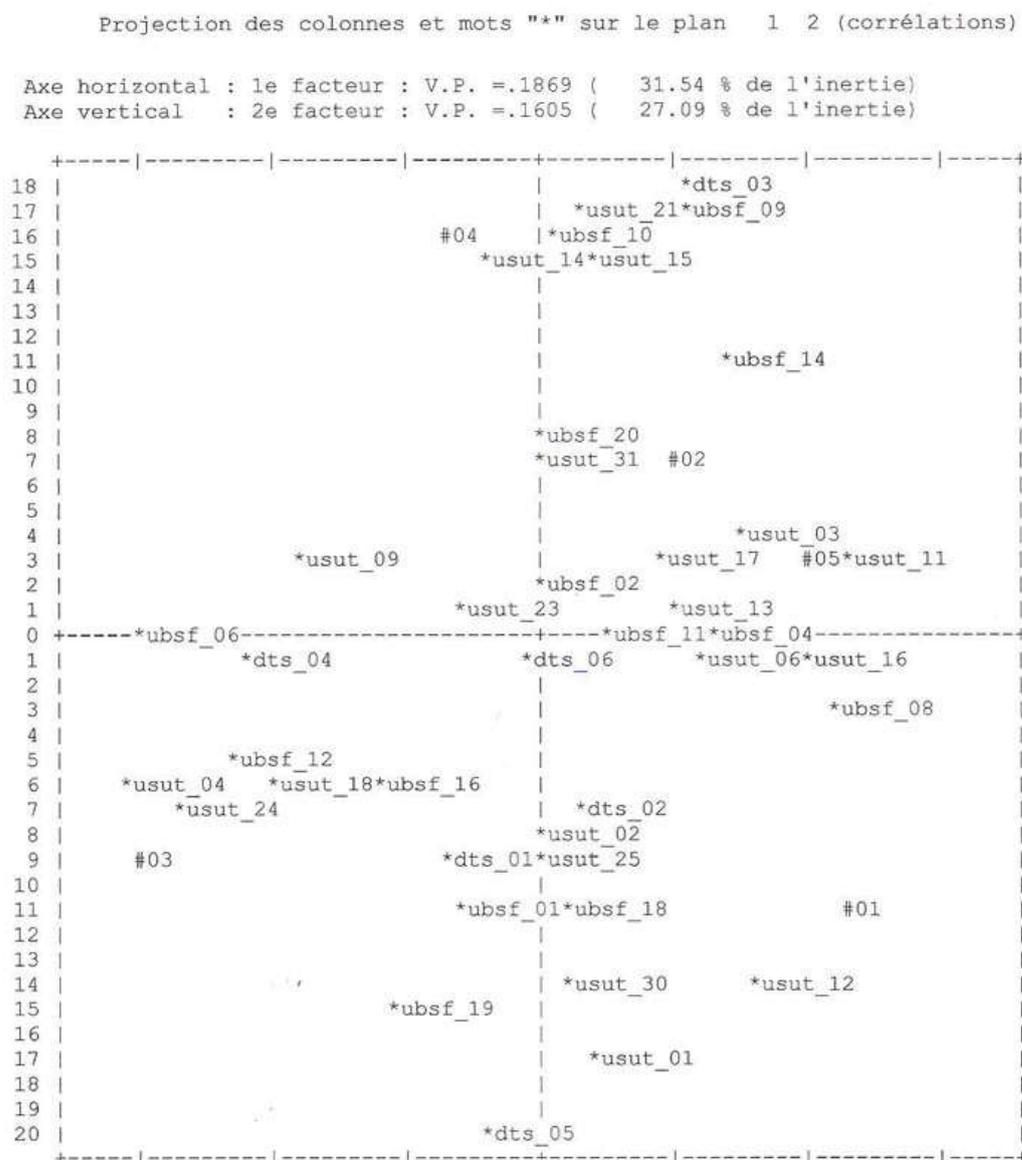


FIGURA 6 – Análise Fatorial dos sujeitos e as unidades de atendimento do DOTS.

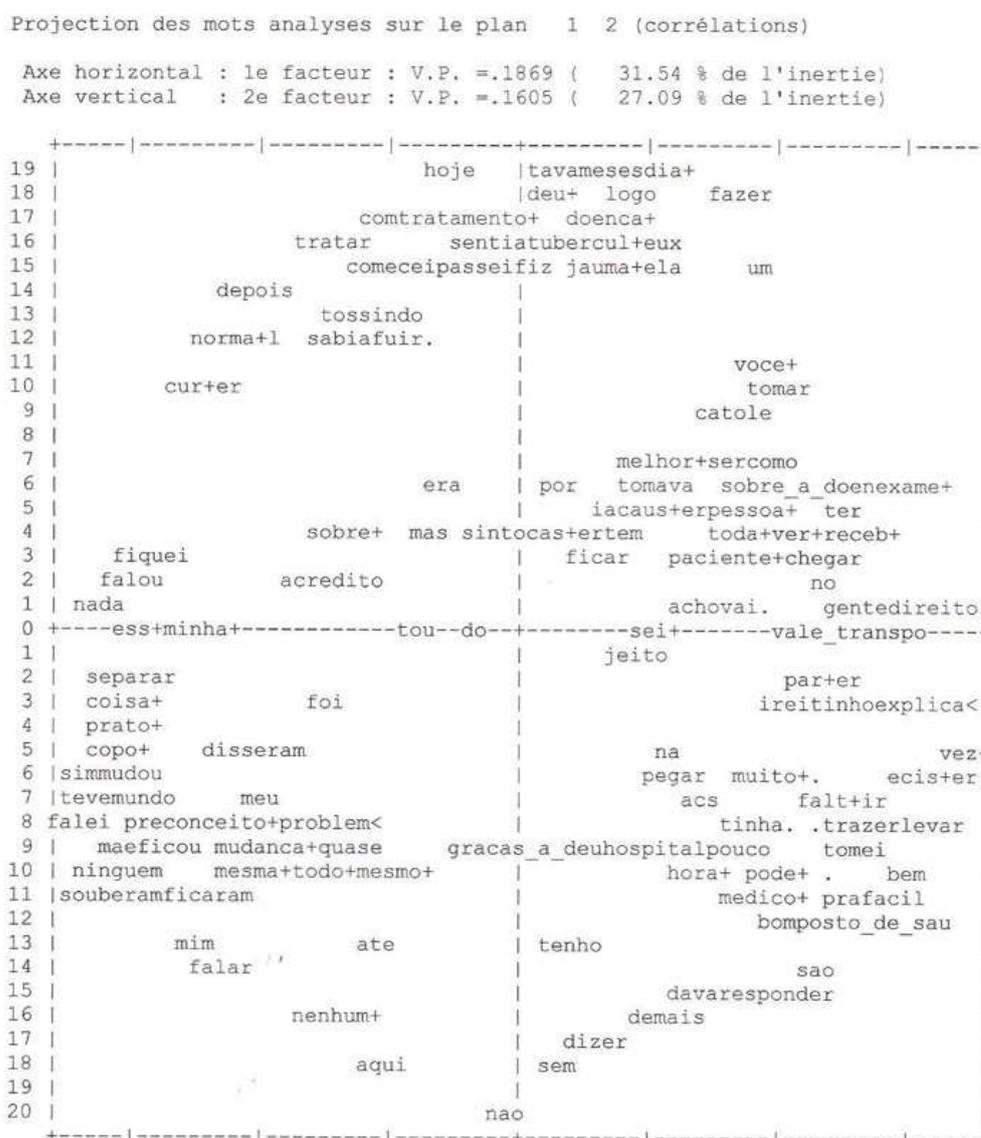


FIGURA 7 – Análise Fatorial dos sujeitos no sentido semântico e léxico sobre DOTS.

A Figura 8, constituída pelas linhas x e y, horizontal e vertical, demonstra a formação dos quatro eixos correspondentes à uma distribuição espacial das categorias anteriormente analisadas, em seus respectivos quadrantes superior direito e esquerdo (**QSD** e **QSE**); e inferior direito e esquerdo (**QID** e **QIE**).

<p>QSE</p> <p>Núcleo Central 4 classe/ categoria 4</p> <p>Tuberculose, tossindo, frio, dor nas costas,</p>	<p>QSD</p> <p>2 classe/categoria 2 Causa, melhora, doença, gente,</p> <p>5 classe/ categoria 5</p> <p>Doença/tratamento Suporte/serviços saúde Unidade, Paciente, Vale-transporte, Enfermeira, Pegar</p>
<p>3 classe/ categoria 3 Mudanças</p> <p>Teve, falei, copos, prato, preconceito, separou, tiveram, e mudança</p> <p>QIE</p>	<p>Classe 1/categoria 1 Elementos periféricos</p> <p>Dentista, Médico, Posto de saúde, Medicação, Carro, Levar, Exame</p> <p>QID</p>

FIGURA 8 – Identificação por quadrantes dos conteúdos na perspectiva da Teoria do Núcleo Central.

O conjunto semântico foi analisado de acordo com o eixo temático correspondente a cada categoria. Foram denominados da seguinte forma: **QSE (Núcleo Central)** – representado pela **Categoria 4** = “Sinais e sintomas de estar doente com tuberculose”; **QIE e QSD**, que se relacionam com os **Elementos Intermediários**, constituídos pelas **Categorias 2** = “A doença entendida pelos usuários”, **Categoria 3** = “Mudança de funcionamento na vida produtiva” e **Categoria 5** = “Rearranjos e mecanismos de enfrentamentos”. O **QID** corresponde aos **Elementos Periféricos**, destacados na **Categoria 1** = “A acessibilidade sobre o atendimento nos serviços de saúde”.

O **QSE**, composto pelas unidades semânticas mais frequentes e prioritariamente evocadas, constitui os elementos que dão significação à representação da doença, demonstrados pelos elementos constituintes do **Núcleo Central** da RS. Os elementos estruturais destacados no **Núcleo Central** exemplificam as imagens construídas pelos doentes de tuberculose acerca da doença. O seu conjunto semântico encontra-se representado pelas palavras “**tossindo**”, “**frio**” e “**dor nas costas**”.

*... sentia **dores nas costas** e comecei a fazer **escarro amarelo**. fui ao posto e descobriram que era **tuberculose**. a reação foi que tive muita **febre, frio e dor nas costas**. (grifo nosso) (E 23)*

... tossia bastante, sentia um pouco de dor nas costas. Vim ao posto passaram os exames pra fazer la no catolé [Centro de Saúde], foi confirmado que era portador da tuberculose (grifo nosso) (E 15)

Percebe-se que os sintomas específicos da doença são comuns em ambos os casos, representado pelas palavras **sentir dor nas costas, tossindo, febre e frio**, o que ressalta a representação social da sintomatologia relacionada à **tuberculose**. Dessa forma, o significado que emergiu dos dados apresentados pelo Núcleo Central evidencia a compreensão da tuberculose como uma doença transmissível que pode ser prevenida, por meio do desenvolvimento de práticas educativas, promoção da saúde, busca ativa de sintomáticos respiratórios, controle dos comunicantes, incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde.

Os **Elementos Intermediários**, denominados “**Sinais e sintomas de estar doente com tuberculose**,” inseridos no **Quadrante Inferior Direito**, apontam questões relacionadas a atitudes e crenças fundamentadas no preconceito. As circunstâncias sociais os colocam em situação de acentuado domínio, levando ao isolamento e à restrição dos relacionamentos interpessoais. Dessa forma, o olhar dos doentes de tuberculose é imbuído de sentimentos negativos, relacionados ao medo do estigma e da discriminação por parte da família, amigos e vizinhos. Esses são formados pelas seguintes dimensões: **teve, falei, copos, prato, preconceito, separou, tiveram e mudança**.

Junto à essa representação, agregam-se sentimentos relacionados ao estigma e preconceito, que também interferiram na construção das representações dos doentes de tuberculose, modificando, eventualmente seus hábitos de vida, no âmbito individual, familiar e social (grupos de amigos, vizinhos, trabalho, dentre outros).

... mudou. trocaram copos, pratos, as colheres, o que fosse contagioso, trocaram tudo não souberam, so vivia trancado em casa, não saia pra rua. Tinha vergonha de botar a cara fora, a doença tava me matando mesmo. não sabiam que vivia doente. (grifo nosso) (E 5)

ninguém vinha na minha casa, alguém chegava com uma sacola de comida pra mim, mas os vizinhos quase não chegava aqui porque ta todo mundo doente com tuberculose. (grifo nosso) (E 33)

No **Quadrante Superior Direito**, representado pela categoria “**A doença entendida pelos usuários**”, os Elementos Intermediários “**causa, melhora, doença, gente**”, encontram-se ancorados no cotidiano e experiências individuais dos doentes de tuberculose, permitindo a

organização dos sentimentos e representações do objeto pesquisado, sobretudo ao relatarem experiências com tratamento anterior. Para Jodelet (2001, p.22), “as representações sociais indicam a existência de um pensamento social que resultou das experiências, das crenças e das trocas de informações ocorridas na vida cotidiana dos seres humanos”.

... a **gente** já tinha um entendimento, porque já fiz_o_tratamento, e o pai fez, mas já faz muitos anos, faz uns quinze anos. (grifo nosso) (E 29)

... *achei simples, essa **doença** que dar_no_povo. Uma **doença_muito_grave**, se não cuidar logo, mas fui esperta, mas do que a **doença**, cuidei foi logo (risos).* (grifo nosso) (E 18)

Nessa perspectiva, Moscovisci (2003, p. 46) afirma que:

As representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e explicar o que nós já sabemos. Elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que tem como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa.

Ainda no **Quadrante Superior Direito**, das palavras “**saúde, unidade, paciente, vale-transporte, enfermeira e pegar**”, emergiu um campo semântico denominado “**Rearranjos e mecanismos de enfrentamento**”, relacionado às complexas demandas enfrentadas pelos doentes e a constante necessidade de adaptação ao tratamento da tuberculose.

Nesse sentido, estar com uma doença considerada grave, especificamente a tuberculose, representa uma série de dificuldades para as quais precisam se adaptar. Isso torna necessário, na maioria das vezes, disponibilidade, por parte dos envolvidos, em encarar e superar o sofrimento trazido pela doença.

Para Moscovisci (1978), as representações sociais organizam as relações intergrupais, integrando-as numa rede de relações social e pessoal vinculada ao objeto, e fornecendo, concomitantemente, os elementos necessários à observação que as tornam estáveis e eficazes, possibilitando a orientação dos seus comportamentos. Tal realidade pode ser comprovada nas manifestações discursivas abaixo, ancoradas na satisfação dos doentes de tuberculose em relação aos serviços dispensados pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

... *fui muito bem recebida, muito bem recebida. A **enfermeira** vinha na minha casa, ave-maria é um ouro. Fui recebida por todo mundo ali naquele **postinho**, toda hora que chegava, quando chegava pra **pegar** o remédio, me atendia primeiro do que todo mundo.* (grifo nosso) (E 33)

*... vêm **pegar em casa** que a pessoa fica_bem_debilitada, leva, se você esquecer de vir **pegar_o_medicamento**, vem deixar_em_casa. você tem toda uma ajuda. (grifo nosso) (E 34)*

*...foram sempre la em casa, providenciar a medicação, porque tem muita gente que não tem condição de chegar à **unidade**, como é la no **catolé**, então dar uma ajuda, uma passagem, um **vale transporte** é o suficiente (grifo nosso) (E 20)*

Para Arcêncio (2006), o envolvimento do profissional é um ponto fundamental para o êxito do DOTS, tendo em vista que os profissionais jamais se empenharão em atender às necessidades dos usuários, se não acreditarem na estratégia. Assim sendo, passam apenas a reproduzir as ações que lhes são cobradas, algumas vezes, até num processo de agressão e desrespeito para com o doente.

Por fim, o **Quadrante Inferior Direito**, representado pelas unidades semânticas (**dentista, médico, posto de saúde, medicação, carro, levar e exame**), apresenta-se como os prováveis **Elementos Periféricos** da representação. Elaborados por temas cercados por sentimento de indignação do doente de tuberculose, ocasionados pelas barreiras encontradas nas UBSFs durante o tratamento, denotam um conteúdo negativo da representação, quanto à acessibilidade organizacional: estrutura inadequada dos serviços de saúde; distância do Centro de Referência (Centro de Saúde), impossibilitando a continuidade do atendimento; demora para realização e/ou recebimento dos exames; incapacidade do setor em responder a uma série de outras demandas (médico, dentista, dentre outras).

*...ta precisando de **dentista, médico** pra atender crianças. (Grifo nosso) (E 12)*

*...era difícil, não tinha **condição financeira** pra ir, o meu patrão que me ajudava, tive dificuldades pra **fazer_os_exames**. (Grifo nosso) (E 31)*

Percebe-se que as palavras que integram o **Sistema Periférico** juntam-se àquelas do **Núcleo Central**, fortalecendo a idéia de um discurso que aponta as causas e os nós críticos que interferem no sucesso de adesão aos esquemas terapêuticos padronizados no controle da TB. Tal fato resulta, na maioria das vezes, no abandono do tratamento e no uso inadequado de medicamentos, o que dificulta o controle da cadeia de transmissão da doença e leva ao surgimento de uma outra forma da doença, resistente ao tratamento: a tuberculose multirresistente.

[...] acesso de tosse começou a botar sangue, fui pra hospital, fiquei internada seis dias. Com dois meses fizeram o teste e descobriram que era tuberculose.(grifo nosso) (E 1)

... aumentar o número de consulta e exames que é pouco...contratar mais médico e remédio pra o posto. (grifo nosso) (E 28)

...tossia_bastante, sentia um pouco de dor_nas_costas. vim ao posto passaram os exames pra fazer la no catolé [Centro de Saúde], foi confirmado que era portador_da_tuberculose. (grifo nosso) (E 15)

Os serviços mostram-se organizados na lógica dos sistemas fragmentados, cujo imperativo é a atenção aos eventos agudos, uma vez que atuam através de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicáveis entre si e são incapazes de prestar uma atenção contínua e de se responsabilizarem por uma população determinada (MENDES, 2002). Esta situação requer uma mudança de comportamentos de todos os atores envolvidos (gestores, profissionais de saúde, família, dentre outros) na assistência ao doente de tuberculose.

Segundo CAPRA (1982) e MERHY et al (2004), a lógica do modelo biomédico é reducionista e individualista, ou seja, o homem é tratado como uma máquina composta de várias peças e a função da medicina é manter o bom estado de funcionamento do corpo/máquina, para que o homem não perca seu posto nas relações de produção. É também um modelo hospitalocêntrico e médico-centrado, isto é, infunde-se a cultura de que é somente no hospital que os problemas são resolvidos e que o único profissional que pode “curar” (quando acredita-se na perspectiva da cura) é o médico. Logo, esse modelo segue sendo curativista e medicamentoso e, por conseguinte, oneroso.

Castro et al. (2001) enfatizam que o modelo biologista trata o processo saúde-doença como um fenômeno de caráter individual e não social, cuja responsabilidade e solução competem apenas ao indivíduo e não à sociedade e ao Estado. Maciak et al. (2009) afirmam que o avanço do racionalismo tecnicista perdeu de vista o ser humano e traz consigo uma assistência à saúde fragmentada e mecanizada, com protocolos e rotinas para serem aplicados aos usuários do serviço de saúde. Dessa forma, foram abandonados os valores humanos, que precisam ser resgatados para que a ciência seja realmente eficiente e resolutive.

A representação social aqui elaborada, a partir das potencialidades dos **elementos periféricos**, enfatiza uma nova proposta de modelo que priorize a promoção da saúde e que atenda a demanda dos que procuram os Serviços de Saúde, através de práticas sociais e institucionais inovadoras, que reorientem as políticas de saúde e a organização dos serviços. Tal fato indica que o saber produzido no **universo reificado** encontra-se distante da realidade

sócia-política que estruturam os serviços de saúde, uma vez que o conhecimento gerado e interpretado pelos doentes de tuberculose apresenta-se no **universo consensual** de forma diferenciada, sendo essa situação caracterizada pela falta de recursos humanos, precariedade nos recursos físicos e déficit de recursos materiais.

Nos **universos reificados** se produzem e circulam as ciências, a erudição e o conhecimento técnico. Os universos consensuais correspondem àqueles onde, a partir da reificação e dos processos de ancoragem e de objetivação, são elaboradas as representações sociais, ou seja, o conhecimento construído coletivamente.

Jovchelovitch (2000, p. 78) diz que “é através da atividade do sujeito e de sua relação com outros que as representações têm origem, permitindo uma mediação entre o sujeito e o mundo que ele ao mesmo tempo descobre e constrói”. Dessa forma, a representação social firmada pelos doentes de tuberculose atendidos na Estratégia DOTS, nas UBSFs, concentram-se em torno de experiências, vocabulários, conceitos e discursos diversos (MOSCOVICI, 1978).

Moscovici (1978) trata as representações sociais como manifestações dos sujeitos sobre um dado objeto, interagindo socialmente e desempenhando o papel de orientar nosso comportamento, num movimento simultâneo de construir algo novo através da modelização do que está posto no real e, ao mesmo tempo, de expressá-lo simbolicamente.

Afirma ainda que as representações polêmicas expressam as versões específicas de segmentos sociais a respeito das idéias, conceitos e conhecimentos circulantes, como um componente controverso, questionável, gerando disputa entre os grupos. Tal posicionamento pode ser entendido devido a representação social está relacionada à maneira como os indivíduos pensam e interpretam o cotidiano, ou seja, constitui-se em um conjunto de imagens, dotado de um sistema de referência, que permite ao indivíduo interpretar e dar sentido à sua vida. “[...] representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, reconstituí-lo ou reproduzi-lo” (MOSCOVICI, 1978, p. 58).

Dessa forma, os doentes de tuberculose selecionam e descontextualizam a informação socializada, construindo assim, novos significados que lhes serão úteis na vida cotidiana. Segundo Moscovici (1978), a formação das representações sociais organiza-se através de dois processos básicos: a Ancoragem e a Objetivação.

Para Sá, (1996, p.34) a ancoragem

consiste na integração cognitiva do objeto representado (sejam idéias, pessoas, acontecimentos, relações) a um sistema de pensamento social pré-existente e, conseqüentemente, nas transformações implicadas. (...) Este processo é responsável pelo enraizamento das idéias. Ancoragem é, portanto, classificação e denominação.

A classificação se dá ancorando o desconhecido nas representações já existentes, tornando o estranho familiar na realidade social vivida, através de um sistema de pensamento social pré-existente. Dessa forma, ao longo da história, a representação da tuberculose, por exemplo, foi ancorada pela marca do preconceito e do estigma, reconhecida como uma doença que vem do “outro”, do comportamento desregrado e amoral, do ar impuro, do local aglomerado e não higiênico, do que é colocado para fora e que contagia; do crescimento acelerado e desestruturado.

Nessa perspectiva, na tentativa de objetivar a doença, o doente de tuberculose se ancora em experiências sociais e esquemas de pensamentos pessoais; cria mecanismos de adaptação que sirva de referência para compreender a realidade e guiar a sua conduta.

A objetivação tem a função de duplicar o sentido, transformando em objeto o que está representado pelo pensamento, idéias, experiências, ou seja, através da objetivação o abstrato se materializa. Segundo Sá (1996, p.39), “é uma operação imaginante e estruturante pela qual se dá uma forma (ou figura) específica ao conhecimento acerca do objeto, tornando-o concreto, quase tangível, o conceito abstrato, materializando a palavra”.

Dessa forma, as evocações apresentadas pelos doentes de tuberculose refletem claramente a influência dos elementos constituintes do paradigma tradicional, predominante nas práticas dos serviços de saúde, apontando, a partir destas representações, diretrizes que abordam equidade, integralidade, acolhimento, escuta e assistência na interface com os serviços de saúde.

Nessa perspectiva, a DOTS emerge como uma estratégia que integra a valorização do cuidado especial e o reconhecimento do doente de tuberculose, ampliando as possibilidades terapêuticas dessas intervenções, favorecendo a adesão do doente e assegurando a conclusão do tratamento, uma vez que esses dois aspectos ainda continuam sendo as maiores barreiras para o efetivo gerenciamento da tuberculose e a causa para o aumento de multidrogaresistência (DAVIES, 2003).

A reforma do setor saúde, caracterizado pela descentralização de ações e serviços, a adequação quantitativa e qualitativa de recursos humanos (RH), representam componentes essenciais ao sistema de saúde para a prevenção e gerenciamento das condições crônicas, dentre elas, a TB (MONROE et al., 2008).

Para Muniz et al. (2008), um novo perfil das relações de trabalho deve resultar da articulação entre as diferentes categorias profissionais, recolocando funções e papéis de cada profissional na equipe, tornando-os autores responsáveis pelo processo. A participação de

profissionais de diferentes níveis descentraliza e torna mais democrático o poder decisório, contribuindo para que o planejamento das ações esteja mais voltado à realidade local.

Dessa forma, Arcêncio (2006) chama a atenção para que as equipes rompam com o paradigma tradicional da saúde, despindo-se de posturas corporativistas e verticalizadas, na busca de uma assistência horizontalizada, que favoreça novas formas de agir em saúde, com ampliação de seu conceito, fragmentado em diversos cenários.

Nessa perspectiva, busca-se refletir acerca desta dimensão subjetiva presente em toda atividade profissional e, em particular, na enfermagem. Procura-se compreender como os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família vêm desenvolvendo suas funções junto aos doentes de tuberculose e seus familiares.

A enfermagem é uma das profissões da área de saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de prevenção de doenças, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, com atuação em equipes multiprofissionais, numa perspectiva interdisciplinar (ROCHA; ALMEIDA, 2000). Dessa forma, entende-se que o papel dos profissionais de enfermagem no PCT seja de fundamental importância para o êxito da estratégia DOTS e sirva como um elo entre o paciente e a UBSF (VENDRAMIN et al., 2002).

Nessa perspectiva, percebe-se que a estratégia DOTS, ao possibilitar o seguimento continuado do doente, permite que se estabeleça a relação do mesmo com o profissional de saúde. Isso se reflete, inclusive, no acolhimento sentido pelo portador de tuberculose, ao apresentar alguma queixa e encontrar acesso mais facilitado junto a estes profissionais (TERRA; BERTOLOZZI, 2008).

Arcêncio (2006) afirma que as relações de acolhimento e vínculo em muito podem contribuir para o processo de adesão do paciente, tendo em vista o estabelecimento da aproximação entre este e o profissional de saúde e fazendo com que este último entenda a significância do seu tratamento e passe a confiar nas suas recomendações, seguindo corretamente as doses terapêuticas prescritas.

Sabe-se que o sucesso da ESF junto ao DOTS depende, em grande parte, das estratégias de implantação utilizadas e dos profissionais envolvidos no processo (DIAS, 2005). Sendo assim, torna-se imprescindível que o enfermeiro se disponha a prestar uma assistência adequada à população residente em áreas de maior risco de ocorrência de TB, atuando, portanto, na melhoria da qualidade de vida, e entendendo o doente de tuberculose como um ser único, com peculiaridades, sem perder de vista seu contexto familiar e social.

Nessa perspectiva, Waldow afirma que:

O cuidado humanístico não é rejeição aos aspectos técnicos, tão pouco aos aspectos científicos, o que se pretende ao revelar o cuidado é enfatizar a característica do processo interativo e de fruição de energia criativa, emocional e intuitiva, que compõe o lado artístico além do aspecto moral (WALDOW, 2006, p. 62).

O cuidado autêntico e humanizado que se espera de um corpo de enfermagem deve envolver, além do acolhimento do sujeito em seu contexto biopsicossocial e político-cultural, a oferta de uma intervenção terapêutica que proporcione a escuta e intervenção através de tecnologias e ações que possibilitem a reabilitação e a construção de uma melhor qualidade de vida. Dessa forma, se fortalece, inclusive, a inclusão social desses doentes (VILLELA; SCATENA, 2004).

Destaca-se a relevância das práticas intersetoriais de promoção e vigilância da saúde, elementos chaves no tratamento da tuberculose. Atua nos fatores condicionantes de forma articulada, não apenas monitorando casos, surtos e comunicantes, mas também aliando a estratégia DOTS com vistas a eliminar, principalmente, a baixa adesão ao tratamento e o surgimento de cepas resistentes (GAZETTA et al., 2007).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se neste estudo que, apesar da estratégia DOTS estar articulada à ESF, com possibilidade de desencadear mudanças na organização e funcionamento dos serviços de saúde, as ações desenvolvidas pelos profissionais da Saúde da Família do município estudado ainda estão orientadas pela lógica do modelo clínico, centrada no procedimento e ato médico, somado à dificuldade de acesso enfrentado pelos doentes de tuberculose durante o seu tratamento.

O conceito simplista e utópico de saúde como “ausência de doença” torna-se cada vez mais inatingível e, ao mesmo tempo, obsoleto, embora se mantenha arraigado em alguns aspectos, na medida em que cede lugar a novas perspectivas. Nesse sentido, o processo saúde-doença na perspectiva da vigilância em/na saúde passa a ser tratado como resultante da interação do homem com o ambiente na garantia e melhoria da qualidade e estilo de vida em que vive respeitada as dimensões da óptica biológica, ambiental, política, social, econômica e cultural.

Constatou-se no estudo que o diagnóstico e tratamento da tuberculose têm início no Centro de Saúde, ficando a Unidade Básica de Saúde da Família responsável pela continuidade do tratamento. Tal situação implica em fragilidades no processo de operacionalização do DOTS, pois maximiza situações e condições que podem levar os doentes a vulnerabilidade no transcurso do tratamento, o que contribui para o abandono do esquema terapêutico e o avanço da tuberculose multirresistente.

Sabe-se que a resolutividade se dá através de um maior acesso aos serviços de Atenção Básica de qualidade, em termos assistenciais, de promoção e proteção à saúde, o que resulta numa diminuição da utilização de serviços mais complexos. Dessa forma, entende-se que a porta de entrada de um sistema de saúde deve ser acessível ao usuário que, muitas vezes, recorre aos serviços de urgência pela enorme dificuldade de acesso.

Tendo em vista o desafio proposto por este estudo em analisar as representações sociais dos usuários sobre a tuberculose frente à descentralização das ações de controle da doença nas Unidades de Saúde da Família no Município de Campina Grande-PB, os achados indicaram a presença de barreiras na estruturação dos serviços, traduzidas na acessibilidade organizacional, geográfica e econômica.

Dessa forma, à distância enfrentada pelos usuários da área de abrangência para atendimento no Serviço Especializado, repercute sobre seu tratamento, em decorrência da precária situação financeira dos mesmos. Isto resulta em sofrimento físico e emocional para o doente de tuberculose e seu grupo familiar, uma vez que, para garantir a acessibilidade, o sistema de saúde local deverá prover os ajustes necessários e indispensáveis à execução dos

programas. Estes envolvem tanto os recursos humanos quanto os materiais, e as características da população adscrita, na medida em que se reconhece o território como uma dimensão organizacional, sócio-cultural, econômica e geográfica.

Percebe-se que o fortalecimento da estratégia DOTS requer e exige um compromisso intersetorial, a partir do nível governamental, em garantir os recursos para a operacionalização do controle da tuberculose e assegurar aos doentes e à sua família a oferta e o acesso aos serviços de saúde e melhoria da saúde a partir de uma avaliação sistemática da satisfação do doente de tuberculose.

As manifestações discursivas, nas entrevistas *in natura* e naquelas analisadas semanticamente pelo ALCESTE, reforçam a relevância do estudo da Teoria da Representação Social como instrumento auxiliar de interpretação das idéias, conceitos e sentimentos identificados na dimensão individual e social pelos doentes de tuberculose. A representação desses doentes encontra-se ancorada em experiências passadas, vivenciadas e socializadas pelo senso comum, através dos grupos sociais específicos (família, vizinhos, amigos, dentre outros).

O Núcleo Central evidenciou a compreensão da tuberculose como um campo de conhecimento do estar doente, uma vez que sabem que a doença é transmissível, podendo ser prevenida através de práticas educativas, de promoção da saúde, busca ativa de sintomáticos respiratórios, controle dos comunicantes, incorporados à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde.

Os Elementos Intermediários apontam questões relacionadas a atitudes e crenças circundadas no preconceito relacionado ao medo do estigma e da discriminação por parte da família, amigos e vizinhos, levando à restrição dos relacionamentos interpessoais de parentalidade e amizade, modificando, assim, seus hábitos de vida. Ancorados no cotidiano e experiências individuais dos doentes, os elementos intermediários permitem identificar a organização dos sentimentos e a pressão que exercem sobre o núcleo central, na medida em que estes reconhecem e valorizam as relações de confiança e responsabilidade estabelecidas com os profissionais de saúde que, por si, não bastam para tornar mais flexível e menos cristalizado o núcleo central da tuberculose.

Entende-se que diante de uma doença considerada grave com profundas raízes sociais, faz-se necessário a existência de uma equipe preparada ética e tecnicamente para atender os desafios que se enfrenta nos serviços de saúde. Dessa forma, junto com o atendimento das necessidades biológicas, espera-se que a ESF empenhe-se em compreender o doente de tuberculose e seus familiares considerando os aspectos: psicológicos, sociais, culturais e

espirituais, que compõem o ser humano. Nesse sentido, reforça-se a necessidade de respostas intersetoriais, que sejam capazes de desconstruir culturalmente o estigma e o preconceito aliado ao medo e ao desconhecimento da doença, a partir de estratégias que favoreçam a inter-relação entre o doente, familiares, grupo social e profissionais de saúde, para diminuir/amenizar as questões relacionadas ao preconceito em relação à doença e ao doente de tuberculose.

O Sistema Periférico está constituído, neste estudo, por termos relacionados aos sentimentos de indignação do doente de tuberculose, ocasionados pelas barreiras objetivas de acesso encontradas nas UBSFs durante o tratamento, sendo-lhes atribuídas significações negativas. Por ser um campo da imanência dos elementos, refletem um conteúdo que aponta a integração das experiências e histórias individuais vivenciadas pelo doente de tuberculose e o meio social no qual está inserido.

Embora o município de Campina Grande tenha sido pioneiro na implantação da Estratégia de Saúde da Família e na descentralização das ações de controle da TB por meio da implantação do DOTS, pode-se concluir que a descentralização do Controle da Tuberculose encontra-se parcialmente implantada, se caracterizando muito mais como uma desconcentração de atividades. A forma de organização da atenção à TB não foi fator determinante para garantia de acesso ao diagnóstico precoce da doença e acompanhamento do doente e familiar na sua área de abrangência, tendo em vista fragilidades observadas na operacionalização e sustentabilidade da estratégia DOTS, tais como: centralização do atendimento no Ambulatório de Referência; dificuldade de acesso ao medicamento, exames radiológicos, insuficiência rede laboratorial; ausência e/ou inexistência de profissionais médicos e dentistas.

Destarte, a educação permanente configura-se como um importante instrumento de avaliação, regulação e acompanhamento no setor saúde, uma vez que se firma enquanto estratégia possível na reestruturação dos serviços, a partir da análise dos determinantes sociais e econômicos, mas, sobretudo, de valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino-aprendizagem; e o doente de tuberculose enquanto sujeito ativo diante das ações de saúde de que necessita, atuando de forma mais participativa. Este “novo” conceito de educação trabalha com o quadrilátero sustentado na gestão, formação, usuário (controle social) e trabalhador.

Nesse contexto, a enfermagem desponta como um campo de conhecimentos e de atuação profissional por sua característica integradora com as demais profissões na prática social de produção de serviços em saúde ocupa destaque privilegiado no DOTS. Essa

integração favorece o atendimento dos preceitos preconizados pela estratégia DOTS, com reflexos na melhoria do controle da tuberculose.

É nesse sentido que a enfermagem deverá atuar, aliando os conhecimentos decorrentes das evidências dos estudos técnico-científicos e éticos às ações de recuperação, proteção e prevenção em saúde, a fim de promover a melhoria da qualidade de vida da população, ampliar a resolutividade de problemas e a acessibilidade aos serviços de saúde.

Espera-se que o estudo, por ora finalizado, possa contribuir como um instrumento auxiliar na construção crítica e reflexiva de uma nova visão integrativa da saúde com a participação dos diferentes agentes que integram as diversas pactuações consignadas nos três níveis, na medida em que se reconhecem os serviços e as práticas em saúde, os usuários e os processos de formação dos profissionais da saúde como partícipes deste novo modelo. Lembra-se da importância, nesse processo, dos diferentes atores em âmbito central e/ou local, com a participação ativa dos usuários, reconhecendo-os enquanto sujeitos dotados de autonomia e independência nos ciclos da vida, capazes de desempenhar os seus papéis na efetiva implementação de um serviço de saúde universal, equitativo, democrático, resolutivo e de qualidade.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean Claude. Les représentations sociales: aspects théoriques. In: ABRIC, J. C, ABRIC, Jean Claude. Les représentations sociales: aspects théoriques. In: ABRIC, J. C, (Org.). **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France; 1989. p. 11-35.

_____. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.

_____. Metodologia de recolección de las representaciones sociales. In: **Prácticas sociales y representaciones**. México: Ediciones Coyoacán, 2001. p. 53-74.

ALVES, Vania Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**, v. 9, n.16, set./dez. 2005.

ANADÓN, Marta; MACHADO, Paulo Batista. **Reflexões teórico-metodológicas sobre as representações sociais**. Salvador: UNEB, 2003. 88 p.

ARAÚJO, Maria Alix Leite; LEITAO, Glória da Conceição Mesquita. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 21, n. 2, p. 396-403. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/06.pdf>>. Acesso em: 15/06/2009.

ARAÚJO, Maria Rizoneide Negreiros de; SAMPAIO, Luciana Carla; CARNEIRO, Maria Ligia Mohallem et al. Saúde da família: cuidado no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2000, v.53, n.especial, p. 117 – 122.

ARCENCIO, Ricardo Alexandre. **A organização do Tratamento Supervisionado nos municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005)**.2006. 140f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2006.

ARCENCIO, Ricardo Alexandre; OLIVEIRA, Mayra Fernanda de; VILLA, Tereza Cristina Scatena Interações por tuberculose pulmonar no Estado de São Paulo no ano de 2004. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2007, v. 12, n. 2, p. 409-417. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63012214.pdf>> Acesso em: 12/06/2009.

ARMELIN, Maria Vigoneti Araujo Lima. **Apoio emocional às pessoas hospitalizadas**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005. p132

ARRUDA, Angela. Teorias das representações sociais e teorias de gêneros. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p. 127-47, nov. 2002.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de. **Estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal/RN**. 2008. 154f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

BASTA, Paulo Cesar; ALVES, Luiz Carlos Corrêa Alves; COIMBRA JÚNIOR, Carlos Everaldo Alvares. Padrões radiológicos da tuberculose pulmonar em indígenas Suruí de Rondônia, Amazônia. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 39, n. 2, p. 221-3, mar./abr. 2006.

BERTAZONE, Érika do Carmo; GIR, Elucir. Aspectos gerais da sexualidade dos portadores de tuberculose pulmonar atendidos em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto-SP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 115-22, jan. 2000.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História social da tuberculose do tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. 248p.

BERTOLOZZI, Maria Rita. **A adesão ao programa de Controle de Tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã**. 1998. 246f. Tese [Doutorado em Epidemiologia]. Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1998.

BIERRENBACH, Ana Luiza; GOMES, Adriana Bacelar Ferreira; NORONHA, Elza Ferreira, SOUZA, Maria de Fátima Marinho de. 2007. Incidência de tuberculose e taxa de cura, Brasil, 2000 a 2004. **Rev de Saúde Pública** 41 (supl.1), p.24-33.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. **Anais**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

_____. Secretaria de assistência à saúde. Coordenação de saúde da comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano nacional de controle da tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Secretaria de Atenção Básica. **Manual para Organização da Atenção Básica**. Brasília, 1999.

_____. **Programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

_____. 2000. **Plano de Controle da tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Ministério da Saúde, Brasília, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília: SAS/Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto dos Indicadores da Atenção Básica**. Informe da Atenção Básica. 2001d. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>. acesso em: 01 mar 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 5. ed. Rio de Janeiro, 2002a. 236 p.

_____. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Controle da Tuberculose: Cadernos de Atenção Básica**. Brasília-DF, 2002c. 62p.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose**. 6. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d.

_____. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Pneumologia Sanitária. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Controle da tuberculose. **Uma proposta de integração ensino-serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002e.

_____. Comitê Técnico-Científico de Assessoramento à Tuberculose e Comitê Assessor para Co-infecção HIV-Tuberculose. **Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2002f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02**. Portaria MS/GM Nº. 373de 27 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União [DOU] 2002; Seção I (40): 52-62. Brasília: MS, 2002g.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Fundação Nacional de Saúde. Brasília-DF, P.732-756, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Guia de Bolso. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês Sousa. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1998.

BRICENO-LEON, R. (1996). **Siete tesis sobre la educacion sanitária para la participación comunitaria**. *Cadernos de Saúde Pública*, 12:7-30.

BRITO, Marta Araújo Amaral. **Práticas educativas em saúde no grupo de planejamento familiar**: identificando as formas de abordagem adotadas pelo(a)s enfermeiro(a)s no PSF de Campina Grande-PB. 2006. 75f. Monografia (Especialização em Saúde da Família). Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande-PB, 2006.

BUCHELE F. Representação social e ideologia: subsídios para estudo da enfermagem. In: JORNADA INTERNACIONAL SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 4., 2005, João Pessoa – PB. **Anais da IV Jornada Nacional sobre Representações Sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005. 1 CD-ROM

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-7, 2000.

CALDAS, Arlene de Jesus Mendes. QUEIROZ, Lêda Silva. Causas de abandono ao tratamento de tuberculose em São Luis-MA. **Nursing Revista Técnica de Enfermagem**. Ano 3, n. 21, fev. 2000.

CALDEIRA, Sandriani Darini; HIANE, Priscila Aiko, RAMOS, Maria Isabel Lima et al. Caracterização Físico-Químico do Araçá (*Psidium quineense* SW.) e do Tarumã (*Vitex cymosa* Bert.) do Estado de Mato Grosso do Sul. **Revista B. CEPPA**, Curitiba, v. 22, n.1. 2004.

CALIARI, Juliano de Souza; FIGUEIREDO, Rosely Moralez. Perfil de pacientes com tuberculose internados em hospital especializado no Brasil. **Revista Panamericana de Infectologia**, v. 9, n. 4, p. 30-35, 2007.

CAMARGO, Brigido Vizeu. Alceste: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes.(org) *perspectivas teórica-*

metodológicas em representações sociais . João Pessoa. UFPB/Editora Universitária, 2005. p 511-539.

CAMPINAS, Lúcia de Lourdes Souza Leite.; ALMEIDA, Margarida Maria Mattos Brito de. Agentes Comunitários de Saúde e o acolhimento aos doentes de tuberculose no Programa Saúde da Família. **Boletim Pneumológico Sanitária**. 2004. v. 12, n. 03, p. 145-154.

CAMPOS, Francisco. Eduardo de. **Resolutividade**: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde 1988. 264f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1988.

CAMPOS, Gastão. Wagner. de S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, 2003. v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun.

CAMPOS, Oswaldo. **Contribuição para o planejamento da luta antituberculose no Brasil**. 1965. 289f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Higiene e Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 1965.

CAPELLA, Beatriz Beduschi; LEOPARDI, Maria Tereza. Teoria Sócio Humanística. In: LEOPARDI, Maria Tereza. (Org.). **Teorias em enfermagem**. Florianópolis: Papa Livro, 1999. p. 137-171.

CAPRA, Fritjof. O Ponto de Mutação. **A Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CASTRO, Cláudio. Gastão. Junqueira; WESTPHAL, Márcia. Faria. Modelo e Atenção. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S de. (Orgs.) **Gestão em serviços de saúde**: descentralização/municipalização do SUS. São Paulo: EDUSP; 2001. p. 91-111.

CECAGNO, Diana, SIQUEIRA, Hedi Crecencia Hecler de, VAZ, Marta Regina Cezar. **Falando sobre pesquisa, educação e saúde na enfermagem**. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS); v.26, n.2. p154-60, agosto, 2005.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. saúde pública**, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul.-set. 1997.

CHIORO, Arthur; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio; ZIONI, Fabiola. **Políticas públicas e organização do sistema de saúde**: antecedentes, reforma sanitária e o SUS texto preliminar. São Paulo: FSP; SES/SP; COSEMS/SP, 1997.

CONILL, EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública** 2002; 18 (Supl): 191-202.

CORTEZI, Mari Dalva; SILVA, Marcos Vinicius da. Abandono do tratamento da tuberculose em pacientes co-infectados com HIV, em Itajaí, Santa Catarina, 1999 - 2004. **Bol. Pneumol. Sanit.**, 2006, v. 14, n.3, p.145-152.

COSTA, Juvenal Soares Dias; GONÇALVES, Helen; MENEZES, Ana Maria et al. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. 409-415, 1998.

CRISTINO, M. **Psicologia da fé: cultura, fé e religiosidade**. 2001. Disponível em: <<http://www.holos.com.br/palavra/fe.html>>. Acesso em 24 de janeiro de 2002.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DAVIES P.D. The role of DOTS in tuberculosis treatment and control. **Am J Respir Med**, 2003; v. 2, n. 3, p. 203-209.

DEHEINZELIN, Daniel; TAKAGAKI, Tereza Yae; SARTORI, Ana Marly Christovam, et al. Fatores preditivos de abandono de tratamento por pacientes com tuberculose. **Rev Hosp Clín Fac Med São Paulo** 1996, v. 51, p. 131-135.

DIAS, Monica Aguilar Estevam; CUNHA, Fatima Terezinha; AMORIM, Wellington Mendonça. Estratégias gerenciais na implantação do Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, 2005, v. 58, n. 5, p. 513-518.

DINIZ, AM. **Sobre essas coisas a que chamamos crenças**. Lisboa: Climepsi Editores. 2004.

EGRY, Emiko Yoshikava; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev Esc Enf USP**, v.34, n.3, p.233-9, set. 2000.

FEKETE, Maria Cristina. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Panamericana da Saúde. OPAS. **Desenvolvimento gerencial de unidades de saúde do distrito sanitário** - projeto Gerus. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. p. 177-84.

FERNANDES, Tania Maria Dias, ALMEIDA, Anna Beatriz Sá, NASCIMENTO, Dilene Raimundo. Introdução. In: **Memória da Tuberculose**, 2004. Disponível em: <<http://www.coc.fiocruz.br/tuberculose/introducao.htm>>. Acesso em 17/03/2009.

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**. 2005, v.10, n.2, p. 347-355. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a12v10n2.pdf>>. Acesso em: 27/09/2009.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p.607.

FERREIRA, Silvana Margarida Benevides; SILVA, Ageo Mario Candido da; BOTELHO, Clóvis. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá - MT - Brasil. **Jor. Bras. Pneumol.** 2005, v. 31, n. 5, p. 427-35.

FIGUEIREDO, Rosely Moralez de. **Cuidadores de pacientes com Aids da Unidade Leito-Dia do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas: um estudo qualitativo de atos assistenciais e de aspectos psicológicos envolvidos**. [tese] Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Estadual de Campinas; 1997.

FORTE, Paulo Antonio de Carvalho. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saude soc.** [online]. 2004, v. 13, n. 3, pp. 30-35.

FRANCIONI, Fabiane Ferreira. **Grupo de convivência: uma alternativa para o processo de aceitação do viver com diabetes mellitus**. 2002. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Florianópolis: UFSC; 2002.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado a mudanças do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática: uma introdução ao pensamento de Freire**. 3. ed. São Paulo: Moraes; 1980.

FREIRE, Denison Noronha; BONAMETTI, Ana Maria; MATSUO, Tiemi. Diagnóstico precoce e progressão da tuberculose em contatos. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília: SVS/MS, v. 16, n. 3, p. 155-163, jul./set. 2007.

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. **Glossário de doenças**. 2005. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/doencas.htm>>. Acesso em: 28 de janeiro de 2005.

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde. **Tuberculose: Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, DF, 2002. 100p.

GAZETTA, Cláudia Eli; VENDRAMINI, Silvia Helena Figueiredo; RUFFINO-NETTO, Antonio et al. Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998-2003) **J Bras Pneumol**. 2007, v. 33, n. 2, p. 192-198.

GILL, Lorena Almeida. A tuberculose e suas representações. III Simpósio Nacional de História Cultural, III Simpósio Nacional de História Cultural Mundos da Imagem do Texto ao Visual, **Anais**. Florianópolis, 2006.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LCT; 1988.

GORDILHO A, SÉRGIO J, SILVESTRE J, RAMOS LR, FREIRE MPA, Espíndola N et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000.

GUARESCHI, Pedrinho A. Relações comunitárias - relações de dominação. In: R. H. de F. Campos (Org.), **Psicologia Social Comunitária: Da solidariedade à autonomia**. Petrópolis: Vozes, 1996, pp. 81-99.

GUIMARÃES, Erinaldo Antonio Duarte. **A estratégia saúde da família em Campina Grande: origem, implantação e seu papel na atenção básica de saúde**. 2006. 192f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2006.

HIJJAR, M. A.; OLIVEIRA, M. J. P. R. T.; TEIXEIRA, M. A tuberculose no Brasil e no mundo. **Bol Pneumol Sanit**. 2001, v. 9, n. 2, p. 9-16.

HORTALE, Virginia Alonso; PEDROSA, Manoela; ROSA, Maria Luiza Garcia. Operacionalizando as categorias de acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 16, p. 231-9, jan./mar. 2000.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Base de Informações municipais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em janeiro de 2008.

JACOBI, Pedro Roberto. **Políticas sociais e ampliação da cidadania**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

JODELET, Denise. La Representación Social: Fenómeno, Concepto e Teoria. In: MOSCOVICI, Serge (Org). **Psicologia Social**. Buenos Aires: Paidós, 1986.

_____. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

JONES, Lawrence; THOMPSON, Fred. Um modelo para nova gerência pública. **Revista do Serviço Público**, v. 51, n. 1, p. 41-79, 2000.

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Para uma tipologia dos saberes sociais**: representações sociais, comunidade e cultura. 2000. Dissertação (Curso de extensão na Pós-Graduação em Psicologia). Pontífca Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2000.

JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.6, n. 2, p. 31-46, ago./dez. 1997.

KAMIMURA, Quésia Postigo; MOLINA, Vera Lúcia Ignácio. **Descentralização e processo de regionalização da saúde**. X Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica; VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. Universidade do Vale do Paraíba. 2006.

KAWAMOTO, Emilia Emi; SANTOS, Maria Cristina Honório, MATTOS Thalita Maia. **Enfermagem comunitária**. São Paulo, E.P.U., 1995.

KUSANO, Maria do Socorro Evangelista; ASSIS, Maria Candida Mota de. Tendência da morbi-mortalidade por tuberculose no Distrito Federal - Brasil. **Bol. Pneumol. Sanit.**, 2002, v. 10, n. 1, p. 55-60.

LEFÈVRE, F. A oferta e a procura de saúde através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**. v.21 n.1 São Paulo Feb. 1987.

LEININGER, Madeleine. **Qualitative research methods in nursing**. Orlando: Grune & Stratton, 1985.

LIMA, Dinalva Soares. **Plano de trabalho, em parceria com os gestores municipais dos municípios prioritários de João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras, a ser cumprido em 2005-2006**. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde, 2005.

LIMA, João Ab.; ICAZA, Edgar Enrique Sarria.; MENEGOTTO, Beatriz G. et al. Características clínicas e epidemiológicas do adulto contagiante da criança com tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. 2004, v. 30, n. 3.

LUCENA, Amália de Fátima; GOES, Marta Georgina Oliveira de. O processo de comunicação no cuidado do paciente submetido ao eco-stress: algumas reflexões. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, p. 37-48, 1999.

MACHADO, George Luiz Batista. **Descentralização do Programa de Controle da Tuberculose em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campina grande – PB**. 2007. f 63. Monografia. Universidade estadual da Paraíba. Campina grande/PB.

MACHADO, Gabrieli; IEPSEN, Fernanda; GALLO, Cláudia Medeiros Centeno. Processo de Educação em Saúde com o Paciente Tuberculoso. XVII CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, **Anais...** novembro de 2007. Disponível em: <www.ufpel.edu.br/xvici>.

MARCOLINO, Alinne Beserra Lucena et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2009, v. 12, n. 2 ISSN 1415-790X. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&Ing=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=s1415-790x2009000200005>. Acesso em: 16/08/2009.

MACIAK, Inês; SANDRI, Juliana Vieira de Araújo; SPIER, Fernanda Drech Humanização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Emergência: percepção do usuário **Cogitare Enferm** 2009 v. 14, n. 1, p. 127-35.

MACINKO, James; VIACAVA, Francisco; ALMEIDA, Célia; CAETANO, Rosângela; FAUSTO, Márcia; MARTINS, Mônica et al. Uma Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro. **Cien Saúde Coletiva** 2004; v.8, n.3.

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza; KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso; BECK, Carmem Lúcia Colomé. Etapas metodológicas de um processo crítico-reflexivo sobre o trabalho da enfermeira em unidade de emergência. **Esc. Anna Nery**, v.10, n.2, p. 286-296. ago. 2006.

MAIA, Ticiane Fernandes, SILVA, Lúcia de Fátima da. O pé diabético de clientes e seu autocuidado: a enfermagem na educação em saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2005 abr: v.9, n.1, p.95-102.

MANJUBA, Cristovão; NOGUEIRA, Péricles Alves; ABRAHAO, Regina Maura Cabral de Melo A situação epidemiológica da tuberculose na República da Guiné-Bissau, 2000 - 2005. **Rev. bras. epidemiol. [online]**. 2008, v. 11, n. 1, p. 97-105. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n1/09.pdf>>. Acesso em: 27/09/2009.

MATURANA, Humberto. **Da biologia à psicologia**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1998.

MÉDICI, André Cezar. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil**: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Escola de Saúde Pública: Ceará, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça; PESTANA, M.. **Pacto de Gestão**: da Municipalização Regionalização Cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de estado de Saúde de Minas Gerais, 2004. 80p.

MERHY, Emerson Elias. Ineficiência do setor público. **Saúde debate**; v. 35, p. 46-50 1992

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-60.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002

MERHY, Emerson Elias; CAMPOS, Gastão Wagner. S.; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (org.), **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec. 1994.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Programa de Saúde da Família: Contradições e novos desafios. Congresso Paulista de Saúde Pública. **Anais...** São Paulo: APSP, 2000.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MILL, John Stuart. **Considerações sobre o governo representativo**. Brasília: Editora da UNB, 1980.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO; 1992.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria Cecília et al. **Fala galera**. Juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MINUCHIN, Patrícia; COLAPINTO, Jorge; MINUCHIN, Salvador. **Trabalhando com famílias pobres**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes. **Representações sociais sobre a atuação do enfermeiro psiquiátrico no cotidiano**. 2002. 218 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2002.

MISHRA P, HANSEN EH, SABROE S, KAFLE KK. Adherence is associated with the quality of professional-patient interaction in Directly Observed Treatment Short-course, DOTS. **Patient Educ Counseling** 2006; v. 63, n. 1-2, p.29-37.

MOLINA, Vera Lúcia Ignácio. **Negociações “pelo alto”**: um estudo sobre a formulação das Políticas de Saúde, em São José dos Campos, de 1980 a 1996. Taubaté-SP: Cabral Editora; Livraria Universitária, 2004.

MONROE, Aline Aparecida et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, 2008. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21/Set/2009.

MONTEIRO, Paula C.; GAZETTA, Claudia E. Aspectos epidemiológicos, clínicos e operacionais do controle da tuberculose em um Hospital Escola - 1999 a 2004. **Arq Ciênc Saúde**, 2007, v. 14 n. 2, p. 99-106.

MONTENEGRO, Tulo Hostílio. **Tuberculose e literatura: notas de pesquisa**. 2. ed. Rio de Janeiro: A Casa do Livro, 1971.

MORRONE N, SOLHA MSS, CRUVINEL MC, FREIRE JAS, BARBOSA ZLM. Tuberculose: tratamento supervisionado "vs" tratamento autoadministrado. **Jornal de Pneumol** 1999; v.25, n.4, p.98-206.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 2 ed. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2003.

MUNIZ, Jordana Nogueira; VILLA, Tereza Cristina Scatena; MONROE, Aline Aparecida et al. Construindo e organizando a prática do tratamento supervisionado no controle da tuberculose. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n2/doc/tuberculose.htm>>. Acesso em: 09.09.2009.

MUNIZ, Jordana Nogueira. **O Programa de agentes comunitários de saúde na identificação de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose em Ribeirão Preto-SP: um desafio para a atenção primária à saúde**. 2004. 148f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004.

MUNIZ, Jordana Nogueira; PALHA, Pedro Fredemir; MONROE, Aline Aparecida et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2005, v. 10, n. 2, p. 315-321. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a09v10n2.pdf>>. Acesso em: 20/08/2009.

MUNIZ, Jordana Nogueira, VILLA, Tereza Cristina Scatena e PEDERSOLLI, César Eduardo. **Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde**. Bol. Pneumol. Sanit., jun. 1999, v.7, n.1, p.33-42.

NASCIMENTO, Adriano Roberto Afonso do; MEANDRO, Paulo Rogério Meira. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, ano 6, n. 2, 2006.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo. **As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

NATAL, Sonia; VALENTE, Joaquim; GERHARDT, Germano et al. Modelo de Predição para o Abandono do Tratamento da Tuberculose Pulmonar. **Bol Pneumol Sanit.** 1999, v. 7, n. 1, p. 65-77.

NÓBREGA, Sheva Maia. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes. (org). **Representações Sociais: teoria e prática.** João Pessoa: Editora Universitária, 2001. p. 55-57.

NOGUEIRA, Jordana de Almeida; RUFFINO-NETTO, Antonio; MONROE, Aline Aparecida; GONZÁLES, Roxana Isabel Cardozo, VILLA, Tereza Cristina Scatena. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 01, p. 106 - 118, 2007.

OLIVEIRA, Arleusson Ricarte de. **Avaliando as condições de acessibilidade dos doentes de tuberculose ao diagnóstico e tratamento em serviços de saúde do município de Campina Grande/PB.** 2008. 143f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa: UFPB, 2008.

OLIVEIRA, Fátima; WERBA, Graziela. Representações Sociais. In: JACQUES, Maria da Graça Corrêa, et al. (orgs.). **Psicologia Social Contemporânea.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 104-17.

OLIVEIRA, Henriqueta Maria Valporto; RUFFINO-NETTO, Antonio, VASCONCELLOS, Guida Silva et al. Situação epidemiológica da tuberculose infantil no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, 1996, v. 12, p. 507-513.

OLIVEIRA, Rosilene Martins de. **Situação epidemiológica da tuberculose e as condições de vida no município de São Gabriel da Cachoeira/AM.** 2004. 80f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Manaus: Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Oficina Sanitária Panamericana, Oficina Regional de la Organización de la Salud**, Washington/DC, v. 5, n. 1, fev. 2007.

PACHECO, R. C.; OLIVERA, R.; HERRERA, M. Panorama epidemiológico de la tuberculosis en la República Mexicana. **Salud públ. Méx.**, 1980, v. 22, p. 251-259.

PAIM, Jairnilson Silva. **Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta "Saúde para Todos"**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998. [Série Estudos em Saúde Coletiva, 175]

PARKER, RG; AGGLENTON, Parker. **Estigma, discriminação e Aids**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2001. p. 7-46. (Coleção ABIA. Cidadania e Direitos, n.1).

PAULA, Adriana Aparecida Delloiagono de; FUREGATO, Antonia Regina; SCATENA, Maria Cecília Moraes. Interação enfermeiro-familiar de paciente com comunicação prejudicada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. 2000, v. 8, n. 4, pp. 45-51.

PAZ, Maria Hercília Dias da; SILVA, Raimunda Magalhães da. Ações Educativas em Saúde: uma proposta da terapia ocupacional para pessoas portadoras de dermatoses. **RBPS**; v. 17, n.2 p. 72-78. 2004.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório de Gestão**. João Pessoa, 2007. 113 p.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através do marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural**. 1990. 282 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

PEDROSA, JIS; TELES, JBM. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. **Rev Saúde Pública** 2001; v.5, n.3, p.303-11.

PEREIRA, Mauricia Gomes. **Epidemiologia teoria e prática**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

PEREIRA, Wilma Sueli Batista; LIMA, C.B. Tuberculose: Sofrimento e Ilusões no Tratamento Interrompido. **Rev Bras Enferm** 1999, v. 52, n. 2, p. 303-18.

PINHO, Leandro Barbosa de. **O Cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: contradições entre o discurso e a prática profissional**. 2005. 122p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.

PORTO, Ângela. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Revista de Saúde Pública**, v. 41 supl.1, p.43-49, set. 2007.

POSSAS, Cristina de Albuquerque. **Saúde e trabalho: a crise da previdência social**. Rio de Janeiro: GRAAL, 1981. 300p.

PMCG - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Campina Grande- Paraíba, 2006.

QUARTILHO, Manoel João Rodrigues. **Cultura, Medicina e Psiquiatria: do Sintoma à Experiência**, Coimbra: Quarteto, 2001.

RAMOS, Islane Costa; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira, BESSA, Maria Salete Jorge;

SANTOS, Maria Lígia de Oliveira dos. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. **Acta Sci. Health Sci. Maringá**, v. 30, n. 1, p. 73-79, 2008

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. v. 19, n. 1, p. 27-34. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acesso em: 15/06/2009.

REINERT, Martin. ALCESTE, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de G. de Nerval. **Bull. Méthodol. Sociol.**, 1990. v. 28, 24-54.

RIBEIRO, Sandra A.; AMADO, Verônica M.; CAMELIER, Aquiles A. et al. Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose, **J Pneumol.**, v. 26, n. 6., 2000.

RISI JÚNIOR, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos. As condições de saúde pública no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. P.118-234.

ROCHA, Semíramis Melani Melo; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. 2000, v. 8, n. 6, p. 96-101. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12354.pdf>>. Acesso em: 25/07/2009

RODRIGUES, Adrielle Guimarães; FONSECA, Letícia Alves; AGUIAR, Glauce. Caracterização da população portadora de tuberculose na unidade de saúde do jurunas- Belém do Pará, no período de janeiro a dezembro de 2006. Disponível em:

<http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaudefisioterapia/doencas/tuberculose_leticia.htm> Acesso em: 15/06/2009

RODRIGUES, Maisa Paulino; LIMA, Kênio Costa; RONCALLI, Ângelo Giuseppe. A Representação Social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008, v. 13, n. 1, p. 71-82.

ROSSO, Claci F. W.; COLLET, Neusa. **Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em município do interior paranaense**. [serial on line] 1999 out-dez 1(2). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista1_1/11.htm.

RUFFINO NETTO, Antônio. Tuberculose. **Medicina** 1991, v. 24, n. 4, p. 225- 240.
_____. Controle de Tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa [editorial]. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, n. 26, v. 4, p. 159-62, jul./ago. 2000.

_____. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: Situação Atual e Novas Perspectivas. **Informativo Epidemiológico do SUS**. v. 10, n. 3, p. 129-38, jul./set. 2001a.

_____. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: Situação Atual e Novas Perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 10, n. 3, p. 129-140, 2001b.

_____. Tuberculosis: the neglected calamity. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 35, n. 1, p. 51-58, 2002.

RUIZ, Vanessa Romeiro; LIMA, Alessandra Ribeiro; MACHADO, Ana Lúcia .Educação em saúde para portadores de doença mental: relato de experiência. **Rev Esc Enferm USP**. v. 38, n. 2, p.190-196. 2004

SÁ, Celso Pereira de **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996. 189 p.

_____. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. 110p.

_____. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2002.

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

SÁ, Lenilde Duarte; LIMA, Dinalva Soares; ANDRADE, Marclínea Nóbrega et al. A experiência da implantação da estratégia DOTS em seis municípios paraibanos. In: RUFFINO NETTO Antônio; VILLA Tereza Cristina Scatena. **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto: FMRP; 2006. p.141-66.

SALES, Catarina Aparecida **O cuidado no cotidiano da pessoa com neoplasia: compreensão existencial** 2003. 155f. Tese (Doutorado em Enfermagem). . Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto: USP, 2003.

SALLES, Leila Maria Ferreira; SILVA, Joyce Maria Adam de Paula. Diferenças, preconceitos e violência no âmbito escolar: algumas reflexões. **Cadernos de Educação**, Pelotas 2008, v. 30, p. 149 – 166.

SANCHEZ, Alba Idali Munhõz; BERTOLOZZI, Maria Rita. Conhecimento sobre a tuberculose por estudantes universitários. **Bol. Pneumol. Sanit.**, 2004, v. 12, n. 1, p.19-26.
SANTOS, Adriano. **Pobreza e desigualdade** 2002. Disponível em: <<http://www.cnc.com.brópin/pobrezadesigualdade.htm>>. Acesso em: Dez/2003.

SANTOS Adriano Maia dos, ASSIS, Marluce Maria Araujo, RODRIGUES, Ana Áurea Alécio de oliveira, NASCIMENTO, Maria Ângelo Alves do, JORGE, Maria Salete Bessa. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23(1): 75-85.

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

SANTOS, Maria de Lourdes Sperli Geraldês, VENDRAMINI, Silvia Helena Figueiredo; GAZETTA, Cláudia Eli et al. Pobreza: caracterização socioeconômica. **Rev Latino-am Enfermagem** 2007, n. 15(número especial) Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 15/06/2009.

SATO, Adriana; JARDINI, Cláudio Ferreira; SANTOS, José Natanael C. et al. Diagnóstico intra-hospitalar de tuberculose: relato de 38 casos. **J Bras Med**. n. 82: 54-55. 2002.

SÃO PAULO, Secretaria Estadual da Saúde. CVE/Divisão de Tuberculose. **Tratamento supervisionado de tuberculose**. São Paulo: 1997. 7p. (mimeografado).

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenaçãodos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Divisão de Tuberculose e outras

Pneumopatias. **Manual de orientação para coleta de escarro e outros materiais para baciloscopia e cultura para diagnóstico e controle da tuberculose**. São Paulo: SES, 2002.

SAÚDE & LAZER Jornal Saúde & Lazer. Produzido em: 9 September, 2009. Disponível em: < <http://www.saudelazer.com>>. Acesso em: 23.03.09.

SILVA, Mariluci Camargo Ferreira da. Depressão: ponto de vista e conhecimento do enfermeiro da rede básica de saúde, 2001, 94f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Tibeirão Preto, São Paulo, 2001.

SILVA, Ana Consuelo Alves; BARBOSA, Elaine Cristina. Ampliação da Equipe do Programa do Controle da Tuberculose e Implantação do Tratamento Supervisionado. Bol. Pneumol. Sanit. 2004; 12(3): 155-158.

SILVA, Ana Cristina de Oliveira e; SOUSA, Maria Clemilde Mouta de; NOGUEIRA, Jordana de Almeida; MOTTA, Maria Catarina Salvador da. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2007;9(2):402-416.

SMS - Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura municipal de Campina Grande. **Relatório de Gestão**. Campina Grande-Paraíba, 2008.

SOARES, Pedro Paulo. A dama branca e suas faces: a representação iconográfica da tuberculose. **Hist. cienc. saude-Manguinhos [online]**. 1994, v. 1, n. 1, pp. 127-134. Disponível em: < <http://www.coc.fiocruz.br/tuberculose> >. Acesso em 30.jul. 2004.

SBPT - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Diretrizes Brasileiras para Tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 30, supl. 1, 2004.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande-PB. Mimeografado. 2009.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SOUZA, Elza Maria de; GRUNDY, Emily. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, set./out. 2004.

SOUZA, Sabrina da Silva de; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Grupos de Convivência: contribuições para uma proposta educativa em Tuberculose. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2007, v. 60, n. 5, p. 590-595.

SPECIALE, Cristiane; BERTOLOZZI, Maria Rita. **Perfil de crianças portadoras de tuberculose pulmonar, matriculadas no CSE do Butantã.** In: VI Mostra de Monografias em Estágio Curricular da EEUSP, 2003. VI Mostra de Monografias de Conclusão de Curso da EEUSP/2002. São Paulo: EEUSP, 2003a. p. 49-51.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TARANTINO, Affonso Berardinelli (Org.). **Doenças pulmonares.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1990.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. **Saúde em Debate**, v. 33, p. 27-32, 1991.

TEIXEIRA, Carmem. Fonte; PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento e programação das ações intersectoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, p. 63-80, 2000.

TEIXEIRA, Mary Jane de. O Programa Saúde da Família, O Serviço Social e o Canto do Rouxinol. In: BRAVO, M. I. S, PEREIRA, P. A. P. **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

TERRA, Maria Fernanda; BERTOLOZZI, Maria Rita. Does directly observed treatment ("DOTS") contribute to tuberculosis treatment compliance?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. 2008, v. 16, n. 4, p. 659-664. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18/06/2009

TRINDADE, Zeidi Araújo. (1996). Representação social: "modo de conhecer" no cenário da saúde. In: C. Camino; Z. A. Trindade (Orgs.) **Cognição social e juízo moral.** Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia - ANPEPP. (pp. 45-59).

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo. Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1990.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular nos serviços de saúde.** São Paulo, Hucitec, 1999.

VENDRAMINI, Silvia Helena Figueiredo. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção do doente.** 2001. 180f. Dissertação

(Mestrado em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2001.

VENDRAMINI, Silvia Helena Figueiredo; GAZETTA, C. E.; CHIARAVALLLOTI NETO, F. et al. Tuberculose em município de porte médio do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 2005, v. 31, n. 3, p. 237-243.

VENDRAMINI, Silvia Helena Figueiredo; MONROE, A.; VILLA, Tereza Cristina Scatena Tratamento Supervisionado no Controle da Tuberculose em uma Unidade de Saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. **Bol Pneum Sanit**. 2002, v. 10, n. 1, p. 5-12.

VILLELA, Sueli de Carvalho; SCATENA, Maria Cecília Moraes. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev Bras Enferm, Brasília**, 2004 v. 57, n. 6, p. 738-41.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Carta de Ottawa. In BRASIL. Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, p. 11-18, 1986.

_____. **Global Tuberculosis Control**. WHO Report 1999. Geneva, 1999a.

_____. Geneva: WHO Report 2002.

_____. **Global Tuberculosis Control: Surveillance, Financing and Planning**. Geneva: WHO Report, 2005.

_____. **Global Tuberculosis control**. Surveillance, planning, financing. WHO report 2007. Geneva, 2007. Disponível em <www.who.int/tb/publications/global_report/2007/pdf/full.pdf>. Acesso em 15 de dez. de 2007.

_____. **Global Tuberculosis control**. Surveillance, planning, financing. WHO report 2008.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Bioética e atenção básica**: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família. 2003. 240f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003

APÊNDICE A – Questionário de caracterização dos sujeitos da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROJETO DE PESQUISA “Tuberculose: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença na visão do portador”.

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Prontuário da Família: _____

UBSF _____ **Área de abrangência** _____ **Distrito Sanitário** _____

Município _____

Data de Nascimento: ____/____/____ **Idade** _____

Sexo: Feminino () Masculino ()

Estado civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Estável () Outros: _____

Qual o grau de escolaridade?

Sem Escolaridade ()

Ensino médio incompleto ()

Ensino fundamental incompleto ()

Ensino superior completo ()

Ensino fundamental completo ()

Ensino superior incompleto ()

Ensino médio completo ()

Ocupação: _____

Renda familiar: _____

Número de habitantes no domicílio: _____

Tipo de entrada: Caso novo () Reincidente ()

Forma clínica da tuberculose: Pulmonar () Extrapulmonar ()

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semi-estruturada

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROJETO DE PESQUISA “Tuberculose: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença na visão do portador”.

Representação social da tuberculose para o doente de tuberculose

- 1) Como o Senhor (a) descobriu que era portador da tuberculose?
- 2) Qual foi a sua reação?
- 3) O que é que o senhor(a) sabe sobre a doença?
- 4) O Senhor (a) acredita que a tuberculose é uma doença curável? Por quê?
- 5) Quais são/foram às mudanças que ocorreram na sua vida diária depois do diagnóstico?

Representação social da relação familiar do doente de tuberculose

- 1) A sua família tem conhecimento da sua doença? Como ela foi informada?
- 2) Qual foi a reação da sua família?
- 3) Quais foram as mudanças na relação familiar depois do diagnóstico da doença?

Representação social das relações sociais (amigos, trabalhos e vizinhos) do doente com tuberculose

- 1) Os seus sabem da sua doença? Quem falou pra eles?
- 2) Qual foi a reação deles para com você?
- 3) Quais foram mudanças na sua relação com os amigos depois do diagnóstico da doença e depois que eles ficaram sabendo?

Representação social do doente de tuberculose em relação aos Serviços de Saúde

- 1) Como foi o seu atendimento na UBSF?
- 2) Quais foram às explicações dadas a você sobre o tratamento da tuberculose? E, para a sua família? O Senhor(a) sabe o que significa o tratamento supervisionado de curta duração ou DOTS?
- 3) Quais são/foram às facilidades enfrentadas para realização do seu tratamento?
- 4) Quais são/foram às dificuldades enfrentadas para realização do seu tratamento?
- 4) Como é o seu relacionamento com a equipe de saúde?
- 5) O que o (a) senhor(a) sugere para melhorar o atendimento na Unidade Básica de Saúde da Família?
- 7) O senhor acha que o controle da tuberculose é um problema do município?
- 8) O que senhor tem a dizer sobre o medicamento?
- 9) Quais as dificuldades para realização dos exames (baciloscopia, raios x, cultura, dentre outros)?
- 10) O Sr(a) recebeu algum incentivo (vale transporte, cesta básica) para realização do seu tratamento?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROJETO DE PESQUISA “**Tuberculose: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença na visão do portador**”.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS USUÁRIOS E DOENTES DE TUBERCULOSE ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PARAÍBA

Prezado(a) Senhor(a),

Obrigado(a) pela sua participação como voluntário(a) em nossa pesquisa.

a) objetivo e justificativa da pesquisa:

A Organização Mundial de Saúde estima que a terça parte da população mundial esteja infectada com o *Mycobacterium tuberculosis*. Em 2005, uma avaliação da OMS englobando os 22 países que mais concentram casos de tuberculose no mundo indicava que a taxa de cura da doença no Brasil (81%) era a nona pior entre todos os países analisados (Barreira; Grangeiro, 2007).

A Paraíba não difere do restante do país, no período entre 1993 a 2001 foram notificados 12.536 casos, sendo 1.696 na forma extrapulmonar, no ano de 2002 foram registrados 81 óbitos por tuberculose no estado, especificamente em Campina Grande, segundo dados da Secretária Municipal de Saúde, no ano de 2004 foram notificados 212 casos e entre eles um número de 23 abandonos (SÁ, et al, 2006).

Nesta perspectiva, o presente estudo é caracterizado como uma pesquisa de caráter descritivo exploratório qualitativo, desenvolvida em duas etapas distintas no município de Campina Grande – PB. Tem como objetivo geral: Analisar as representações sociais sobre a tuberculose e a descentralização das ações de controle nas Unidades de Saúde da Família no Município de Campina Grande-PB. E, específicos: 1) Apreender as representações sociais dos usuários sobre a tuberculose a partir do conhecimento, das experiências e da sua inserção na estratégia do DOTS inscrito no ESF; 2) Identificar os limites encontrados pelos usuários e suas representações no acesso ao tratamento frente às ações de tuberculose, considerando os pilares da Estratégia DOTS

b) riscos possíveis e benefícios esperados:

A presente pesquisa não oferece risco ou desconforto aos profissionais de saúde na atenção ao portador de tuberculose, doravante usuário, pois não envolve experimentos de qualquer natureza, tampouco utilizará drogas em seres humanos. Serão realizadas entrevistas e

aplicação de questionário com os mesmos. A sua participação na pesquisa é essencial, fundamental, importante e decisiva para melhorar a qualidade da assistência aos portadores de tuberculose no contexto das Unidades Básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande - PB, através da identificação dos fatores que interferem na adesão inclusão da família na agenda terapêutica dos mesmos. Todavia presume-se, o risco de natureza psicológica que pode ser manifesto pela recusa do sujeito de pesquisa na resguardado os direitos asseverados pelo termo de consentimento livre e esclarecido,

c) procedimentos:

Os usuários que concordarem em participar da pesquisa serão submetidos a uma entrevista, aplicada em local seguro, em condições de conforto, proteção e segurança pelo coordenador do projeto e pesquisador responsável, assim como, pelos demais integrantes da equipe credenciados e devidamente identificados.

d) ressarcimento:

Não haverá ressarcimento por sua participação nesta pesquisa, por ser de natureza psicológica na recusa de prosseguir como sujeito da pesquisa, a qual deve ser espontânea e voluntária mediante os esclarecimentos sobre objetivos, procedimentos metodológicos, resultados, conclusões e divulgação. Porém, terá direito ao ressarcimento em caso de danos comprovadamente ocorridos pela participação na pesquisa. As instituições envolvidas responsabilizar-se-ão pela indenização.

e) acesso as informações:

As informações são confidenciais e somente serão usadas com o propósito científico, sem divulgação do nome do participante. O pesquisador, os demais profissionais envolvidos nesse estudo e o Comitê de Ética terão acesso aos arquivos dos participantes, para verificação de dados, sem, contudo violar a confidencialidade necessária os quais serão guardados por cinco anos consecutivos, em arquivo próprio localizado no Departamento de Enfermagem, na sala 20, campus universitário da UFRN, sob os cuidados do Prof. D. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda. Respeitado os critérios de confidencialidade, e não serão disponibilizados para outros fins que não sejam a produção do conhecimento e publicações científicas.

A assinatura deste formulário de consentimento formaliza seu aceite e autorização para o desenvolvimento de todos os passos anteriormente apresentados. Ainda assim, mesmo que tenha assinado este termo de consentimento livre e esclarecido você pode desistir de participar, em qualquer momento se assim o desejar, sem risco de represálias ou outro tipo de violação dos preceitos éticos e legais.

f) termo de consentimento:

Declaro que, após ter lido e compreendido as informações contidas neste formulário, concordo em participar desse estudo. E através deste instrumento e da melhor forma de direito, autorizo sob a coordenação do Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, brasileiro, lotado no Departamento de Enfermagem, residente e domiciliado sito a Av. Odilon Gomes de Lima, 1892, apto. 208, bairro de Capim Macio, Natal/RN, portador da carteira de identidade nº 547.440 SSP/AC, CPF: 049.603.603-30, telefone: (0XX84) 8828-2232, e-mail: farnoldo@gmail.com e demais membros da equipe a utilizar as informações obtidas sobre os

Fatores que Interferem na Descentralização do Controle da Tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Campina Grande – PB, através do que eu tenha falado, escrito, lido e relido, visto e examinado com a finalidade de desenvolver trabalho de cunho científico na área da Saúde Coletiva.

Autorizo também a publicação, divulgação e propagação dos resultados do referido trabalho, de forma impressa ou digitalizada em meios de divulgação científica, quer em papel, quer na web. Concedo também o direito de guarda, retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade, podendo usar pseudônimos. Estou ciente que nada tenho a exigir a título de ressarcimento ou indenização pela minha participação voluntária e espontânea na pesquisa. Em caso de alguma dúvida sobre a conduta ética nesta pesquisa posso entrar em contato com o Comitê de Ética da UFRN pelo telefone (0xx84) 3215-3135, ou ainda, pelo site: www.etica.ufrn.br

Declaro ter lido, e compreendido todas as informações contidas neste formulário e concordo em participar desse estudo.

De acordo,

_____.

(Assinatura)

Endereço:

CPF: _____

C.I.: _____

Campina Grande, ___ de _____ de _____.

Pesquisador(a) (Nome legível e por extenso)

R.G. _____

CPF: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

APÊNDICE D – Classes de UCEs geradas pelo ALCESTE para os 34 doentes de tuberculose entrevistados em Campina Grande-PB, 2007/2008.

D1: Tri des uce par classe

Clé sélectionnée : A

308 32 nao. a #dificuldade era porque era longe #para #ir, o #posto_de_saude, as #vezes faltava_dinheiro #para #ir. #muito #bom, me atenderam #bem. ta precisando de #dentista, #medico #pra atender crianças. visitar_as_familias, fazer_palestras, falar_sobre_as_doencas. divulgar na televisao_e_radio, #trazer mais profissionais_de_saude, vacina, #medicamento.

130 22 pegar onibus que nao #tinha #condicao, dificuldade_financeira #tinha #demais. #tudo #bem, gracias_a_deus #sao otimas pessoas. #medico, mais #medico, #medicamento que nao #faltasse, que as #vezes vai pegar, #atras de um #medicamento e nao tem, #precisa de um #medico, um #dentista e nao tem, #muita coisa_ta faltando, tem #muitas coisa_boas e #muitas #faltando.

288 21 e a #medicacao que nao faltava. era #dificil, nao #tinha condicao_financeira #pra #ir, o meu patroa que me ajudava. #tive #dificuldade #para #fazer_os_exames.

128 20 as #vezes #precisa de um remedio e de um #medico, #nesse posto daqui do mutirao e nao tem. nenhuma. nenhuma. nao. #dificuldade pra_pegar_onibus que nao #tinha #condicao, #carro daqui_pra_la, nao #tenho carro_proprio, #tinha que enfrentar_onibus #pra #ir #pra o #posto_do_catole.

211 16 no postinho e #muito #bom, quem_me_tratou foi a #medica, e muito_boa. da o #medicamento, me atendeu muito_bem. foi no catole, #pra tomar_medicamento #direitinho, #ir de mes_em_mes, me #dava o dinheiro_do_onibus que nao #tinha.

266 15 #sei #dizer nao. #so o #medicamento que recebi. faltava feira, faltava_dinheiro que nao #tinha, #passava necessidade. #tudo #bem. aumentar_numero_consulta e exames que e #pouco. nao #sei #dizer. contratar mas #medico e remedio #pra o posto. o #medicamento_e_bom.

214 14 #pra mim ta #bom #demais. nao #sei #responder. deixar #tudo limpinho, #tudo calcadinho, #tudo bonitinho. o #medicamento_da_tuberculose e #meio ruim, amarga. da uma fraqueza_nas pernas, e muito_medicamento. muito_trabalho, #muito #trabalho. #nao_recebi_nada, passei_muita_fome e ainda passo.

296 14 normalmente. #sei nao. #muito #pouco, #so teve a #medicacao que #tinha aqui perto_de_casa. #pra #ir #para o catole, as #vezes nao #tinha dinheiro #pra #ir #pra o catole, no postinho as #vezes me davam o vale_transporte.

142 12 as #vezes me dava_cansaco tarde_da_noite, #tinha que #ir #pra o hospital. #muito #bom, gracias_a_deus. acho #bom o #atendimento, gracias_a_deus #so atendida na hora.

207 12 nao teve. trataram me #bem #demais, sou #bem_recebido, #gosto #muito, #sao educados com a gente e me tratam muito_bem. ta #bom #demais, eles atendem #direitinho, atende_todo_mundo, ta #bom #demais.

88 11 o acs e #muito legal, apesar do #medico nao_mais_atenciosos, mais #medicamentos deve #vir #para o #posto_de_saude, porque aqui #tinha hora que o #atendimento nao e #muito #bom, tem #muita gente que chega aqui doente e nao e atendido, vao #para o hospital_regional,

206 11 nao #sei #explicar. foi #muito #bom, nao era #pra comer_coisas_carregadas, nao fazer_extravagancias. #sei nao. o #medicamento e os os exames foi tudo_de_graca.

41 9 nao #sei. o #medicamento, bons_medicos, equipe_boa que tava em cima_de_mim direta, incentivando. #dificuldades, demorava_procurar_remedio, que nao queria ingerir_o_medicamento. boa, #sao otimas pessoas, trabalham_bem e #sao boas_no_relacionamento. nao #tenho o que #dizer, o posto o que se procura tem, nao tem #dificuldade, #medicamento, #tudo o que se procura tem #posto_de_saude.

304 9 nenhuma. nao. #so o #medicamento. as #dificuldades que #tive foram #para #fazer_os_exames, porque foi todos pago. #bom. #trazer #dentista, mais #medicamentos e mais organizacao.

182 8 um dia #tomei ate cafe naquele postinho. nao. porque mandavam o #carro #pra #ir e #vir me #levar e #vinha me #trazer na porta. #tudo #bem.

250 8 nao se preocupasse que #tinha cura. nao #sei #dizer. foi #tudo #facil, me atendiam direito, pedia raio_x. #medicamento as #vezes #falta, as #vezes #demora #pra bater o raio_x, passa dias #pra poder atender.

299 8 a #medicacao_foi_boa, foi otima. a #dificuldade e #para marcar_os_exames, era #meio dificil_de_marcas, #tudo cheio_no_hospital, demorava mais um #pouco. #so de gente_da_familia, a maioria.

226 7 sempre era #muito #facil, nunca_tive_problema. nao #tive nenhuma #dificuldade. #gracias_a_deus #muito #bem. ta #faltando um #dentista #pra ficar no #atendimento da gente sobre_a_boca, porque e #muito #dificil mais de um ano que fui marcada e nunca fui atendida_no_dentista.

8 6 o prefeito pode fazer e #trazer mais #posto_de_saude e #trazer mais #medico. o #medicamento foi #muito_bom, o que eu #tomei #gracias_a_deus, fiquei curado, posso #dizer que fiquei somente #cansado.

Clé sélectionnée : B

216 27 #achei simples, essas #doencas que da_no_povo. #uma doenca_muito_grave, se nao #cuidar #logo. #mas fui esperta, #mas #do que a #doença, cuidei foi #logo, risos.

169 24 #investir_na_saude fazer programa falando #sobre_a_doenca, #como surge. dar #uma palestra_sobre_tuberculose, #sobre o fumo, #sobre essas coisas. o medicamento_e_excelente. no #comeco #sentia dores_nas_costas, #mas apos alguns dias normalizou.

99 17 #mas #gracias_a_deus #dessa vez #fez tudo direitinho. sei que e #uma #doenca #assim, se nao tatar a pessoa chegar a se internar, as vezes chega_ate_morrer porque #ela toma conta_dos_ossos.

231 17 bom. ate agora ta bom, #do #jeito que ta. informar_as_pessoas, dar mais #palestras #sobre_a_doenca. mandar #vacina, divulgar_na_televisao. e #uma medicacao_boa, so no #comeco #do tratamento que teve mal_estar. nao_recebi.

60 16 porque #ja aconteceu da #gente ser assaltada porque chegar cedo_de_mais. que #ja ficasse o prontuario_prontinho. visitar_as_familias pelo menos #uma vez #por mes, #conversar pra #ver se combate_a_tuberculose.

217 15 #acredito. porque a medicina ta #melhor #do que antes, de primeiro era dificil encontrar um #posto que tivesse profissional que #desse assistencia, #uma enfermeira pra #ver #como a #gente ta, nao cuida se nao quiser.

89 14 voces chegando aqui ve #como e o atendimento. acho que deveria ter palestras_sobre_tuberculose, que muitas pessoas nao conhecem e acham #uma coisa_ruim, #mas #ela #realmente nao e o que a #gente pensa, nao e #uma coisa #ruim, #realmente ela_tem_cura, e que deveria ter mais #palestras e nao_tem.

42 13 divulgar mais, #conversar com as pessoas #sobre_a_doenca, o que e, #causa e ter #umas visitas_nas_casas, #saber #conversar #sobre #isso com as familias.

242 12 #atraves deles que #tou em pe contando_historia. que o prefeito mandasse remedio pra o #posto e a populacao precisa #desse remedio. acaba mais a #doenca. #gracias_a_deus #atraves #do remedio #tou bem melhorado. bom, bom mesmo se nao fosse o remedio nao tava contando_historia, #ja tava falido, ja_tava_morto.

61 11 primeiramente contratar_mais_profissional, colocar #gente pra da um bom_treinamento, pra localizar e visitar_as_familias pra #conversar. o medicamento_da_tuberculose e #otimo. ele trouxe conforto pra meu irmao, #tomava, #mas dormia tranquilo, repousava_muito, se alimentando_bem, que nao #sentia fome antes #do medicamento, depois da medicacao dormia_bem, comia_bem, #achei o medicamento_foi_otimo.

102 11 teve. a #gente #ja tinha um entendimento, porque #ja fiz_o_tratamento, e o #pai #fez, #mas #ja faz muito anos, faz uns quinze anos.

143 10 providenciar medicamento, visitar a #gente pra #saber #como a #gente ta, acompanhar direitinho. pra ter mais #uma coisa_mais_especializada, porque e #uma coisa #seria e quanto mais especializacao #melhor.

23 8 nao esquecer de #tomar_o_remedio, no #comeco nao sair_a_noite #por #causa #do sereno, tomar cuidado, se tomar o remedio certo com tres meses ta #curado.

97 8 ja_me_tratei, sempre dizia pra #ela o que o medico_me_dizia que nao_era pra andar_no_sol. depois, comecou tossindo_muito e suando_muito, eu #ja tinha_me_tratado. descobri #assim, #ela foi fazer_o_exame e deu_positivo. fiquei muito preocupada, #principalmente #por nao querer #tomar o remedio,

#ja tinha se passado #uma vez e da segunda pensei que ia ser #do mesmo #jeito.

119 8 #uma otima medica e o medicamento_foi_otimo, excelente #gracas_a_deus tou_curada, #gracas_a_deus #por hoje, estou me sentindo_outra_pessoa, nao e aquela que_eu_tinha, nao #sinto mais vomito, nao #sinto nada, #gracas_a_deus, #sinto doenca_de_velho,

137 8 meu_pai_teve, ele morreu porque nao_tinha_tratamento, nesse #tempo. morreu novo, ainda nao tinha tratamento. nao teve muita reacao, #ja era acostumada a comecar #do meu #pai, me incentivaram #como #cuidar das criancas.

157 8 com certeza o atendimento_de_saude da/ populacao #seria bem #melhor. #como consegui fazer o tratamento com #uma/ medica_tao_legal, nao_manter_distancia, nao_tinha_discriminacao, trata a #gente/ #como se fosse filhos.

174 8 achava que era_um_cancer, que nao tinha cura. #acredito. porque #tou curada. #por #causa #do medicamento, sem faltar nenhum dia, se alimentar #do #jeito que eles passam pra fazer.

199 8 andei_muito, #logo demora a marcacao_de_exame pra poder sair. um bom_medico, #principalmente um bom_atendimento o que falta e so #isso. demora marcar_um_exame, as vezes #passa ate #do #tempo, quando vem #cuidar #ja ta avancando. da #uma explicacao, fazer_uma_reuniao pra explicar a origem_daquela_ #doenca.

Clé sélectionnée: C

269 24 separam #copo, #prato, #colher, #disseram que pegava. #souberam. #minha familia #mesmo. foi normal. #teve #nao. me receberam bem, a #doutora, #todo #mundo la.

203 18 sei dizer #nada #nao. acredito. porque #fiquei bom #gracas_a_deus. #separar os #copos, #colher, as #comidas, #todo #mundo ficava com #medo_de_pegar #esse #problema.

106 16 isso foi o que #mudou. #nao, #nao #cheguei a #falar, porque o #preconceito, o #povo acha que nao_tem_cura, com #medo_de_pegar, #essas #coisas assim, #nao #falei pra #ninguem.

64 14 fui_ao_medico. fiquei_na_minha, quieto, fui_internado. #nada. dizem que e. nao_sei_dizer, #nao_sei_explicar. fiquei_meio_adoentado. claro, sabe #sim. foi #informada pela #minha #mae. foi me internar. #minha #irma #separou tudo do pessoal, era tudo_separado. #alguns #sabem, #alguns #nao.

187 13 #teve. #mesmo que #falei. #minha familia #todos vinha me #visitar. #nao #teve. #souberam. depois que #fiquei #doente com um pouco_de_vergonha, cheguei_e_contei. os #amigos se #afastaram #todos. tudo ficou_mais_dificil. muito_bem_recebido, #orientaram sobre tudo, desde o inicio #ate o fim.

175 11 #ninguem vinha na #minha casa, alguem chegava com uma sacola de #comida pra #mim. mas os #vizinhos #quase #nao chegavam #aqui porque ta #todo #mundo doente_com_tuberculose.

176 11 #nao sei, #ninguem entrava_minha_casa, chorava_muito, tinha_desgosto, so #meu #filho que cuidava_de_mim. deixei_de_trabalhar, de fumar, de beber, #deixei #todos #esses vicios tristes. #teve. devem ter sido os #irmaos. #todos #vinham pra minha_casa, minha_familia, #todo #mundo. #vinham #aqui me #visitar, traziam as #coisas pra #mim e perguntavam se tava tomando o #remedio.

210 11 #souberam #nao, quem #soube foi minha_nora. pelo medico_do_regional. #nao foi #nenhum, so #jesus, fui pra o catole, so caindo. #teve muito, #separou #copo, com nojo de #mim, mas deus_e_maior. #soube #sim. #minha nora saiu dizendo. #nao falaram_mais_comigo.

136 9 #sim. depois do tratamento, seis meses sem parar recuperei. quando #souberam #nao queriam mais tomar_cafe_aqui. tem. porque #minha #mae e #minha #irma sempre #ficaram #comigo no hospital, #perguntou as enfermeiras e #disseram, o medico #falou pra #minha #mae que o #meu #problema_era_tuberculose.

152 9 #nao. #teve #alguns #amigos que #souberam, mas tambem #nao #tiveram reacao_espantosa, #nao se afastaram_de_mim. os #vizinhos #nao #souberam. #falei pra os #amigos mais proximos, #ficaram sabendo, mas nao_teve_constrangimento. foi otimo. a #minha pneumologista e um amor_de_pessoa.

237 9 #mudou. trocaram #copos, #pratos, as #colheres, o que fosse contagioso, trocaram tudo. #nao #souberam. so #vivia trancado_em_casa, #nao saia_pra_rua. tinha vergonha de botar a cara fora, a doenca_tava_me_matando #mesmo. #nao #sabiam que #vivia #doente. #nao #sabiam que #vivia #doente.

69 8 #sim. que #falei. medo, #medo_de_pegar porque foi muita seria a gravura_dela. mudou_tudo, comportamento, #teve que #separar #copos para evitar contaminar os #outros #irmaos, #teve que fazer #essa precaucao.

248 8 #nao #teve #mudanca, #ninguem #nunca #perguntou, #nao #teve #problema #nenhum, #mudanca #nao. fui pra medica sempre tossindo, me encaminhou para bater_raios_x.

12 7 #teve. #minha prima contou depois que o medico disse que era tuberculose. #medo_de_pegar a doenca no pessoal_de_casa e nos #vizinhos. #separou um pouco as panelas, #pratos, os talheres e #tiveram cisma de transmitir pra eles. #souberam #sim. foi a #minha prima quem #falou.

32 7 com vergonha, no trabalho #nao #queria que #ninguem #soubesse. evitava agua, #essas #coisas, os #copos era tudo descartavel, #alguns #souberam e ja #fiquei um pouco constrangido, perdi, faltei_muitos_dias de trabalho, sem atestado.

43 7 tava_na_feira, quando escarrei, escarrei_sangue. #cheguei #aqui #contei a minha_filha, depressa fui ao posto_do_catole, comecei_o_tratamento, gracias_a_deus tou bom. #fiquei um pouco_meio_nervoso, porque #nao tinha #esse negocio, #fiquei um pouco_nervoso, nervoso #mesmo. #ate agora #nada, sem saber_de_nada.

80 7 pronto muito #preconceito, enfrentei_muito_preconceito #mesmo. nao_tinham. #minha propria tia_que_contou as outras #tias, #minha #tia saiu contando pra outras #tias, pra #minha avo e #meu #outro tio.

127 7 tudo a #mesma #coisa, #ninguem #teve nojo de #mim, #ninguem se afastou_de #mim por isso, #nada, #nada. gracias_a_deus, otimo. ta precisando de muita #coisa, #esse posto, pelo menos #meu medicamento vinha pra o posto, que #nao tinha.

138 7 gracias_a_deus #nao #teve. #sabem. uma vizinha, #soube quando tava_no_hospital. foi pra o hospital pra #colher #essas #coisas, quando cheguei_do_hospital, ja tava cheio.

Clé sélectionnée: D

300 31 #quando tomei_a_vacina contra_a_tuberculose, no #dia seguinte saiu um ganglio_na_garganta, #entao #passei quinze #dias #em casa #sentindo dor, #fui para_o_hu, #depois da biopsia #foi que #descobri que eu #tava #com #tuberculose.

10 28 sentia dores_nas_costas e #comecei a #fazer escarro_amarelo, #fui_ao_posto e descobriram que #era #tuberculose e fui_me_tratar. a #reacao #foi que tive muita febre, #frio e #dor_nas_costas. fiquei_preocupado, #pensei que #era uma doenca_mais_grave. eu nao sei, nao explicar.

254 28 acesso_de_tosse, #comecei a botar_sangue, fui_pra_hospital, fiquei internada_seis_dias. #com dois #meses #fizeram o teste e descobriram que #era #tuberculose. #passei seis meses #fazendo #tratamento. fiquei_nervosa, com_medo, #depois me acostumei, nao fiquei #com muito #medo #porque tem #cura.

162 26 tossia_bastante, sentia um pouco de #dor_nas_costas, vim_ao_posto, passaram os #exames pra #fazer la no catole, #foi confirmado que #era portador_da_tuberculose. minha_reacao_foi_#normal, ja #sabia que #tava #com #tuberculose. sobre a doenca nao sei nada. tem #cura. primeiramente #hoje #em #dia #deus e abaixo dele a #medicina.

134 24 comecei_espirrar, #tossindo uma tosse_seca, corpo_quente e tudo que botava_pra_dentro botava_pra_fora, me #deu logo falta_de_apetite, nao #podia #comer, fui_ao_hospital #fizeram um #exame e constataram que #tava #com #tuberculose.

147 20 e uma doenca_contagiosa, mas #depois de tres #meses de #tratamento ela nao tem risco nenhum pra #outra pessoa, e uma doenca que tem #cura e que #hoje #em #dia e #normal, #antes #era e uma doenca_horrivelmente, se soubessem que #era #tuberculose #era um horror,

75 19 trabalhava #em uma casa que o senhor_tinha_tuberculose fiz os #exames na epoca e nao #deu #em nada, fiz #novamente, #comecei a tossir, #frio, calafrio essas coisas, fiz #novamente, #foi que #descobri que #era #tuberculose.

76 19 ainda #passou uns mesinhos #tossindo, o pessoal #dizia que #tava #com alergias, fiz #novamente o #exame, #fui para o hospital_regional, me internei um #dia, o medico falou que_era_tuberculose, #passou para ir para o catole, #foi que eu descobri.

291 17 tinha_um_cansaco, fumava_muito, fui_ao_postinho pra medica, #quando fiz o raios_x, disse que #tava #com um problema de pulmao. #fui para o

catole, pediram um exame_de_escarro. acusou #tuberculose. minha #reacao #foi #normal mesmo, #sabia que ja #tava #com o problema, nao tinha o que #fazer so me #tratar, seguir o conselho_da_medica e tomar_o_medicamento.

148 15 #hoje #em #dia algumas pessoas tem certa_discriminacao, mas nao e como #antes. sim, #com certeza. #porque #quando #comecei o #tratamento ja #sabia, convivi #com uma pessoa que teve #tuberculose e ficaram_curados, #fora outros exemplos visto, propagandas, livros, #entao #tuberculose #com certeza tem #cura.

244 12 #comecei #tossindo, muita_febre, muita_dor. #fui a medica, disse que #tava #com comeco_de_tuberculose, tomei_o_medicamento seis #meses e melhorei. fiquei muita_#preocupada #porque tinha crianca_em_casa. sei que emagrece, perde_peso, nao se alimenta bem e sente muita_tosse, coisa assim.

293 10 continuei trabalhando, andando #normalmente, #agora fiquei uns dias_em_casa #quando operei. teve. toda a #minha_familia, todo mundo #sabia. #fui #com a #minha_esposa e a medica constatou_a doenca e falou. mandaram me #tratar. #normal.

163 9 #depois que #passei a #fazer o #tratamento me senti_muito_bem, #passei um #ano e seis #meses tranquilo, #normal, nao tinha nada. teve. #pela medica. #foi #normal #porque minha familia e pouca, #minha_esposa e #agora atualmente meu filho que nasceu ha quatro #meses.

202 9 descobri_na_penitenciaria, peguei uma doenca, muita_fraqueza, #tossindo muito, botava_ catarro_amarelo, cansaco_nas pernas, fui_para_hospital, fiquei_internado, o medico disse que #era #tuberculose. #fui emagrecendo, fiquei_muito_magro, tive que ficar internado, #fazer os #exames todinhos. fiquei_assustado #porque #foi a #primeira vez que peguei essa doenca, fiquei_muito_nervoso.

30 8 atraves_de_tosse e a febre_constante, direto_febre_tosse, #pensei que #era dengue. a doutora disse logo voce ta #com #tuberculose. muito_medo, muito_medo. fiquei ave_maria, fiquei_espantado, perante o #deus, fiquei agoniado da minha_vida. sei que e uma doenca_muito_perigosa, transmissivel.

164 8 #pedi a minha esposa para separar um copo, #talheres, pratos, que e uma doenca_que_pegas. #depois de tres #meses pra frente a doenca #com quinze #dias do #tratamento ja tem matado o virus, mas #passei a separar as coisas pra preservar a #saude da #minha_esposa.

166 8 #foi bom. tirando o #tratamento, #outra coisa nao ha. #foi os #primeiros tres #meses tomar seis #comprimidos #ao #dia, #depois de tres #meses tomar so tres diariamente.

219 5 #porque #era dona_de_comercio, #entao o que fazia, me entretia muito #com os clientes e #quando terminava o expediente #era que sentia que #tava #com ela.

292 4 a doenca_tem_cura, #comecei a me #tratar e me curei. seguindo as instrucoes que a medica dar ou seu medico, tomando a medicacao_hora_certa, tem #cura.

Clé sélectionnée: E

66 28 sei_explicar_nao. e #passar #os remedios pra #os #pacientes e tratar #os pacientes_bem. #acho que e tratar_o_paciente e internar_o_paciente. o #paciente #pode #ficar bom, se internar. mas em #casa o #paciente nao #pode #ficar bom, nao #tem o remedio #direito e #no #hospital #pode #ficar internado e #tem o remedio_certo.

192 21 #deveriam investir_mais_financeiramente, facilitar_recursos pra essas #pessoas que #tem essa doenca. o medicamento_e_otimo. #da secretaria_de_saude #toda vez que #ia #buscar #os remedios #no posto_de_saude do #catole, recebia #vale_transporte. agora aqui #no #postinho #os #profissionais se reuniam e ajudavam com #cesta_basica.

179 19 #oferece tudo o que eu quiser, porque a #acs passa #na minha #casa. faco consulta e tudo tratado_no_postinho. nao quero #hospital a nao #ser #aquele #postinho.

59 18 quando #chega la e #aquele mesmo sistema, #tem que ir_logo_cedo, #acho que isso ta errado, porque #naquele dia era pra #ficar tudo marcadinho pra gente ir com o #paciente #um pouquinho_mais_tarde, nao era pra ir a mesma #hora que a gente #vai tirar_ficha,

178 18 fui muito bem recebida, muito bem recebida a #enfermeira vinha #na minha #casa, ave_maria, e #um ouro. fui recebida por todo mundo ali #naquele #postinho, #toda #hora que #chegava, quando #chegava pra #pegar o remedio, me atendia primeiro do que todo mundo.

28 15 #ele e muito_forte e #faz #resultado se #voce #tomar #direito igual ao que o medico_pedi. nao #recebi, mas #acho que #tem muitas pessoas_necessitadas que #deveriam receber_um_incentivo #durante o processo_de_seu tratamento, nao_tive_rejeicao dos amigos e #familias, #acho que muitas #pessoas sao rejeitadas por.

189 15 instruiram a #familia principalmente #na moral, #no fisico, pois a auto_estima #da #pessoa #vai la pra_baixo. a #familia #vai ajudar muito. nao. #vem #pegar em #casa que a #pessoa fica_bem_debilitada, leva, se #voce esquecer de vir pegar_o_medicamento, #vem deixar_em_casa.

113 14 poderia e fazer_um_ #hospital, pra ajudar as #pessoas que ta doente, porque #sempre que #tem #um #paciente em caso #grave #tem de ir pra joao_pessoa, as vezes #chega la nao #da #nem tempo #chegar, porque e longe, fica_mais_dificil,

298 14 foram #sempre la a #casa. providenciar_a_medicao, porque #tem muita gente que nao #tem condicao de #chegar a #unidade, como e la #no #catole, entao e #dar uma ajuda, uma passagem, #um #vale_transporte e o suficiente.

114 13 tendo #um #hospital aqui #ficava bem melhor. o medicamento #tem #um, que causa_enjoo quando a gente anda, #vai pra #um canto_de_onibus, sente_enjoo, sente_agonia quando a gente #chega como ja aconteceu comigo, de #chegar num #canto e sentar #no meio_da_rua, porque provoca_vomito,

190 13 #voce #tem #toda uma ajuda. o profissionais_do_posto e muito. quando a gente nao #ia #buscar o medicamento #eles vinham #deixar em #casa.

183 12 facilitar_os_exames. #acho que deviam informar_as_pessoas, fazer_uma_cartilha, #um meio de levar informacao #na casa_da_gente. facilitar_mais_recursos pra essas #pessoas que #tem essa doenca, #ser tratado com mais tranquilidade. o medicamento_e_otimo.

184 12 #no #catole davam #vale_transporte e #no #postinho #daqui #os #profissionais se reuniam e me davam_feira.

27 9 #acho que deviam intensificar mais propaganda_de_radio, televisoes, jornais pra esclarecer as #pessoas o perigo que #tem se nao tiver cuidado #pode levar_a_morte.

84 9 ficava_muito_triste, ficava_no_quarto chorando_sozinha. me atenderam bem, #fiz todos #os exames, #fiz todo o acompanhamento, a #acs foi #na minha #casa, foi a #enfermeira que quase entrei_em_depressao, foram_me_visitar, #ficava #ainda fazendo #os exames, tive #um acompanhamento_muito_bom #no posto_de_saude.

29 8 #deveriam #receber uma ajuda_mensal #durante #os seis meses de tratamento, nao_poder_trabalhar, nao #vai #poder sair_de_casa #durante o comeco_do_tratamento, uma ajuda_mensal que de pra #ele #poder fazer_a_feira e pagar algumas contas_basicas #na vida_ser_humano.

133 8 #ele cura_a_pessoa, agora a #pessoa tambem se sintonize nele, #tomar #na hora_certa, nao passar_da_hora, nao #faltar, foi o que #fiz. nao_recebi nada, gastei com minha #pessoa e com a acompanhante que andava comigo, foi tudo por minha conta, nunca #recebi #um #vale_transporte.

112 7 o que #eles devem fazer, como nao #tem o exame, o primeiro exame que e o de escarro, e #da #um apoio, encaminhar pra outra #unidade, quando #chegar o dia de #receber o remedio #pegar la e #deixar aqui, pra #ficar mais facil pra gente, tudo isso #eles fizeram.

154 7 nao. a primeira #unidade que #fiz o tratamento marcava #os exames muito rapido, resultado_muito_rapido, #ter o medicamento #sempre e quando/ #chegava o dia de ir #buscar se nao #fosse, ja ligavam ou #mandavam #um bilhete pra/ ir #pegar.

ANEXOS

ANEXO A – Protocolo de registro e aprovação do estudo no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba.

Andamento do Projeto

http://portal.saude.gov.br/sisnep/cep/extrato_projeto.cfm?VCOD=...

Andamento do projeto - CAAE - 0519.0.133.000-08				
Título do Projeto de Pesquisa				
TUBERCULOSE: CONHECIMENTOS, REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E EXPERIÊNCIAS DA DOENÇA NA VISÃO DO PORTADOR				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	24/11/2008 14:58:43	25/11/2008 16:13:18		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	18/11/2008 20:22:25	Folha de Rosto	FR232269	Pesquisador
3 - Protocolo Aprovado no CEP	25/11/2008 16:13:18	Folha de Rosto	0519.0.133.000-08	CEP
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	24/11/2008 14:58:43	Folha de Rosto	0519.0.133.000-08	CEP

⓪ Voltar

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

21P. Dora

Profª Dra. Doralécia Pedrossi de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa



PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**Tuberculose: Conhecimentos, Representações Sociais e Experiências da doença na visão do portador**”, desenvolvido pelo aluno Francisco de Sales Clementino, matriculado no Mestrado em Enfermagem da UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN, sob a orientação do Professor Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda.

Campina Grande, 21 de novembro de 2008.

Dra. Semyramis Lira Dantas

Gerente de Atenção Básica

Secretaria de Saúde

Campina Grande - Paraíba

ANEXO C – Termo de autorização da Gerência Municipal de Saúde



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Título do Trabalho: Tuberculose: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença na visão do portador

Responsável: Prof^o Dr. Francisco Arnoldo Nunes Miranda

Equipe de Trabalho: Prof^o Dr. Francisco Arnoldo Nunes Miranda e o Mestrando Francisco de Sales Clementino

Conhecendo o propósito deste projeto de pesquisa, seu objetivo e metodologia, declaramos que:

Autorizamos acompanhamento das atividades nos Serviços de Saúde (Unidades Básicas de Saúde da Família) e a coleta de dados da pesquisa na instituição.

Sim Não ()

Fornecendo inclusive espaço físico para a coleta de dados da pesquisa nos Serviços de Saúde envolvidos.

Sim Não ()

Quanto à divulgação:

Autorizamos menção do nome da Instituição no relatório técnico-científico, eventos e publicações em periódicos na Área de Enfermagem e Saúde.

Sim Não ()

Quanto ao Relatório Técnico-Científico

Requeremos a apresentação dos resultados na Instituição mediante relatório semestral e dos artigos.

Sim Não ()

Comentários:

Campina Grande, 17 de novembro de 2008.


Dr. João Edilson Garcia de Menezes
Secretário de Saúde

ANEXO D – Termo de Compromisso do Pesquisador



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.
CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM
CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 do CNS**

Pesquisa: “Tuberculose: Conhecimentos, Representações Sociais e Experiências da doença na visão do portador”

Eu, Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, brasileiro, lotado no Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, residente e domiciliado sito a Av. Odilon Gomes de Lima, 1892, apto. 208, bairro de Capim Macio, Natal/RN, portador da carteira de identidade nº 547.440 SSP/AC, CPF: 049.603.603-30, telefone: (84) 8828-2232, e-mail: farnoldo@gmail.com, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Natal, 21 de novembro de 2008

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita de Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, escrita em tinta preta sobre o papel.

Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes Miranda
Orientador

ANEXO E – Imagem e significado relativos à Inspetoria da Tuberculose utilizados a partir de 1920 – utilizados como separatas deste estudo.



A dama branca e suas faces: representação iconográfica da tuberculose

Imagem da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, confeccionada no Rio de Janeiro, na década de 1920, como exemplo de uma iconografia com sentido de campanha, voltada para a educação do povo. Representa uma era de avanços, tanto na área do conhecimento científico sobre a doença quanto na compreensão do papel do Estado na luta contra o mal. A imagem representa um momento de transição entre o mórbido sensualismo predominante no passado e a visão social da tuberculose que prevalecerá por todo o século XX. Apesar do conteúdo didático implícito que adota a linguagem dos quadrinhos, sugerindo uma nova postura de vida orientada por formas de conduta 'saudáveis', nota-se que a influência romântica na descrição da doença situa-se no centro da composição, área estratégica, onde um grupo de mulheres simboliza a luta entre o mal, indicado por corpos que despencam em torpor, e sua prevenção, outro corpo feminino em postura ascensional, portador dos emblemas do conhecimento e da ação: o fogo e a espada (SOARES, 1994).