

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Representações e sentidos sobre a revelação do
diagnóstico da tuberculose: relações com adesão ou
não adesão ao tratamento**

Roberta Andrea de Oliveira

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Ciências**

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Fernando Lefèvre

São Paulo

2012

**Representações e sentidos sobre a revelação do
diagnóstico da tuberculose: relações com adesão ou
não adesão ao tratamento**

Roberta Andrea de Oliveira

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Ciências**

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Fernando Lefèvre

São Paulo

2012

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Ao amor da minha vida...

Francis

Agradecimentos

À Francis Vieira Soares pela eterna companhia.

Aos meus pais, Josefa Maria Souza de Oliveira e Roberto Damião de Oliveira, principalmente, pelos momentos iniciais de preparação para o processo seletivo.

À Dra. Maria de Lourdes Viude Oliveira, uma amiga, pela motivação e direcionamento na preparação do pré-projeto.

Ao meu orientador Prof. Dr. Fernando Lefèvre pela paciência diante da imaturidade inerente dos jovens pesquisadores.

À Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Sul do município de São Paulo pela autorização para realização da pesquisa.

À Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) Campo Limpo do município de São Paulo por ceder o espaço para pesquisa e por acreditar que pesquisas desenvolvem práticas.

À todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da SUVIS Campo Limpo e respectivos gerentes pela recepção amistosa.

À todos os profissionais de saúde e pacientes entrevistados pela contribuição ao desenvolvimento da ciência.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela disponibilização de bolsa parcial, o que viabilizou esta produção.

*“Ninguém luta contra as forças que não
compreende, cuja importância não mede, cujas
formas e contornos não discerne; mas, neste
caso, se as suporta com resignação, se busca
conciliá-las mais com práticas de submissão que
de luta.”*

Paulo Freire

Resumo

Oliveira RA. Representações e sentidos sobre a revelação do diagnóstico da tuberculose: relações com adesão ou não adesão ao tratamento [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.

Pesquisa descritiva e qualiquantitativa que resgatou representações sociais de profissionais de saúde e pacientes referentes ao modo de comunicação do diagnóstico da tuberculose e adesão ao tratamento. O trabalho buscou analisar o conteúdo discursivo baseado nas discussões sobre “Conscientização” desenvolvidas por Paulo Freire. Realizou-se entrevista semi-estruturada com 39 profissionais envolvidos com a *entrevista inicial de diagnóstico* e 34 pacientes adultos em tratamento da tuberculose em 22 unidades de saúde da região Sul/São Paulo. Questionados sobre a *entrevista inicial de diagnóstico*, os pacientes entendem este momento de modo amplo, para além da consulta onde receberam a notícia oficial. Entretanto, para profissionais, o momento da notícia é bem delimitado e revela que o diagnóstico possui um caráter tecnológico. Questionados sobre o modo de dar a notícia de sorte a incentivar o paciente a se tratar, uma das categorias expressadas pelos pacientes traz a importância de se discutir tudo aquilo que envolve a doença, contexto e vida do paciente. Em contrapartida, profissionais se importam com o conteúdo a ser informado, mantendo o caráter tecnológico da informação. Questionados sobre os modos de dar a notícia que podem desmotivar o paciente a se tratar, pacientes e profissionais trazem a importância do entendimento do tratamento (aspecto cognitivo) e do respeito e vínculo (aspecto psíquico ou afetivo) para não haver desistência. Com relação ao tratamento parecer complicado quando explicado durante a notícia (aspecto comportamental) pacientes e profissionais discordam desta opção. Algumas ideias centrais destes dois grupos concordam que o tratamento é complicado e isso pode fazer o paciente desistir. Segundo Paulo Freire, toda ação educativa deve ser precedida de reflexão sobre o homem e o meio de vida para que não se torne pré-fabricada e inoperante. Por isso ampliar as discussões sobre o que envolve a doença, contexto e vida do paciente pode contribuir para um entendimento

mais completo da situação. Apesar do tratamento da tuberculose ser complicado e, portanto, desmotivante, promover o entendimento do paciente, respeitá-lo e construir um vínculo podem contribuir para a adesão, na visão de pacientes e de profissionais de saúde.

Descritores: tuberculose, revelação da verdade, adesão à medicação.

Palavras-chave: representações sociais, discurso do sujeito coletivo.

Abstract

Oliveira RA. Representações e sentidos sobre a revelação do diagnóstico da tuberculose: relações com adesão ou não adesão ao tratamento. / Representations and meanings about diagnosis revelation of tuberculosis: relations with adherence or non adherence to treatment [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.

Descriptive and qualitative-quantitative research that rescued social representations of health professionals and patients in relation to mode of communication of tuberculosis diagnosis and treatment adherence. The study aimed to analyze the discursive content based on discussions about “Conscientization” developed by Paulo Freire. Semi-structured interviews were performed with 39 professionals involved with the *initial diagnostic interview* and 34 adult patients in 22 health units in South Region, Sao Paulo. Asked about *initial diagnostic interview*, patients understand this point broadly, far beyond the consultation where they received the official news. However, for professionals, the moment of the news is well defined and reveals that the diagnosis has a technological character. Asked how to break the news so as to encourage the patient to treatment, one of the categories expressed by patients brings the importance of discussing everything that involves the disease, context and patient’s life. In contrast, professionals care about the content to be informed, keeping the technological character of the information. Asked about ways to break the news that might discourage the patient to treatment, patients and professionals bring the importance of understanding about treatment (cognitive aspect) and respect and bond (psychic or affective aspect) so as to avoid abandonment. Regarding the fact that the treatment seems complicated when explained in the news (behavioral aspect), both patients and professionals oppose to this option. Some central ideas of these two groups agree that treatment is complicated and can make patient to give it up. According to Paulo Freire, all educational activity must be preceded by reflection on the human being and the lifestyle so that it does not turn out prefabricated and inoperative. Therefore,

expanding the discussions on what involves the disease, context and patient's life can contribute to a more complete understanding of the situation. Although the treatment of tuberculosis is complicated, and therefore disappointing, to promote the understanding of the patient, to respect him and to build a bond with him can contribute to the adherence, both in patients and health professionals point of view.

Descriptors: tuberculosis, truth disclosure, medication adherence.

Keywords: social representations, discourse of the collective subject.

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1. CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE EM NOSSOS TEMPOS.....	17
1.2. TUBERCULOSE, TRATAMENTO E METAS PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE.....	19
1.3. ASPECTOS SIMBÓLICOS DA TUBERCULOSE.....	23
1.4. RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE X PACIENTE.....	25
1.4.1. Lógica sanitária, lógica do senso comum e comunicação.....	26
1.5. <i>ENTREVISTA INICIAL DE DIAGNÓSTICO</i> DA TUBERCULOSE COMO CONSTRUÇÃO PROBLEMATIZADORA.....	29
1.6. ADESÃO AO TRATAMENTO.....	30
1.7. PROBLEMA DE PESQUISA.....	36
2. JUSTIFICATIVA.....	36
3. OBJETIVOS.....	37
4. HIPÓTESE.....	38
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	39
5.1. TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL.....	39
5.2. CONSCIENTIZAÇÃO.....	41
5.3. <i>EMPOWERMENT</i>	43
6. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	47
6.1. DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.....	47
6.2. ASPECTOS ÉTICOS.....	50
6.3. CONSTITUIÇÃO DO CAMPO.....	50
6.4. INSTRUMENTOS.....	55
6.5. COLETA DE DADOS.....	56
6.5.1. Construção dos roteiros definitivos das entrevistas.....	56
6.5.2. Entrevistas.....	59
6.6. PLANO DE ANÁLISE.....	60
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
7.1. CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO.....	63

7.2. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO.....	68
7.3. DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO DA PESQUISA.....	73
8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
9. REFERÊNCIAS.....	110
10. APÊNDICE.....	114
10.1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	115
10.2. ROTEIROS SEMI-ESTRUTURADOS PARA AS ENTREVISTAS.....	116
11. ANEXOS.....	118
12. CURRÍCULOS LATTES.....	170
12.1. AUTORA.....	170
12.2. ORIENTADOR.....	172

Lista de Siglas

- AA – Auto-administrado
- AC – Ancoragem
- AE – Ambulatório de especialidades
- AMA – Atendimento médico ambulatorial
- BAAR – Bacilo álcool ácido resistente
- CAPES – Centro de atenção psicossocial
- CECCO – Centro de convivência e cooperativa
- CEInfo – Coordenação de epidemiologia e informação
- CEP – SMS/SP – Comitê de ética em pesquisa da secretaria municipal de saúde de
São Paulo
- CL – Campo Limpo
- COEP – FSP/USP – Comitê de ética em pesquisa da faculdade de saúde pública da
universidade de São Paulo
- CRS – Coordenadoria regional de saúde
- CTA – Centro de testagem e aconselhamento
- DA – Distrito administrativo
- DFC – Dose fixa combinada
- DSC – Discurso do sujeito coletivo
- ECH – Expressão-chave
- FDC – *Fixed dose combination*
- IC – Ideia central
- OMS – Organização mundial de saúde
- PCT – Programa de controle da tuberculose
- PNCT – Programa nacional de controle da tuberculose
- PSF – Programa de saúde da família
- SAE DST/Aids – Serviço de atendimento especializado em doenças sexualmente
transmissíveis e Aids
- SUVIS – Supervisão de vigilância em saúde

TDO – Tratamento diretamente observado

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

UBS – Unidade básica de saúde

UNASP – Universidade adventista de São Paulo

Lista de Quadros

Quadro 1. Número de pacientes entrevistados e não entrevistados nas unidades sorteadas para pré-teste do roteiro semi-estruturado.....	56
Quadro 2. Número de profissionais entrevistados e não entrevistados nas unidades sorteadas para pré-teste do roteiro semi-estruturado.....	57
Quadro 3. Caracterização dos pacientes de tuberculose entrevistados nas unidades sorteadas para pré-teste do roteiro semi-estruturado.....	57
Quadro 4. Caracterização dos profissionais de saúde envolvidos com a entrevista inicial de diagnóstico entrevistados nas unidades sorteadas para pré-teste do roteiro semi-estruturado.....	58
Quadro 5. Ideias-força para o processo de conscientização, Paulo Freire.....	61
Quadro 6. Caracterização geral da SUVIS Campo Limpo quanto ao número total de pacientes em tratamento de tuberculose, auto-administrado e supervisionado, São Paulo, outubro de 2010 à fevereiro de 2011.....	65
Quadro 7. Caracterização geral da SUVIS Campo Limpo quanto ao local de diagnóstico dos pacientes entrevistados, São Paulo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	66
Quadro 8. Número de profissionais de saúde envolvidos com a entrevista inicial de diagnóstico da tuberculose, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	67
Quadro 9. Categorias, número de ideias centrais por categoria e porcentagem com relação a questão semi-estruturada 10 realizada aos pacientes de tuberculose, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	74
Quadro 10. Categorias, número de ideias centrais por categoria e porcentagem com relação a questão semi-estruturada 11 realizada aos pacientes de tuberculose, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	78
Quadro 11. Categorias, número de ideias centrais por categoria e porcentagem com relação a questão semi-estruturada 12 realizada aos pacientes de tuberculose, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	82

Quadro 12. Categorias, número de ideias centrais por categoria e porcentagem com relação a questão semi-estruturada 8 realizada aos profissionais de saúde, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	90
Quadro 13. Categorias, número de ideias centrais por categoria e porcentagem com relação a questão semi-estruturada 9 realizada aos profissionais de saúde, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	96
Quadro 14. Categorias, número de ideias centrais por categoria e porcentagem com relação a questão semi-estruturada 10 realizada aos profissionais de saúde, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	101

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização dos pacientes de tuberculose, com relação ao sexo, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	68
Tabela 2. Caracterização dos pacientes de tuberculose, com relação a faixa etária, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	69
Tabela 3. Caracterização dos pacientes de tuberculose, com relação a escolaridade, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	69
Tabela 4. Caracterização dos pacientes de tuberculose, com relação a fase de tratamento, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	69
Tabela 5. Caracterização dos pacientes de tuberculose, com relação a profissão, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	70
Tabela 6. Caracterização dos pacientes de tuberculose, com relação a outras doenças, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	71
Tabela 7. Caracterização dos profissionais de saúde envolvidos com a entrevista inicial de diagnóstico da tuberculose, com relação ao sexo, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	71
Tabela 8. Caracterização dos profissionais de saúde envolvidos com a entrevista inicial de diagnóstico da tuberculose, com relação a faixa etária, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	72
Tabela 9. Caracterização dos profissionais de saúde envolvidos com a entrevista inicial de diagnóstico da tuberculose, com relação ao cargo na UBS, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	72
Tabela 10. Caracterização dos profissionais de saúde envolvidos com a entrevista inicial de diagnóstico da tuberculose, com relação ao tempo de atendimento de pacientes de tuberculose durante a vida profissional, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	72

Lista de Figuras

Figura 1. Esquema gráfico da transmissão e adoecimento por tuberculose.....	20
Figura 2. As três macro-representações sociais da tuberculose.....	24
Figura 3. Mapa do município de São Paulo, segundo Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e Supervisões de Vigilância em Saúde (SUVIS).....	52
Figura 4. Mapa da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Sul, segundo Supervisões de Vigilância em Saúde (SUVIS) e respectivas unidades de saúde, município de São Paulo.....	53
Figura 5. Mapa da Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) Campo Limpo, segundo Distritos Administrativos (DA) e respectivas unidades de saúde, município de São Paulo.....	54
Figura 6. Distribuição das porcentagens de ideias centrais por categoria da questão semi-estruturada 10 realizada aos pacientes de tuberculose, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	75
Figura 7. Distribuição das porcentagens de ideias centrais por categoria da questão semi-estruturada 11 realizada aos pacientes de tuberculose, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	79
Figura 8. Distribuição das porcentagens de ideias centrais por categoria da questão semi-estruturada 12 realizada aos pacientes de tuberculose, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	83
Figura 9. Distribuição das porcentagens de ideias centrais por categoria da questão semi-estruturada 8 realizada aos profissionais de saúde, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	91
Figura 10. Distribuição das porcentagens de ideias centrais por categoria da questão semi-estruturada 9 realizada aos profissionais de saúde, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	97
Figura 11. Distribuição das porcentagens de ideias centrais por categoria da questão semi-estruturada 10 realizada aos profissionais de saúde, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.....	102

1. INTRODUÇÃO

1.1. CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE EM NOSSOS TEMPOS

Vivemos, atualmente, uma exacerbação de modernidade, de modo que grande parte das ações humanas é permeada pelo rápido avanço da ciência e da tecnologia. O tecido social e as relações interpessoais contidas nele estão permeados por esta intensa força, e é como se não fosse possível ter controle sobre ela.

Estas transformações pós-modernas colocam o mundo, bem como o Brasil, em um momento no qual se vive os benefícios dos grandes avanços tecnológicos; e simultaneamente, doenças típicas de países desenvolvidos, como o câncer, e doenças típicas de países subdesenvolvidos, como a tuberculose. Sem falar nas doenças da vida urbana (LEFÈVRE e LEFÈVRE²⁶, 2004), como o stresse e a insônia. Um retrato da desigualdade sócio-econômica.

A Promoção da Saúde, entendida como uma mudança na forma de pensar e agir sobre a saúde e seus determinantes sociais, surge como decorrência das transformações contemporâneas e o grande desafio enfrentado por ela é mudar o significado da doença, entendida tradicionalmente como algo que sempre existiu e existirá (representação social de doença como fatalidade), trazendo-a para o campo do desequilíbrio social pós-moderno. Ou seja, a Promoção de Saúde é influenciada pelo contexto social atual vivido e a saúde a qual ela se debruça procura ser ampliada, abrangendo ambiente, modos de produção e qualidade de vida (LEFÈVRE e LEFÈVRE²⁶, 2004).

A Promoção de Saúde:

(...) implica entender que o chamado “setor saúde” tem sido, sobretudo, responsável pelo atendimento à doença e que a saúde não será obtida pelo mero atendimento à doença mas, que para a sua obtenção (...) os recursos necessários são paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade, e que para a mobilização destes recursos seria necessária a participação de outros setores (LEFÈVRE e LEFÈVRE²⁶, 2004, p. 27-28).

Outro desafio para a Promoção de Saúde é não ser confundida com Prevenção de Doenças, cujas medidas são tomadas antes do surgimento ou do agravamento da doença afastando o doente da doença, ou a doença do doente (LEFÈVRE e LEFÈVRE²⁶, 2004). A Promoção de Saúde utilizaria intervenções duradouras, buscando a causa mais básica do problema a fim de eliminá-lo.

Sendo assim, buscar a saúde somente no corpo (modelo biomédico) ou então, somente nos espaços sociais (Promoção de Saúde) são ações extremas e, portanto, ineficientes. A mescla destas atividades talvez fosse mais fecunda. Ou seja, o indivíduo e a coletividade necessitam ser atendidos respeitando a urgência da ameaça da doença, mas também articulando as questões sociais que trariam transformações de médio e longo prazos (LEFÈVRE e LEFÈVRE²⁶, 2004). Somente a informação e a comunicação (entre eles) permite que profissionais de saúde e pacientes dominem as razões, causas e consequências da doença “para ir colocando, gradualmente e irreversivelmente, a saúde no seu lugar” (LEFÈVRE e LEFÈVRE²⁶, 2004, p. 52). Nessa perspectiva é que se pode abordar a problemática da tuberculose, como veremos a seguir.

1.2. TUBERCULOSE, TRATAMENTO E METAS PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada por uma bactéria, visível apenas ao microscópio, chamada *Mycobacterium tuberculosis* (ou bacilo de Koch).

Heinrich Hermann Robert Koch, médico alemão, foi um dos fundadores da microbiologia. Em 1882 descobriu o bacilo da tuberculose e também um método para multiplicá-lo em cultura.

A transmissão da tuberculose é aérea. Quando o doente fala, tosse ou espirra, elimina os bacilos para o ar por meio das gotículas de saliva. Sendo assim, o órgão mais acometido pela tuberculose é o pulmão, sendo, portanto, a forma clínica mais comum (tuberculose pulmonar). Mas, a doença pode atingir qualquer parte do corpo: pleura, meninges, gânglios, rins, bexiga, fígado, intestino, pele, ossos, etc.

A única forma contagiosa da doença é a forma pulmonar, sendo a tosse, com ou sem escarro, por mais de três semanas, o principal sintoma. Outros sintomas como falta de apetite, perda de peso, cansaço, febre baixa, suor noturno, entre outros, podem estar associados.

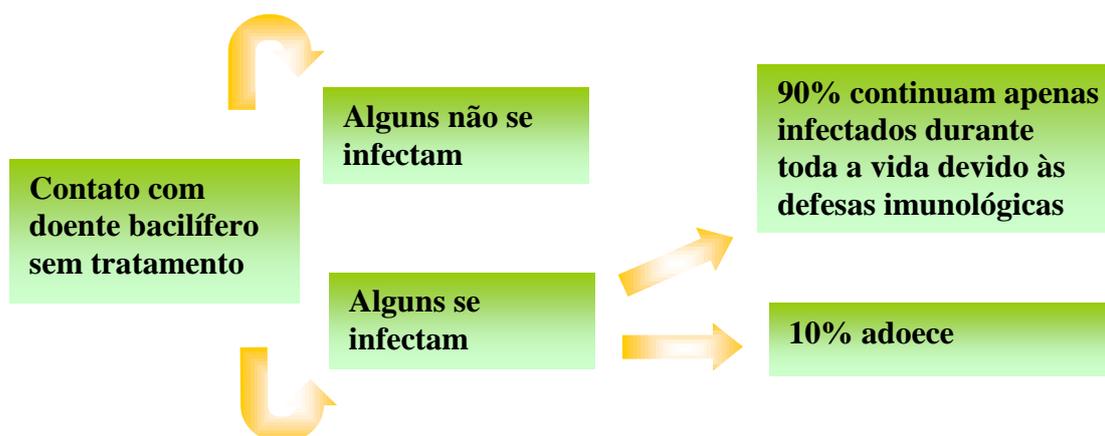
O diagnóstico laboratorial é feito pela pesquisa do BAAR (bacilo álcool ácido resistente) no escarro (também chamado de exame de escarro), podendo ser acompanhado por cultura para micobactéria e identificação, exame radiológico e pelo próprio exame clínico/epidemiológico. Este conjunto de exames leva a um diagnóstico preciso.

No exame de escarro, procede-se a contagem dos bacilos no material coletado. Para que o exame seja positivo deve haver, no mínimo, 5000 bacilos/ml de escarro. Ou seja, uma pessoa cujo exame de escarro foi negativo, por ter menos de 5000 bacilos/ml de escarro (paucibacilar), não é excluída como doente de tuberculose, uma vez que só será possível visualizar os bacilos por meio da cultura do escarro.

Não é qualquer doente de tuberculose que transmite a doença, e sim o doente bacilífero (doente com exame de escarro positivo) sem tratamento, que pode infectar de dez a quinze pessoas no decorrer de um ano.

Uma observação importante é que pessoa infectada é diferente de pessoa doente. Possivelmente, muitos de nós já tivemos contato com o bacilo de Koch, ou seja, somos infectados. Isso porque esta infecção pode ocorrer em qualquer lugar onde haja um doente de tuberculose transmitindo os bacilos. Não há como controlar isso, já que na vida frequentamos e dividimos diversos locais fechados com pessoas que podem estar transmitindo a doença (Fig. 1).

Figura 1. Esquema gráfico da transmissão e adoecimento por tuberculose.



Ou seja, é possível se infectar hoje e vir a ficar doente muitos anos depois devido a uma baixa do sistema imunológico. É por isso que pessoas que vivem com Aids são um alvo fácil para esta doença oportunista que é a tuberculose. Essas pessoas facilmente adoecem de tuberculose devido a fragilidade de seu sistema imunológico.

A tuberculose, apesar de ser uma doença antiga, continua sendo um importante problema de saúde pública, sendo que em 1993 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a tuberculose uma emergência mundial (WHO³⁹, 2009).

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS, que juntos representam 82% da carga bacilar mundial (BRASIL⁵, 2012). Em 2009, o Brasil notificou 72.000 casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38/100.000 habitantes (BRASIL⁴, 2011). Estes indicadores colocaram o Brasil na 19ª posição mundial com relação ao número de casos e na 104ª posição mundial em relação ao coeficiente de incidência (WHO³⁹, 2009). Em 2011 foram notificados no Brasil 69.245 casos de tuberculose, representando um coeficiente de incidência de 36/100.000 habitantes (BRASIL⁵, 2012).

Anualmente ainda morrem no país 4.500 pessoas por tuberculose, doença curável e evitável e em 2008, esta doença foi a 4ª causa de morte por doenças infecciosas (BRASIL⁴, 2011). Em 2010 no Brasil tivemos 4.603 óbitos por tuberculose, o que representa uma taxa de mortalidade de 2,4/100.000 habitantes (BRASIL⁵, 2012).

Esta doença acompanha a humanidade há milênios (há evidências de tuberculose óssea em múmias do Egito) tornando-se curável em 1946 (início da utilização de drogas). Os profissionais de saúde convivem com esta doença, principalmente nos grandes centros urbanos. Diagnosticar e tratar a tuberculose, o mais rápido possível, é uma grande medida prática para salvar vidas e recuperar a saúde dos doentes (BRASIL³, 2002).

Um tratamento completo, com cura e sem recidiva da doença, dura, no mínimo, seis meses e é realizado, geralmente, em regime ambulatorial, no serviço de saúde mais conveniente para o paciente. Os profissionais devem, então, promover um tratamento adequado, evitando-se o uso irregular dos remédios e o abandono do uso das drogas antes do seu término (BRASIL³, 2002).

O tratamento da tuberculose é feito com antibióticos bactericidas associados nos comprimidos em Dose Fixa Combinada (DFC) ou *Fixed Dose Combination* (FDC). Tem duas fases de tratamento: a primeira fase, chamada fase de ataque, dura dois meses (60 dias), e a segunda fase, chamada fase de manutenção, dura quatro meses (120 dias). Isso totaliza seis meses de tratamento.

Na fase de ataque são utilizadas quatro drogas, sendo elas: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, em doses fixas combinadas (em cada um dos comprimidos são encontrados todos estes medicamentos juntos). O objetivo é diminuir, rapidamente, a carga de bacilos. Na fase de manutenção são utilizadas duas drogas, sendo elas: rifampicina e isoniazida, também em dose combinada. O objetivo é eliminar os bacilos persistentes.

É recomendado que o tratamento seja feito em tomadas observadas diárias da medicação, de segunda à sexta-feira, ou seja, todos os dias úteis; e somente de final de semana e feriados, a tomada auto-administrada.

Operacionalmente, segundo o Programa de Controle da Tuberculose (PCT), o paciente em tratamento deve ter pelo menos 24 doses diretamente observadas na primeira fase, e 32 doses diretamente observadas na segunda fase. Isso significa que aproximadamente 3 doses da semana serão observadas até o final do tratamento.

O tratamento diretamente observado (TDO) surge em 1996 com a proposta de que um profissional de saúde faça a observação da tomada do medicamento, pelo paciente, todos os dias.

Segundo o PCT, um paciente que faz todo o tratamento de modo auto-administrado, levando o medicamento para tomar em casa, não traz garantias de que aderiu ao tratamento e de que o tomou adequadamente.

Após a implantação do esquema de curta duração (6 meses de tratamento) no Brasil, em 1980, esperou-se grande redução das taxas de abandono do tratamento. Isto não ocorreu e o abandono do tratamento é um dos grandes obstáculos para o controle da tuberculose, até os dias de hoje, pois além de serem mantidas as fontes de infecção, muitos doentes ficam resistentes, disseminando bacilos já resistentes aos principais medicamentos para a população (BRASIL³, 2002).

As metas internacionais estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo governo brasileiro, segundo o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) são de descobrir (e conseqüentemente, notificar) 70% dos casos estimados de tuberculose, e destes curar 85%, com menos de 5% de abandono de tratamento, para que seja possível começar a reverter a situação da tuberculose (BRASIL⁵, 2012).

O indicador de cura ainda é um desafio para o Brasil (BRASIL⁵, 2012): em uma série histórica de 10 anos, de 2001 a 2010, a menor porcentagem de cura foi de

70,3% em 2001 e 2002, e a maior porcentagem de cura foi de 74,7% em 2005. Em 2010 a cura foi de 70,3%, mas é um dado preliminar que requer atualização (BRASIL⁵, 2012).

Considerando as metas pactuadas, a situação encontrada no município de São Paulo é insatisfatória, o que exige novas estratégias de abordagem:

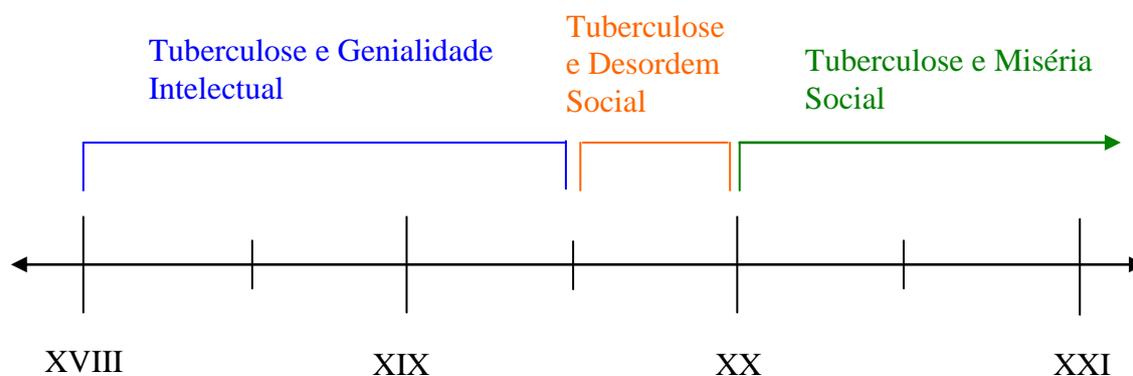
Em uma série histórica de 12 anos do município de São Paulo, de 1998 a 2009, observamos a menor porcentagem de cura (62,0%) e maior porcentagem de abandono (19,4%) de casos novos de tuberculose, de todas as formas clínicas, residentes no município, no ano de 1998 (COVISA⁹, 2009). A maior porcentagem de cura nesta série histórica (74,6%) se deu no ano de 2008, com queda em 2009 (73,2%) (COVISA¹⁰, 2011). A menor porcentagem de abandono do município (11,1%) foi em 2004, tendo aumentado nos últimos anos chegando a 14,6% em 2009 (COVISA¹⁰, 2011). Não foi publicado no último boletim epidemiológico de tuberculose do município de São Paulo (COVISA¹⁰, 2011) dados atualizados de cura e abandono de casos novos de tuberculose, de todas as formas clínicas, residentes no município, com relação ao ano de 2010.

1.3. ASPECTOS SIMBÓLICOS DA TUBERCULOSE

Representações sociais são pontos de referência ou posições por meio dos quais pessoas ou grupos se comunicam e interpretam situações (SA et al.³⁵, 2007). São formas de conhecimento elaboradas e compartilhadas socialmente que constroem uma realidade comum para um conjunto social, afirmando uma identidade e um vínculo entre os sujeitos integrantes deste conjunto (JODELET²¹, 2001).

Sendo assim, é possível considerar que a tuberculose tenha passado por três macro-representações sociais até os dias de hoje (OLIVEIRA e LEFÈVRE³², 2012), representações estas descritas por PORTO³⁴ (2007), como se segue (Fig. 2).

Figura 2. As três macro-representações sociais da tuberculose.



A primeira delas pode ser chamada de “Representação social de genialidade intelectual”. Teve seu início no século XVIII e fim em meados do século XIX. A tuberculose era associada a personalidades artísticas e intelectuais dotadas de sensibilidade, uma vivência romântica da doença.

“O espírito romântico valorizava, portanto, tudo que remetesse a uma experiência incomum” (PORTO³⁴, 2007, p. 44).

Os doentes de tuberculose deste período tornavam-se pessoas interessantes, pois se afirmavam por meio da doença como personalidades excepcionais, não apenas pela produção intelectual mas “por meio do cultivo narcísico dos testemunhos exteriores de sua moléstia” (PORTO³⁴, 2007, p. 44).

Na segunda metade do século XIX o investimento da burguesia (classe dominante do modo de produção capitalista) em disseminar seus preceitos de força, vigor e agilidade do corpo (força de trabalho) modifica a representação da doença, que passa de algo refinado para um sintoma de “Desordem social”. Neste momento, não cabe mais a exaltação romântica e sim a manutenção de corpos produtivos (fruto da Revolução Industrial).

A partir da segunda metade do século XIX, atinge-se o que se pode chamar de uma economia política do corpo que, por um lado, pretende garantir a dominação de classe burguesa e, por outro, o efetivo enquadramento das classes trabalhadoras na ordem socioeconômica capitalista (PORTO³⁴, 2007, p. 45).

Com o desconhecimento das causas e a ineficácia do tratamento (que só foi conquistado quase em meados do século XX, com o início da utilização de drogas em 1946), o horror diante da doença se alastra e transforma o comportamento social. O século XX marca uma possível representação social da tuberculose como “Miséria social”, pois não está mais relacionada à elegância nem somente a questão do corpo não produtivo. Agora a doença migra para as classes mais pobres da população, associando-se à fome e ao consumo de bebidas alcoólicas.

1.4. RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE X PACIENTE

Atender às necessidades das pessoas ultrapassa o aspecto biológico das mesmas. Esta forma de atender, considerando o paciente dentro de um contexto de vida, cria um espaço de interlocução entre o paciente e o profissional de saúde, espaço este que promove as bases que determinarão a adesão no tratamento (BERTOLOZZI², 1998).

Para os pacientes de tuberculose, quando com a doença já instalada, é imprescindível a utilização do medicamento como agente quimioterápico, porém “(...) o objeto medicamento, na formação social brasileira, não é uma, mas pelo menos, três coisas: um agente quimioterápico, uma mercadoria e um símbolo” (LEFÈVRE e LEFÈVRE²³, 1991, p. 18). E como símbolo, nas formações sociais capitalistas como a nossa, o medicamento invade o determinante social da doença e aparece como mercadoria “iludindo os indivíduos com a aparência de eficácia científica” (LEFÈVRE e LEFÈVRE²³, 1991, p. 22).

Assim, a representação do “sujeito comum” e do próprio profissional de saúde em relação ao medicamento traz seus reflexos para ações de saúde. A crença do paciente na eficácia deste objeto, que só pode ser prescrito por “Ele” (o médico) ou administrado por “Ele” (profissional de saúde) revela uma relação de prazer,

fetichismo e poder, que acaba por conduzir a uma postura reducionista frente a uma situação complexa. Ou seja, tanto o profissional de saúde como o paciente podem sentir-se satisfeitos com uma abordagem que privilegie a medicação em detrimento de outras ações também importantes para o controle da doença ou de ações que visem a própria adesão ao tratamento, já que prescrever o medicamento não garante que o paciente irá tomá-lo.

1.4.1. Lógica sanitária, lógica do senso comum e comunicação

O campo da saúde/doença está ligado a um conflito entre a lógica sanitária (da ciência e tecnologia gerando produtos e serviços) e a lógica do senso comum (do leigo que transfere a gestão e o controle de seu corpo ao especialista e ao mercado) (LEFÈVRE e LEFÈVRE²⁸, 2009).

A fala do profissional de saúde (lógica sanitária) é considerada uma fala autorizada, legal, porque advém do espaço técnico e científico. O espaço da ciência e tecnologia é um espaço que socialmente tem poder. Em contrapartida, a fala do paciente, a “pessoa comum” (lógica do senso comum), é desautorizada, ilegal, pois vem de um espaço não valorizado, deseducado (LEFÈVRE e LEFÈVRE²⁸, 2009).

Porém,

(...) a colonização completa da vida dos seres humanos pela esfera técnica (...) parece ser, no caso do campo da saúde, uma tarefa impraticável, na medida em que implica controlar um espaço, o do cotidiano, com sua lógica, com sua temporalidade, com suas exigências a partir de outro espaço que apresenta outra lógica, outra temporalidade, outras exigências (LEFÈVRE e LEFÈVRE²⁸, 2009, p. 31).

Deste modo, profissional de saúde e paciente tornam-se proprietários conflitantes de um mesmo corpo já que o profissional é aquele com poder para

conduzir o processo de cura e o paciente é aquele no qual o processo saúde/doença está ocorrendo. O paciente além de proprietário do corpo, é proprietário de vontade, podendo colaborar com, duvidar do, discordar do, impedir o ou negar o processo saúde/doença e/ou o processo de cura (OLIVEIRA e LEFÈVRE³², 2012).

Esta relação entre as duas lógicas torna-se assimétrica porque a lógica sanitária busca transferir informações técnicas ao paciente, que é visto como leigo, ao invés de dispor informações significativas e dialogar com o sujeito daquele corpo a fim de que ele possa tomar decisões autônomas (OLIVEIRA e LEFÈVRE³², 2012).

Para atentar ao que é significativo para alguém é preciso haver diálogo e não uma condução doutrinária do outro (OLIVEIRA e LEFÈVRE³², 2012), condução esta praticada pela comunicação em saúde uma vez que é utilizada como propaganda em massa com “prescrições comportamentais, em geral enunciadas no imperativo: não fume; não transe sem camisinha; use cinto de segurança; não abandone o tratamento (...)” (LEFÈVRE e LEFÈVRE²⁶, 2004, p. 61).

Quando não se considera o conhecimento prévio (cultura, crenças, saberes) do outro com quem dialogamos, exerce-se uma sobreposição de “outra forma de pensar, que implica noutra linguagem, outra estrutura e noutra maneira de atuar (...)” (FREIRE¹⁷, 1979, p. 31) provocando “uma reação de defesa ante o ‘invasor’ que ameaça romper seu equilíbrio interno” (FREIRE¹⁷, 1979, p. 31).

Ou seja, estamos falando de dois sujeitos, profissional de saúde e paciente, que ao se encontrarem em um consultório discursam a partir de suas lógicas – sanitária e senso comum, respectivamente. O profissional de saúde, visto pelo paciente como aquele que vai trazer a solução para o problema de “saúde” (doença), exerce uma sobreposição de sua forma de pensar ao transferir informações não significativas para o paciente que está a sua frente. Este movimento pode gerar uma reação de defesa por parte do paciente, já que é invadido por informações que rompem com seu equilíbrio interno (com sua lógica), que não lhe fazem sentido. Esta reação de defesa pode ser a não adesão a algum tratamento, por exemplo.

Apesar do prevaletimento da relação assimétrica entre profissionais de saúde e pacientes, parece haver hoje um movimento, por parte do paciente, de reflexão a respeito de sua autonomia para melhor interagir diante desta assimetria. Como exemplo temos um estudo que objetivou analisar o impacto do uso da internet, pelos

pacientes, na relação médico-paciente (MADEIRA³⁰, 2006). Uma das perguntas da pesquisa questionava se o entrevistado considerava úteis as informações sobre saúde e doença disponíveis na internet. Dentre as diversas ideias centrais encontradas nas respostas dos participantes, algumas revelaram a utilidade das informações para melhor interação com o médico e para possibilitar a avaliação do conhecimento dele. Outras ideias centrais ratificam a existência da assimetria, mas revelam a consciência disso por parte do paciente, como a seguinte ideia central transcrita: “as informações sobre saúde e doença disponíveis na internet são úteis porque são **mais** acessíveis **que** os médicos ou porque **traduzem** a linguagem médica” (o destaque é nosso).

Em outro momento, o mesmo estudo traz um levantamento sobre a reação dos médicos frente às pesquisas que os pacientes fazem na internet. Um resultado interessante é que o maior número de contribuições discursivas, para esta questão, compôs a seguinte ideia central: “reação **negativa**, pois sente que o paciente **não pode (não deve)** discutir, questionar ou contestar seus diagnósticos e procedimentos” (o destaque é nosso).

Em outra pesquisa, SA et al.³⁵(2007) traz quatro histórias de abandono de tratamento de tuberculose e a análise do conteúdo dos discursos revela dados importantes da relação profissional de saúde/paciente. Um dado importante levantado é a falta de informação, na qual, em um dos discursos o sujeito relata não ter sido informado sobre o que era esta doença que não conhecia.

“Poder-se-ia afirmar que, em muitos casos, o paciente abandona o tratamento, porque foi abandonado pelo serviço de saúde” (SA et al.³⁵, 2007, p. 717).

1.5. ENTREVISTA INICIAL DE DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE COMO CONSTRUÇÃO PROBLEMATIZADORA

Diversas são as pesquisas acerca da não adesão ao tratamento da tuberculose. Estas pesquisas trazem possíveis relações entre a não adesão e o tempo prolongado do tratamento; o tamanho dos comprimidos; o número de comprimidos ingeridos diariamente; os efeitos colaterais; a baixa escolaridade do paciente, etc. No geral, trata-se de estudos inconclusivos, revelando a complexidade do assunto adesão ou não adesão ao tratamento da tuberculose.

Ao longo da história da tuberculose grandes avanços foram observados no que se refere ao tratamento, como a redução do tempo de tratamento para seis meses, em 1980. Além disso vivenciamos, em 2010, uma alteração na apresentação dos medicamentos (que, novamente, criou expectativas quanto a redução no número de abandonos de tratamento, assim como em 1980 com a implantação do esquema de curta duração), na qual o número de comprimidos diários foi reduzido de 6 para 4 (nos casos novos) estando, assim mesmo, contempladas todas as substâncias necessárias (as utilizadas até então e a inclusão de mais uma, o Etambutol, que anteriormente era utilizado apenas nos casos de retratamento seja por abandono ou por recidiva da doença). Os efeitos colaterais podem ser considerados mais suaves em relação a outros tempos (graças ao ajuste de dosagens e ao esquema padronizado criado em 1961, ano em que também foi proibida a venda do medicamento). E nem todos os que desistem do tratamento são de baixa escolaridade. Ou seja, sempre houve muitas interrogações acerca do assunto adesão ao tratamento.

A presente pesquisa parte da hipótese geral de que a adesão ou não adesão ao tratamento talvez possa ser influenciada por ações que vão além do manejo de medicamentos, ações estas pertencentes a um espaço de interlocução. E como opção metodológica, o momento de interlocução escolhido para análise foi o momento de revelação do diagnóstico.

No estudo adota-se a revelação do diagnóstico, aqui nomeada de *entrevista inicial de diagnóstico* da tuberculose, como processo educativo, uma vez que se trata de uma comunicação com o objetivo de transformar uma dada situação, a situação de doença para a situação de cura.

1.6. ADESÃO AO TRATAMENTO

A adesão tem sido estudada por profissionais de saúde por ser o ponto fundamental para a resolubilidade de um tratamento. A não adesão ao tratamento tornou-se importante nas últimas décadas e foi incluída na lista de preocupações de profissionais de saúde (LEITE e VASCONCELLOS²⁹, 2003).

Etimologicamente, a palavra adesão é definida como o ato de aderir, aprovar, concordar, manifestar solidariedade a uma ideia, a uma causa (FERREIRA¹⁴, 2010). Na literatura médica e de saúde o termo adesão é utilizado para se referir ao seguimento do paciente às recomendações terapêuticas feitas por um médico ou outro profissional de saúde, sejam elas tratamentos medicamentosos ou outras ações relacionadas à saúde, como o seguimento de uma dieta, por exemplo.

O termo *compliance*, usado por autores no idioma inglês (que significa concordância, no idioma português) foi desenvolvido por R. Bryan Hynes em 1979, sendo usado na literatura médica como a capacidade do doente seguir a prescrição médica. Segundo OSTERBERG e BLASCHKE³³ (2005) este termo é criticado por basear-se numa relação em que o clínico decide e o paciente apenas cumpri as prescrições. CONRAD⁸ (1985) defende que o termo *compliance* está centrado na ideologia biomédica e que o paciente é visto como um cumpridor de recomendações.

O termo *adherence* (que significa adesão, no idioma português) aparece como proposta para diminuir o poder do clínico na decisão sobre o tratamento, propondo

uma melhor relação entre profissionais de saúde e pacientes, e considerando a responsabilidade das duas partes na decisão a ser tomada.

A WHO³⁸ (2003) traz três definições para adesão: adesão de modo geral, adesão a terapias de longo prazo e adesão ao tratamento da tuberculose especificamente.

A adesão de modo geral é entendida para além do manejo de medicamentos. A recomendação é de que a relação entre o paciente e o prestador de cuidados (médico, enfermeiro e outros profissionais de saúde) deve ser de parceria, ou seja, a qualidade da relação terapêutica é um importante determinante da adesão (WHO³⁸, 2003).

Já a definição de adesão para terapias de longo prazo é a medida que o comportamento de uma pessoa (seja tomar o medicamento, seguir uma dieta, mudar comportamentos, etc.) corresponde às recomendações acordadas com o profissional de saúde (WHO³⁸, 2003). Não fica claro que medida seria esta, ou seja, podemos avaliar esta adesão desde nenhuma correspondência até total correspondência. Mas, quando podemos dizer que um paciente aderiu a uma terapia de longo prazo?

Com relação à tuberculose, especificamente, a definição de adesão pode ser entendida como a medida que o consumo do medicamento pelo paciente corresponde ao tratamento prescrito (WHO³⁸, 2003). Como podemos observar, na definição de adesão a terapias de longo prazo e na definição de adesão ao tratamento específico da tuberculose não fica evidente a dimensão além da tomada de medicamentos citada na definição geral de adesão, uma vez que o valorizado é a correspondência quanto à recomendação e o consumo do medicamento (OLIVEIRA e LEFÈVRE³², 2012).

Segundo a WHO³⁸ (2003) a adesão ao tratamento específico da tuberculose pode ser medida de várias formas: por meio do resultado do tratamento (cura ou não); por meio da taxa de cura de um serviço, por exemplo; por meio da contagem de comprimidos tomados e/ou não tomados pelo paciente e outras. Diante destas formas de mensuração podemos entender que para o tratamento da tuberculose a adesão pode ser: curar-se mesmo sem corresponder totalmente ao recomendado; pode ser o fato de uma unidade de saúde ter atingido a meta mínima de cura de seus pacientes, mesmo que isso signifique que alguns não se curaram; ou pela correspondência de 100% com relação à prescrição, já que se procede a contagem de comprimidos

tomados e não tomados por um paciente. Ou seja, são formas divergentes de mensuração.

Em estudo publicado em 2003, LEITE e VASCONCELLOS²⁹ ao destacarem alguns trabalhos que representam diferentes abordagens sobre o tema adesão e não adesão, concluíram que o conceito é compreendido, de forma geral, como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, considerando horários, doses e tempo total de tratamento.

Este mesmo estudo observa que, entre os trabalhos destacados, a adesão é focada e compreendida na forma pela qual ela preocupa os profissionais de saúde, ou seja, sob a forma de uma pergunta: por que alguns pacientes não aderem aos tratamentos?

A não adesão pode ser *intencional*, quando o paciente não cumpre o tratamento apesar de conhecê-lo, ou *não intencional*, quando o paciente não cumpre o tratamento por não entendê-lo, por esquecer o que foi explicado, por sentir dificuldades em administrar a medicação, ou seja, fatores relacionados a uma má comunicação entre doente e profissional de saúde (WHO³⁸, 2003).

A WHO³⁸ (2003) agrupa os diferentes fatores que podem contribuir para a não adesão a um tratamento, por meio de quadros, com descrições específicas para cada doença crônica, contemplando os seguintes tópicos:

1. Fatores socioeconômicos, definidos por BUGALHO e CARNEIRO⁶ (2004), no geral, como *status* socioeconômico, escolaridade, situação profissional, apoios sociais, condições habitacionais, distância do local de tratamento, preço do transporte, etc.
2. Fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde, definidos por BUGALHO e CARNEIRO⁶ (2004), no geral, como distribuição de medicamentos, acesso aos medicamentos, recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços, horário e duração das consultas, conhecimento dos profissionais acerca da doença, etc.
3. Fatores relacionados com a doença de base e com a co-morbidade, definidos por BUGALHO e CARNEIRO⁶ (2004), no geral, como gravidade dos sintomas, grau de risco que o paciente atribui à doença, impacto que ela representa em sua vida, etc.

4. Fatores relacionados com o tratamento, definidos por BUGALHO e CARNEIRO⁶ (2004), no geral, como complexidade e duração do tratamento, realização frequente de alterações na medicação, efeitos colaterais, etc.
5. Fatores relacionados com a pessoa doente, definidos por BUGALHO e CARNEIRO⁶ (2004), no geral, como conhecimentos, crenças e expectativas do paciente, ausência de informação ou de capacidade e motivação para gerir o tratamento, medo do paciente em relação à dependência ou a discriminação, etc.

CONRAD⁸ (1985) ao observar algumas das conclusões mais gerais sobre a adesão resumiu brevemente as principais perspectivas explicativas sobre o assunto. Os estudos revelaram que a não adesão pode estar fortemente relacionada a: regimes terapêuticos complexos; doenças assintomáticas e desordens psiquiátricas; tratamentos longos; e tratamentos com vários efeitos colaterais severos. Estes estudos trazem dados interessantes de que há pouca correlação entre não adesão e fatores de classe social, idade, sexo, escolaridade e estado civil.

Seja fatores relacionados à doença, ao tratamento ou ao serviço, o que se percebe é que mesmo alterando as situações, o grau de adesão continua sendo baixo, e os fatores relacionados ao paciente, que são mais difíceis de ser controlados, têm um peso maior na questão da adesão ou não ao tratamento (LEITE e VASCONCELLOS²⁹, 2003).

Com relação ao tratamento da tuberculose, o PCT do município de São Paulo executa ações na tentativa de que parte dos fatores levantados pela WHO³⁸ (2003) como influenciadores para a não adesão ao tratamento seja solucionada. A oferta de cesta básica mensal e passagem de ida e volta da unidade de saúde para tomar ou buscar o remédio procura sanar alguns pontos dos fatores socioeconômicos. A distribuição gratuita do medicamento e a preferência pela realização do TDO na unidade de saúde procuram sanar alguns pontos dos fatores relacionados ao serviço e aos profissionais de saúde. A padronização dos esquemas de tratamento e as consultas periódicas para acompanhamento da evolução do paciente, bem como dos efeitos colaterais, busca sanar alguns pontos relacionados com o tratamento.

Os fatores relacionados com a doença e os fatores relacionados com a pessoa do doente abrangem situações relacionais do profissional de saúde com o paciente. A

gravidade que um paciente atribui à doença, as crenças que possui, suas expectativas e motivações tornam-se passíveis de acesso por meio de espaços de interlocução não previstos pelo PCT. A não exposição de opiniões por parte do paciente pode manter a existência de falsas crenças que compromete a relação de confiança que deveria existir entre profissionais de saúde e pacientes (DIAS et al.¹³, 2011).

A adesão ao tratamento está associada à relação dos profissionais de saúde com o doente. Os primeiros devem estabelecer um diálogo produtivo com os pacientes, com linguagem clara, com trato individualizado e personalizado, e com respeito às crenças culturais destes (DIAS et al.¹³, 2011). Esta influência da relação profissional de saúde e paciente para a adesão é nítida, mas não é única para explicar o fenômeno da não adesão (LEITE e VASCONCELLOS²⁹, 2003).

LEITE e VASCONCELLOS²⁹ (2003) concluem que os estudos no campo de adesão ou não a terapêuticas medicamentosas, em geral, não priorizam o papel do paciente no processo saúde/doença/tratamento, e isso compromete a capacidade destes estudos de uma melhor compreensão sobre o tema. Os trabalhos analisados por LEITE e VASCONCELLOS²⁹ (2003) apresentam a necessidade de se compreender questões relacionadas ao meio sociocultural do paciente.

CONRAD⁸ (1985) afirma que existem duas perspectivas científicas sociais dominantes com relação a adesão e não adesão ao tratamento. Uma aponta que a influência está na relação e/ou comunicação entre profissionais de saúde e paciente (entendendo relação e comunicação como dar mais informações, informações claras e apropriadas). E a outra linha aponta que a influência está nas crenças do paciente em relação a gravidade da doença, as consequências, a sua vivência cotidiana com a doença, etc. Esta segunda linha de pensamento assume que o aspecto mais significativo é a experiência subjetiva do paciente e a adesão é uma decisão baseada nesta experiência.

O profissional de saúde pode influenciar para a adesão desde que atinja o universo cultural do paciente e estabeleça com ele uma comunicação efetiva, valorizando o consumo do medicamento como benefício para seu cotidiano (LEITE e VASCONCELLOS²⁹, 2003). “Portanto, é o paciente, ou o responsável por ele, o objetivo e o objeto das investigações e das ações para promover a adesão. Nele estão

centrados os fatores que interferem na adesão à terapêutica, refletindo o contexto individual, familiar e social” (LEITE e VASCONCELLOS²⁹, 2003, p. 781).

Para esta pesquisa, entendemos adesão como a opção positiva por parte do paciente em seguir as recomendações terapêuticas, mediante o diálogo estabelecido entre profissional de saúde e paciente na *entrevista inicial de diagnóstico*. Compreendemos como diálogo um modo de comunicação que considera as opiniões, crenças e dúvidas do paciente, ou seja, um modo de comunicação que o resgata como sujeito ativo para a conquista da cura e que exercita o *empowerment* (processo que será melhor explicado no Capítulo 5.3) junto a ele trazendo informações significativas e importantes para que ele consiga optar autonomamente pela cura. Ou seja, não consideramos adesão o fato de um paciente fazer o tratamento por obrigação, por amedrontamento, ou por vias que buscam “prendê-lo” a uma situação para que não “fuja” do tratamento. Nesta perspectiva, seja tratamento auto-administrado, seja TDO, o que importa é que o paciente **escolheu** pelo tratamento, e o está seguindo por compreender sua importância como sujeito na transformação desta situação. Deste modo, mesmo que o paciente falhe com o medicamento alguns dias, ou leve mais tempo do que o acordado inicialmente, o importante não é o meio (todos os percalços pelos quais passou), mas o fim, a cura alcançada por opção própria.

Muitos estudos no campo dos medicamentos ainda desconsideram o paciente, ou o responsável por sua saúde, como ser social, dotado de expectativas, conhecimentos, interesses, e que tem valores socioculturais, que produzem sentidos e “ressignificações” sobre o uso ou resistência ao uso medicamentoso em seu processo ou estado crônico de adoecimento (LEITE e VASCONCELLOS²⁹, 2003, p. 781).

1.7. PROBLEMA DE PESQUISA

O problema de pesquisa gira em torno de um dentre os vários momentos de interlocução entre o profissional de saúde – ou profissionais – com o paciente. Trata-se do momento em que o diagnóstico é revelado e que todo o processo de orientação sobre o tratamento precisa ser feito. Este momento foi nomeado, neste trabalho, de *entrevista inicial de diagnóstico*. Enfatiza-se a questão de se usar o termo profissional de saúde pois não existe um padrão de *entrevista inicial de diagnóstico* para o paciente de tuberculose. Há unidades em que o diagnóstico é revelado apenas pelo médico; outras, onde diversos profissionais são convidados a participarem e contribuir com este momento; há aquelas em que o médico revela a doença por meio dos resultados dos exames e solicita que outro profissional, geralmente o enfermeiro ou a enfermeira, faça as orientações necessárias; enfim, há muitas possibilidades. Por este motivo é utilizado nesta pesquisa o termo profissional ou profissionais de saúde.

Isto posto, o problema de pesquisa, especificamente, se traduz na seguinte questão: de que maneira a *entrevista inicial de diagnóstico* – que é um entre os diversos momentos de interlocução que ocorrem entre o profissional(s) de saúde e o paciente – pode contribuir para a adesão ou não adesão ao tratamento da tuberculose, na visão de profissionais de saúde e na visão de pacientes?

2. JUSTIFICATIVA

A tuberculose é uma doença curável e, segundo o PCT, o município de São Paulo possui uma estrutura eficaz de dispensação dos medicamentos. Além disso,

todo paciente de tuberculose, no município de São Paulo, que faz o TDO, recebe incentivos: lanche depois da tomada do medicamento, transporte de ida e volta da unidade de saúde e cesta básica mensal até o término do tratamento. Além do que foi citado acima, o TDO é reconhecido como a principal estratégia para evitar o abandono do tratamento da tuberculose e o município de São Paulo encontra-se preparado para tal estratégia.

Então, por que ainda persistem as altas taxas de abandono do tratamento, dificultando o controle da doença e o alcance das metas esperadas?

Diante destas questões, torna-se importante conhecer as representações sociais com relação ao modo de comunicação na *entrevista inicial de diagnóstico* da tuberculose e sua contribuição para a adesão ou não adesão ao tratamento na opinião de pacientes e profissionais de saúde.

3. OBJETIVOS

Os objetivos da pesquisa são:

1. Identificar as representações sociais de profissionais de saúde que atendem pacientes com tuberculose e de pacientes em tratamento da tuberculose em uma determinada região de saúde do município de São Paulo acerca da *entrevista inicial de diagnóstico*.

2. Analisar o conteúdo discursivo, no que se refere ao modo de comunicação do diagnóstico e a relação desse modo de comunicar com a adesão ou não adesão ao tratamento da tuberculose.

4. HIPÓTESE

A *entrevista inicial de diagnóstico* é um espaço de interlocução que pode contribuir para a adesão ou não adesão ao tratamento da tuberculose. Ela irá contribuir com o desfecho dependendo do modo como ela é realizada.

Na *entrevista inicial de diagnóstico* temos dois sujeitos com discursos provenientes de lógicas distintas, sendo eles o paciente (lógica do senso comum) e o profissional de saúde (lógica sanitária). Para que a comunicação, que é iniciada pelo profissional de saúde e que tem o objetivo de transformar a situação de doença para cura, não seja inoperante, ou seja, para que não conduza à não adesão ao tratamento, ela necessita reconhecer a assimetria existente nessa relação e deve considerar o paciente como sujeito ativo. Não apenas considerar, mas também conduzir o diálogo de modo que o paciente também se reconheça como sujeito ativo na transformação dessa realidade.

Nesta perspectiva, os profissionais de saúde e os pacientes entrevistados irão sim discursar sobre modos de comunicação na *entrevista inicial de diagnóstico* que contribuem e atrapalham para a adesão ao tratamento da tuberculose enfatizando as características desse modo de comunicação, numa perspectiva pedagógica, de exercício ou não do *empowerment* (processo que será melhor explicado no Capítulo 5.3).

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1. TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL

A noção de representação social tende a ocupar uma posição central no campo das Ciências Humanas e Sociais. Trata-se de um movimento iniciado na França sob o impulso de Serge Moscovici (JODELET²¹, 2001), que introduziu a noção entre 1961 e 1976 na Psicologia Social.

Moscovici usou o termo “representações sociais” visando compreender como o saber é representado na sociedade, e como os seus membros o partilham (HEWSTONE²⁰, 2001).

É na Psicologia Social que a representação social ganha uma teorização, desenvolvida por Serge Moscovici e aprofundada por Denise Jodelet. Por volta dos anos 60, Moscovici retomou os estudos sobre as representações, despertando o interesse de um pequeno grupo de psicólogos sociais. A obra seminal de Moscovici, *La Psychanalyse, son image, son public*, que contém a matriz da teoria, surge em 1961, na França (ARRUDA¹, 2002). Este grupo de psicólogos sociais vislumbrou a possibilidade de estudar os comportamentos sociais sem deformá-los ou simplificá-los (MOSCOVICI³¹, 2001).

Juntamente com os progressos da Psicologia Cognitiva, a Sociologia e a Antropologia também redescobrem a noção de representação e ela se expande por toda à parte, inclusive no vocabulário corrente (MOSCOVICI³¹, 2001).

Para a teoria das Representações Sociais há a necessidade de estarmos informados sobre o nosso mundo à volta, a fim de nos ajustarmos física e intelectualmente a ele, além de identificar e resolver problemas. Partilhamos desse mundo com os outros, e é por isso que as representações são sociais. As

representações nos guiam nas interpretações dos diversos aspectos da realidade, circulando por meio dos discursos e das condutas (JODELET²¹, 2001).

A elaboração representativa tem como seu processo central valores variáveis e saberes anteriores. Os valores estão apoiados no grupo social do qual tiram suas significações e os saberes anteriores são reavivados por uma situação social particular. Tanto os valores, como os saberes estão ligados ao conhecimento científico, à condição social e às experiências privadas e afetivas dos indivíduos (JODELET²¹, 2001).

As representações sociais fornecem uma posição a partir da qual um indivíduo ou um grupo interpreta as situações. São pontos de referência pelos quais as pessoas se comunicam. Uma palavra, frase ou uma simples pergunta são capazes de mobilizar uma representação social (SEMIM³⁶, 2001).

Considerando uma população homogênea em relação a um objeto qualquer, e analisando o conjunto discursivo de uma amostra desta população, encontraríamos significações locais diversas ou até mesmo contraditórias (FLAMENT¹⁶, 2001).

Pode-se levantar uma representação social de práticas materiais, como entalhar madeira, por exemplo, ou, como na maioria das vezes, da maneira de falar. E uma das características do trabalho de Moscovici foi, justamente, enfatizar este vínculo entre a linguística e a manifestação das representações sociais (HARRÉ¹⁹, 2001).

Os substitutos institucionais, as redes de comunicação informais ou a mídia intervêm na elaboração das representações sociais. Estas representações formam sistemas e dão lugar a teorias espontâneas, versões da realidade. As representações dão uma definição em relação ao objeto por elas representado, e essas definições são compartilhadas pelos membros de um mesmo grupo. Esta totalidade significativa, em relação com a ação, é o centro da investigação científica, cuja tarefa é descrevê-la, analisá-la e explicá-la (JODELET²², 2001).

Representação social “é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e compartilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET²², 2001, p. 22).

Representar ou representar-se é um ato de pensamento através do qual um sujeito se reporta a um objeto. A representação social é sempre a representação de

alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito). A representação tem como seu objeto uma relação de simbolização e de interpretação, conferindo-lhes significações (JODELET²², 2001).

Partilhar uma idéia ou uma linguagem é também afirmar um vínculo social e uma identidade. Não faltam exemplos de que essa função é evidente, quanto mais não fosse na esfera religiosa ou política. A partilha serve à afirmação simbólica de uma unidade e de uma pertença. A adesão coletiva contribui para o estabelecimento e o reforço do vínculo social (JODELET²², 2001, p. 34).

As representações sociais estão em transformação como o objeto que tenta elaborar, sendo a comunicação o berço e o desaguadouro delas (ARRUDA¹, 2002). “(...) o sujeito do conhecimento é um sujeito ativo e criativo, e não uma tabula rasa que recebe passivamente o que o mundo lhe oferece, como se a divisória entre ele e a realidade fosse um corte bem traçado” (ARRUDA¹, 2002, p. 134). A representação social opera uma transformação do sujeito e do objeto na medida em que ambos são modificados no processo de elaborar o objeto: o sujeito amplia sua categorização e o objeto se acomoda ao repertório do sujeito, repertório este que se modifica ao receber mais um habitante (JODELET²², 2001).

Por fim, a representação social,

(...) ao ser produção simbólica destinada a compreender e balizar o mundo, ela provém de um sujeito ativo e criativo, tem um caráter cognitivo e autônomo e configura a construção social da realidade. A ação e a comunicação são seu berço e chão: delas provém e a elas retorna a representação social (ARRUDA¹, 2002, p. 142).

5.2. CONSCIENTIZAÇÃO

O processo de conscientização desenvolvido por Paulo Freire, no livro *Conscientização - teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de*

Paulo Freire, de 1979, a princípio, dirige-se ao mais básico dos processos de ensino-aprendizagem do homem, a alfabetização (FREIRE¹⁷, 1979). Além disso, traz alguns conceitos envolvidos na práxis da libertação. Discute a capacidade crítica e criadora dos homens uma vez que é atravessada pelo processo de "conscientização". Explicita que não devemos confundir conscientização com tomada de consciência. A tomada de consciência, nada mais é do que uma posição ingênua frente ao objeto. Já a conscientização é uma posição crítica frente ao objeto. O homem não pode participar ativamente na transformação de uma realidade se não se conscientizar dessa realidade e da sua capacidade de transformá-la. Portanto, toda educação deve ter como primeiro objetivo provocar uma atitude crítica, de reflexão, que comprometa a ação.

Ao considerarmos a *entrevista inicial de diagnóstico* da tuberculose como um processo de comunicação para a busca de uma transformação da realidade que se apresenta, é possível que esta relação possa ser de opressão, e conseqüentemente, de dependência; ou de libertação, e conseqüentemente de transformação.

A conscientização é uma inserção crítica na história, implica que os homens assumam papel de sujeitos que transformam o mundo. A partir de uma aproximação crítica com o objeto, os sujeitos esclarecem as dimensões obscuras que resultam desta aproximação. Para inserir o homem na construção e mudança social é necessário substituir a captação ingênua da realidade por uma captação cada vez mais crítica (FREIRE¹⁷, 1979).

Para convidar o homem oprimido à uma postura crítica é necessário fazê-lo percorrer um caminho por meio do qual descubra e torne-se consciente:

- da existência do mundo da natureza e do mundo da cultura (FREIRE¹⁷, 1979);
- do papel ativo do homem na realidade e com a realidade (FREIRE¹⁷, 1979);
- do seu papel de mediação nas relações e comunicações entre a natureza e a cultura (FREIRE¹⁷, 1979);
- da cultura como resultado do seu esforço criador (FREIRE¹⁷, 1979);
- da cultura como aquisição da experiência humana (FREIRE¹⁷, 1979);
- da cultura como incorporação crítica e criadora, e não como uma justaposição de informações (FREIRE¹⁷, 1979); e
- do papel do homem como sujeito e não como objeto (FREIRE¹⁷, 1979).

Para isso, o diálogo impõe-se como necessário para os homens encontrarem seu significado enquanto homens. O diálogo é o encontro no qual a reflexão e a ação orientam-se para o mundo que é preciso transformar. Não se trata de uma troca de ideias ou de uma discussão hostil de imposição de sua própria verdade. O diálogo é a união de sujeitos responsáveis, humildes, e não uma relação de dominação e arrogância (FREIRE¹⁷, 1979).

5.3. *EMPOWERMENT*

A Promoção da Saúde surge em resposta às mudanças sociais das últimas décadas como o envelhecimento populacional, diminuição da morbimortalidade por doenças infecciosas e aumento dos casos de agravos crônico-degenerativos. Fica evidente o esgotamento do paradigma biomédico curativista e a necessidade de novas estratégias diante destas mudanças nos perfis epidemiológicos.

A proposta de Promoção da Saúde surgiu primeiramente nos países desenvolvidos, nos anos 70, e a OMS a assume como a principal linha de atuação em Saúde (CARVALHO⁷, 2004).

A Promoção da Saúde passou por dois momentos distintos. Um primeiro momento, nos anos 70, que tem como base o Relatório Lalonde, um documento de discussão produzido pelo Ministério de Bem Estar e Saúde do Canadá, publicado em 1974. O eixo central neste momento foi propor ações de intervenção em comportamentos individuais não-saudáveis. São estratégias positivas no que se refere a estilos de vida saudáveis, porém com pouco impacto nas condições de vida de populações vítimas das iniquidades (CARVALHO⁷, 2004).

O segundo momento da Promoção da Saúde foi nos anos 80 no qual uma nova corrente apontou para uma perspectiva mais ampla, não mais individualizada, e sim socioambiental. Vários documentos institucionais detalham este ideário, como a

Declaração de Alma Ata produzida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), em 1978; o memorando de trabalho disseminado pelo Escritório Europeu de Promoção à Saúde em 1984; e a Carta de Ottawa produzido durante a 1ª Conferência Internacional de Promoção à Saúde, realizada no Canadá em 1986. Esta corrente recomenda como eixo das ações: constituição de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes sustentáveis, reorientação dos serviços de saúde, desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e fortalecimento de ações comunitárias (CARVALHO⁷, 2004).

Segundo o *Health Promotion Glossary* (WHO³⁷, 1998), Promoção da Saúde é o processo que busca desenvolver as pessoas para que aumentem o controle sobre os determinantes sociais da saúde, por meio de ações que mudem as condições sociais, ambientais e econômicas, e conseqüentemente melhorem sua saúde individual e a saúde pública. Portanto, o núcleo ou eixo central desta corrente é a estratégia de *empowerment* (CARVALHO⁷, 2004).

Não existe no idioma português o termo “empoderamento”, e as possíveis traduções não trazem o verdadeiro teor conceitual por trás do termo *empowerment*.

Há duas noções distintas sobre a categoria *empowerment*: a psicológica e a comunitária. A psicológica pode ser definida como um sentimento de maior controle sobre a própria vida, sentimento este que indivíduos experimentam por meio do pertencimento a grupos diversos, mesmo que estes indivíduos não participem de ações políticas coletivas. Se partirmos deste entendimento, as estratégias de Promoção da Saúde acabam por fortalecer a auto-estima e a capacidade de adaptação do sujeito, o que não conduz a uma capacidade real de influenciar e transformar o ambiente (CARVALHO⁷, 2004).

O *empowerment* comunitário é uma noção alternativa proposta por alguns estudiosos como Julian Rappaport (teórico do movimento da psicologia comunitária), Paulo Freire (educador brasileiro) e Saul Alinsky (ativista social norteamericano). Esta noção propõe que a sociedade é constituída de diferentes grupos de interesses, com níveis diferentes de poder e de controle sobre os recursos. Deste modo, o *empowerment* implica numa redistribuição deste poder e na resistência dos grupos que o perde (CARVALHO⁷, 2004).

Este entendimento tem conseqüências práticas subsidiando, por exemplo, a afirmação de que um projeto de transformação demanda, mais do que discursos vazios contra a pobreza, uma postura ativa de enfrentamento das determinações macro e microsociais da iniquidade social, colocando em questão diferenciais de poder porventura existentes na relação entre especialistas e não-especialistas, entre populações de países ricos e desenvolvidos e de países pobres, entre homens e mulheres, e entre heterossexuais e homossexuais (CARVALHO⁷, 2004, p. 1091).

Portanto, o *empowerment* comunitário abrange tanto a experiência subjetiva do *empowerment* psicológico como a realidade objetiva de condições modificadas pela redistribuição do poder e recursos (CARVALHO⁷, 2004).

Esta categoria de *empowerment* é a adotada nesta pesquisa. Quando propomos pensar que um determinado momento de interlocução, a *entrevista inicial de diagnóstico* da tuberculose, entre profissionais de saúde e pacientes pode gerar uma ação positiva por parte do paciente, ou seja, pode fazê-lo aderir ao tratamento conscientizado do que isso representa para ele individualmente e para os demais a sua volta, estamos afirmando que este momento específico pode ser usado para o exercício do *empowerment* comunitário. Trata-se de um momento onde se pode buscar o desenvolvimento de competências para a participação na vida em sociedade através do pensamento reflexivo. Sendo assim, a Comunicação e a Educação apresentam grande importância para a prevenção e controle de doenças e para a Promoção de Saúde (indivíduos e coletivos agindo para prevenir e controlar a tuberculose).

Segundo CYRINO¹¹ (2005) as práticas de educação em saúde possuem, tradicionalmente, uma relação direta entre conhecimento e comportamento. Partem do princípio de que por meio de informações fornecidas o paciente mudará seu comportamento na direção desejada.

FESTE e ANDERSON¹⁵ (1995) afirmam que as doenças crônicas necessitam de uma abordagem educacional substancialmente diferente da tradicional, que é a abordagem orientada para a obediência à prescrição médica. Por definição, os programas educacionais com abordagem orientada para a obediência reduzem a autonomia e constriem as livres escolhas.

O *empowerment* pode ser realizado por qualquer pessoa, mas o processo pode ser facilitado por profissionais de saúde. O conceito é baseado na premissa de que os homens têm capacidade para fazer escolhas e são responsáveis pelas consequências de suas escolhas. É um processo educacional que ajuda os pacientes a desenvolverem seus conhecimentos, suas habilidades, suas atitudes, e a aumentar a consciência de si mesmo. É um processo necessário para que o paciente possa efetivamente assumir a responsabilidade sobre suas decisões no que se refere à saúde (FESTE e ANDERSON¹⁵, 1995).

Mais do que repassar informações e induzir determinados comportamentos, o “empowerment comunitário” deve buscar apoiar pessoas e coletivos a realizarem suas próprias análises para que tomem as decisões que considerem corretas, desenvolvendo a consciência crítica e a capacidade de intervenção sobre a realidade (CARVALHO⁷, 2004, p. 1093).

A proposta de *empowerment* pode ser reconhecida como uma forma mais dialógica de comunicação devido a postura ética de maior respeito à autonomia cognitiva do paciente. O exercício do *empowerment* cria um cenário de comunicação de natureza dialógica e não linear. Portanto, a educação em saúde abrange comunicação, criando uma esfera de comunicação/educação como prática para a relação entre profissionais de saúde e pacientes (CYRINO et al.¹², 2009).

Considerar a complexidade envolvida nas escolhas dos sujeitos nos leva a pensar um mundo carregado de valores, sentimentos, simbolismo. Ou seja, nos remete ao espaço da subjetividade dos sujeitos (CYRINO¹¹, 2005).

Como afirmam FESTE e ANDERSON¹⁵ (1995), “profissionais de saúde têm o privilégio de serem convidados para dentro da vida dos pacientes onde ambos, paciente e profissional, podem experimentar a humanidade – com todas as suas lutas agonizantes e suas vitórias gloriosas do espírito” (p. 143)*.

* [Healthcare professionals have the privilege of being invited into patients’ lives in which both patient and professional can experience humanity – with all its agonizing struggles and glorious victories of the spirit.]

6. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Pesquisa descritiva com abordagem quali-quantitativa que contou com os seguintes procedimentos para alcance dos objetivos: convite à participação da pesquisa para profissionais de saúde e pacientes, mediante apresentação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); entrevistas semi-estruturas e individuais gravadas e depois transcritas; e análise do conteúdo discursivo.

6.1. DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

A metodologia escolhida para o processamento do conteúdo discursivo foi a do discurso do sujeito coletivo (DSC) a partir da identificação de representações sociais de um espaço de interlocução específico entre profissionais de saúde e pacientes de tuberculose: a *entrevista inicial de diagnóstico*.

Da perspectiva de Bourdieu, as pesquisas sociais trabalham em um espaço denominado campo social, entendendo que as pessoas (objetos da pesquisa), como um conjunto de indivíduos, estão situadas em uma dada posição no campo e são identificáveis, já que detém representações semelhantes que se traduzem em modalidades de discursos que as expressam (LEFÈVRE et al.²⁴, 2000).

As abordagens de corte qualitativo permitem uma compreensão mais profunda dos campos sociais e dos sentidos presentes neles, o que seria de difícil recuperação por meio de estudos quantitativos, nos quais caso o discurso esteja presente será reduzido a uma expressão numérica. O que não impede de recorrermos a instrumentos quantitativos, utilizando-se, então, abordagens diversificadas para descrever a realidade (LEFÈVRE et al.²⁴, 2000).

A escolha da entrevista semi-estruturada como técnica de pesquisa qualitativa pretende superar as dificuldades para a compreensão dos campos. Este tipo de entrevista permite o acesso à realidade subjetiva por meio do discurso, que é o modo natural de pensamento e expressão das pessoas (LEFÈVRE et al.²⁴, 2000). Em pesquisas empíricas que envolvem pessoas e coleta de depoimentos referentes ao pensamento de pessoas é preciso fazer perguntas abertas, para que expressem um pensamento, um discurso (LEFÈVRE e LEFÈVRE²⁵, 2003). Questões fechadas não ensejam a expressão de um pensamento, mas a expressão de uma adesão forçada a um pensamento preexistente (LEFÈVRE e LEFÈVRE²⁵, 2003) enumerado entre as possibilidades de respostas a escolher.

Para a organização dos dados coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas em campos sociais, a metodologia do DSC propõe três figuras metodológicas: ideia central, expressão-chave e discurso do sujeito coletivo. A terceira figura metodológica, o DSC, é construída a partir das duas primeiras, é um produto delas. A organização e tabulação dos discursos é condição prévia para uma boa análise e interpretação destes depoimentos (LEFÈVRE et al.²⁴, 2000).

Expressão-chave (ECH)

São partes literais dos depoimentos que permitem resgatar o essencial do conteúdo discursivo (LEFÈVRE et al.²⁴, 2000). Em geral, correspondem às questões da pesquisa. São trechos que revelam a essência do depoimento (LEFÈVRE e LEFÈVRE²⁵, 2003).

Ideia central (IC)

São as afirmações que permitem traduzir o essencial do conteúdo discursivo (LEFÈVRE et al.²⁴, 2000). A ideia central é um nome ou expressão linguística que descreve de maneira sintética e fidedigna o sentido de cada um dos discursos e de cada conjunto homogêneo de expressões-chave (LEFÈVRE e LEFÈVRE²⁵, 2003).

Discurso do sujeito coletivo

Para a elaboração do DSC os discursos passam por um trabalho analítico, que consiste na seleção das principais ideias centrais de cada discurso individual e depois em todos eles reunidos (LEFÈVRE et al.²⁴, 2000). É um discurso redigido na primeira pessoa do singular composto pelas expressões-chave que têm a mesma ideia central (LEFÈVRE e LEFÈVRE²⁵, 2003).

Os indivíduos pertencentes à coletividade geradora do DSC deixam de ser indivíduos para se incorporarem em um ou vários discursos coletivos (LEFÈVRE et al.²⁴, 2000).

O DSC não é, então, uma soma aritmética, mas uma agregação discursiva que não reúne iguais, mas pedaços de diferentes discursos individuais que, pelo que se julga ser sua intercompatibilidade, permitem, como se fossem ingredientes agregáveis, compor um único “bolo discursivo” (LEFÈVRE et al.²⁴, 2000, p. 30).

O pressuposto sociológico de base é que o DSC é a expressão simbólica do campo social ao qual todos daquele grupo pertencem (LEFÈVRE et al.²⁴, 2000). Através do discurso é possível visualizar a representação social, não de modo artificial, como quadros, tabelas e categorias, mas de forma viva e direta, já que é através do discurso que pessoas reais e concretas se expressam (LEFÈVRE e LEFÈVRE²⁵, 2003).

O objetivo de uma pesquisa de representação social é o resgate do imaginário social sobre um dado tema e na técnica do DSC este imaginário adquire a forma de um painel de discursos (LEFÈVRE e LEFÈVRE²⁵, 2003).

Essa metodologia busca transcender a linha divisória entre as pesquisas quantitativas - tradicionalmente, “grandes e superficiais” - e as pesquisas qualitativas – “pequenas e profundas” – em direção a dados que correspondam mais diretamente ao “modo de pensar de uma coletividade” (LEFÈVRE e LEFÈVRE²⁷, 2005, p. 18).

O objetivo é colher o conjunto de depoimentos dos sujeitos de forma a representar a coletividade do estudo em questão. São entrevistas individuais, com questões semi-estruturadas para expressão das representações sociais.

6.2. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEP-SMS/SP) por meio do Parecer de Aprovação nº. 287/10, na data de 16 de Agosto de 2010. E também obteve homologação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (COEP-FSP/USP) por meio do Ofício nº. 307/10, na data de 01 de Outubro de 2010.

6.3. CONSTITUIÇÃO DO CAMPO

Segue abaixo a organização da coleta de entrevistas dentro do universo de estudo:

- Campo Social 1 (lógica sanitária): até 44 profissionais de saúde envolvidos com a entrevista inicial de diagnóstico da tuberculose em 22 unidades básicas de saúde (sendo até 2 profissionais por UBS), da Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) Campo Limpo, da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Sul do município de São Paulo (Figs. 3, 4 e 5), considerando a existência e a disponibilidade destes profissionais.

São 24 unidades de saúde que compõem a totalidade de UBS desta SUVIS, na qual todas possuem Programa de Saúde da Família (PSF) e todas fazem desde diagnóstico até o tratamento da tuberculose.

Desta totalidade de unidades, 2 foram utilizadas para o pré-teste do roteiro semi-estruturado, e 22 delas ficaram disponíveis para a pesquisa.

A escolha por esta Supervisão se deu pelo fato de que se trata da SUVIS mais bem organizada quanto ao fluxo do PCT e com melhores resultados dos indicadores, apesar da mesma dificuldade no alcance das metas, assim como o município de São Paulo como um todo.

Esta SUVIS aproxima-se muito do alcance das metas preconizadas, atingindo uma taxa de cura para casos novos de tuberculose, de todas as formas clínicas, residentes no município, em 2008, de 83,2 %; e uma taxa de abandono de 5,5% (COVISA⁹, 2009). O boletim epidemiológico de tuberculose do município de São Paulo mais recente (COVISA¹⁰, 2011) não apresenta dados atualizados de cura e abandono, para os casos já citados, por SUVIS, para os anos de 2009 e 2010.

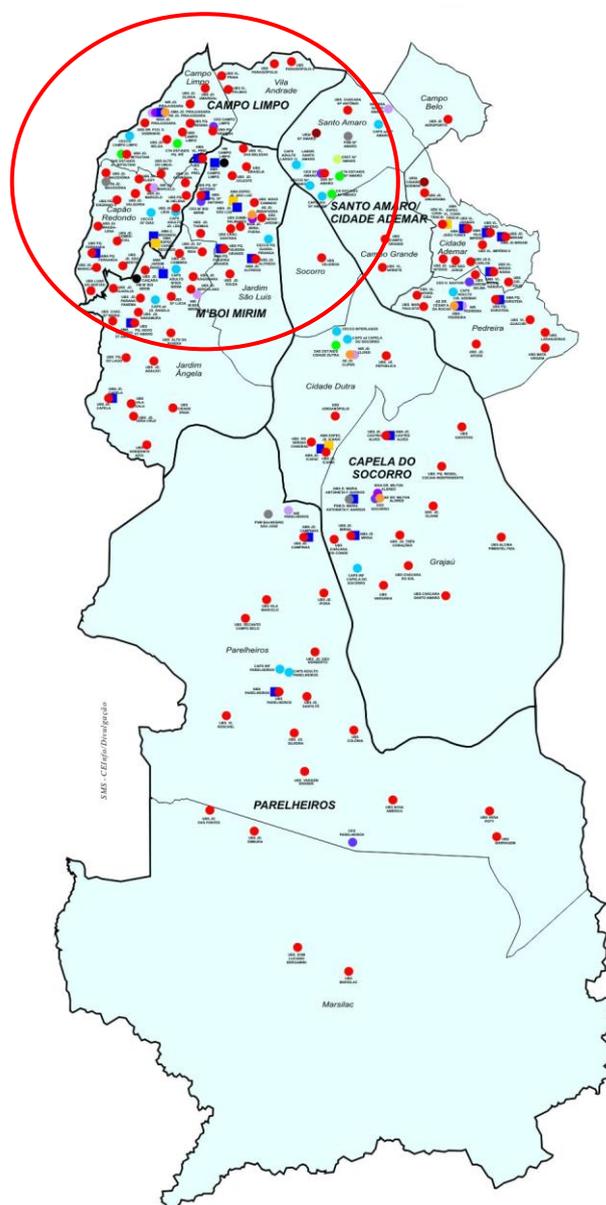
- Critérios de exclusão do Campo Social 1 (lógica sanitária): profissionais que não são envolvidos, especificamente, com a *entrevista inicial de diagnóstico* da tuberculose, mesmo que atendam pacientes de tuberculose.

Figura 3. Mapa do município de São Paulo, segundo Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e Supervisões de Vigilância em Saúde (SUVIS).



Extraído de: CEInfo – Coordenação de Epidemiologia e Informação / SMS-SP
Núcleo de Divulgação
05 jan 12

Figura 4. Mapa da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Sul, segundo Supervisões de Vigilância em Saúde (SUVIS) e respectivas unidades de saúde, município de São Paulo.



Extraído de: CEInfo – Coordenação de Epidemiologia e Informação / SMS-SP
Núcleo de Divulgação
05 jan 12

Figura 5. Mapa da Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) Campo Limpo, segundo Distritos Administrativos (DA) e respectivas unidades de saúde, município de São Paulo.



Extraído de: CEInfo – Coordenação de Epidemiologia e Informação / SMS-SP
Núcleo de Divulgação
05 jan 12

- Campo Social 2 (lógica do senso comum): até 44 pacientes adultos (18 anos ou mais) que estejam tratando tuberculose, de qualquer tipo (pulmonar e/ou qualquer tipo extrapulmonar), em qualquer modalidade de tratamento (supervisionado ou auto-administrado), a qualquer momento dentro do tempo previsto para o tratamento (seja 6 meses ou mais) nas mesmas 22 unidades de saúde do Campo Social 1 (sendo até 2 pacientes em cada UBS), considerando a existência e a disponibilidade destes pacientes.

- Critérios de exclusão do Campo Social 2 (lógica do senso comum): pacientes com tuberculose, inscritos nas unidades de saúde, mas que não estejam se tratando da doença; e pacientes de tuberculose que estejam tratando a doença, mas que, são menores de idade (menores de 18 anos).

Os locais para as entrevistas com os profissionais de saúde e com os pacientes foram as próprias unidades de saúde do Campo Social 1.

6.4. INSTRUMENTOS

Os instrumentos de trabalho foram os seguintes:

- Termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 10.1)
- Roteiros das entrevistas semi-estruturadas (apêndice 10.2).
- Software *QualiQuantiSoft*® para organização do conteúdo discursivo.

Obs. A apresentação do TCLE, explicação verbal sobre a pesquisa e a guarda dos Termos assinados foram de responsabilidade da pesquisadora.

6.5. COLETA DE DADOS

6.5.1. Construção dos roteiros definitivos das entrevistas

Em 1º de Outubro de 2010 foi dado início ao pré-teste do roteiro semi-estruturado. O intuito, naquele momento, foi o de entrevistar todos os pacientes adultos em tratamento de tuberculose e todos os profissionais envolvidos com a *entrevista inicial de diagnóstico* da tuberculose, em duas UBS da região, desde que se disponibilizassem para tal. As UBS foram sorteadas aleatoriamente.

Abaixo, quadros com dados das entrevistas:

Quadro 1. Número de pacientes entrevistados e não entrevistados nas unidades sorteadas para pré-teste do roteiro semi-estruturado.

<i>UBS*</i>	<i>Parceiro</i>	<i>Data</i>	<i>N de pacientes em tratamento na UBS</i>	<i>N de pacientes entrevistados</i>	<i>Pacientes não disponíveis</i>
1	Albert Einstein	1/out/10	5	2	3
2	Albert Einstein	13/out/10	9	5	4
Total de entrevistados				7	

Nota:

* UBS = Unidade Básica de Saúde

Quadro 2. Número de profissionais entrevistados e não entrevistados nas unidades sorteadas para pré-teste do roteiro semi-estruturado.

<i>UBS*</i>	<i>Parceiro</i>	<i>Data</i>	<i>N de profissionais envolvidos com a entrevista inicial de diagnóstico</i>	<i>N de profissionais entrevistados</i>	<i>N de profissionais não disponíveis</i>
1	Albert Einstein	1/out/10	3	2	1
2	Albert Einstein	13/out/10	4	0	4
Total de entrevistados				2	

Nota:

* UBS = Unidade Básica de Saúde

Quadro 3. Caracterização dos pacientes de tuberculose entrevistados nas unidades sorteadas para pré-teste do roteiro semi-estruturado.

CARACTERIZAÇÃO PACIENTES						
	Profissão	Escolaridade	Tempo de tratamento	Outra doença	Sexo	Idade
UBS* 1	Jardineiro	Analfabeto	Menos de 1 mês	Não	Masculino	50
UBS 1	Cuidador de idoso	Ensino fundamental	2 meses	Não	Masculino	36
UBS 2	Comerciante	Ensino fundamental	7 meses	Sim. Hepatite e Diabetes	Masculino	52
UBS 2	Doméstica	Ensino fundamental incompleto	6 meses	Não	Feminino	43
UBS 2	Vendedora	Ensino médio	5 meses	Não	Feminino	25
UBS 2	Ajudante	Ensino fundamental incompleto	1 mês	Não	Masculino	23
UBS 2	Motorista	Ensino fundamental incompleto	5 meses	Não	Masculino	35

Nota:

* UBS = Unidade Básica de Saúde

Quadro 4. Caracterização dos profissionais de saúde envolvidos com a entrevista inicial de diagnóstico entrevistados nas unidades sorteadas para pré-teste do roteiro semi-estruturado.

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAIS				
	Cargo	Tempo Atend. TB	Sexo	Idade
UBS* 1	Téc. Enfermagem	2 anos	Masculino	37
UBS 1	Médico	21 anos	Masculino	53

Nota:

* UBS = Unidade Básica de Saúde

Após a caracterização dos sujeitos envolvidos no pré-teste, passou-se para a análise das respostas transcritas. A análise identificou certa dificuldade por parte de pacientes e profissionais de saúde em entender as questões do roteiro. As respostas produzidas não respondiam ao objeto de estudo da pesquisa, que é a *entrevista inicial de diagnóstico*.

Os principais motivos foram:

- Perguntas extensas. Questões muito longas dispersam a atenção dos entrevistados. Ao final da pergunta já não se recordavam do que estava sendo tratado naquele enunciado.
- A palavra “entrevista” utilizada para se referir ao momento em que se recebe o diagnóstico da tuberculose não foi compreendida. Apesar de não ser um momento de consulta, especificamente, optou-se por alterar a palavra “entrevista” pela palavra “consulta”, já que é o termo corrente para quando se tem um encontro com um profissional de saúde. Ao perguntar sobre a “entrevista” de diagnóstico, os sujeitos não falavam sobre o momento que receberam a notícia de que estavam com tuberculose, mas, falavam de outra situação qualquer, ou perguntavam de que entrevista estava se falando.

Diante destas dificuldades, optou-se por enxugar as perguntas, tornando-as mais diretas, e por trocar a palavra entrevista pela palavra consulta, ao se referir ao momento em que se recebe a notícia do diagnóstico.

As alterações no roteiro semi-estruturado, com as devidas justificativas, foram enviadas ao CEP-SMS/SP e ao COEP-FSP/USP na data de 27 de Outubro de 2010. A aprovação deste adendo por parte do CEP-SMS/SP consta no Parecer 386/10 de 03 de novembro de 2010. E a aprovação pelo COEP-FSP/USP consta no Ofício 421/10 de 07 de dezembro de 2010.

Percebeu-se certa facilidade em entrevistar pacientes, pois ali eles já estavam, já haviam se deslocado para tomar ou pegar o medicamento. E entrevistá-los por alguns minutos não se tornou grande empecilho.

Já para os profissionais de saúde, devido o grande volume de trabalho, optou-se pelo agendamento da entrevista, se assim o quisessem. Quando do contato telefônico com o Gerente da UBS para autorização de realização da pesquisa em sua unidade e agendamento da visita à unidade, além das explicações sobre o que seria feito, já se solicitava um prévio aviso e, se possível, o agendamento de horários específicos com os profissionais que seriam entrevistados. Esta estratégia otimizou o tempo de permanência dentro de cada unidade.

O pré-teste é um momento importante não só para testar o roteiro de entrevista, mas também para visualizar a operacionalização da coleta dos dados. Somente na experiência podemos dimensionar a viabilidade do que se pretendeu fazer. A administração do tempo deve fazer parte da metodologia de qualquer pesquisa (OLIVEIRA e LEFÈVRE³², 2012).

6.5.2. Entrevistas

Para um bom universo empírico em pesquisas de representação social, se faz importante manter a diversidade dentro dos campos sociais. Para garantir esta diversidade, cada UBS foi, primeiramente, questionada quanto a quem são os profissionais de saúde envolvidos com a *entrevista inicial de diagnóstico* da tuberculose. Dentre estes (quando mais de dois e quando não apenas médicos),

procurou-se incluir enfermeiros ou auxiliares de enfermagem para diversificar as formações, possibilitando uma variedade. Sabe-se que a maior parte dos profissionais que fazem a revelação de diagnóstico é de formação médica, por isso torna-se importante incluir na pesquisa a visão de outros profissionais.

Esta escolha dos entrevistados se deu no dia da visita de cada UBS e a caracterização do universo foi descrita nos resultados da pesquisa.

Apesar da busca por esta diversidade mínima, os Campos Sociais 1 e 2 formam grupos bastante homogêneos. No Campo 1 todos são profissionais de saúde pública que lidam com tuberculose. E no Campo 2 todos são pacientes de tuberculose adultos em tratamento.

Devido esta homogeneidade, a população a ser pesquisada não necessitou ser a totalidade de profissionais e pacientes da SUVIS. A sugestão de até 44 sujeitos para cada campo compõe uma boa produção discursiva para análise.

6.6. PLANO DE ANÁLISE

Após a organização dos discursos por meio do método do DSC, os mesmos foram analisados, no que se refere ao modo de comunicação do diagnóstico, com base nas seis ideias-força apresentadas pelo educador brasileiro Paulo Freire (FREIRE¹⁷, 1979) que foram adaptadas para esta pesquisa (Quadro 5). A análise encontra-se no Capítulo 7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.

Segue abaixo quadro utilizado para análise dos discursos:

Quadro 5. Ideias-força para o processo de conscientização, Paulo Freire.

Descrição da Ideia-Força	O que detectar nos discursos*
<p>1. "Para ser válida, toda educação, toda ação educativa deve necessariamente estar precedida de uma reflexão sobre o homem e de uma análise do meio de vida concreto do homem concreto a quem queremos educar. Pela ausência de uma análise do meio cultural, corre-se o perigo de realizar uma educação pré-fabricada, portanto, inoperante, que não é adaptada ao homem concreto a que se destina".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionamento sobre o meio de vida do sujeito. ▪ Análise cultural do sujeito. ▪ Tentativa de educação pré-fabricada.
<p>2. "O homem chega a ser sujeito por uma reflexão sobre sua situação, sobre seu ambiente concreto. Quanto mais refletir sobre a realidade, sobre sua situação concreta, mais emerge, plenamente consciente, comprometido, pronto a intervir na realidade para mudá-la. Uma educação que procura desenvolver a tomada de consciência e atitude crítica, graças a qual o homem escolhe e decide, liberta-o em lugar de submetê-lo, de domesticá-lo, de adaptá-lo...".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre a situação e o ambiente do sujeito. ▪ Tentativa de domesticação do sujeito.
<p>3. "O homem, precisamente porque é homem, é capaz de reconhecer que existem realidades que lhe são exteriores. Sua reflexão sobre a realidade o faz descobrir que não está somente na realidade, mas com ela. Descobre que existe seu eu e o dos outros, embora existam órbitas existenciais diferentes: o mundo das coisas inanimadas, o mundo vegetal, o animal, outros homens... O homem, porque é homem, é capaz igualmente de reconhecer que não vive num eterno presente, e sim um tempo feito de ontem, de hoje, de amanhã. Esta tomada de consciência de sua temporalidade (que lhe vem de sua capacidade de discernir) permite-lhe tomar consciência de sua historicidade... As relações do homem com a realidade, com seu contexto de vida - trata-se da realidade social ou do mundo das coisas da natureza - são relações de afrontamento: a natureza se opõe ao homem; ele se defronta continuamente com ela; as relações do homem com os outros homens, com as estruturas sociais são também de choque, na medida em que, continuamente, o homem nas suas relações humanas se sente tentado a reduzir os outros homens à condição de objeto, coisas que são utilizadas para o proveito próprio... a resposta que o homem dá a um desafio não muda só a realidade com a qual se confronta: a resposta muda o próprio homem, cada vez um pouco mais, e sempre de modo diferente. No ato mesmo de responder aos desafios que lhe apresenta seu contexto de vida, o homem cria, se realiza como sujeito, porque esta resposta exige dele reflexão, crítica, invenção, eleição, decisão, organização, ação... Todas essas coisas pelas quais se cria a pessoa e que fazem dela um ser não somente 'adaptado' à realidade e aos outros, mas 'integrado'."</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicação que leve à reflexão por parte do sujeito. ▪ Processo de reconhecimento da temporalidade por parte do sujeito. ▪ Redução do outro a objeto. ▪ Processo de reconhecimento das relações sociais por parte do sujeito. ▪ Tentativa de levar o outro a uma escolha crítica.

Fonte: Freire P. Conscientização – teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes; 1979.

Nota:

*Adaptação para a pesquisa.

“continua”

Quadro 5. Ideias-força para o processo de conscientização, Paulo Freire.

“continuação”

Descrição da Ideia-Força	O que detectar nos discursos*
<p>4. "Na medida em que o homem, integrando-se nas condições de seu contexto de vida, reflete sobre elas e leva respostas aos desafios que lhe apresentam, cria cultura. A cultura - por oposição à natureza, que não é criação do homem - é a contribuição que o homem faz ao dado, à natureza. Cultura é todo o resultado da atividade humana, do esforço criador e recriador do homem, de seu trabalho por transformar e estabelecer relações de diálogo com outros homens. A cultura é também aquisição sistêmica da experiência humana, mas uma aquisição crítica e criadora, e não uma justaposição de informações armazenadas na inteligência ou na memória e não 'incorporadas' no setor total e na vida plena do homem."</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre o contexto de vida do sujeito. ▪ Busca por estabelecimento de diálogo. ▪ Justaposição de informações. ▪ Comunicação que viabilize uma busca por uma experiência crítica e criadora.
<p>5. "Não só por suas relações e por suas respostas o homem é criador de cultura, ele é também 'fazedor' da história. Um homem faz história na medida em que, captando os temas próprios de sua época, pode cumprir tarefas concretas que supõe a realização destes temas. Também faz história quando, ao surgirem os novos temas, ao se buscarem valores inéditos, o homem sugere uma nova formulação, uma mudança na maneira de atuar, nas atitudes e nos comportamentos... Insistamos em que o homem, para fazer a história, tem de haver captado os temas. Do contrário, a história o arrasta, em lugar de ele fazê-la."</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicação que busca captar temas próprios da época, que estejam envolvidos com a questão central que está sendo discutida. ▪ Sugestão de mudanças frente ao surgimento da "novidade".
<p>6. "É preciso que a educação esteja - em seu conteúdo, em seus programas e em seus métodos - adaptada ao fim que se persegue: permitir ao homem chegar a ser sujeito, construir-se como pessoa, transformar o mundo, estabelecer com os outros homens relações de reciprocidade, fazer a cultura e a história... se queremos que o homem atue e seja reconhecido como sujeito; se queremos que tome consciência de seu poder de transformar a natureza e que responda aos desafios que esta lhe propõe; se pretendemos, sinceramente, que se insira no processo histórico e que 'descruzando os braços renuncie à expectativa e exija a intervenção'; se queremos, noutras palavras, que faça a história em vez de ser arrastado por ela, e, em particular, que participe de maneira ativa e criadora nos períodos de transição (períodos particulares porque exigem opções fundamentais e eleições vitais para o homem); se é todo o anterior que desejamos, é importante preparar o homem para isso por meio de uma educação autêntica: uma educação que liberte, que não adapte, domestique ou subjugue."</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicação voltada para a tentativa de permitir ao outro chegar a ser sujeito. ▪ Busca por uma comunicação autêntica e libertadora. ▪ Subjugação do outro. ▪ Tentativa de domesticação do sujeito.

Fonte: Freire P. Conscientização – teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes; 1979.

Nota:

*Adaptação para a pesquisa.

Para a discussão dos resultados serão apresentados apenas os DSC de categorias que apresentam o modo de comunicação na *entrevista inicial de diagnóstico* (numa perspectiva pedagógica) como relevante para a adesão ou não adesão ao tratamento da tuberculose.

As expressões-chave que compõem as demais categorias podem ser consultadas na íntegra no Capítulo 11. ANEXOS.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1. CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO

A SUVIS Campo Limpo é dividida em três Distritos Administrativos de saúde (DA), sendo eles: Vila Andrade, Campo Limpo e Capão Redondo (Fig. 5).

Com relação às unidades de saúde municipais a SUVIS contava com as seguintes na época da coleta das entrevistas:

- 5 Atendimentos Médicos Ambulatoriais (AMA)
- 1 Atendimento Médico Ambulatorial Especialidades (AMA Especialidades)
- 1 Ambulatório de Especialidades (AE)
- 1 Serviço de Atendimento Especializado DST/Aids (SAE DST/Aids)
- 1 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)
- 1 Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPES)
- 2 Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO)
- 1 Serviço de Residência Terapêutica
- 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Isso totaliza 37 serviços de saúde.

Com relação às UBS, todas possuíam PSF e todas contavam com parceiros na sua administração.

Nove unidades estavam, à época das entrevistas, sob administração da Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein e treze unidades sob administração do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP).

Abaixo, segue a distribuição do total dos pacientes com tuberculose em tratamento nas UBS da SUVIS e em qual modalidade de tratamento estavam (Quadro 6). E na sequência, o tipo de atendimento de saúde que fez o diagnóstico dos pacientes entrevistados para a pesquisa (Quadro 7).

Quadro 6. Caracterização geral da SUVIS*** Campo Limpo quanto ao número total de pacientes em tratamento de tuberculose, auto-administrado e supervisionado, São Paulo, outubro de 2010 à fevereiro de 2011.

UBS*****	Parceiro	Data da Visita	N de Pacientes da UBS	N de Pacientes em AA*	N de Pacientes em TDO**
1	Albert Einstein	26/11/2010	6	1	5
2	UNASP	29/11/2010	12	6	6
3	Albert Einstein	01/12/2010	10	0	10
4	Albert Einstein	10/12/2010	6	0	6
5	UNASP	16/12/2010	4	0	4
6	UNASP	20/12/2010	17	0	17
7	UNASP	21/12/2010 e 22/12/2010	4	1	3
8	UNASP	10/01/2011	16	0	16
9	UNASP	12/01/2011	1	0	1
10	UNASP	13/01/2011	3	0	3
11	UNASP	14/01/2011	10	1	9
12	Albert Einstein	18/01/2011	2	0	2
13	Albert Einstein	19/01/2011	9	2	7
14	Albert Einstein	19/01/2011	10	4	6
15	UNASP	21/01/2011	4	1	3
16	Albert Einstein	08/02/2011	5	2	3
17	Albert Einstein	10/02/2011	5	0	5
18	Albert Einstein	11/02/2011	1	0	1
19	UNASP	15/02/2011	8	2	6
20	UNASP	17/02/2011	12	1	11
21	UNASP	22/02/2011	2	0	2
22	UNASP	24/02/2011	7	0	7
Outubro		UBS Pré-Teste 1	5	Sem informação	Sem informação
		UBS Pré-Teste 2	9	Sem informação	Sem informação
		Total SUVIS CL****	168	21	133

Notas:

*AA = Auto administrado (paciente retira medicamento na UBS para tomar em casa).

**TDO = Tratamento diretamente observado (paciente se desloca à UBS para ser observado enquanto engole o remédio).

***SUVIS = Supervisão de Vigilância em Saúde

****CL = Campo Limpo

*****UBS = Unidade Básica de Saúde

Quadro 7. Caracterização geral da SUVIS* Campo Limpo quanto ao local de diagnóstico dos pacientes entrevistados, São Paulo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.

UBS***	N de pacientes entrevistados	Diagnóstico Atensão Terciária (Privado)	Diagnóstico Atensão Primária (Privado)	Diagnóstico Atensão Terciária (Público)	Diagnóstico Atensão Primária (Público)	Diagnóstico Sistema Penitenciário
1	2	1	1			
2	2			1	1	
3	2			2		
4	2				2	
5	UBS excluída da pesquisa	UBS excluída da pesquisa	UBS excluída da pesquisa	UBS excluída da pesquisa	UBS excluída da pesquisa	UBS excluída da pesquisa
6	2			1	1	
7	2				2	
8	2		1		1	
9	0					
10	2			1	1	
11	2	1			1	
12	2		1	1		
13	2				2	
14	2			2		
15	2	1		1		
16	1			1		
17	2	1			1	
18	0					
19	1			1		
20	2			1	1	
21	1					1
22	1			1		
Total SUVIS CL**	34	4	3	13	13	1

Notas:

*SUVIS = Supervisão de vigilância em saúde

**CL = Campo Limpo

***UBS = Unidade Básica de Saúde

Quadro 8. Número de profissionais de saúde envolvidos com a entrevista inicial de diagnóstico da tuberculose, entrevistados na SUVIS* Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.

UBS***	N de profissionais entrevistados	N de médicos	N de enfermeiros	N de auxiliares de enfermagem
1	2	2		
2	2	2		
3	2		2	
4	2	1	1	
5	UBS excluída da pesquisa	UBS excluída da pesquisa	UBS excluída da pesquisa	UBS excluída da pesquisa
6	2	2		
7	2	2		
8	2		1	1
9	2	2		
10	2			2
11	2	2		
12	2		1	1
13	1		1	
14	2	1	1	
15	1	1		
16	2		1	1
17	2	1	1	
18	1		1	
19	2	2		
20	2	2		
21	2	1	1	
22	2	1	1	
Total SUVIS CL**	39	22	12	5

Notas:

*SUVIS = Supervisão de vigilância em saúde

**CL = Campo Limpo

***UBS = Unidade Básica de Saúde

Nos quadros acima, é possível notar que o número máximo de entrevistas propostas nos objetivos desta pesquisa (44 pacientes – 2 em cada UBS - e 44 profissionais de saúde – 2 em cada UBS) não foi atingido. Foram obtidas 34 entrevistas com pacientes em tratamento da tuberculose e 39 entrevistas com profissionais de saúde envolvidos com a *entrevista inicial de diagnóstico* da tuberculose. Isto se justifica pelos seguintes fatos: uma unidade não aceitou participar da pesquisa (UBS nº. 5); em algumas unidades não havia mais que 1 paciente em tratamento, ou mais que 1 profissional envolvido com a revelação diagnóstica; e em outras unidades, mesmo contando com o número de 2 profissionais e 2 pacientes, houveram recusas destes sujeitos em participarem da pesquisa.

7.2. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Pacientes em tratamento da tuberculose

Apresentando-os:

Tabela 1. Caracterização dos pacientes de tuberculose, com relação ao sexo, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.

Sexo	N de pacientes	%
Masculino	21	61,76
Feminino	13	38,24
Total	34	100,00

Tabela 2. Caracterização dos pacientes de tuberculose, com relação a faixa etária, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.

Faixa etária	N de pacientes	%
18-19	1	2,95
20-29	5	14,70
30-39	10	29,41
40-49	5	14,70
50-59	10	29,41
60-69	0	0,00
70-79	2	5,88
80-89	1	2,95
Total	34	100,00

Tabela 3. Caracterização dos pacientes de tuberculose, com relação a escolaridade, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.

Escolaridade	N de pacientes	%
Ensino fundamental incompleto	21	61,76
Ensino fundamental completo	4	11,77
Ensino médio incompleto	2	5,88
Ensino médio completo	6	17,64
Ensino superior incompleto	0	0,00
Ensino superior completo	1	2,95
Total	34	100,00

Tabela 4. Caracterização dos pacientes de tuberculose, com relação a fase de tratamento, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.

Fase de tratamento	N de pacientes	%
Fase de ataque*	13	38,24
Fase de manutenção**	21	61,76
Total	34	100,00

Notas:

*Do 1º ao 2º mês de tratamento

**Do 3º ao 6º mês de tratamento (ou mais, para os pacientes com tratamento de mais de 6 meses).

Os pacientes adultos em tratamento da tuberculose, entrevistados à época da pesquisa, compuseram um grupo de 34 pessoas. Deste grupo, mais da metade é do sexo masculino (21 pessoas) (Tabela 1). A grande maioria, 20 entrevistados, está distribuída nas faixas etárias de 30-39 anos e 50-59 anos (Tabela 2).

Dentre os pacientes entrevistados, 21 deles possui ensino fundamental incompleto (Tabela 3). E mais da metade, 21 pacientes, estava na fase de manutenção do tratamento (do 3º ao 6º mês) (Tabela 4).

Tabela 5. Caracterização dos pacientes de tuberculose, com relação a profissão, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.

Área	N de pacientes	%
Profissional da área da saúde	1	2,95
Profissional de outras áreas	33	97,05
Total	34	100,00

Esta maneira de caracterizar a profissão, se área da saúde ou não, foi proposital para evidenciar discursos de pacientes, que possivelmente trabalhassem na área da saúde. É provável que o discurso de um sujeito nestas condições tivesse uma mescla de representações da lógica do senso comum e da lógica sanitária.

Houve um paciente que trabalhava na área de saúde, inclusive lidava com pacientes de tuberculose em sua rotina. Mas, não se encontra, no discurso total das três questões semi-estruturadas, falas com conteúdo ou tentativa de apropriação da lógica sanitária. Ou seja, no momento da entrevista como paciente, seu discurso respondeu como paciente.

Tabela 6. Caracterização dos pacientes de tuberculose, com relação a outras doenças, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.

Outra doença? Qual?	N de pacientes	%
Não tem outra doença	24	70,59
Tem outra(s) doença(s) – Aids	0	0,00
Tem outra(s) doença(s) - Outras	10	29,41
Total	34	100,00

Esta maneira de caracterizar outras doenças além da tuberculose, se Aids ou não, foi proposital para evidenciar discursos de pacientes, que tivessem co-infecção TB e HIV/Aids. Receber a notícia de que se tem uma doença grave, porém curável (tuberculose) após já ter recebido a notícia de uma doença grave, mas incurável (Aids), possivelmente não produz o mesmo impacto de se ter a notícia de ter apenas tuberculose.

Nenhum dos entrevistados apresentava co-infecção.

Profissionais de saúde envolvidos com a entrevista inicial de diagnóstico da tuberculose:

Apresentando-os:

Tabela 7. Caracterização dos profissionais de saúde envolvidos com a entrevista inicial de diagnóstico da tuberculose, com relação ao sexo, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.

Sexo	N de profissionais	%
Masculino	11	28,20
Feminino	28	71,80
Total	39	100,00

Tabela 8. Caracterização dos profissionais de saúde envolvidos com a entrevista inicial de diagnóstico da tuberculose, com relação a faixa etária, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.

Faixa etária	N de profissionais	%
20-29	6	15,39
30-39	13	33,33
40-49	8	20,51
50-59	8	20,51
60-69	2	5,13
Não quis responder	2	5,13
Total	39	100,00

Tabela 9. Caracterização dos profissionais de saúde envolvidos com a entrevista inicial de diagnóstico da tuberculose, com relação ao cargo na UBS, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.

Cargo	N de profissionais	%
Médico(a)	22	56,42
Enfermeiro(a)	12	30,76
Auxiliar de enfermagem	5	12,82
Total	39	100,00

Tabela 10. Caracterização dos profissionais de saúde envolvidos com a entrevista inicial de diagnóstico da tuberculose, com relação ao tempo de atendimento de pacientes de tuberculose durante a vida profissional, entrevistados na SUVIS Campo Limpo, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.

Tempo de atendimento	N de profissionais	%
Menos de 1 ano	1	2,56
De 1 a 5 anos	23	58,98
Mais de 5 anos	14	35,90
Não quis responder	1	2,56
Total	39	100,00

Com relação aos profissionais de saúde envolvidos com a *entrevista inicial de diagnóstico* da tuberculose, estes compuseram um grupo de 39 pessoas. Ao contrário dos pacientes, mais da metade é do sexo feminino (28 pessoas) (Tabela 7). A maior parte dos profissionais entrevistados está na faixa etária 30-39 anos (Tabela 8) e possuem experiência de atendimento de pacientes de tuberculose na vida profissional entre 1 e 5 anos (Tabela 10).

Com relação a quais profissionais fazem a *entrevista inicial de diagnóstico*, encontramos três categorias distribuídas nas unidades: médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem (Tabela 9). Mais da metade dos entrevistados se concentra na categoria médicos, e quando algum profissional das outras categorias comenta livremente (ninguém foi questionado sobre isso especificamente) sobre quem dá a notícia do diagnóstico, o discurso predominante é de que isso é função do médico, sendo que outros profissionais o fazem na ausência ou impossibilidade do médico fazer. Um número menor de comentários seguiu a direção de que esta notícia pode ou deve ser feita por outros profissionais.

7.3. DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO DA PESQUISA

Dentre os 34 pacientes entrevistados

1. Questão semi-estruturada nº. 10: *Conte como foi a consulta onde te deram, pela primeira vez, a notícia de que você estava com tuberculose.* ⇒ 35 ideias centrais foram localizadas nos discursos dos sujeitos. Estas ideias compuseram um total de 10 categorias (Quadro 9 e Figura 6).

Quadro 9. Categorias, número de ideias centrais por categoria e porcentagem com relação a questão semi-estruturada 10* realizada aos pacientes de tuberculose, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.

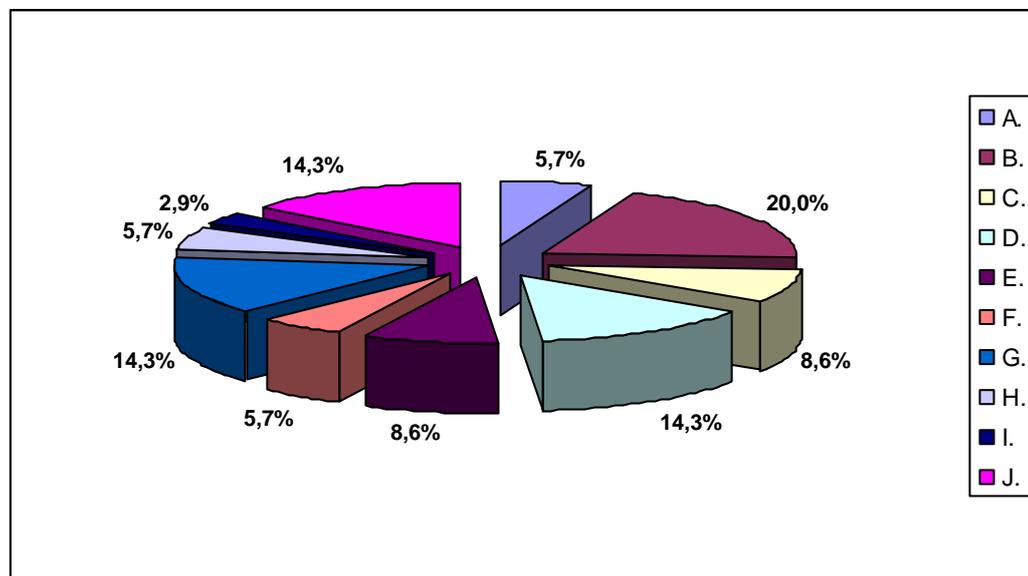
Categorias	N de Ideias Centrais**	%
A. O médico deu a notícia.	2	5,7%
B. A partir da suspeita o profissional de saúde solicitou exames.	7	20,0%
C. O diagnóstico foi dado no pronto atendimento.	3	8,6%
D. A notícia foi dada de forma direta sobre a condição de doente, sem mais explicações.	5	14,3%
E. Receber a notícia foi comum e esperado ou não provocou impacto.	3	8,6%
F. Foi difícil para os profissionais de saúde descobrirem a doença.	2	5,7%
G. No momento da suspeita, o profissional já deu a notícia de que poderia ser tuberculose.	5	14,3%
H. O diagnóstico foi dado no AMA.	2	5,7%
I. O diagnóstico foi dado no momento em que o profissional de saúde convocava o paciente para vir à unidade de saúde receber o resultado.	1	2,9%
J. A notícia foi inesperada, chocante, ruim, ou trouxe afetos negativos.	5	14,3%
Total	35	100,0%

Notas:

* Apêndice

** Anexo

Figura 6. Distribuição das porcentagens de ideias centrais** por categoria da questão semi-estruturada 10* realizada aos pacientes de tuberculose, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.



Notas:

* Apêndice

** Anexo

Segue abaixo o Discurso do Sujeito Coletivo da categoria que apresenta o modo de comunicação na *entrevista inicial de diagnóstico* contribuindo ou não para a adesão ao tratamento da tuberculose:

DSC da Categoria D – A notícia foi dada de forma direta sobre a condição de doente, sem mais explicações. (5 ideias centrais)

(...) *Me chamaram (sic) lá pra falar que eu tava (sic) com tuberculose (...) aí o médico falou (sic) pra mim que era tuberculose sugestiva (...). Ô seu V(...), você tá (sic) tuberculoso (...). Olha (sic) pra minha cara e falou (sic) assim, simplesmente: você tá (sic) com tuberculose, não me deu maiores explicações, e você vai iniciá (sic) o tratamento (...). Aí fiquei lá na enfermaria lá (...).*

Quando questionados sobre a consulta onde receberam a notícia de que estavam com tuberculose (questão 10), o grupo de 34 pacientes, expressou 35 ideias centrais sobre isso. Estas ideias se distribuíram em 10 categorias. Estas 10 categorias distribuem uma variação de ideias que percorrem pontos como: quem deu a notícia, quando ela foi dada, onde foi dada, como foi dada, qual reação gerou, e dificuldades para se chegar ao diagnóstico (Quadro 9).

O que mais fica evidente é que boa parte das ideias está concentrada nas categorias B, G e I, representando 37,2 % do total das ideias centrais, e estas categorias revelam que o paciente já havia sido informado da possibilidade de ter a tuberculose antes mesmo da notícia oficial. Ou seja, a partir da suspeita e da análise de sintomas, ou quando o paciente foi convocado para ir à unidade receber a notícia, o assunto tuberculose já havia sido tratado abertamente. Eles já sabiam que havia a possibilidade de ouvirem esta notícia na *entrevista inicial de diagnóstico*.

A categoria D, também chama a atenção, pois 5 ideias centrais (14,3 %) revelam que a notícia foi dada de forma direta, sem maiores explicações. Esta categoria se aproxima da discussão feita por Paulo Freire em sua ideia-força de número 4 (Quadro 5), em que a cultura é uma aquisição crítica de experiências, e não uma justaposição de informações. Estes pacientes revelam que um conteúdo desta importância foi automaticamente depositado sobre eles sem um exercício de reflexão e diálogo sobre a informação passada.

Para a questão semi-estruturada nº. 10, apenas a categoria D apresenta o componente comunicação relacionado a adesão. O simples depósito de uma informação não muda nenhum tipo de comportamento, e não produz reflexão sobre a situação.

“Olhô (sic) pra minha cara e falô (sic) assim, simplesmente: você tá (sic) com tuberculose, não me deu maiores explicações (...)”.

2. Questão semi-estruturada nº. 11: *De que jeito esta notícia poderia ser dada para que o paciente se sentisse motivado a fazer o tratamento.* ⇒ 36 ideias centrais foram localizadas nos discursos dos sujeitos. Estas ideias compuseram um total de 14 categorias (Quadro 10 e Figura 7).

Quadro 10. Categorias, número de ideias centrais por categoria e porcentagem com relação a questão semi-estruturada 11* realizada aos pacientes de tuberculose, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.

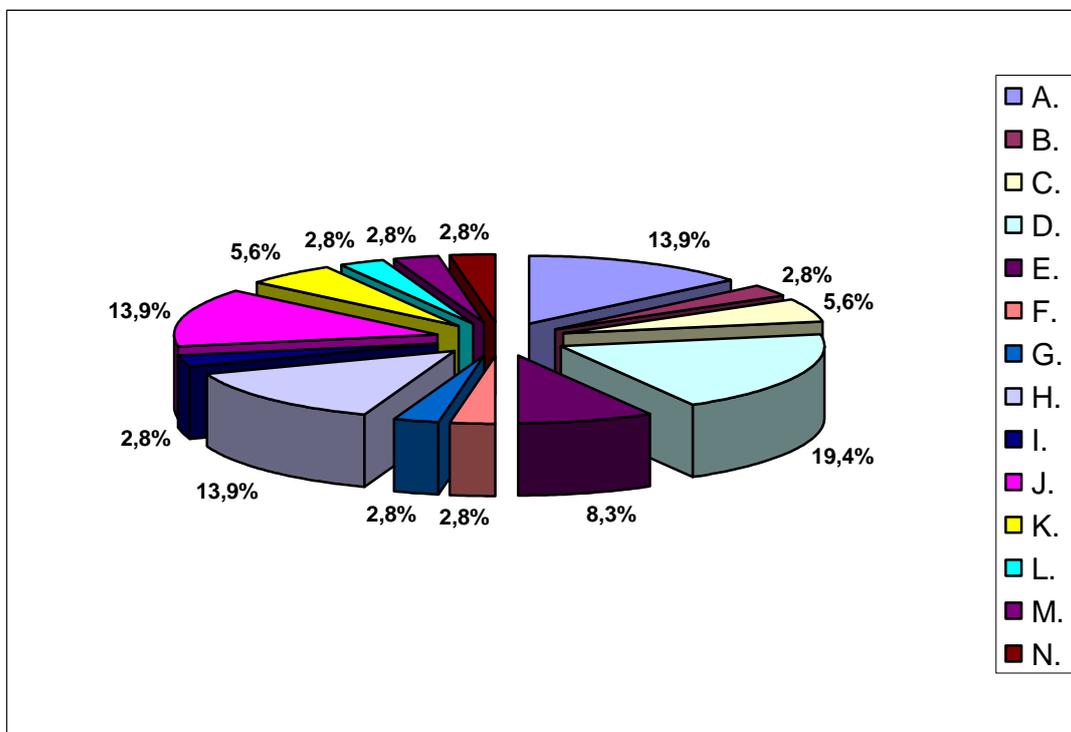
Categorias		N de Ideias Centrais**	%
A.	Explicando mais sobre aquilo que envolve a doença.	5	13,9%
B.	A interação entre os níveis de complexidade do sistema, quando necessário, ajuda no acolhimento.	1	2,8%
C.	Após sintomas, paciente fazer exame(s) e descobrir a doença.	2	5,6%
D.	Receber esta notícia é normal, natural ou esperada.	7	19,4%
E.	Dizer que a doença tem cura se fizer o tratamento.	3	8,3%
F.	Dando condições de tratamento.	1	2,8%
G.	Não há um modo mais adequado de se fazer, pois a própria doença é desmotivante.	1	2,8%
H.	Dando a notícia calmamente, de forma positiva, carinhosa e com cuidado.	5	13,9%
I.	Pelo médico na UBS.	1	2,8%
J.	A motivação é responsabilidade do paciente, a vontade está nele, e as conseqüências do não tratamento é culpa dele.	5	13,9%
K.	Dando a notícia rapidamente e de forma direta.	2	5,6%
L.	O apoio está na família do doente.	1	2,8%
M.	Profissionais frios e que não explicam sobre a doença atrapalham a adesão.	1	2,8%
N.	Em hospitais o diagnóstico de doenças pode ser melhor.	1	2,8%
Total		36	100,0%

Notas:

* Apêndice

** Anexo

Figura 7. Distribuição das porcentagens de ideias centrais** por categoria da questão semi-estruturada 11* realizada aos pacientes de tuberculose, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.



Notas:

* Apêndice

** Anexo

Segue abaixo o Discurso do Sujeito Coletivo da categoria que apresenta o modo de comunicação na *entrevista inicial de diagnóstico* contribuindo ou não para a adesão ao tratamento da tuberculose:

DSC da Categoria A – Explicando mais sobre aquilo que envolve a doença. (5 ideias centrais).

Explicá (sic) mais os benefício, como ela é, o quê que ela causa (...). Ah... da forma corretamente, explicá (sic) tudo certinho, os prós e os contras e influenciá (sic) pro tratamento.

Tem que passá (sic) pro (sic) paciente que é uma doença que... que é passada, como eles mesmo me explicáro (sic), passada em ônibus, de tosse, de vírus, enfim... E eles explicáro (sic) que o tratamento era simples, que tem que fazê (sic) só um acompanhamento de seis meses, que depois de seis meses cê (sic) tava (sic)... continuaria levando uma vida normal, sem nenhum problema extra no futuro, então (...) de uma maneira mais cautelosa, de uma maneira mais esclarecedora.

Acho que dizendo os riscos que ele correria se ele não fizesse (...). Que vai acabá (sic) afetando seus familiares (...). Então, melhor tratá (sic) agora.

Quando questionados sobre de que jeito a notícia poderia ser dada de modo a incentivar os pacientes a fazer o tratamento (questão 11), o grupo de 34 pacientes expressou 36 ideias centrais sobre isso (Quadro 10). Estas ideias se distribuíram em 14 categorias. Parte das categorias revela processos que podem ser feitos durante a notícia, como: dar mais explicações; reforçar o fato de que a doença tem cura; ser calmo, positivo e carinhoso ao dar a notícia; a notícia ser dada pelo médico; ser direto e rápido ao dar a notícia; e profissionais não serem frios ao dar a notícia. Outra parte das categorias concentra ideias que expressam que o incentivo para o paciente fazer o tratamento está em outros momentos que não na notícia propriamente dita, como: fazer o diagnóstico adequadamente descobrindo a doença; dar condições de tratamento aos pacientes; receber apoio dos familiares; quando necessário, um nível de complexidade do sistema de saúde deve conversar com o outro; e o diagnóstico feito por hospitais é melhor do que em outros serviços. E por último, algumas categorias expressam reações e motivações pessoais dos pacientes, como: receber a notícia é normal e natural; não há um modo adequado de dar a notícia, pois a própria doença é desmotivante; e a vontade de tratar, responsabilidade e consequências do não tratamento é do paciente.

A maior porcentagem de ideias centrais (19,4%) para esta questão semi-estruturada, concentra-se na categoria D, que revela ser normal e natural receber esta notícia, ou seja, o jeito que a notícia poderia ser dada para incentivar o tratamento, não é um ponto importante para este grupo.

Apenas a categoria A (explicando mais sobre aquilo que envolve a doença) está mais relacionada ao modo de comunicação refletindo na adesão do paciente ao tratamento (13,9 % das ideias centrais). Paulo Freire, em sua ideia-força de número 1 (Quadro 5), discute que toda ação educativa deve ser precedida de reflexão sobre o homem e seu meio de vida. Explicar o que envolve a doença, pode abranger o contexto social do paciente, dando mais sentido à informação dada. Caso contrário, a educação se torna pré-fabricada e inoperante.

3. Questão semi-estruturada n°. 12: *Algumas vezes, o jeito como essa notícia é dada acaba levando o paciente a desistir do tratamento, não é? Então, eu vou fazer três afirmações sobre isso e você vai escolher com qual você mais concorda:*

- a. *O paciente desistiu do tratamento porque o profissional de saúde foi bruto.*
- b. *O paciente desistiu do tratamento porque não entendeu as explicações sobre o tratamento.*
- c. *O paciente desistiu do tratamento porque o tratamento pareceu muito complicado e trabalhoso para ele.*

Por que você concorda mais com esta alternativa?. ⇒ 40 ideias centrais foram localizadas nos discursos dos sujeitos. Estas ideias compuseram um total de 14 categorias (Quadro 11 e Figura 8).

Quadro 11. Categorias, número de ideias centrais por categoria e porcentagem com relação a questão semi-estruturada 12* realizada aos pacientes de tuberculose, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.

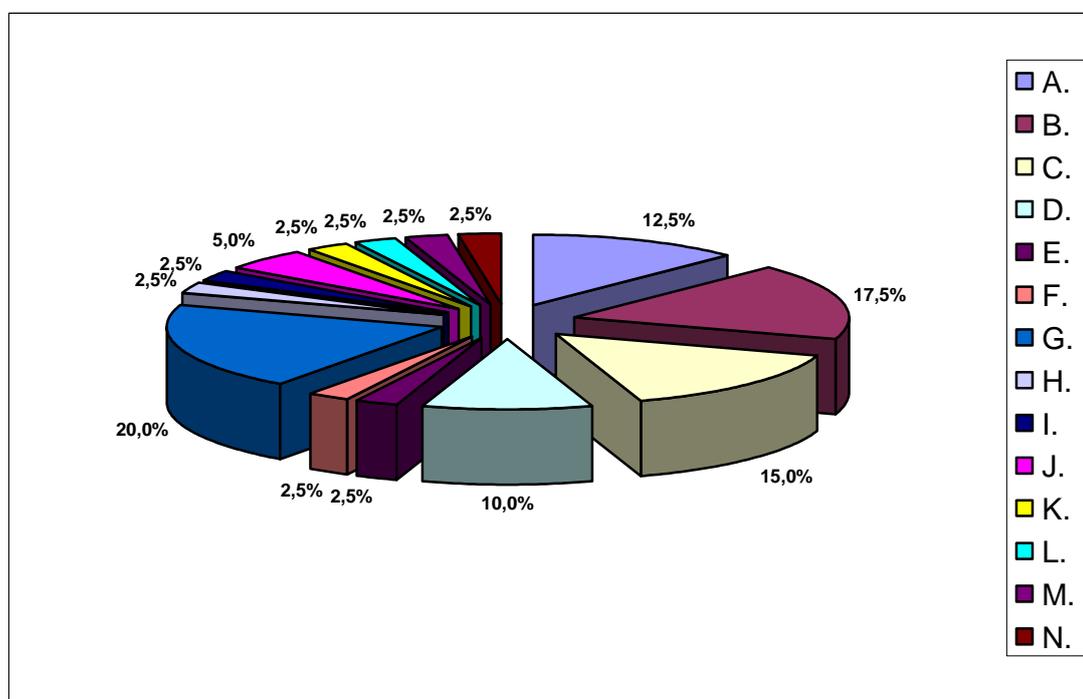
Categorias	N de Ideias Centrais**	%
A. Pacientes podem desistir do tratamento porque não entenderam as explicações sobre o tratamento.	5	12,5%
B. O paciente deve obedecer as orientações dos profissionais de saúde.	7	17,5%
C. Pacientes podem desistir do tratamento diante da brutalidade de alguns profissionais.	6	15,0%
D. Pacientes podem desistir do tratamento quando profissionais de saúde não explicam bem sobre o tratamento e permanecem dúvidas.	4	10,0%
E. O tratamento da tuberculose não é complicado.	1	2,5%
F. O tratamento respeitoso por parte de profissionais da saúde proporciona vínculo e o paciente não desiste.	1	2,5%
G. Pacientes podem desistir do tratamento por ele ser complicado, trabalhoso e longo.	8	20,0%
H. Pacientes podem desistir do tratamento por falta de atenção do serviço e de profissionais.	1	2,5%
I. Quando pacientes e profissionais chegam a um acordo o paciente não desisti.	1	2,5%
J. Pacientes podem desistir no meio do tratamento, quando percebem a melhora dos sintomas.	2	5,0%
K. Pacientes podem desistir do tratamento pela dificuldade de locomoção até a unidade.	1	2,5%
L. Pacientes podem desistir do tratamento quando não têm apoio familiar.	1	2,5%
M. Diagnósticos difíceis e demorados agravam a doença dificultando o tratamento.	1	2,5%
N. Pacientes tratados com brutalidade não devem desistir, devem procurar outro profissional.	1	2,5%
Total	40	100,0%

Notas:

* Apêndice

** Anexo

Figura 8. Distribuição das porcentagens de ideias centrais** por categoria da questão semi-estruturada 12* realizada aos pacientes de tuberculose, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.



Notas:

* Apêndice

** Anexo

Segue abaixo os Discursos do Sujeito Coletivo das categorias que apresentam o modo de comunicação na *entrevista inicial de diagnóstico* contribuindo ou não para a adesão ao tratamento da tuberculose:

DSC da Categoria A – Pacientes podem desistir do tratamento porque não entenderam as explicações sobre o tratamento. (5 ideias centrais)

Porque se ele num (sic) entende (sic) as explicações de repente ele fica desmotivado e acha que num (sic) é obrigatório ele tá (sic) fazendo esse tratamento, então seria uma das formas mais... mais importante de tá (sic) na orientação de um paciente. Eu acho. Não, porque às vezes ele num (sic) sabe é... a tanta importância do medicamento, pra (sic) saúde dele. Que às vezes ele acha que tá (sic) bem, que num (sic) precisa do remédio, que pode prejudicá (sic) ele em alguma outra coisa.

Às vezes a gente pensa que é fácil e num (sic) é né? Porque assim: muitas pessoas não entendem que tem que vim (sic) num horário, tomá (sic) certinho. E eles acham assim: que se o primeiro exame depois que começô (sic) o tratamento deu negativo, num (sic) precisa fazê (sic) mais porque se deu negativo o exame, né? Pra que que vai fazê (sic) mais. Eles não entendem que tem que completá (sic) o tratamento (...).

Então, pra esses paciente que não entendeu tinha que tê (sic) um slide pra mostrá (sic) a gravidade da tuberculose. Ela praticamente consegue acompanhá (sic) como uma Aids, como um câncer, ela num (sic) é brincadeira (sic), ela afeta muitos lugares. Ela afeta também no pulmão, no cérebro, como na garganta, no braço, perna, qualquer lugar. É que no pulmão é mais rápido você achá (sic). Tem gente que morre com a tuberculose por causa disso, quando descobre (sic) que tá (sic) num outro lugar, né? Então, eu acredito que tem que tê (sic) sim um slide e um estudo mais aprofundado, porque eu tava (sic) internada e vi que tinha gente que não tinha consciência que era a doença que tinha (...).

DSC da Categoria C – Pacientes podem desistir do tratamento diante da brutalidade de alguns profissionais. (6 ideias centrais)

(...) É porque a pessoa já tá (sic) com pobrema (sic) e se num (sic) for bem atendido, a pessoa até desanima e desisti (sic). Porque já fica desanimado, já tá com pobrema (sic), tem que tratá (sic) bem pra seguí (sic) o tratamento (...). Porque tem alguns que é bastante ignorante, faz a pessoa voltá (sic) o tratamento pra traz (...). Tá doente e vai sê (sic) tratado com ignorância?... É chato né?... Às vezes a pessoa é sensível demais, sei lá! Acho que é isso.

Porque, geralmente, é isso que ocorre. Se você é tratado de uma forma igualitária, assim, educada, você se incentiva, a pessoa é legal, mesmo que o remédio seja ruim, o tempo seja ruim, você tem uma pessoa atenciosa que tá (sic) ali cuidando de você, dando atenção. Agora, se não, você vai levá (sic) um susto: vô (sic) lá pra tomá (sic) as mesmas patadas de sempre! Então, você acaba desistindo assim (...).

DSC da Categoria D – Pacientes podem desistir do tratamento quando profissionais de saúde não explicam bem sobre o tratamento e permanecem dúvidas. (4 ideias centrais)

As veis (sic) é que a pessoa num (sic) explica direito. E a pessoa fica meio sem sabê (sic) como é que faz (...). Porque assim, éééé.... Lá mesmo eles não me esclarecêro (sic) muito as coisas pra mim... Muitas vezes a pessoa não é tão bem esclarecida. Essa é que é a verdade. Então, ele acaba desistindo porque ela não tem entendimento né? Não foi passado pra ela, e isso é importante (...). Por falta de informação ele chega na metade, acha assim que num (sic) é a coisa certa... vai e fica por ali mesmo...

DSC da Categoria F – O tratamento respeitoso por parte de profissionais da saúde proporciona vínculo e o paciente não desisti. (1 ideia central)

(...) Pra mim foi tudo aceito. Bem aceito... porque com chuva ô (sic) sem chuva, eu tô (sic) aqui pra tomá (sic) o remédio (...). Muito bem tratado aqui, todo mundo me respeita, eu respeito todo mundo. Aqui é uma família pra mim, é como uma família. Às vezes no sábado, sábado e domingo eu num (sic) venho aqui porque tá (sic) fechado, eu sinto falta. É inacreditáve (sic) isso. E eu me sinto bem, num (sic) tenho nada, me trata (sic) muito bem (...).

DSC da Categoria H – Pacientes podem desistir do tratamento por falta de atenção do serviço e de profissionais. (1 ideia central)

Porque já tive a experiência. Aqui nunca tem médico, estão sempre falando que eu num (sic) sô (sic) daqui e eu tô (sic) até agora sem passá (sic) com um médico.

DSC da Categoria N – Pacientes tratados com brutalidade não devem desistir, devem procurar outro profissional. (1 ideia central)

Na minha opinião, se você tá (sic) com esse pobrema (sic) e o profissional que tá (sic) te acompanhando te trata mal, você tem que procurá (sic) outro (...).

Com relação à última questão semi-estruturada feita aos pacientes, quando questionados sobre o modo de revelar o diagnóstico que pode levar um paciente a desistir de seu tratamento (questão 12), o grupo de 34 pacientes expressou 40 ideias centrais. Estas se distribuíram em 14 categorias (Quadro 11). As categorias que expressam que o modo de comunicar pode sim refletir na não adesão ao tratamento transitam pelos seguintes pontos: pacientes desistem, pois não entenderam as explicações sobre o tratamento e ainda restam dúvidas (categorias A e D); podem desistir diante de profissionais brutos e o tratamento respeitoso por parte de profissionais cria vínculo (categorias C e F); por falta de atenção do serviço e de profissionais (categoria H); e pacientes tratados com brutalidade devem procurar outros profissionais (categoria N).

Em sua ideia-força de número 6, Paulo Freire discute que toda educação, em seu conteúdo, programa e método (o processo de se revelar um diagnóstico, promover a adesão ao tratamento e mudar o quadro, contempla estes três pontos), deve ser adequada ao seu objetivo. Um paciente estar curado, não deve ser visto apenas como um dado estatístico. Quando o objetivo é apenas este, não é de se surpreender que o conteúdo, programa e método de revelação de diagnóstico seja feito com informações incompletas e de forma desrespeitosa, já que “ver o paciente engolir o remédio” será a estratégia mais valorizada para a adesão. Ou seja, a notícia, ou qualquer outro momento do processo, não é importante. Mas, se o objetivo ultrapassa as questões estatísticas, e busca permitir o paciente tornar-se sujeito, transformar seu contexto, e multiplicar o apreendido na sua vida (aderir ao tratamento conscientemente, evitar ficar doente novamente, promover saúde entre os seus familiares e conhecidos, etc.) é necessário ir além do controle do medicamento.

(...) se queremos, noutras palavras, que faça a história em vez de ser arrastado por ela, e em particular, que participe de maneira ativa e criadora nos períodos de transição (períodos particulares porque exigem opções fundamentais e eleições vitais para o homem) (...) é importante preparar o homem para isso por meio de uma educação autêntica: uma educação que liberte, que não adapte, domestique ou subjuguie (FREIRE¹⁷, 1979, p. 22).

Outras categorias, ainda da última questão semi-estruturada feita aos pacientes, falam da desistência dos pacientes vinculada a outros momentos, que não a revelação do diagnóstico, mas sim a processos do serviço e do atendimento. São elas: pacientes podem desistir porque o tratamento é complicado e trabalhoso; quando existe acordo entre profissionais e pacientes o paciente não desiste; pacientes desistem no meio, e não no início do tratamento; diagnósticos difíceis e demorados podem fazer com que o paciente desista; desistem pela dificuldade de locomoção até a unidade.

Estas categorias não tratam especificamente da revelação do diagnóstico, mas falam de momentos antes e depois da notícia. Fazer um diagnóstico rápido e adequado, e depois acompanhar o paciente após a notícia, bem como, dar condição de tratamento aparecem como importantes para este grupo.

E por fim, as demais categorias dizem que o apoio para a adesão está na família e não no serviço; que o tratamento não é complicado, portanto, este não seria um motivo de desistência; e uma das categorias que mais salta aos olhos (com 17,5% das ideias centrais), o paciente deve obedecer às recomendações independente de qualquer coisa (categoria B). A lógica do senso comum vem mudando muito recentemente sua postura diante do conhecimento médico, com o advento da internet e o acesso à informações de saúde, colocando-se numa postura questionadora às recomendações médicas. Porém, ao discutirmos a tuberculose, falamos de uma população, em sua grande maioria, socioeconomicamente desfavorecida, com nível de escolaridade baixo, e com o acesso a internet e à informações comprometida por estas características. Não é uma população que compartilha desta mudança de postura com pacientes de outros agravos.

Com relação à terceira e última pergunta semi-estruturada (questão n°. 12) feita aos pacientes, três opções de respostas foram dadas, incluindo três aspectos envolvidos com as escolhas humanas, são eles: afetivo ou psíquico, cognitivo e comportamental. Os sujeitos entrevistados puderam responder livremente, de modo que alguns não escolheram nenhuma das opções, e sugeriram outras respostas. As respostas não foram categorizadas entre as três opções, pois cada sujeito trouxe uma explicação própria para sua escolha configurando diferentes ideias centrais. Dentre as 14 categorias produzidas, várias trouxeram o modo de comunicação refletindo na

adesão ou não, já que a pergunta estava mais focada a este objetivo. As perguntas semi-estruturadas foram construídas de modo crescente, sendo que a primeira foi mais aberta e geral, e a última, a mais estruturada. Discutiremos as seguintes categorias:

Categorias A e D: estão relacionadas ao aspecto cognitivo e expressam que pacientes podem desistir pois não entenderam as explicações sobre o tratamento, quando profissionais não explicaram bem e ainda permanecem dúvidas.

“Porque se ele num (sic) entende (sic) as explicações de repente ele fica desmotivado (...). Então, pra esses paciente que não entendeu tinha que tê (sic) um slide pra mostrá (sic) a gravidade da tuberculose (...). Então, eu acredito que tem que tê (sic) sim um slide e um estudo mais aprofundado (...).”

“Lá mesmo eles não me esclareô (sic) muito as coisas pra mim... Muitas vezes a pessoa não é tão bem esclarecida.”

De acordo com a ideia-força n.º. 2 de Paulo Freire, quanto mais um sujeito refletir sobre sua situação concreta, mais comprometido e pronto para intervir e mudar ele estará. Este DSC acima expressa um conjunto de ideias centrais que sugerem uma estratégia para melhor explicar um assunto importante. Como já citado mais acima, os métodos educativos devem estar adaptados ao seu fim. Se alguém ensina e o outro não aprende ou não entende, é porque o primeiro não atingiu o objetivo de ensinar. Ensinar ou educar está totalmente vinculado à aprendizagem e para que haja aprendizagem e entendimento o educador deve lançar mão de estratégias que consigam atingir o educando.

Categorias C e F: estão relacionadas ao aspecto afetivo ou psíquico. Expressam que pacientes podem desistir do tratamento quando profissionais de saúde os tratam com brutalidade, e o tratamento respeitoso pode criar vínculo fazendo com que o paciente não desista de se tratar.

“(...) É porque a pessoa já tá (sic) com pobrema (sic) e se num (sic) for bem atendido, a pessoa até desanima e desisti (sic).”

“Às vezes no sábado, sábado e domingo eu num (sic) venho aqui porque tá (sic) fechado, eu sinto falta. É inacreditáve (sic) isso.”

Em sua ideia-força n.º. 3, Paulo Freire nos explica que as relações do homem com seu contexto de vida são de afrontamento. Por isso, as relações dos homens com

os outros homens são de choque, de modo que eles se sentem tentados a reduzir os outros homens à condição de objeto. Comportamentos brutais refletem esta resposta dos sujeitos diante do afrontamento com outros sujeitos. É uma tentativa de impedir o outro de me modificar. É uma barreira de proteção, uma resistência, para que a realidade do outro não invada a minha realidade.

Categorias H e N: estão relacionadas ao aspecto afetivo ou psíquico. Expressam que pacientes podem desistir por não terem atenção do serviço e de profissionais, e que quando tratados com brutalidade, os pacientes devem procurar outro profissional.

De acordo com a ideia-força de n°. 3 de Paulo Freire, a resposta que um homem dá a um desafio que se apresenta, muda ele mesmo, e cada vez um pouco mais. A grande questão é o tipo de desafio. Os desafios criam as pessoas, sua forma crítica de pensar. Não dar atenção, não atender a um paciente, cria um desafio que pode produzir uma resposta de desistência ou de descrédito no serviço de saúde e não necessariamente a persistência de buscar outro serviço. Não há como controlar que tipo de resposta esta pessoa irá produzir.

Dentre os 39 profissionais entrevistados

1. Questão semi-estruturada n°. 8: *A consulta onde se comunica, pela primeira vez, ao paciente que ele está com tuberculose tem alguma coisa de especial? Fale um pouco sobre ela.* ⇒ 60 ideias centrais foram localizadas nos discursos dos sujeitos. Estas ideias compuseram um total de 20 categorias (Quadro 12 e Figura 9).

Quadro 12. Categorias, número de ideias centrais por categoria e porcentagem com relação a questão semi-estruturada 8* realizada aos profissionais de saúde, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.

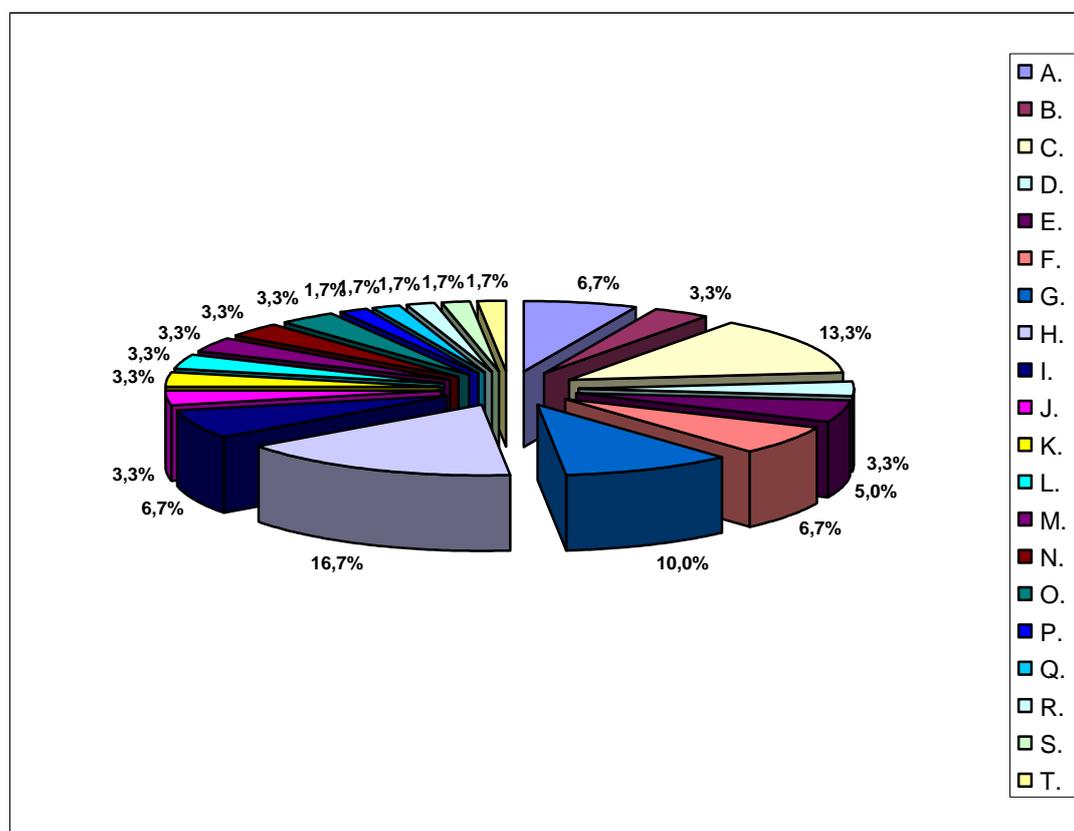
Categorias	N de Ideias Centrais**	%
A. O médico deve ser o profissional prioritário para passar esta notícia	4	6,7%
É o momento propício para fazer a prevenção da doença entre os familiares do doente e a prevenção e controle de outras doenças associadas.	2	3,3%
B. associadas.	2	3,3%
C. É o momento onde se deve desconstruir os tabus com relação à doença.	8	13,3%
A notícia não é impactante, pois a doença faz parte do contexto dos pacientes	2	3,3%
D. pacientes	2	3,3%
E. É o momento de se tirar as dúvidas dos pacientes.	3	5,0%
Quando o paciente faz exames é porque já existe a suspeita de tuberculose.	4	6,7%
F. tuberculose.	4	6,7%
A notícia é impactante, assustadora, nunca é esperada, e o profissional deve saber lidar com isso.	6	10,0%
G. deve saber lidar com isso.	6	10,0%
H. O especial deste momento é explicar sobre o tratamento e o seguimento.	10	16,7%
É importante falar do passado negativo da doença e que hoje ela pode ser curada, isso se houver adesão ao tratamento.	4	6,7%
I. curada, isso se houver adesão ao tratamento.	4	6,7%
J. Deve-se falar das complicações do não tratamento e da transmissão.	2	3,3%
K. Este momento não tem nada de especial, é uma consulta como as outras.	2	3,3%
É uma notícia que pode ser dada por vários profissionais, inclusive em conjunto.	2	3,3%
L. conjunto.	2	3,3%
Outros profissionais estão mais preparados para dar esta notícia do que os médicos.	2	3,3%
M. médicos.	2	3,3%
N. Esta notícia é o momento chave para se trabalhar a adesão.	2	3,3%
Quando o paciente já chega à unidade diagnosticado em um pronto atendimento, a adesão ao tratamento é frágil.	2	3,3%
O. atendimento, a adesão ao tratamento é frágil.	2	3,3%
P. A notícia deve ser dada em um local reservado.	1	1,7%
Q. A notícia deve ser dada em linguagem acessível ao paciente.	1	1,7%
R. É importante explicar as outras formas clínicas, não só a pulmonar.	1	1,7%
S. Procura-se contextualizar o diagnóstico antes de qualquer coisa.	1	1,7%
É importante fazer a parte educativa para que este paciente multiplique informações no seu contexto.	1	1,7%
T. informações no seu contexto.	1	1,7%
Total	60	100,0%

Notas:

* Apêndice

** Anexo

Figura 9. Distribuição das porcentagens de ideias centrais** por categoria da questão semi-estruturada 8* realizada aos profissionais de saúde, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.



Notas:

* Apêndice

** Anexo

Segue abaixo os Discursos do Sujeito Coletivo das categorias que apresentam o modo de comunicação na *entrevista inicial de diagnóstico* contribuindo ou não para a adesão ao tratamento da tuberculose:

DSC da Categoria C – É o momento onde se deve desconstruir os tabus com relação a doença. (8 ideias centrais)

(...) Tuberculose é uma doença estigmatizada... eu acho que ainda é um diagnóstico carregado de estigma. Então, a gente procura, é..., na primeira consulta, conversar bastante, que é uma doença tratável, que ela tem cura, que a adesão ao tratamento é importante (...). Às vezes, você precisa esclarecer o paciente... Eu não tenho muito constrangimento em falar, visto que a tuberculose é uma doença completamente tratável e curável, hoje em dia. Mas, os pacientes tem aquela questão... Como que a gente diz?... Tem aquele... O tabu vai, vamos dizer, com a tuberculose. Então, eles têm muito medo de ter tuberculose, porque se ouvia dizer que muita gente morria de tuberculose, antigamente, tuberculose isso, tuberculose aquilo. Não vão comer no mesmo prato, não vão tomar no mesmo copo, e... pra mim é muito tranquilo dá (sic) o diagnóstico e explicar, justamente esclarecer que ele pode comer no mesmo prato, tomar no mesmo copo e depois de 15 dias pode voltar a trabalhar.

Então, tem que tomá (sic) cuidado com que você fala. Tem que explicá (sic) direitinho que tem tratamento, que é uma doença que se ele não tratá (sic) pode prejudicá (sic) ele e a família dele. Mas, é isso... É mais com relação ao preconceito do próprio paciente que não conhece, nem como é o tratamento, e nem como evolui a doença (...). Muitas vezes, eles já vêm com uma cabecinha feita do que eles ouvem falá (sic), que não tem cura, que eles acham que vão morrer (sic). Então, a gente tem um pouco de dificuldade nesse começo, justamente por isso, os paradigmas mesmo, né? (...). É uma abordagem diferente sim, né? Onde você, ao dar o diagnóstico, você explica como a doença funciona, os riscos que ela tem, né? Qual a problemática do abandono de um tratamento, né? O quanto é importante que ele compareça na unidade, porque o tratamento é feito aqui, né? É feito monitorado (...).

(...) Às vezes até a gravidez aqui é estigmatizante, né? Conforme o contexto e tal. Então, isso exige um respeito maior, um cuidado maior, pra explicar, pra dá (sic) a notícia, explicar como é a doença, como pega, como é a transmissão e o que é mais difícil, né? O tratamento, porque é um tratamento longo(...).

O que é que tem de especial? É dar a notícia, falá (sic) que a pessoa não vai morrer por causa disso, que se ele tratá (sic) tem grandes chances de cura e explicar que tudo isso é que vai favorecer a vida dela, desde que ele cumpra o tratamento devidamente (...).

DSC da Categoria Q – A notícia deve ser dada em linguagem acessível ao paciente. (1 ideia central).

(...) A gente fala "tuberculose", não fala "TB" né?(...).

DSC da Categoria T – É importante fazer a parte educativa para que este paciente multiplique informações no seu contexto. (1 ideia central).

(...) É importante frisar as causas que podem ter levado pra que não se repita, porque pode tê (sic) uma recidiva com um abandono de tratamento, ou até mesmo uma baixa de imunidade mais pra frente (...). Então, os cuidados! Eu acho que não é a dificuldade dele entendê (sic), não é uma questão fisiopatologia da doença, mas é uma questão de como se pega a tuberculose, como ela se transmite, a orientação que ele pode passá (sic) prum (sic) vizinho, não os contatos domiciliares, porque os contatos domiciliares vêm pra gente, mas a própria região... Porque a gente tem uma microárea que tá (sic) um pouco privilegiada com esse diagnóstico. Então, são pacientes que passam comigo, mensalmente, mas são pacientes que na primeira consulta a gente prima por um tempo maior pra explicá (sic) em relação à doença, os cuidados que ele deve tê (sic), até o porquê pode tê (sic) acontecido pra ele tê (sic) pego essa doença, até pra ficá (sic) muito claro pro (sic) paciente, e pra que ele consiga de forma muito simples e clara passá (sic) essas informações pra quem ele conhece, pra quem ele tem contato (...).

Os profissionais de saúde envolvidos com a *entrevista inicial de diagnóstico* quando questionados se a consulta de revelação de diagnóstico tem algo de especial (questão 8), o grupo de 39 profissionais expressou 60 ideias centrais sobre isso (Quadro 12). Essas ideias se dividiram em 20 categorias. Os discursos trouxeram um conteúdo bastante tecnológico com a relação a esse momento, com referências a quem deve dar a notícia, o que dizer, como dizer e onde dizer (Quadro 12). A categoria H é a com mais ideias centrais (16,7% do total) e concentra as ideias que dizem que o especial neste momento é explicar sobre o tratamento e como será o seguimento.

A segunda categoria com mais ideias centrais é a C (13,3% do total) que diz ser o momento de se desconstruir os tabus com relação a essa doença. E a terceira é a categoria G (10% do total) que diz que a notícia é impactante, assustadora, nunca é esperada e o profissional precisa saber lidar com isso.

A grande maioria das categorias para essa questão semi-estruturada, apresenta um caráter tecnológico o que evidencia o modo como a lógica sanitária opera. As interações dos profissionais de saúde (lógica sanitária) com os pacientes estão

baseadas em conhecimentos do modelo biomédico tradicional. Portanto, definir quem vai dizer, o que vai dizer, como, em que ordem, onde, etc. traduz o trabalho por protocolos pré-determinados. Isso contrasta com as respostas dos pacientes, quando questionados sobre como foi a consulta onde receberam a notícia de que estavam com tuberculose. As ideias expressas, já discutidas anteriormente, revelam um conteúdo mais humanizado e simbólico: quando deram a notícia (já na suspeita; quando fui convocado para receber o resultado), como foi dada (sem muitas explicações), reações ao receber (comum, esperado; chocante, ruim), dificuldade da descoberta da doença (foi difícil).

Três categorias não apresentam este conteúdo tecnológico, a D (a notícia não é impactante, pois a doença faz parte do contexto dos pacientes), a G (a notícia é impactante e o profissional deve lidar com isso) e a K (a notícia não tem nada de especial, já que é um consulta como as outras). Essas três categorias falam de reação, do que uma notícia como esta pode provocar ou não provocar.

Para a questão semi-estruturada 8, temos a categoria C que revela o modo de comunicação contribuindo para a adesão ao tratamento da tuberculose: essa categoria reúne ideias centrais que concordam que a tuberculose ainda é uma doença estigmatizada e para que o profissional possa acessar o paciente, as crenças “errôneas” que esse paciente tem devem ser quebradas. Uma frase interessante que surge neste DSC é “... Às vezes até a gravidez aqui é estigmatizante, né? Conforme o contexto e tal. Então, isso exige um respeito maior, um cuidado maior, pra explicar, pra dá (sic) a notícia, explicar (...)”. Esse DSC levanta uma questão trabalhada por Paulo Freire em sua ideia-força de nº. 1, quando explica que uma educação para ser válida deve necessariamente ser precedida de uma análise do meio de vida concreto do homem a quem queremos educar. Ou seja, a tuberculose, ou qualquer outro agravo (ou não agravo, apenas condição) terá o seu significado naquele contexto. Saber esta carga simbólica antes de qualquer intervenção é o melhor passo para se acessar de modo profundo o sujeito.

Categoria Q: possui 1 ideia central que afirma que o que tem de especial em dar esta notícia é falar em linguagem acessível ao paciente. “(...) A gente fala ‘tuberculose’, não fala ‘TB’ né? (...)”.

Em sua ideia-força n.º.1, Paulo Freire explica que por uma falta de análise do meio cultural do educando, corre-se o risco de fazer uma educação inoperante e não adaptada ao homem concreto a que se destina. Não sabemos se um profissional de saúde nunca deve usar a sigla TB com os pacientes. Uns devem saber o que é, outros não. O ideal é ter a sensibilidade para sentir o fluxo do diálogo nesta relação.

Categoria T: contém 1 ideia central que expressa a importância de se fazer a parte educativa neste momento, para que este paciente multiplique as informações no seu contexto.

Eu acho que não é a dificuldade dele entendê (sic), não é uma questão fisiopatologia da doença, mas é uma questão de como se pega a tuberculose, como ela se transmite, a orientação que ele pode passá (sic) prum (sic) vizinho (...). Pra que ele consiga de forma muito simples e clara passá (sic) essas informações pra quem ele conhece, pra quem ele tem contato (...).

Paulo Freire, na ideia-força n.º. 2, expressa que um homem só chega a ser sujeito quando reflete sobre sua situação e sobre seu ambiente. O paciente ser levado a pensar criticamente que ele não está só, quando se trata de tuberculose, ou seja, que há toda uma rede de pessoas e situações que mantêm a doença ali, mais consciente e mais comprometido este paciente será na intervenção e mudança desta realidade, através dos contatos que ele possui. E vai perceber que ele está na rede e que participa na manutenção ou não da situação.

2. Questão semi-estruturada n.º. 9: *De que jeito esta notícia poderia ser dada para incentivá-lo a aderir ao tratamento?* ⇨ 57 ideias centrais foram localizadas nos discursos dos sujeitos. Estas ideias compuseram um total de 18 categorias (Quadro 13 e Figura 10).

Quadro 13. Categorias, número de ideias centrais por categoria e porcentagem com relação a questão semi-estruturada 9* realizada aos profissionais de saúde, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.

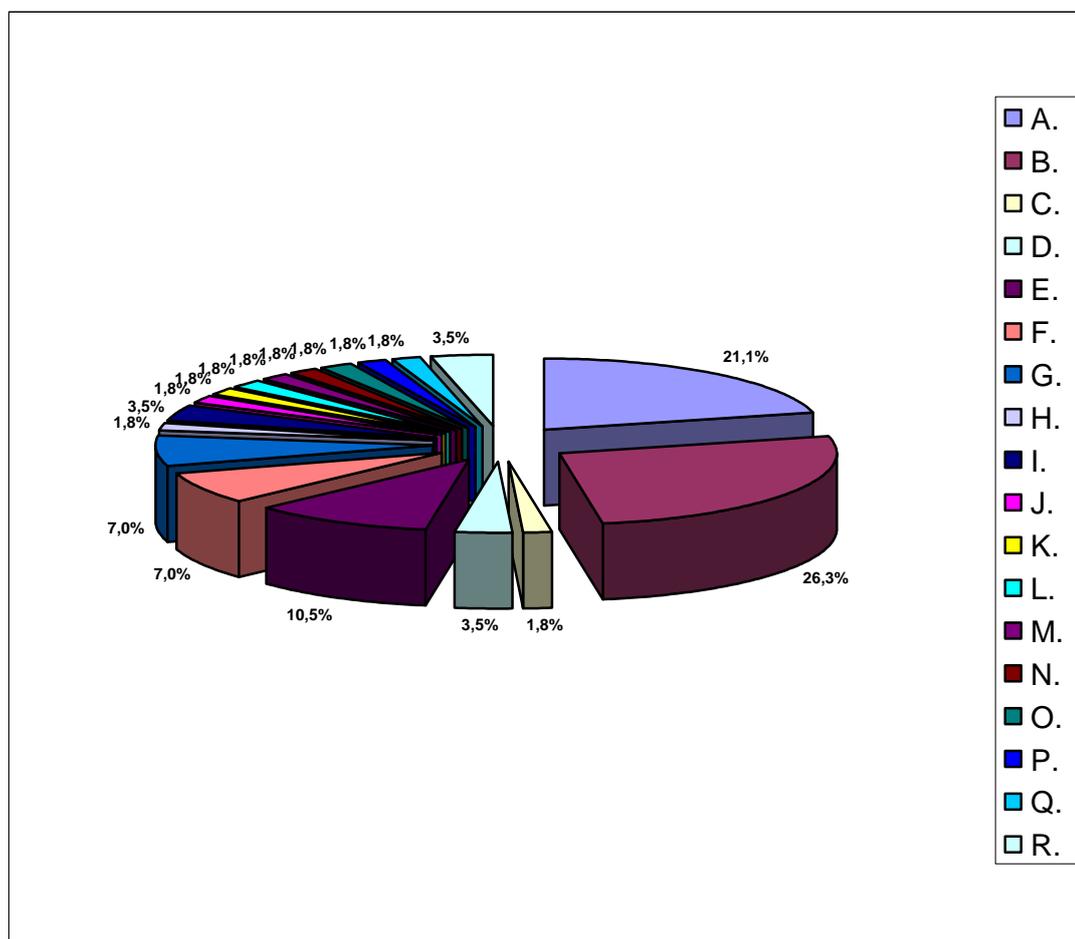
Categorias	N de Ideias Centrais**	%
A. Reforçando o fato de existir cura ao se fazer o tratamento corretamente, e de preferência o tratamento supervisionado.	12	21,1%
B. Explicando sobre o tratamento e as consequências de não fazê-lo.	15	26,3%
C. Fazendo uma consulta de enfermagem, além da consulta médica.	1	1,8%
D. Responsabilizando o paciente.	2	3,5%
E. Apresentando tudo o que envolve a doença.	6	10,5%
F. Ofertando incentivos materiais.	4	7,0%
G. Desestigmatizando a tuberculose.	4	7,0%
H. Atualmente, as pessoas conhecem mais a tuberculose e o que está envolvido, portanto a notícia não traz maiores problemas.	1	1,8%
I. Falando de "igual para igual" com o paciente.	2	3,5%
J. Antes da notícia oficial o paciente já sabe que fez exames para a tuberculose.	1	1,8%
K. Através de um especialista que seja prático nas explicações.	1	1,8%
L. O mais rápido possível e pelo profissional responsável.	1	1,8%
M. Através da consulta que já acontece.	1	1,8%
N. Através do modo como se aborda o paciente.	1	1,8%
O. Buscando a perseverança do paciente.	1	1,8%
P. Reforçando que curado se vive melhor.	1	1,8%
Q. Amedrontando o paciente.	1	1,8%
R. Reforçando que o paciente será apoiado durante o tratamento e após a alta.	2	3,5%
Total	57	100,0%

Notas:

* Apêndice

** Anexo

Figura 10. Distribuição das porcentagens de ideias centrais** por categoria da questão semi-estruturada 9* realizada aos profissionais de saúde, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.



Notas:

* Apêndice

** Anexo

Segue abaixo os Discursos do Sujeito Coletivo das categorias que apresentam o modo de comunicação na *entrevista inicial de diagnóstico* contribuindo ou não para a adesão ao tratamento da tuberculose:

DSC da Categoria I – Falando de “igual para igual” com o paciente. (2 ideias centrais)

(...) A forma como a notícia é dada cria uma forma de adesão. Porque primeiro você entra no mundo dele. Não o profissional de saúde aqui e o usuário aí embaixo. Aí você coloca de igual para igual, eles conseguem enxergar o enfermeiro, que eu acho que é a vantagem (...). E colocá (sic) pro (sic) paciente de uma maneira clara e na linguagem dele o que é a doença, mais o tratamento em si, né? (...). Acho que tem que sê (sic) de uma maneira clara, simples, na linguagem do paciente, dá (sic) tempo pra ele absorvê (sic) a notícia, pra ele fazê (sic) as perguntas dele, tirá (sic) todas as dúvidas e mantê (sic) um profissional, o profissional de referência pra ele, porque ele tem muito medo de sê (sic) abandonado (...).

DSC da Categoria N – Através do modo como se aborda o paciente. (1 ideia central)

(...) Cada profissional age de uma forma diferente né?(...). Acho que é o modo como o profissional trata o paciente pela primeira vez, seu primeiro contato. Então, acho que assim, você tem que se dedicá (sic) mais a esse paciente, você tem que é... tê (sic) uma atenção maior com ele e com os familiares, porque envolve toda a família (...). Então assim, eu acho que se o profissional demonstra uma atenção maior, se dedica mais a esse paciente, a adesão também vai sê (sic) melhor, tá?(...).

Quando os profissionais foram questionados sobre o que pode incentivar um paciente a fazer o tratamento (questão 9), os 39 profissionais expressaram 57 ideias centrais distribuídas em 18 categorias (Quadro 13). Algo muito interessante sobre esta questão é que a pergunta foi realizada exatamente desta forma: “De que jeito esta notícia poderia ser dada para incentivá-lo a aderir ao tratamento?” Assim como nas questões feitas aos pacientes, as dos profissionais também seguiram uma ordem crescente de estruturação (e são as mesmas perguntas feitas aos pacientes, com exceção da primeira pergunta semi-estruturada, já que pacientes recebem a notícia e profissionais dão a notícia). A primeira pergunta foi mais aberta. Esta segunda pergunta já trouxe uma estruturação aproximando o objetivo da pesquisa: modo de

comunicação refletindo na adesão. A primeira pergunta já exploramos e vimos o conteúdo tecnológico da comunicação. Nesta segunda pergunta semi-estruturada, apesar da utilização da palavra jeito o conteúdo tecnológico se manteve, pouco se falou do jeito. A maior parte das ideias centrais concentra-se em categorias que expressam que este grupo de profissionais acredita que fazer um paciente aderir ao tratamento está naquilo que se fala, no conteúdo: dizer que tem cura, dizer que tem consequências se não fizer o tratamento, explicar tudo que envolve a doença, dizer que o paciente terá apoio durante e após o tratamento (Quadro 13).

Algumas ideias centrais se concentram em categorias que chamam a atenção: D (responsabilizando o paciente) com 2 ideias centrais, F (ofertando incentivos materiais) com 4 ideias centrais e Q (amedrontando o paciente) com 1 ideia central.

Responsabilizar o paciente pelo desfecho do tratamento pode sugerir que a responsabilidade do serviço está somente em diagnosticar e fornecer o tratamento. Ofertar incentivos materiais não traduz uma atitude pedagógica, e sim de dependência. E também não é possível controlar o modo como o paciente vai conduzir o seu tratamento, de maneira que possa receber mais ou menos incentivos materiais. Sabemos que a tuberculose pode atingir a qualquer um, mas também sabemos que a maior parte dos pacientes de tuberculose tem como característica o nível socioeconômico desfavorável e baixa escolaridade, o que pode torná-los mais suscetíveis ao adoecimento do que outros. Receber incentivos materiais pode sugerir uma troca interessante: trocar a cura pelo alimento, por exemplo.

E por sua vez, usar o amedrontamento de outro para conseguir o que se quer, pode traduzir uma tentativa do profissional em infantilizar o paciente, como se ele fosse um sujeito incapaz de compreensão e reflexão, e o medo fosse o único modo de educá-lo. Amedrontar o outro pode tanto ser uma infantilização do educando (paciente) como uma infantilização do profissional, que por não conhecer outro modo “melhor” de dar a notícia, se protege disparando um discurso não passível de discussão, como por exemplo: “se não se tratar vai morrer”. Discursos assim não abrem possibilidade de reflexão, pois são categóricos.

E por fim, poucas categorias expressam o jeito de dar a notícia refletindo na adesão: I (falando de “igual para igual” com o paciente) com 2 ideias centrais, N (através do modo como se aborda o paciente) com 1 ideia central e O (buscando a

perseverança do paciente) com 1 ideia central. E mesmo assim, entre estas 3 categorias, apenas 2 falam de comunicação (I e N). A categoria O apresenta uma abordagem mais motivacional, através do reforço de conteúdos positivos para influenciar o paciente a aderir o tratamento.

Para a questão semi-estruturada 9, temos a categoria I relacionada ao modo de comunicação e a adesão ao tratamento:

“(...) A forma como a notícia é dada cria uma forma de adesão. Porque primeiro você entra no mundo dele. Não o profissional de saúde aqui e o usuário aí embaixo (...). Dá (sic) tempo pra ele absorvê (sic) a notícia, pra ele fazê (sic) as perguntas dele (...).”

E também a categoria N, que é composta por 1 ideia central, em que o profissional de saúde acredita que a abordagem mais atenciosa, e não conflituosa, com o paciente pode promover adesão.

Já discutimos em outros momentos, a ideia-força n°. 3 de Paulo Freire, no que se refere às relações de afrontamento entre os homens. As ideias centrais de profissionais de saúde que compõem estes dois DSC (I e N) são falas conscientes de que há um afrontamento e de que há uma tentação de reduzir o outro a objeto, e de que é necessário ceder para permitir o outro entrar. Segundo estes profissionais de saúde, esta abertura ao diálogo é uma forma que promove adesão ao tratamento por parte dos pacientes.

3. Questão semi-estruturada n°. 10: *Algumas vezes, o jeito como essa notícia é dada acaba levando o paciente a desistir do tratamento, não é? Então, eu vou fazer três afirmações sobre isso e você vai escolher com qual você mais concorda:*

- a. *O paciente desistiu do tratamento porque o profissional de saúde foi bruto.*
- b. *O paciente desistiu do tratamento porque não entendeu as explicações sobre o tratamento.*
- c. *O paciente desistiu do tratamento porque o tratamento pareceu muito complicado e trabalhoso para ele.*

Por que você concorda mais com esta alternativa? ⇒ 58 ideias centrais foram localizadas nos discursos dos sujeitos. Estas ideias compuseram um total de 13 categorias (Quadro 14 e Figura 11).

Quadro 14. Categorias, número de ideias centrais por categoria e porcentagem com relação a questão semi-estruturada 10* realizada aos profissionais de saúde, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.

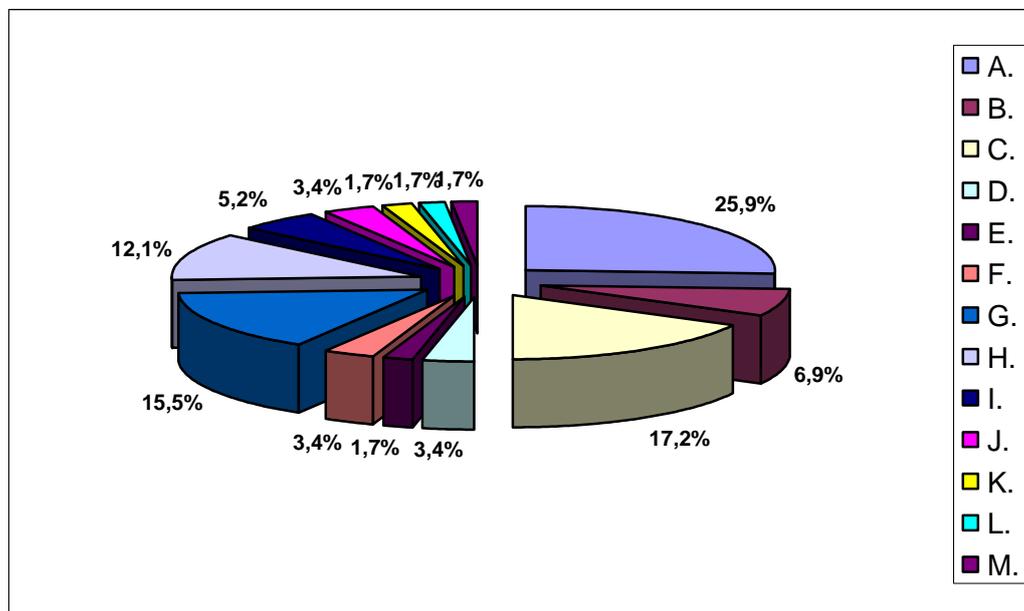
Categorias	N de Ideias Centrais**	%
A. Pacientes podem abandonar o tratamento pois ele é complicado.	15	25,9%
B. Não há razões para os pacientes desistirem do tratamento.	4	6,9%
C. Pacientes podem desistir do tratamento quando tratados com brutalidade.	10	17,2%
D. Pacientes podem desistir do tratamento pelo estigma da doença e porque podem sofrer preconceitos.	2	3,4%
E. O problema da não adesão não está na notícia e nem no início do tratamento.	1	1,7%
F. Pacientes podem desistir do tratamento quando existem outros problemas graves em sua vida.	2	3,4%
G. Pacientes podem desistir do tratamento por não entenderem as explicações sobre ele.	9	15,5%
H. Pacientes são resistentes, colocam obstáculos ou negam a doença.	7	12,1%
I. Pacientes podem desistir do tratamento porque a notícia é impactante.	3	5,2%
J. Pacientes podem abandonar o tratamento quando percebem a melhora dos sintomas.	2	3,4%
K. As razões para um paciente abandonar o tratamento são várias e interrelacionadas.	1	1,7%
L. Pacientes podem desistir do tratamento devido as altas doses de medicamento e as reações.	1	1,7%
M. Pacientes de tuberculose necessitam de um profissional de referência para se criar um vínculo.	1	1,7%
Total	58	100,0%

Notas:

* Apêndice

** Anexo

Figura 11. Distribuição das porcentagens de ideias centrais** por categoria da questão semi-estruturada 10* realizada aos profissionais de saúde, novembro de 2010 à fevereiro de 2011.



Notas:

* Apêndice

** Anexo

Segue abaixo os Discursos do Sujeito Coletivo das categorias que apresentam o modo de comunicação na *entrevista inicial de diagnóstico* contribuindo ou não para a adesão ao tratamento da tuberculose:

DSC da Categoria C – Pacientes podem desistir do tratamento quando tratados com brutalidade. (10 ideias centrais)

Porque tem gente que realmente atende com bastante grosseria, com pressa, sabe? Infelizmente, ainda tem esse tipo de gente ainda, nas unidades (...). Eu acho que a gente ainda tem profissional que dificulta essa adesão, realmente, não são todos os profissionais que podem ter um tempo maior, que tem a paciência de tá (sic) explicando pro (sic) paciente a questão da doença, do tratamento e isso acaba influenciando sim, tá? Então a... a postura do profissional conta muito pro (sic) tratamento, tá? (...). Porque quando você simplesmente fala lá pra ele: ó, você tem que tomar isso, e tchau! Ele simplesmente não acredita em você (...). Você não tem que ser bruto com ninguém. Não é só o tuberculoso, qualquer paciente, você tem que atender de forma correta. Não é porque é tuberculoso que você vai atendê-lo de forma diferente (...). Porque se o profissional for bruto com ele, mesmo que ele não entenda muito bem do programa..., mas o fato de você acolher, de falar, de cada dia você ir tirando as dúvidas, as ansiedades, é... eu acredito que é um fator que pode existir pra que ele venha ao posto e dê prosseguimento, porque se ele tem um bom envolvimento com você, eu acredito... não é a falta de entendimento sobre a doença que vai fazer ele desistir. (...) A relação médico/paciente é essencial num tratamento longo, qualquer deles. Se o profissional é bruto os pacientes não voltam, eles acham que... eles duvidam do profissional, eles acham que não... ele não tem segurança. O tratamento que é muito longo, exige eles virem aqui, exige que eles tenham atenção, de explicação, se eles não entendem o que está acontecendo, e as consequências, eles não aderem ao tratamento.

DSC da Categoria G – Pacientes podem desistir do tratamento por não entenderem as explicações sobre ele. (9 ideias centrais)

Tudo depende de como a gente conversa, explica... né? Se tiver uma escuta, diálogo claro... porque depende de quem fala, de quem dá a explicação (...). Se falá (sic) direitinho e tirá (sic) todas as dúvidas dele, acho que fica mais fácil de fazer o tratamento mesmo. Veja, aqui nós trabalhamos numa unidade multiprofissional, que tem várias pessoas empenhadas em podê (sic) acompanhar o paciente e o sucesso que a gente tem é muito grande (...). O paciente, cê (sic) tem que tá (sic) explicando pra ele de forma que seja acessível pra ele. Então, não adianta a gente querê (sic) usá (sic) os nossos termos técnicos pra eles que não vai fazê (sic) diferença nenhuma, cê (sic) tem que explicá (sic) de uma forma que o paciente entenda, né? De uma maneira simplificada pra que ele saiba que sabendo o que ele tem, quais são os riscos pra ele e o que que ele vai ganhá (sic) se ele fizê (sic) o tratamento correto (...).

(...) Quando... é que quando você dá as informações corretas, quando ele tem o conhecimento da doença, tem uma chance maior de... de ele aderir né? Então assim, quando você consegue explicá (sic) pra ele e ele tem o conhecimento do porquê, da importância, é... a adesão é muito melhor. Você precisa dá (sic) o conhecimento, o conhecimento que você tem, você tem que passá (sic) pra ele de maneira que ele vai entendê (sic). A consulta, se tive (sic) que demorá (sic) quarenta minutos, uma hora, que seja. Mas, que você consiga passá (sic) as informações pra ele de uma maneira que ele vai entendê (sic). Isso é fundamental.

(...) Eu acho muito difícil, no serviço público, um paciente que realmente entende o que ele tem, e tem um médico realmente firme com ele, e junto com ele, onde ele possa ter a confiança de perguntar tudo o que ele quiser, qualquer dúvida, por menor que seja, dificilmente ele vai abandoná (sic) (...).

Com relação à última pergunta semi-estruturada feita aos profissionais (questão 10), estes também tiveram três opções de respostas quando questionados sobre o que pode levar um paciente a desistir do tratamento, incluindo os mesmos três aspectos envolvidos com as escolhas humanas: afetivo ou psíquico, cognitivo e comportamental. Assim como os pacientes, estes também puderam responder livremente, de modo que alguns não escolheram nenhuma das opções, e sugeriram outras respostas. As respostas também não foram categorizadas entre as três opções, pois cada sujeito trouxe uma explicação própria para sua escolha configurando diferentes ideias centrais. Os 39 profissionais expressaram 58 ideias centrais que se distribuíram em 13 categorias (Quadro 14). A maior parte das ideias centrais (25,9%) esta na categoria A que expressa que os pacientes desistem do tratamento por ele ser complicado. A segunda maior categoria, a C, concorda que os pacientes desistem quando são tratados com brutalidade pelos profissionais. Algumas ideias centrais de pacientes também concordaram com isso e já discutimos este evento anteriormente com a ideia-força n°. 3 de Paulo Freire que nos explica que as relações do homem com seu contexto de vida são de afrontamento. A terceira maior categoria (com 15,5% do total de ideias centrais) é a G, pacientes desistem por não entenderem as explicações sobre o tratamento. Para os pacientes esta também foi uma categoria importante, e também discutimos que quando se ensina algo e o outro não aprende, é porque não se conseguiu ensinar. É uma via de mão dupla.

A categoria H teve um número significativo de ideias centrais (12,1%) sendo a quarta maior e apresenta uma discussão importante. Expressa que pacientes são resistentes, colocam obstáculos e negam a doença. Nesta categoria, 7 ideias centrais de profissionais de saúde, expressam que é comum este comportamento entre pacientes.

Os pontos de vista expressos aqui não são mais do que a crença na imposição. Eu falo, e outro deve obedecer. E se o outro não obedece isso não é responsabilidade minha, uma vez que o que eu digo é a única verdade.

Para a última questão semi-estrutura feita aos profissionais, a questão 10, vale a pena detalhar, que assim como para os pacientes, as palavras utilizadas nas três opções de respostas foram bastante pensadas no sentido de refletirem o objetivo da pesquisa.

A opção *a* sugere que “O paciente desistiu porque o profissional de saúde foi bruto”; a opção *b* sugere que “O paciente desistiu do tratamento por não entendeu as explicações sobre o tratamento”; e a opção *c* sugere que “O paciente desistiu do tratamento porque o tratamento pareceu muito complicado e trabalhoso para ele”. Todas as opções sugerem jeitos (ser bruto; não explicar bem, ou não o suficiente, ou de forma não acessível, etc.; e explicar de modo que pareça complicado para o outro que ouve) que podem atrapalhar a adesão.

Dentre as opções sugeridas, tivemos apenas duas categorias que concordam que um destes três jeitos de comunicação pode atrapalhar a adesão, a categoria C (pacientes desistem quando tratados com brutalidade) com a contribuição de 10 ideias centrais.

“Porque tem gente que realmente atende com bastante grosseria, com pressa, sabe? Infelizmente, ainda tem esse tipo de gente ainda, nas unidades (...). Eu acho que a gente ainda tem profissional que dificulta essa adesão (...)”.

E a categoria G (desistem porque não entenderam as explicações).

“Tudo depende de como a gente conversa, explica né? Se tiver uma escuta, diálogo claro... porque depende de quem fala, de quem dá a explicação (...)”.

Estes dois pontos de vista já foram discutidos com os pressupostos de Paulo Freire anteriormente, uma vez que surgiram como pontos também importantes para a não adesão nos discursos de pacientes.

Dentre outras categorias que sugerem outras opções atrapalhando a adesão, não há nenhuma que expresse a comunicação refletindo na não adesão.

8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo pesquisador, quando faz uma pergunta, quando pensa um problema, obviamente tem respostas pessoais prontas. Toda pesquisa deve, sem dúvida, seguir um percurso metodológico rigoroso, mas a neutralidade utópica não existe. Todo pesquisador tem os seus óculos de referências com o qual enxerga o mundo a sua volta. E é por meio dos óculos que fazemos perguntas.

Trazer o modo de comunicação na *entrevista inicial de diagnóstico* como foco do estudo, por meio de uma perspectiva pedagógica, é expressar o quanto se pode considerar importante atuar pedagogicamente neste momento. Mas, o que esta pesquisa propõe, é saber dos atores envolvidos no processo, pacientes e profissionais de saúde, se estes pensam desta maneira. E é neste momento que a neutralidade possível se instala.

Quando questionados de modo mais aberto sobre a *entrevista inicial de diagnóstico*, os atores sociais trouxeram, de modo geral, importâncias para si, um tanto distantes da questão pedagógica propriamente dita.

Para os pacientes, o que de imediato chamou a atenção, foi o fato de que a maior parte dos discursos não fala do momento exato de revelação de diagnóstico (momento fechado e bem delimitado, para nós profissionais da saúde). Para eles, a revelação do diagnóstico se deu de modo mais amplo, para além da consulta específica onde recebeu a notícia oficial. Perguntar, “conte como foi a notícia...”, e obter uma resposta, “demoraram para encontrar a doença...”, ou, “foi no AMA...”, num primeiro momento parece não fazer sentido. Receber a notícia de ter tuberculose faz parte de uma peregrinação, de idas e vindas de hospitais, internações, e de dificuldades com exames. Já para os profissionais de saúde, o momento da notícia é

bem delimitado, e revelar o diagnóstico é tão tecnológico como qualquer outro procedimento protocolado nos serviços. Mas, vale lembrar que não há um protocolo para a *entrevista inicial de diagnóstico* da tuberculose. O que talvez represente um aspecto positivo porque um modelo de revelação de diagnóstico sustentado por informações apenas, desvaloriza o conhecimento de vida dos pacientes, em detrimento do conhecimento científico dos profissionais, que acabam estabelecendo um vínculo normativo.

No que se refere ao jeito de dar a notícia de modo a incentivar os pacientes a fazerem o tratamento, o grupo de pacientes expressou ações que poderiam ser feitas durante a *entrevista inicial de diagnóstico*; em outros momentos que não durante a notícia; e ações que estão fora desta relação profissional de saúde e serviço de saúde/paciente, e sim nas reações e motivações pessoais de pacientes. Nas ações propostas durante a *entrevista inicial de diagnóstico*, que é o objeto de estudo desta pesquisa, apenas uma categoria está relacionada com a questão pedagógica. É uma categoria que fala da importância de se ampliar as discussões sobre tudo aquilo que envolve a doença, o contexto, a vida do paciente, etc.

Ainda com relação a ações que motivariam um paciente a fazer o tratamento, a categoria com mais contribuições discursivas é a que diz que receber esta notícia é normal e natural.

Até aqui, podemos concluir que em primeiro lugar, a revelação de diagnóstico, para os pacientes, não é um momento fixo e delimitado. Para este grupo, a revelação percorre todo o processo de descoberta da doença. E em segundo lugar, a grande importância não está em receber oficialmente a notícia.

Na opinião dos profissionais de saúde, jeitos de dar a notícia de modo a incentivar o paciente a fazer o tratamento resultaram em discursos com relação a conteúdo. Este grupo, também pouco apontou questões pedagógicas como estratégias para dar a notícia. Permanece o conteúdo tecnológico e o reforço de que se deve dar informações, como por exemplo “tem cura”.

Quando questionados sobre jeitos de dar a notícia que podem desmotivar, ou seja, fazer com que o paciente desista do tratamento, os discursos de pacientes e profissionais se aproximaram um pouco mais da questão pedagógica. Porém, esta é a questão mais estruturada de todas, como vimos anteriormente, e as opções de

respostas transitam justamente por questões pedagógicas. Sendo assim, foi esperado que uma boa parte das categorias trouxesse o conteúdo pedagógico como importante.

Para pacientes e profissionais de saúde os discursos trazem a importância do entendimento do tratamento (aspecto cognitivo), e do respeito e vínculo (aspecto psíquico ou afetivo). Com relação ao tratamento parecer complicado quando explicado durante a notícia (aspecto comportamental) e isso desmotivar o paciente, nem pacientes, nem profissionais concordaram com esta opção. Algumas ideias centrais destes dois grupos concordam que o tratamento realmente é complicado e isso talvez possa fazer com que os pacientes desistam. Ou seja, os entrevistados não acreditam que seja uma questão de jeito de explicar, mas que a duração do tratamento e ir até o serviço de saúde para tomar o medicamento são pontos que desmotivam.

Ao concordar com Paulo Freire que toda educação deve ter seu conteúdo, programa e método adequados ao objetivo, podemos concluir que a revelação de diagnóstico da tuberculose possui um programa ampliado, ou seja, está além do momento específico de dar a notícia oficial da doença. Mesmo que profissionais entendam este momento como dentro de uma consulta específica, os pacientes consideram importante todo o processo de descoberta da doença. Portanto, a *entrevista inicial de diagnóstico* da tuberculose é desde o primeiro contato do paciente com o primeiro serviço de saúde até o momento da notícia oficial.

O método e o conteúdo devem ser estendidos por todo o programa e pode unir o caráter mais tecnológico com o simbólico. Ou seja, é importante sim que profissionais pensem em todas as informações essenciais a serem passadas aos pacientes, mas, vimos acima que para a maioria destes pacientes receber esta notícia é normal e natural, portanto, supervalorizar a notícia pode torná-la misteriosa demais, e produzir um movimento contrário a desestigmatização. Portanto, a quantidade e a qualidade das informações devem ser pensadas com cautela (conteúdo). E cada uma delas deve ser trabalhada no momento propício dentro de todo o processo da revelação (método). O que é importante ser discutido neste momento? Que conteúdos prévios e crenças o paciente tem com relação a isso? Qual o contexto? Estou me fazendo entender ao falar com o paciente? Este paciente reuniu

informações relevantes para dividir com pessoas do seu contexto e mudar uma realidade?

Diante destas conclusões, podemos inferir que os profissionais de saúde não estão exercitando o *empowerment* com os seus pacientes. Os profissionais não se deram conta de que a notícia permeia todo o percurso do paciente dentro do PCT, desde seu primeiro contato com a primeira unidade de saúde até receber a notícia oficial. O momento em que falam de modo mais aprofundado sobre a doença é na *entrevista inicial de diagnóstico*, quando seguem uma lista de informações que perpassam sempre pelos mesmos assuntos, considerados importantes e que não se pode esquecer de falar. Ou seja, tanto o processo como um todo (o percurso total do paciente pelo programa) como a *entrevista inicial de diagnóstico* estão sendo desperdiçados como espaços para produzir *empowerment* e conduzir o paciente a desenvolver suas habilidades e intervir sobre a realidade. Este jeito pedagógico de se comunicar (que é o que produz *empowerment*) não aparece na maior parte dos discursos dos entrevistados, sugerindo ser uma prática desconhecida desta população.

Portanto, torna-se evidente a necessidade de construir estratégias que levem os pacientes a participarem da definição do modo como encaminharão suas vidas e o *empowerment* é o conceito que vai auxiliar para repensar práticas de educação para a saúde, gestão de organizações e reorganização dos processos de trabalho na busca deste objetivo (CARVALHO⁷, 2004).

Fica aqui a necessidade da criação de uma proposta de programa educacional específico para a tuberculose, com abordagem de *empowerment* que percorre todo o PCT, e conseqüentemente todo o contato do paciente de tuberculose, desde a primeira consulta, passando pela confirmação da doença, até a cura.

9. REFERÊNCIAS

1. Arruda A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. Cad Pesqui. 2002; n.117: pp. 127-147 [acesso em 09 jan 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742002000300007&script=sci_abstract&tlng=pt
2. Bertolozzi MR. A adesão ao programa de controle da tuberculose no distrito sanitário do Butantã, São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília; 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico – Especial Tuberculose. 2012;43 [acesso em 29 abr 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/bolepi_v43_especial_tb_correto.pdf
6. Bugalho A, Carneiro AV. Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas. Lisboa: Centro de estudos de medicina baseada na evidência, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2004.
7. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção à Saúde. Cad Saude Pública. 2004;20(4):1088-1095 [acesso em 09 mar 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000400024&script=sci_arttext
8. Conrad P. The menaning of medications: another look at compliance. Soc Sci Med. 1985;20(1):29-37 [acesso em 03 de mar 2012]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02779536/20/1>
9. Coordenação de Vigilância em Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa de Controle da Tuberculose. Boletim TB Cidade de São Paulo. São Paulo: 2009.

10. Coordenação de Vigilância em Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa de Controle da Tuberculose. Boletim TB Município de São Paulo. São Paulo: 2011.
11. Cyrino APP. As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à educação e comunicação em saúde [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2005.
12. Cyrino AP, Schraiber LB, Teixeira RR. Education for type 2 diabetes mellitus self-care: from compliance to empowerment. *Interface*. 2009;13(30):93-106 [acesso em 10 mar 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300009
13. Dias AM, Cunha M, Santos AMM, Neves APG, Pinto AFC, Silva ASA *et al*. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. *Millenium*. 2011;40:201-219 [acesso em 03 mar 2012]. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>
14. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 5. ed. [S.l.]: Positivo Livros; 2010.
15. Feste C, Anderson RM. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Educ Couns*. 1995;26:139-144 [acesso em 12 mar 2012]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/073839919500730N>
16. Flament C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: Jodelet D, organizadora. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2001. p. 173-186.
17. Freire P. *Conscientização – teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Cortez & Moraes; 1979.
18. Freire P. *Extensão ou comunicação?* 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.
19. Harré R. Gramática e léxicos, vetores das representações sociais. In: Jodelet D, organizadora. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2001. p. 105-121.
20. Hewstone M. Representações sociais e causalidade. In: Jodelet D, organizadora. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2001. p. 215-237.
21. Jodelet D, organizadora. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2001. Apresentação. p. 11-13.

22. Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2001. Representações sociais: um domínio em expansão (primeira parte - capítulo 1). p. 17-44.
23. Lefrève F, Lefrève AMC. O medicamento como mercadoria simbólica. São Paulo: Cortez; 1991.
24. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV, organizadores. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: UCS; 2000.
25. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: UCS; 2003.
26. Lefrève F, Lefrève AMC. Promoção de saúde ou a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004.
27. Lefrève F, Lefrève AMC. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro; 2005.
28. Lefrève F, Lefrève AMC. O corpo e seus senhores – Homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e mente humana. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2009.
29. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Cien Saude Colet. 2003;8(3):775-782 [acesso em 05 mar 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300011&lng=en&nrm=iso
30. Madeira W. Navegar é preciso: avaliação de impactos do uso da internet na relação médico-paciente [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.
31. Moscovici S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2001. p. 45-66.
32. Oliveira RA, Lefèvre F. Representações sociais sobre a revelação do diagnóstico da tuberculose e suas relações com a adesão ao tratamento. Pesquisa em andamento. Rev Eletron Comun Inf Inov Saude. 2012;6(1) [acesso em 29 abr 2012]. Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/435>
33. Osterberg L, Blaschke T. Drug therapy: adherence to medication. N Engl J Med. 2005; 353(5):487-97 [acesso em 03 mar 2012]. Disponível em: <http://www.nejm.org/toc/nejm/353/5>

34. Porto A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. Ver Saude Publica. 2007;41(1): 43-49 [acesso em 11 jan 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800007&lng=pt&nrm=iso
35. Sa LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. Texto contexto - enferm. 2007;16(4):712-718 [acesso em 17 jan 2012] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000400016&lng=pt&nrm=iso
36. Semim GR. Protótipos e representações sociais. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2001. p. 205-216.
37. World Health Organization. Division of Health Promotion, Educations and Communications. Health Promotion Glossary. Geneva; 1998 [acesso em 09 mar 2012]. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf
38. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva; 2003 [acesso em 20 jan 2012]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4883e/>
39. World Health Organization. Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing. Geneva; 2009 [acesso em 27 jan 2012]. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/en/index.html

10. APÊNDICE

10.1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(1ª via do entrevistado / 2ª via do entrevistador / 3ª via da FSP/USP)
(mesmo TCLE para profissionais de saúde e pacientes)

1. Dados sobre a pesquisa:

Título da pesquisa: **Representações e sentidos sobre a revelação do diagnóstico da tuberculose: relações com adesão ou não adesão ao tratamento.**
 Pesquisadora: Roberta Andrea de Oliveira
 Orientador: Professor Doutor Fernando Lefèvre
 Local: Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Representações e sentidos sobre a revelação do diagnóstico da tuberculose: relações com adesão ou não adesão ao tratamento**, que é um estudo que pretende investigar se a forma como a revelação do diagnóstico da tuberculose é feita pode refletir na aceitação do paciente ao tratamento da tuberculose.

A sua participação será importante para compreendermos melhor de que maneira a revelação do diagnóstico da tuberculose para o paciente está relacionada à aceitação dele ao tratamento.

Sua participação é voluntária e sigilosa. Você tem o direito de recusar-se a participar do estudo ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para você e para o [seu atendimento na unidade de saúde (pacientes)] ou [trabalho na unidade de saúde (profissionais de saúde)].

Será realizada entrevista com duração de aproximadamente 30 minutos. A entrevista será gravada, e apenas a pesquisadora terá acesso às gravações originais.

Você pode deixar de responder qualquer questão que não queira ou interromper a entrevista, caso seja de sua vontade.

Os resultados da pesquisa serão enviados para você e o sigilo quanto a sua identidade será mantido.

- Para esclarecer qualquer dúvida, quanto à pesquisa, poderá entrar em contato com o Departamento de Práticas de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP no telefone 3061-7796, que fica na Av. Dr. Arnaldo, 715; ou com a pesquisadora pelo telefone 9672-8085.
- Para denúncias ou questionamentos éticos sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com o comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP (COEP/USP) no telefone 3061-7779, que fica na Av. Dr. Arnaldo, 715; ou com o comitê de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CEP/SMS) no telefone 3397-2464.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar do projeto.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Nome do entrevistado: _____

profissional de saúde ou paciente

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistador: _____

10.2. ROTEIROS SEMI-ESTRUTURADOS PARA ENTREVISTAS

- Para o Campo Social 1 (lógica sanitária): profissionais de saúde envolvidos com a entrevista inicial de diagnóstico da tuberculose.

1. Número da entrevista: _____.
2. Data da entrevista: ___/___/_____.
3. Iniciais do nome: _____.
4. Cargo na UBS: _____.
5. Há quanto tempo atende pacientes de tuberculose em sua vida profissional? _____.
6. Sexo: _____.
7. Idade: _____.
8. A consulta onde se comunica, pela primeira vez, ao paciente que ele está com tuberculose tem alguma coisa de especial? Fale um pouco sobre ela.
9. De que jeito esta notícia poderia ser dada para incentivá-lo a aderir ao tratamento?
10. Algumas vezes, o jeito como essa notícia é dada acaba levando o paciente a desistir do tratamento, não é? Então, eu vou fazer três afirmações sobre isso e você vai escolher com qual você mais concorda:
 - a. O paciente desistiu do tratamento porque o profissional de saúde foi bruto*.
 - b. O paciente desistiu do tratamento porque não entendeu as explicações sobre o tratamento**.
 - c. O paciente desistiu do tratamento porque o tratamento pareceu muito complicado e trabalhoso para ele***.

Por que você concorda mais com esta alternativa?

* Aspecto afetivo.

** Aspecto cognitivo.

*** Aspecto comportamental.

- Para o Campo Social 2 (lógica do senso comum): pacientes de tuberculose em tratamento.

1. Número da entrevista: _____.
2. Data da entrevista: ___/___/_____.
3. Iniciais do nome: _____.
4. Profissão: _____.
5. Escolaridade: _____.
6. Há quanto tempo está tratando sua tuberculose?
7. Possui outra(s) doença(s)? Qual(is)?
8. Sexo.
9. Idade.
10. Conte como foi a consulta onde te deram, pela primeira vez, a notícia de que você estava com tuberculose.
11. De que jeito esta notícia poderia ser dada para que o paciente se sentisse motivado a fazer o tratamento?
12. Algumas vezes, o jeito como essa notícia é dada acaba levando o paciente a desistir do tratamento, não é? Então, eu vou fazer três afirmações sobre isso e você vai escolher com qual você mais concorda:
 - a. O paciente desistiu do tratamento porque o profissional de saúde foi bruto.
 - b. O paciente desistiu do tratamento porque não entendeu as explicações sobre o tratamento.
 - c. O paciente desistiu do tratamento porque o tratamento pareceu muito complicado e trabalhoso para ele.

Por que você concorda mais com esta alternativa?

11. ANEXOS

QualiQuantiSoft®

Faculdade de Saúde Pública da USP

Representações e Sentidos sobre a Revelação do Diagnóstico da Tuberculose 1 (PACIENTES)

Questão semi-estruturada nº. 10: *Conte como foi a consulta onde te deram, pela primeira vez, a notícia de que você estava com tuberculose.*

Pacientes	Expressões Chave	Idéias Centrais	Categorias
PACTB01 VSA	... Eu cheguei lá, e passei no médico e ele falo que eu tinha a doença...	O médico deu a notícia.	A
PACTB07 JAQ	... Foi aqui mesmo com a Dra. L..... né?...	O médico deu a notícia.	A
PACTB02 JVS	Eu fui no médico do convênio né? E o médico pediu um inzame de TB né? Que é da tuberculose, e no inzame que ele pediu de escarro veio o resultado né? Só que aí já tinha muito tempo...	O médico pediu o exame de escarro que deu positivo.	B
PACTB03 IL	... Mandaro eu colhê o escarro né? Emergência. E me procuraro eu que eu tava com tuberculose.	Foi pedido o exame de escarro, e o paciente foi contatado pois o exame estava positivo.	B
PACTB05 BCR	... Tava tossindo muito, sentindo tontura, fraqueza, não tava comendo. Aí passei no médico, ele mado tira o raio X e fazê o exame de escarro. Aí foi comprovado...	Com sintomas de tosse, tontura e fraqueza, procurou o médico, que pediu exames que comprovaram ser tuberculose.	B
PACTB10 COF	Ah... Eu comecei a senti dor no corpo, fraqueza, né? Aí eu fui até a regional sul, aí a doutora me tirou um raio X e consto a tuberculose.	Com sintomas de dor no corpo e fraqueza, procurou o médico que pediu exame que comprovou ser tuberculose.	B

PACTB12 MZCF	A agente de saúde foi em casa e eu estava tossindo muito, aí ela falou: você não quer fazer um exame de escarro? Digo: Posso fazê... Aí como deu positivo, eles me chamaram, aí eu vim pra cá, e tava constando que era tuberculose...	Um agente de saúde ofereceu o exame de escarro, que deu positivo.	B
PACTB21 MSF	... Eles foram na minha casa e me pediram pra vim aqui que eu tava tossindo, aí eu fiz os exame e deu.	Foi convidado a fazer um exame, que confirmou ser tuberculose.	B
PACTB22 MFC	Ah, eu me consultei com a Dra. C... que eu tava sentindo uma dor nas costas, ela me pediu o... é... o raio X, aí deu a tuberculose.	Com sintomas de dor nas costas procurou um médico que pediu exame, confirmando ser tuberculose.	B
PACTB06 JOM	Primeiro foi meio difícil, porque eu tive que entrar numa fila e tive que esperar mais o menos umas quatro horas. Aí num consegui marcá, aí voltei pra casa. Aí no dia..., que era dia de eu trabalhá, num pude í. Minha esposa... minha ex-esposa ligô pra ambulância, aí eles viero me busca. Aí foi mais rápido do que eu tê esperado na fila.	O diagnóstico foi realizado no pronto atendimento.	C
PACTB23 MFS	... Quando eu cheguei no hospital foi quando eu subi que tava doente dela. Porque antigamente eu num sentia nada, trabalhava normal e adoeci de uma hora pra outra. Vomitando sangue, aí me levaro pro hospital. Aí acabo, enfim começô. Aí passei uma noite e um dia internado e foi quando fiquei sabendo que tava com ela.	Após já estar com sintomas graves, foi levado a um hospital, ficou internado e recebeu o diagnóstico de tuberculose.	C
PACTB26 FPP	Eu fiz o exame de escarro, aí quando eu fui no clínico, ele pediu pra eu procurá um pneumologista, aí nem deu tempo de eu procurá, eu fui direto, diretamente, no pronto socorro e lá eles descobririo. Aí eu fiquei lá internado uma noite e um dia e me encaminharam pra cá pro posto pra fazê o tratamento.	O exame de escarro foi pedido por um clínico que após resultado encaminhou o paciente a um pneumologista. Mas, não houve tempo, o paciente grave acabou internado num hospital que deu o diagnóstico para o paciente.	C
PACTB04 VJS	Ô seu V.... , você tá tuberculoso.	Notícia trouxe de forma direta a condição de doente.	D
PACTB09 BCO	... disseram que eu tava com tuberculose.	Notícia foi dada de forma direta apresentando a condição de doente.	D
PACTB20 RTSC	... aí o médico falo pra mim que era tuberculose sugestiva.	Notícia dada de forma direta sobre a possível condição de doente.	D

PACTB27 DLS	... olho pra minha cara e falo assim, simplesmente: você tá com tuberculose, não me deu maiores explicações, e você vai inicia o tratamento...	A notícia foi dada de forma direta sobre a condição de doente, sem maiores explicações.	D
PACTB33 JAFN	... me chamaro lá pra fala que eu tava com tuberculose. Aí fiquei lá na enfermaria lá...	A notícia foi dada de forma direta sobre a condição de doente.	D
PACTB08 JRDS	Pra mim foi comum, porque eu tava meio doente mesmo né? Pra mim é um fato comum, pra mim....	Receber a notícia de que está com tuberculose foi comum e esperado.	E
PACTB19 CNA	Aí fez um insame de escarro e quando fez viu que eu tava com tuberculose. E como que eu num sabia o que era tuberculose, pra mim num foi tanto, que eu num intendia.	Paciente não tinha nenhum conhecimento prévio sobre a doença, portanto, ouvir que estava doente de tuberculose não impactou, já que não sabia o que era.	E
PACTB30 DGS	... Eles me contaram, disseram quais seriam os procedimentos pra eu me tratá e que é uma doença simples se tratada no começo. Então, foi normal...	Foi explicado sobre o tratamento e da importância de se tratar logo.	E
PACTB13 MSS	Bom, passei no pronto socorro, o pronto socorro me mando eu ir para um urologista, o urologista começô a... era do convênio... o urologista passô remédio pra infecção urinária, não era infecção urinária, continuava do mesmo jeito que estava antes, continuava com o mesmo problema, e aí ele me mandô fazê uma cultura da urina. É um exame que você pega todo dia de manhã a urina e leva lá. E fazê uma... é... já... um exame de tb... tbp... sei lá, algo assim. Eu fiz, e deu a... esse problema... tuberculose no rim... Foi assim... Mas, na verdade, eu sentia, assim, esse problema sem o médico sabe, já há dois anos...	Foi um diagnóstico difícil e que levou tempo, pois após tratamento para infecção urinária não dar certo, outros exames foram realizados e diagnosticado tuberculose urinária.	F

PACTB28 MJS	Então, é, já há uns 5 anos eu... apareceu um nódulo debaixo do braço, né? E desse nódulo eu fiz um, eu fiz um, um outro exame. Aí cheguei a fazê até a... mamografia né? Por causa que a médica disse que eu nem tinha idade ainda pra fazê, mais ía pedi porque tava suspeitando de um câncer, por causa dos nódulos. Aí, fiz a tomografia, fiz, é... os exames de ultrassom. Aí depois ele ainda me pediu uma, um exame, aquele de punção, que tira o líquido pra fazê uma biópsia né? Aí na biópsia deu é, uma, uma doença que, que ele não sabia se era um câncer ou não. Deu uma dúvida se era um câncer ou não. Mais, ele achava que era um câncer. Aí, quando foi feito a biópsia veio o resultado que era uma tuberculose, que deu no... que deu no... como é que chama? Ganglionar né? Ganglionar. E foi assim que eu descobri.	Com uma suspeita de câncer, vários exames foram feitos. Após uma biópsia ficou confirmada uma tuberculose ganglionar.	F
PACTB14 EPG	É... porque eu expliquei que tava tossindo demais e minha feição tava diferente. Aí o médico já falou pra mim: isso é começo de tuberculose. Aí eu vim pra qui. Aí com o Dr. S... eu to com ele. Ele falo que é verdade.	A notícia já foi dada no momento da suspeita.	G
PACTB16 EGS	... o médico tirou o raio X, e ele suspeitava de tuberculose, mas... porque eu tinha também uma pneumonia, aí eu fiquei internada e ele fez os exames pra sabê se eu tinha também a tuberculose. Aí depois que saiu o resultado confirmô. Era tuberculose...	A notícia foi dada no momento da suspeita.	G
PACTB17 AHS	... É porque essa pneumonia que eu falei né? Tive que retorna, num tava legal, aí o médico acho que eu tinha tuberculose. Mas, as crateras que ele viu no meu pulmão, era... era... enfisema né? Daí ele acho que eu devia fazê...	A notícia foi dada no momento da suspeita.	G
PACTB24 JSS	Foi tranqüila. Porque antes deles me dá a notícia, passei no hospital quase um mês pra eles tê a certeza do diagnóstico né? Quando veio a confirmação foi tranqüilo, eu já tava praticamente esperando já. Então num teve nenhuma.... nenhuma novidade.	A notícia foi dada no momento da suspeita.	G

PACTB25 ALA	... fiz o exame, recebi o resultado de um dia pro outro. Assim: eu recebi, eu já tava ciente que se eu tivesse eu ía fazer o tratamento, eu tava tranqüila que eu ia fazê meu tratamento normal, como qualquer outro tratamento de outra doença. Eu não fiquei abalada, num fiquei...	1a ideia - A notícia foi dada no momento da suspeita.	G
PACTB15 GPM	Foi no AMA. Ah... Eu tava com uns pobrema aí, nos braços, em tudo. E eu tive que procurá o médico. Até xixi na rua eu tava fazendo... Tava ruim mesmo.	Após vários sintomas, foi diagnosticado em uma AMA.	H
PACTB18 ADF	... eu cheguei no hospital e eles faláro que eu tinha que passa no AMA primeiro. Eu fui no AMA e me diagnosticáro com tuberculose mesmo. Aí, lá no AMA já me encaminharo pro hospital, e no hospital eu já fiquei internado.	Foi encaminhado do pronto atendimento para um AMA, que após diagnosticar, devolveu o paciente grave para internação no hospital.	H
PACTB29 BA	... aí me mandaro chama urgente porque eu tava com tuberculose...	A notícia foi dada no momento em que o profissional de saúde entrou em contato, com o resultado do exame em mãos, para convocação do paciente.	I
PACTB11 SMS	É... Eu não esperava.... Porque meu pai já teve, então eu nem esperava de tê também. Convivia com ele. Mas, eu num esperava...	A notícia foi inesperada, mesmo já tendo convivido com parente doente de tuberculose.	J
PACTB31 SMS	Na verdade, a primeira consulta que eu descobri foi chocante né? Porque a minha tuberculose, ela se alojou no rim. Então, ela é bem mais difícil de se tratá que a do pulmão.	Foi chocante devido a forma clínica não ser a pulmonar, que é a mais comum e mais fácil de ser diagnosticada e tratada.	J
PACTB32 JMS	... Foi péssimo.	Foi péssima.	J
PACTB34 MAS Ah, foi meio, foi meio complicado né? Porque eu nunca tive essa doença e todo mundo sabe que ela é meio perigosa né? Aí eu fiquei um pouco apavorado né?	O paciente ficou apavorado, pois nunca teve a doença e sabe que é uma doença perigosa.	J
PACTB25 ALA	... Quem ficou mais assim, mais assustada foi a minha família, não eu, que estava com a doença mesmo, né?	2a ideia - A notícia abalou os familiares.	J

QualiQuantiSoft®

Faculdade de Saúde Pública da USP

Representações e Sentidos sobre a Revelação do Diagnóstico da Tuberculose 1 (PACIENTES)

Questão semi-estruturada nº. 11: *De que jeito esta notícia poderia ser dada para que o paciente se sentisse motivado a fazer o tratamento?*

Pacientes	Expressões Chave	Idéias Centrais	Categorias
PACTB01 VSA	Explicá mais os benefício, como ela é, o quê que ela causa, que na hora num me explicaram nada, só dissero que eu tinha e me entregaro pro posto. Chegô no posto, me encaminharo e me fizero vê como é que doença era, mais na hora mesmo não fizeram isso.	Explicando mais sobre as coisas que envolvem a doença, pois só depois de ser encaminhado para tratamento no posto é que explicaram o necessário.	A
PACTB20 RTSC	Ah... Da forma corretamente, explicá tudo certinho, os prós e os contras e influenciá pro tratamento.	Explicando prós e contras e influenciando para o tratamento.	A
PACTB24 JSS	É, tem que tê uma notícia, bem... Tem que passa pro paciente que é uma doença que... que é passada, como eles mesmo me explicaro, passada em ônibus, de tosse, de vírus, enfim. E num é nenhuma coisa assim tão grave, grave no sentido de... de você perde a	Dizendo que é uma doença transmissível, que não é grave, e que o tratamento é simples.	A
PACTB27 DLS	De uma maneira mais cautelosa, de uma maneira mais esclarecedora. Porque eu só tô fazendo tratamento porque eu fiz curso, tudo mais, sô funcionária, né?...	Como a maior parte dos pacientes é leiga, a notícia deve ser dada com cautela e de forma esclarecedora.	A
PACTB30 DGS	Putz...! Acho que dizendo os riscos que ele correria se ele não fizesse. Foi bem isso! Que eles falaram: ó, ela é sossegada se tratada no começo, mas se não, vai ser pior pra você, vai sê complicado pra tratá, vai se torná uma coisa bem maior, e vai sê ruim, né? Que vai acabá afetando seus familiares... então, melhor tratá agora.	Explicando as consequências do não tratamento e sobre a transmissão.	A

PACTB02 JVS	Acho que o médico do hospital mandô a carta aqui pro posto né? Para eu continuar o tratamento aqui. Quando ele descobriu a doença lá, que fez o inzame de escarro, o inzame de escarro, o teste tudo, aí ele falô que eu tava com tuberculose, aí ele escreveu a cartinha, e eu fiquei treze dias internado no hospital...	Houve uma interação entre o hospital e a UBS, pois hospital avisou à UBS sobre o paciente, que se preparou para recebê-lo após sua alta.	B
PACTB03 IL	É porque eu tenho muita fraqueza, muita falta de ar. Eu pensava que era o cigarro. Eu fumava e bebia também. Mas eu percebi que não era o cigarro. Até que deu mancha no pulmão ainda. Fui fazê o raio X.	Paciente percebia que não era o cigarro que causava os sintomas que sentia, até que fez um raio X.	C
PACTB15 GPM	Ah... Num dá pra adivinhá né? Tem que ir atrás. Se você num for atrás num vai sabê...	O paciente tem que estar disposto a descobrir o que tem.	C
PACTB07 JAQ	Aaahh... Vô falá pra você que.... Eu não sei também... Também foi a primeira vez que eu tive isso aí. Mais, pra mim quando tem uma notícia assim é normal, normal, fazê o tratamento. Fazê o que, já que peguei tem que fazê o tratamento pra vê se sára o mais rápido possível. Seja o que Deus quisé.	Receber notícias assim é normal, simplesmente deve-se fazer o tratamento.	D
PACTB11 SMS	Acho que num tem coisa não. Pra mim é normal.	É um notícia normal.	D
PACTB12 MZCF	Ai, pra mim eu recebi tão calma, que eu já tinha passado tanto obstáculo na minha vida... que pra mim eu esperava, mais ou menos, isso mesmo. Que tossia muito...	Para quem já teve outros obstáculos na vida, a notícia é normal, recebida calmamente.	D
PACTB14 EPG	Foi... foi... foi o meu primo que explicô pra mim... Explicô tudo direitinho pra mim e disse que tinha que ir ao médico. Foi isso...	Alguns pacientes recebem orientação de amigos ou parentes que conhecem a doença, e quando vão ao médico já estão preparados.	D
PACTB21 MSF	Ah, eu num sei não viu? Que eu num isqueitei cum nada. Fiquei normal.	A notícia é normal.	D
PACTB22 MFC	Olha, acho que é normal isso: cê falá que tem que fazê um tratamento da tuberculose...	1a ideia - É notícia é normal.	D

PACTB28 MJS	Olha! Pra mim, pra mim, num... é, eu fiquei assim feliz e ao mesmo tempo, fiquei triste, né? Por o seguinte: eu tava com um diagnóstico por câncer né? E vem uma tuberculose! Quer dizer: pra mim, a notícia foi boa. Porque, você imagina, a tuberculose faz o tratamento e tá curado né? E o câncer? Às vezes nem cura tem né?...	Para pacientes com a possibilidade de diagnósticos de doenças incuráveis, saber que tem tuberculose não é tão ruim, já que tem cura.	D
PACTB04 VJS	O jeito a sê feito é eles descobrir a doença né? Aí me encaminharam e mandô cuida né? Mandô cuida direitinho que... falô que ainda tem cura né? E graça à Deus vai tê.	O jeito certo a ser feito é descobrir a doença, mandar tratar corretamente e dizer que tem cura.	E
PACTB08 JRDS	Aaah, mostrando pra ele que tuberculose é uma doença que tem cura né? Quem tem que se trata.	Falando que a doença tem cura se o paciente fizer o tratamento.	E
PACTB33 JAFN	Ah! Quando chegô lá e me falô que eu táva, eu tomei um susto né? Fiquei meio assim né? Aí falô que eu tinha que tomá o remédio direitinho e fazê o tratamento né?...	O paciente se assusta com a notícia, e é dito que deve fazer o tratamento corretamente.	E
PACTB05 BCR	É, mandô eu vim no posto que lá num fazia, esse tratamento, só faz aqui no posto né? Tem os remédios, tem tudo, todos os dias eu venho aqui tomá o remédio...	Dando condições de tratamento.	F
PACTB06 JOM	Num sei... É, que uma doença assim a gente quase num tem motivação pra se tratá. Ah... cê tá doente... Aí cê fica sem ação entendeu? Mais, aí sei lá qualquer jeito que viê tá bom. Que, às vezes, cê num sabe e tem que preveni mesmo. É a minha forma de vê.	1a ideia - De qualquer jeito que a notícia vier está bom, já que numa doença como essa não há como ter motivação para se tratar.	G
PACTB10 COF	Ah... Um modo mais carinhoso né? Porque pra mim foi um choque que tive a notícia né? Pensei que ia morrê, mais graças à Deus tô forte.	A notícia é chocante, deixa com medo de morrer, por isso, um jeito carinhoso de dar a notícia pode motivar o tratamento.	H
PACTB13 MSS	Ah... dá forma que passaro pra mim! De uma forma positiva, de uma forma que você num vai assim... que num vai te deixa assustada. Aqui eu recebi e do próprio médico lá do convênio... Foi uma forma, assim... bem correta, foi certa, clara... entendeu? Assim... Do jeito que foi que recebi aqui nessa unidade já tá ótimo.	Dando a notícia sem assustar, de forma positiva e clara.	H

PACTB16 EGS	Aah... Porque... na hora que a gente recebe a notícia é um pouco assim... assustador né? É uma... uma... doença que tem cura, mas que demora, se pará o tratamento não sára.... Mas, tem que incentivá o paciente a fazê o tratamento direitinho, até porque, além de você não sará você fica transmitindo para outras pessoas. É... assim, igual aqui no posto eles incentiva bastante. Pra mim, do jeito que tá fazendo aqui, pra mim tá bom! Tem que incentiva o paciente, deixá ele ciente de que não pode pará o tratamento, realmente, se não ele não sára. Acho que é assim, o jeito deles, que eles se preocupam bastante. Acho que é uma maneira certa assim...	A notícia é assustadora, por isso tem que incentivar o paciente falando das consequências do não tratamento e da transmissão.	H
PACTB25 ALA	... eles me falaram assim super calmo e que havia um tratamento pra eu num ficá preocupada, que tem, hoje em dia tem tratamento sim. Por mais que ele seja grave tem o tratamento pra se cuidá. E pra seguí sempre o tratamento correto. Porque se você não seguí pode voltá e voltá pior. Mas eles falaram na maior calma, me aconselhando a fazê o tratamento tudo bonitinho.	Mesmo sendo uma doença grave, a notícia deve ser dada calmamente, dizendo que hoje tem cura e das consequências do não tratamento.	H
PACTB06 JOM	... Chegá com cuidado né? Primeira vez... Chegá com cuidado... Ééé... i angariando a pessoa até aceitá que ela tá doente.	2a ideia - Numa primeira notícia, falar com cuidado atraindo a pessoa a se convencer da doença.	H
PACTB09 BCO	Ah... Foi aqui mesmo. Foi aqui mesmo, com o Dr. S....	A notícia foi dada na UBS pelo médico.	I
PACTB17 AHS	Só por ele mesmo, hum? Num tem outro motivo não. É só querer fazê. Esse aqui eu num tô sendo forçado a fazê! Simplesmente obedecendo a ordem da equipe, pra não criar caso. Eu acho que num tô precisando fazê, eu num tenho problema de tuberculose. Mas, como é interessante pra mim, se é pra me recuperá a saúde, tô fazendo então, sem problema nenhum.	O motivo é o paciente querer se tratar. Mesmo que ele não concorde com o diagnóstico, deve obedecer o serviço.	J
PACTB18 ADF	Quem gosta de tê uma saúde boa tem que se cuida né? Então, num tem jeito. Tem que fazê o tratamento.	A motivação está na vontade do paciente em ter uma boa saúde.	J
PACTB19 CNA	... Porque já que a pessoa tá doente, então o único jeito é fazê o tratamento mesmo.	Estando doente o único jeito é se tratar.	J

PACTB34 MAS	É... é como eu falei né? É meio complicada a doença, ou você aceita, ou.... Sei lá, cê tem que arrumá força pra você consegui fica bom né? Porque é.... já vem o desespero da família, vem muitas coisas, se você for pai de família... Tudo isso é... já é um negócio bem complicado já...	A notícia causa desespero na família, principalmente se o doente é o provedor, por isso, o paciente deve aceitar e criar forças para o tratamento.	J
PACTB22 MFC	Se você tem que se curá, você tem que fazê, se você num fazê então, você tá sendo irresponsável contaminando outras pessoas.	2a ideia - O paciente que não se trata é irresponsável por estar transmitindo para outras pessoas.	J
PACTB23 MFS	... O médico falô que eu tinha que fazê mesmo. Não tinha outro jeito viu? E também num veio com desculpa não. Na mema hora falô: M... você tem que cuidá da tua tuberculose, que é o que você tem. Eu tive de cuidá, só cuidá mesmo, num tive outra solução.	Dando a notícia sem desculpas, pois não há outro jeito, tem que fazer o tratamento.	K
PACTB26 FPP	Eu, na minha opinião eu queria que eles desse logo... que falasse logo a verdade. Porque o clínico que me passô ele num falo o que era, só falô que era uma mancha no pulmão e num falô, eu que fui no pronto socorro pra vê. Eu, cada dia que passava eu piorava, e aí foi lá que o médico falô que era tuberculose. Então, o certo acho que chegá e já falá logo pra pessoa, e aí você já corre atrás e vai fazê o tratamento.	Dando a notícia o mais rápido possível e dizendo a verdade para que o paciente possa se tratar.	K
PACTB32 JMS	Pra mim, a minha família tá me apoiando. Porque é através deles que eu tô aqui fazendo esse tratamento. Se não fosse eles eu num tava fazendo. Especialmente uma irmã que eu tenho que é adevogada.	O apoio para o tratamento vem da família.	L
PACTB31 SMS	Ai... porque o meu médico foi bem frio quando me disse, e ele também não me explicou sobre a doença. Então, eu não quis adquirí ao tratamento. Minha doença se tornou resistente por causa disso. Tomei duas vezes o comprimido na primeira fase e desistí. Porque eu nem sabia o problema, como que era o problema, sabe? De tão grave que ele era e o tão mal que ele podia me fazê. Então, eu não adquirí ao tratamento.	O profissional de saúde ser frio e não dar explicações sobre a gravidade da doença, faz o paciente não aderir ao tratamento, pois não compreende o problema.	M

PACTB29 BA

... Depois que eu saí que tava internado, que cheguei aqui no posto, aí a médica falou que tava, meu exame tava negativo, fiz a ultrassom lá, veio tudo normal: fígado, bacia, rim... Agora diz que eu tô com uma pedra na vesícula...

O diagnóstico da tuberculose no hospital, mediante diversos exames, proporcionou a descoberta de que o paciente não tinha outros problemas de saúde. Ao chegar na UBS para sequência no tratamento, foi comunicado a ele uma nova doença além da tuberculose.

N

QualiQuantiSoft®

Faculdade de Saúde Pública da USP

Representações e Sentidos sobre a Revelação do Diagnóstico da Tuberculose 1 (PACIENTES)

Questão semi-estruturada nº. 12: *Algumas vezes, o jeito como essa notícia é dada acaba levando o paciente a desistir do tratamento, não é? Então, eu vou fazer três afirmações sobre isso e você vai escolher com qual você mais concorda:*

- a. *O paciente desistiu do tratamento porque o profissional de saúde foi bruto.*
- b. *O paciente desistiu do tratamento porque não entendeu as explicações sobre o tratamento.*
- c. *O paciente desistiu do tratamento porque o tratamento pareceu muito complicado e trabalhoso para ele.*

Pacientes	Expressões Chave	Idéias Centrais	Categorias
PACTB01 VSA	Às vezes a gente pensa que é fácil e num é né?	Pacientes podem abandonar o tratamento por não entenderem as explicações sobre o tratamento.	A
PACTB20 RTSC	Não, porque às vezes ele num sabe é... a tanta importância do medicamento, pra saúde dele. Que às vezes ele acha que tá bem, que num precisa do remédio, que pode prejudicá ele em alguma outra coisa.	Pacientes podem abandonar o tratamento quando não compreendem a importância do medicamento.	A

PACTB22 MFC	<p>Eu acredito que você tem que ter paciência. Que você tem que se conscientizar, e a tuberculose tem cura, né? Então, pra esses paciente que não entendeu tinha que ter um slide pra mostrar a gravidade da tuberculose. Ela praticamente consegue acompanhá como uma Aids, como um câncer, ela num é brincadeira, ela afeta muitos lugares. Ela afeta também no pulmão, no cérebro, como na garganta, no braço, perna, qualquer lugar. É que no pulmão é mais rápido você achá. Tem gente que morre com a tuberculose por causa disso, quando descobre que tá num outro lugar, né? Então, eu acredito que tem que ter sim um slide e um estudo mais aprofundado, porque eu táva internada e vi que tinha gente que não tinha consciência que era a doença que tinha...</p>	<p>Pacientes podem abandonar o tratamento por ele parecer complicado e trabalhoso, e para evitar isso é preciso utilizar ferramentas para conscientizar o paciente da gravidade da doença.</p>	A
PACTB24 JSS	<p>Porque se ele num intende as explicações de repente ele fica desmotivado e acha que num é obrigatório ele tá fazendo esse tratamento, então seria uma das formas mais... mais importante de tá na orientação de um paciente. Eu acho.</p>	<p>A orientação do paciente é o mais importante, pois se não entender as explicações sobre o tratamento pode ficar desmotivado e achar que o tratamento não é obrigatório.</p>	A
PACTB25 ALA	<p>Porque assim: muitas pessoas não entendem que tem que vim num horário, tomá certinho. E eles acham assim: que se o primeiro exame depois que começô o tratamento deu negativo, num precisa fazê mais porque se deu negativo o exame, né? Pra que que vai fazê mais. Eles não entendem que tem que completá o tratamento...</p>	<p>Pacientes podem abandonar o tratamento por não entenderem que o tratamento tem um certo tempo definido e que deve ser feito até o final.</p>	A
PACTB02 JVS	<p>Porque eu vo siguí meu tratamento certinho... Então eu num posso desistí, num posso reclamá que são ruim comigo. Pra mim tem sido ótimo... e... num posso desistí porque eu quero me tratá até o fim, pra depois eu fazê um inzame e vê se tá tudo bem. E eu só muito feliz.</p>	<p>O paciente não pode desistir.</p>	B

PACTB03 IL	Porque é o seguinte: quando a gente cai no fracasso cê tem que concordá com tudo. Mais num é tudo assim. Depende se o médico te trata bem... Os enfermeiro, os agente, tudo... Porque se eles me esquece eu procuro... Porque se médico disse que é pra toma todo dia, é que é pra toma todo dia. E é isso aí. Cê num vai me chama no meio do corredor para me dá chamada. Porque todo lugar tem lugar pra falar. Eu num acho justo.	O paciente deve acatar as orientações desde que seja respeitado por todos que compõem a equipe.	B
PACTB04 VJS	O mais correto é o que o médico pedi né?	O correto a fazer é o que o médico pedi.	B
PACTB29 BA	Tem que se trata né? Quem sabe é que... o médico estudou pra isso. Se ele errô, também, né? Acho que num pode desisti, tem que continuá até... pra vê o que é que dá, né? Erro médico é uma coisa. Agora, se ele estudô pra isso eu num posso fala que ele tá mentindo né? Pode sê, mais num tem que desisti, tem que ir para frente. Então, tô continuando.	Não há razões para o abandono do tratamento, pois médicos estudaram e sabem o que dizem. Mesmo existindo erros médicos, o natural é confiar neles e fazer o que foi solicitado.	B
PACTB33 JAFN	Ah! O que eu acredito é que tem que fazê o tratamento pra se cura né? Não pode desisti. Num pode pará de fazê o tratamento né? Se não, piora mais ainda, e tem que continuá tomando o remédio, entendeu? Não adianta nada pará o tratamento também né?	Não há razões para os pacientes abandonarem o tratamento.	B
PACTB05 BCR	Eu tenho no meu subconsciente que eu tenho que fazê o tratamento. Realmente estou doente? Tenho que fazê o tratamento. Dexá o tratamento num posso. Só no último causo. Tô me dando bem, tô passando bem com o tratamento. Já voltô o apetite, eu aumentei mais do que 5 quilos.	2a ideia - Se o paciente está realmente doente, deve fazer o tratamento.	B
PACTB13 MSS	... Mas, se ele tá afim da saúde, se foi bruto você releva. Porque em primeiro lugar tá a sua saúde. Depois, o tratamento difícil, você também releva. Olha! Cê qué a sua saúde ou mordomia?	2a ideia - Profissionais de saúde brutos ou tratamentos difíceis os pacientes podem relevar, pois a saúde está em primeiro lugar.	B
PACTB06 JOM	Ah, porque tem alguns que é bastante ignorante, faz a pessoa volta o tratamento pra traz...	Pacientes podem abandonar o tratamento quando profissionais de saúde são brutos.	C

PACTB18 ADF	... Às vezes a pessoa é sensível demais, sei lá! Acho que é isso.	Pacientes podem abandonar o tratamento quando o profissional de saúde é bruto e por isso não conseguem entender o tratamento.	C
PACTB19 CNA	Ah... num sei! Eu acho né? É porque a pessoa já tá com problema e se num for bem atendido, a pessoa até desanima e desisti. Porque já fica desanimado, já tá com problema, tem que tratá bem pra seguir o tratamento.	Como o paciente já está com problemas, tratá-lo mal pode desanimá-lo e fazer com que abandone o tratamento.	C
PACTB21 MSF	Acho mais por causa da ignorância. Tá doente e vai ser tratado com ignorância?... É chato né?	Pacientes podem abandonar o tratamento quando profissionais de saúde são brutos.	C
PACTB30 DGS	Porque, geralmente, é isso que ocorre. Se você é tratado de uma forma igualitária, assim, educada, você se incentiva, a pessoa é legal, mesmo que o remédio seja ruim, o tempo seja ruim, você tem uma pessoa atenciosa que tá ali cuidando de você, dando atenção. Agora, se não, você vai levar um susto: vó lá pra toma as mesmas patadas de sempre! Então, você acaba desistindo assim...	1ª ideia - Pacientes podem abandonar o tratamento se tratados de modo deseducado ou não atencioso.	C
PACTB31 SMS	Porque o médico foi bem bruto mesmo, bem grosso pra me dá a notícia...	1ª ideia - Pacientes podem abandonar o tratamento quando o profissional de saúde é bruto.	C
PACTB07 JAQ	As vezes é que a pessoa num explica direito. E a pessoa fica meio sem sabê como é que faz...	Pacientes podem abandonar o tratamento quando profissionais de saúde não explicam direito sobre o tratamento.	D
PACTB08 JRDS	Muitas vezes a pessoa não é tão bem esclarecida. Essa é que é a verdade. Então, ele acaba desistindo porque ela não tem entendimento né? Não foi passado pra ela, e isso é importante.	Pacientes podem abandonar o tratamento quando suas dúvidas não são esclarecidas.	D
PACTB13 MSS	... por falta de informação. Ele chega na metade, acha assim que num é a coisa certa... vai e fica por ali mesmo...	1ª ideia - Pacientes podem abandonar o tratamento por falta de informação.	D
PACTB27 DLS	Porque assim, éééé.... Lá mesmo eles não me esclarecerão muito as coisas pra mim...	Pacientes podem abandonar o tratamento quando suas dúvidas não são esclarecidas.	D
PACTB05 BCR	Eu num achei complicado não.	1ª ideia - O tratamento não é complicado.	E

PACTB09 BCO	... Pra mim foi tudo aceito. Bem aceito... porque com chuva o sem chuva, eu tô aqui pra tomá o remédio... Muito bem tratado aqui, todo mundo me respeita, eu respeito todo mundo. Aqui é uma família pra mim, é como uma família. Às vezes no sábado, sábado e	O tratamento respeitoso proporciona vínculo e o paciente não abandona.	F
PACTB10 COF	Por causa do horário do medicamento né? E dos dias após dias. Aí complica um pouco mais. E o restante é tudo OK né?	Pacientes podem abandonar o tratamento pois parece ser trabalhoso e longo.	G
PACTB12 MZCF	... é um pouco complicado que eu num posso vim sozinha todos os dias e dependê dos outros fica difícil também, né? Agora mesmo meu filho falô: mãe, por enquanto eu tô levando... É que ele tá desempregado. Quando eu começá a trabalhá como eu vô cuidá da senhora? Ainda falta 3 meses ainda. Agora, com relação à notícia da tuberculose, graças à Deus, até que eu aceito as coisas com resignação...	O tratamento é complicado para pacientes que dependem de outras pessoas para serem levados até a unidade de saúde para a tomada do medicamento.	G
PACTB14 EPG	... eu já to completamente melhor. E eu num tô querendo mais, assim... procurá o médico. Então, a minha saúde já tá legal. Já tô quase legal já. É isso.	Pacientes podem abandonar o tratamento pois o tratamento é complicado e trabalhoso.	G
PACTB15 GPM	... Eu acho que num tem que desistí. Que é complicado é... Cê sabe o que é dois anos, tomando injeção direto, todo dia? Num é fácil...	Pacientes podem abandonar o tratamento pois é complicado e trabalhoso.	G
PACTB16 EGS	Porque é complicado realmente, né? Igual, tem que vim aqui no posto todos os dias, é trabalhoso porque você tem que ter aquele tempo... Então, eu acho que a maior dificuldade é que é trabalhoso, que é trabalhoso, dá muito trabalho mesmo. Eu acho que é isso... o tratamento em si é prolongado, as pessoas quando chega no meio do tratamento já não qué fazê mais. Então, acho que é...	1a ideia - Pacientes podem abandonar o tratamento porque é complicado e trabalhoso.	G
PACTB23 MFS	... é complica e trabalhoso né? Mas, ele tem de cuidá, porque num tem outra solução. Se num cuidá o que é que vai acontecê? Vai morrê, num vai? Então, é tê paciência e aí cabô. A decisão que eu fiz foi essa, que eu tenho família pra criá, então eu ía abandoná minha família pra mó de... sabendo que num tinha outra solução. Bóra cuida dela, e acabô! Concorda?	Pacientes podem abandonar o tratamento por ser complicado e trabalhoso, mas como não existe outra solução, deveriam ter paciência e seguir até o final, ao invés de morrer com a doença.	G

PACTB28 MJS	<p>Porque tem que vim todos os dias no posto, é um medicamento que não pode tomá em casa né? Muitas vezes, você tem muita coisa pra fazê. Às vezes eu tenho que ir no hospital e não dá tempo de vim. Quando dá tempo eu venho e aviso, pego o remédio pra tomá no outro dia, pra não falha com o remédio. É assim, é meio complicado porque é uma medicação que se você tomasse em casa seria mais fácil. Todo dia tê que vim no posto tomá o remédio, às vezes cê tá muito ocupada, que fazê, dona de casa tem muita coisa para fazê.</p>	<p>Pacientes podem abandonar porque é um tratamento complicado, o paciente deve vir à unidade de saúde todos os dias, atrapalhando seus afazeres cotidianos. Caso pudesse ser tomado em casa seria mais fácil.</p>	G
PACTB30 DGS	<p>... Agora, se o tratamento for, sei lá, muito complicado, tipo assim, tomá injeção na veia, dá uma preguiça crônica apesar de ser preciso. Acho que você também acaba não querendo ir por ser trabalhoso, trabalhoso mesmo. Acho que é um fator também de preguiça, porque se é necessário, você vai de qualquer jeito. Não sei!</p>	<p>2a ideia - Pacientes podem abandonar o tratamentos complicados e trabalhosos.</p>	G
PACTB11 SMS	<p>Porque já tive a experiência. Aqui nunca tem médico, estão sempre falando que eu num sô daqui e eu tô até agora sem passá com um médico.</p>	<p>Pacientes podem abandonar o tratamento quando profissionais de saúde não dão a atenção necessária.</p>	H
PACTB17 AHS	<p>... eu sinto que aqui o atendimento é bom. Eles são bom pra caramba né? Pra mim em cinco minuto eu tô aqui pra tomá medicação, num me atrapalha em nada. Era o fato de eu trabalhá e chegá aqui sete horas e perdê duas horas pra roda dez quilômetros, né? Eu mudei o horário, e tô pegando o medicamento à tarde e eu perco um hora e meia, ganho meia hora, e ganho a paciência de tá o trânsito duas horas com o carro parado, né? Por isso eu não concordo com nenhum, num tem pra mim, certo?</p>	<p>Quando profissionais de saúde e pacientes chegam juntos a acordos confortáveis para ambos, o paciente não abandona.</p>	I

PACTB34 MAS	... Porque eu memo já passei por isso já né? Porque esse tratamento meu, eu já tomei um forte tratamento já. A primeira vez, eu pensei que tava bom e aí fui até o quinto mês. Aí pensei que tava bom, parei o tratamento. Aí voltô tudo de novo. Voltei a sê internado, aí conseguí de novo, aí fiquei bom. Aí no final, fiquei bom. Aí com o tempo de novo, voltô de novo. Aí eu fui embora pra Pernambuco, aí quando cheguei lá, aí fiquei bem ruim lá. Aí consegui voltá pra cá de novo e hoje tô com ela de novo. Tô conseguindo terminá, graças a Deus...	Pacientes podem abandonar o tratamento quando percebem a melhora dos sintomas e acreditam estarem curados.	J
PACTB16 EGS	... Também acha que num tem... depois que o sintoma passa acha que num tem mais importância.	2a ideia - Pacientes podem abandonar o tratamento depois que notam a melhora dos sintomas.	J
PACTB32 JMS	... Porque pra mim o problema é a condução. É perto, dá pra eu vim a pé. São três quilômetros, mas mesmo assim, várias vezes tá ruim de eu subí. Minha sorte é que tem um motorista aí que às vezes me ajuda e me dá carona. Caso contrário eu não viria.	Pacientes podem abandonar o tratamento pela dificuldade de se locomoverem até a unidade de saúde.	K
PACTB26 FPP	... eu tenho muito incentivo da minha família. Foi as primeiras pessoas que me incentiváro a corrê atrás. Então, vem da família também corrê atrás e ajudá. Se a família não ajuda você pode até abandoná também né?...	2a ideia - Pacientes que não têm o apoio da família podem abandonar o tratamento.	L
PACTB31 SMS	... E eu não sabê da doença foi onde a minha doença mais avançava, tá bem pior, já não posso trabalhá mais, não posso fazê mais nada por causa da doença. Então, se eu tivesse recebido as explicações antes, hoje eu já taria bem melhor.	2a ideia - Profissionais de saúde que não dão um diagnóstico rapidamente levam o paciente a ficar sem tratamento, agravando a doença.	M
PACTB26 FPP	Na minha opinião, se você tá com esse pobrema e o profissional que tá te acompanhando te trata mal, você tem que procura outro...	1a ideia - Quando o profissional de saúde trata mal um paciente, este paciente deve procurar outro profissional e não abandonar o tratamento.	N

QualiQuantSoft®

Faculdade de Saúde Pública da USP

Representações e Sentidos sobre a Revelação do Diagnóstico da Tuberculose 2 (PROFISSIONAIS)

Questão semi-estruturada nº. 8: *A consulta onde se comunica, pela primeira vez, ao paciente que ele está com tuberculose tem alguma coisa de especial? Fale um pouco sobre ela.*

Profissionais	Expressões Chave	Idéias Centrais	Categorias
PROFTB27 ARS	... a primeira consulta quem faz é o médico. Então, quando ele chega na sala pra podê pega a medicação, ele praticamente já tá por dentro de todo o assunto. A gente explica as forma de tratamento também, né? Mas, o primeiro contato é com o médico.	A primeira consulta é com o médico. Quando ele chega na sala da equipe de enfermagem ele já está por dentro de tudo. A equipe apenas reforça os tipos de tratamento.	A
PROFTB39 DWG	... é uma questão difícil, muitas vezes a gente que é profissional de enfermagem, até mesmo na graduação, não tem um certo preparo pra pode dá este tipo de notícia pra pessoa. Então, geralmente, na unidade aqui, o fluxo, geralmente é o médico que dá. Às vezes, as vezes ou outra, a gente procura passá isso, isso no caso de uma falta de um médico, mas geralmente, o fluxo da unidade, é o próprio médico que dá essa notícia.	2a ideia - Profissionais de enfermagem não possuem preparo na graduação para dar este tipo de notícia, por isso deve fazer o diagnóstico somente na falta de um médico.	A
PROFTB05 SCR	... a prioridade é sempre o profissional médico dar o diagnóstico porque ele já vai dar o tratamento pra ele, vai explicar e vai encaminhar ele pra cá para preencher todos aqueles papéis, toda a parte burocrática... Não estando o médico, o profissional de saúde enfermeiro pode dar sim o diagnóstico da tuberculose pra ele.	1a ideia - É um momento que deve ter o médico como prioritário para dar a notícia.	A

PROFTB23 ASR	Acho que a gente comunica o médico né, pra passa esse diagnóstico..... após a consulta com o médico, a gente reforça a questão do tratamento né? Que ele vai melhorar assim, num prazo curto, mas o tratamento é longo, 6 meses. E a gente tenta sensibiliza esse paciente pra adesão nesse tratamento...	A equipe de enfermagem deve passar o caso para que o médico faça a revelação do diagnóstico.	A
PROFTB04 PAH	... há um pouquinho de especial em relação a você ser uma prevenção dentro da família, com as pessoas que convivem com ele...	1a idéia - É um momento para se fazer prevenção buscando a doença nos familiares do doente.	B
PROFTB13 VBF	... faz o contato com os comunicantes, tenta já colhe o exame de HIV na primeira consulta, quando é possível né? ...	3a ideia - Procura-se por em prática as ações de saúde pública, contatando comunicantes e fazendo o exame de HIV.	B
PROFTB01 JS	... Eu não tenho muito constrangimento em falar, visto que a tuberculose é uma doença completamente tratável e curável, hoje em dia. Mas, os pacientes tem aquela questão... Como que a gente diz? ...Tem aquele... O tabu vai, vamos dizer, com a tuberculose. Então, eles têm muito medo de ter tuberculose, porque se ouvia dizer que muita gente morria de tuberculose, antigamente, tuberculose isso, tuberculose aquilo. Não vão comer no mesmo prato, não vão tomar no mesmo copo, e... pra mim é muito tranquilo dá o diagnóstico e explicar, justamente esclarecer que ele pode comer no mesmo prato, tomar no mesmo copo e depois de 15 dias pode voltar a trabalhar.	É especial porque é um momento de desvendar os tabus e dar algumas explicações neste sentido	C
PROFTB09 DTG	É assim.... Pra gente que sabe lidar com a doença, até que é tranqüilo. Mas, existe um certo preconceito por parte do paciente né? Então, tem que toma cuidado com que você fala. Tem que explica direitinho que tem tratamento, que é uma doença que se ele não trata pode prejudica ele e a família dele. Mas, é isso... É mais com relação ao preconceito do próprio paciente que não conhece, nem como é o tratamento, e nem como evolui a doença.	Deve-se ter cuidado com o que fala, pois o paciente tem certos preconceitos por não conhecer o tratamento e nem a evolução da doença.	C
PROFTB10 SSW	... Tuberculose é uma doença estigmatizada. Às vezes, você precisa esclarecer o paciente.	1a ideia - É preciso esclarecer o paciente já que a tuberculose é uma doença estigmatizada.	C

PROFTB14 CMT	Eu acho que ansiedade do resultado, medo da doença, é... como vai se realizar o tratamento, como vão ser os efeitos colaterais, é... os... os da família, como que a família vai ser tratada, é... o preconceito que ele vai... é... dificuldades que ele vai enfrentar com o preconceito. Eu acredito que seja uma das primeiras coisas no primeiro momento.	O paciente mostra ansiedade e medo pelas dificuldades que vai enfrentar com o preconceito. Por isso é necessário explicar de tudo.	C
PROFTB28 COL	... eu acho que ainda é um diagnóstico carregado de estigma. Então, a gente procura, é, na primeira consulta, conversar bastante, que é uma doença tratável, que ela tem cura, que a adesão ao tratamento é importante...	1a ideia - É um diagnóstico carregado de estigma. Por isso, procura-se explicar bem sobre tudo.	C
PROFTB37 JBOC	... Na primeira vez a gente tem que tê toda cautela, tem que tê todo o jeito, porque o paciente não espera um diagnóstico desse, até mesmo porque ainda tem os paradigmas de que ... a TB é uma doença que não tem cura né? E a gente precisa, tem que explica pra ele a necessidade da adesão ao tratamento, porque é uma doença que tem cura, mas às vezes, muitas vezes, eles já vêm com uma cabecinha feita do que eles ouvem falá, que não tem cura, que eles acham que vão morrer. Então, a gente tem um pouco de dificuldade nesse começo, justamente por isso, os paradigmas mesmo né?	O paradigma de que a tuberculose não tem cura ainda existe, por isso a notícia deve reforçar que existe cura.	C
PROFTB38 MHGG	A abordagem, primeiro, é um pouco diferente, porque é uma doença que trás bastante mito, principalmente, para o paciente desinformado, que é a maioria do que a gente atende. Então, é uma abordagem diferente sim, né? Onde você, ao dar o diagnóstico, você explica como a doença funciona, os riscos que ela tem, né? Qual a problemática do abandono de um tratamento, né? O quanto é importante que ele compareça na unidade, porque o tratamento é feito aqui, né? É feito monitorado...	Por ser uma doença que carrega mitos ainda hoje é necessário explicar de tudo um pouco.	C

PROFTB19 AGG	<p>... é uma doença que tem muito preconceito no país... E aí, eu tenho que dá notícia, assim como outras notícias que são estigmatizantes, né? E... às vezes até a gravidez aqui é estigmatizante, né? Conforme o contexto e tal. Então, isso exige um respeito maior, um cuidado maior, pra explicar, pra dá a notícia, explicar como é a doença, como pega, como é a transmissão, e o que é mais difícil né? O tratamento, porque é um tratamento longo... o que é que tem de especial? É dar a notícia, fala que a pessoa não vai morrer por causa disso, que se ele trata tem grandes chances de cura e explicar que tudo isso é que vai favorecer a vida dela, desde que ela cumpra o tratamento devidamente...</p>	<p>2a ideia - É uma entre várias outras doenças ou condições estigmatizantes. Por isso é necessário respeito e cuidado para explicar tudo.</p>	C
PROFTB11 VBM	<p>A maioria dos pacientes, na verdade, são pacientes muito carentes, têm uma necessidade de saúde pública geral, necessidades básicas e o anúncio da tuberculose é um anúncio até esperado. Talvez faça parte até da..., do desenrolar da vida dele. Alguns que eu dei diagnóstico já eram HIV positivos. Então, não me parece que é uma coisa muito transtornante. As pessoas parecem conviver com isso nas favelas, as pessoas parecem que já sabem que em determinadas situações podem vir a desencadear isso aí. Não vi muita reação no meu dia-a-dia, dos pacientes que eu fiz diagnóstico não houve uma preparação muito grande...</p>	<p>1a ideia - Os pacientes de tuberculose são pacientes socialmente carentes, e por isso, já convivem com esta doença em seus contextos. Portanto, o anúncio de que estão com tuberculose não é tão transtornante.</p>	D
PROFTB20 CAT	<p>... aqui na região, geralmente eles sabem o que é a tuberculose, eles sabem como que funciona. Então, quando eles vêm procurar, normalmente, eles já sabem que têm, ou tem algum parente que tem. Então, é um pouco menos difícil. Não precisa explicar tanto.</p>	<p>Dependendo do contexto, os pacientes já conhecem e convivem com a doença, portanto, ficam mais tranquilos diante da notícia.</p>	D
PROFTB02 EST	<p>... explica pra ele! Geralmente, ele quer saber como que ele pegou, da onde, qual o problema com... se a família dele tá infectada também...</p>	<p>1a ideia - É um momento para sanar as dúvidas trazidas pelo paciente.</p>	E
PROFTB13 VBF	<p>... a gente procura atender... assim... tirar as dúvidas que ele tem, né? ... Então, a gente tira todas as dúvidas...</p>	<p>1a ideia - Procura-se tirar as dúvidas do paciente.</p>	E
PROFTB04 PAH	<p>Acho que é um esclarecimento do paciente sobre o que ele tem.</p>	<p>3a ideia - Momento de esclarecer o paciente sobre a doença que ele tem.</p>	E

PROFTB15 SP	No acolhimento. Os primeiros pacientes que se aproximam com sintomas de mais de três semanas, ou mais de quatorze dias sintomáticos, eles são acolhidos com a enfermagem. Depois passam pra mim pra poder fazer os exames laboratoriais correspondentes, se for tuberculose.	Quando o paciente faz os exames laboratoriais é porque já existe a suspeita de tuberculose.	F
PROFTB24 PRS	Na verdade, quando a gente já solicita o exame a gente já explica que há fortes suspeitas da doença até pra que eles venham colher. Porque só você fala que só vai investigar uma bactéria, que não tem muito importância, eles nem colhem antes de diagnosticar. Então, a gente já dá uma esplanada na solicitação pra que eles colham. Então, quando a gente chega pra eles e já dá o diagnóstico: realmente em essa bactéria, vai ter que começar o tratamento que é longo, seis meses, eles já estão mais cientes de que era possível já dar positivo. Acaba que na solicitação a gente dá uma abertura de falar da doença. Então, acaba que no retorno fica só uma confirmação: realmente tem que iniciar o tratamento e você vai passar com o médico.	Para solicitar a coleta do exame já é dito da suspeita da tuberculose. Portanto, quando voltam para receber o resultado já estão cientes da possibilidade de dar positivo. Então, a revelação se torna apenas uma confirmação.	F
PROFTB34 FAP	... Paciente meu mesmo, que eu diagnostiquei TB foi um só até hoje e daí o paciente já vinha num quadro já bem deteriorado, o paciente já desconfiava de que ele estava com tuberculose. O diagnóstico mesmo foi só uma confirmação de uma suspeita dele. Não foi uma notícia muito... algo que ele não esperasse. Era uma coisa mais... ele já tava preparado.	Quando já há uma suspeita de ser tuberculose, a notícia da doença para o paciente é só uma confirmação, algo esperado.	F
PROFTB36 PCA	Pra dá o resultado pra ele? Geralmente, ele já desconfia, né? São pacientes que já fizeram exame de reação, geralmente já fez uma radiografia do tórax, ou algum outro exame, então... também os sinais e sintomas, ele já pode estar desconfiado que ele tem uma doença tipo tuberculose. Então, nem sempre é um espanto...	Como o paciente já faz exames indicados na suspeita de tuberculose, ele pode estar desconfiado, e a notícia não causar espanto.	F
PROFTB07 LLS	Tem bastante de especial. Sempre tem, acho que, um pouco de impacto sobre o paciente. Depende de como a gente fala ele aderir bem ou não ao tratamento. A gente tem uma preocupação grande em conduzir de uma maneira tranquila. Sempre tem muita papelada, tem que preencher. Então, é uma tarefa sempre difícil.	É um momento que impacta o paciente, pois dependendo de como se faz a revelação do diagnóstico ele pode aderir ou não ao tratamento.	G
PROFTB17 CSS	... O primeiro impacto é o resultado do exame...	O resultado positivo é impactante.	G

PROFTB18 MSS	De especial, de especial, assim não. O que a gente observa é... que às vezes assim... tem aquele impacto pra eles, eles ficam assustados, porque é uma coisa que a pessoa acha que nunca vai tê, né?...	A notícia é impactante, eles ficam assustados, pois nunca pensam que poderiam ter essa doença.	G
PROFTB26 APMJ	É, tem que te todo um jogo pra você falá com o paciente né? Porque é assim: até hoje eles têm aquela barreira com a tuberculose. Que eles acham que quando... eles tão com o diagnóstico de TB, começam a ficar nervosos, não aceitam a doença, ele acha que vai morrer. Então, tem que tê todo o cuidado, dizer que TB hoje é uma doença que tem cura... A tuberculose é uma doença que tem cura, e assim, se ele aderir ao tratamento, fizer tudo direitinho ele sai dessa.	1a ideia - É preciso ter um jogo, um cuidado para falar, pois os pacientes possuem barreiras com relação a essa doença. Ficam nervosos e não aceitam.	G
PROFTB32 SCGAC	... eu acho que é um momento especial porque é um momento de susto. Cê tem que ter muito carinho e saber o que falar. Dar-lhe a notícia e eu... por dois motivos: por acreditar e ter muita fé em Deus, eu acho que isso é fundamental! É, eu tento explicar que é uma doença curável, que tem um tratamento inicial que pode lhe dar alguns problemas epigástricos, mas, com a perseverança e a luta dele, ele vai conseguir chegar ao final desse tratamento e crescer diante da vida pra não deixar mais que esses fatos venham acontecer.	É um momento de susto para o paciente, por isso deve-se ter muito carinho e saber falar com ele, explicar tudo e ensiná-lo como evitar que isso ocorra novamente.	G
PROFTB03 LMS	... geralmente, o paciente recebe a notícia com uma certa surpresa e a gente tem que ter toda uma preparação pra falar.... ... todo paciente diagnosticado com tuberculose tem que investigar HIV e outras imunodepressões juntamente com a doença. Então, tem a preparação sim.	1a ideia - É uma notícia que pode ser recebida com surpresa, choque, e o profissional deve estar preparado para lidar com isso.	G
PROFTB08 VAL	... Pra ele, o importante do uso da máscara, em ônibus, essas coisas, quando sair, durante 15 dias, é dizer que ele ta transmitindo vírus quando tosse, quando fala. Então, assim, essas coisas eu explico pra ele. Passo pro médico, aviso que ele foi convocado porque o exame tinha dado alterado, né? E aí ele já com início do tratamento. Já toma remédio no mesmo dia, já é orientado como é feito o tratamento. Explico os incentivos que ele vai receber. No primeiro dia tem todas essas orientações para ele.	É um momento onde o médico inicia o tratamento imediatamente e onde o paciente recebe orientações da enfermagem sobre o uso da máscara nos primeiros dias, para evitar a transmissão, e os incentivos que vai receber.	H

PROFTB16 RCCM	... A gente tem... acho... que explicar o tratamento. É um tratamento longo, seis meses...	1a ideia - É preciso explicar o tratamento, pois é longo.	H
PROFTB19 AGG	... Varia de paciente pra paciente. Tem paciente que já vem encaminhado com uma suspeita de tuberculose. Ele já vem e comunica. O que é que passa a ter de especial nesse sentido? Só o seguimento. Então, as vezes ele dá a notícia. Aí, então eu não tenho que me preocupa muito.	1a ideia - Quando é um paciente encaminhado, ele já vem com o diagnóstico, e ele é quem da a notícia. Assim, o especial da consulta é falar do seguimento.	H
PROFTB02 EST	E um pouquinho sobre o tratamento.	2a idéia- Falar sobre o tratamento.	H
PROFTB04 PAH	... explicar pra ele que o tratamento dele vai ser longo, e que ele vai ter que vir sempre na unidade.	2a idéia - Falar sobre o tratamento.	H
PROFTB10 SSW	... Você tem que orienta ele, tem que explicar que é um tratamento longo, um tratamento demorado. Precisa se conscientizar disso, se não você não faz.	2a ideia - É preciso conscientizar o paciente de que o tratamento é longo, caso contrário, ele não faz o tratamento.	H
PROFTB11 VBM	... a não ser a orientação e a preparação para o pós diagnóstico que é a necessidade de tratamento contínuo. Talvez, este seja o maior transtorno e não o diagnóstico em si.	2a ideia - A orientação e a preparação do paciente para um tratamento contínuo é mais transtornante do que o diagnóstico em si.	H
PROFTB13 VBF	Explicar a doença, a importância de fazer o tratamento supervisionado, de ta fazendo o acompanhamento direitinho, de não ta fazendo abandono e de toma as medicações corretamente, isso em jejum aqui na UBS né? ... Então, a gente tenta mobiliza ele é... vamos dizer... que é um momento que ele ta mais sensível a doença né? Então, é um momento mais impactante, e aí a gente tenta trazer ele para fazer o tratamento supervisionado.	2a ideia - Procura-se explicar a importância do tratamento supervisionado como garantia de tomada adequada do medicamento e de evitar abandono.	H
PROFTB35 FMK	... explico da importância do tratamento pra não comprometer a função pulmonar e que pode agrava as outras coisas também...	2a ideia - Explica-se a importância do tratamento.	H

PROFTB12 SRC	<p>... E que é muito importante o seguimento dele e o uso da medicação porque é uma doença diferente. Ela não é uma pneumonia que você trata em cinco dias, dez dias, nem uma infecção urinária que você trata em quinze dias, mas é uma doença que se trata em seis meses... porque normalmente a pessoa está acostumada a fazer aquele tratamento, tomar antibiótico por sete dias e acabou. E ele não entende que a tuberculose tem um bichinho diferente, e que ele precisa ter muito mais atenção... Gosto de falar dos efeitos colaterais dos medicamentos que é algo que, às vezes, incomoda a pessoa. Mesmo se sentindo mal, ela vai ter que continuar a tomar...</p>	<p>2a ideia - É importante reforçar o seguimento do tratamento, pois é uma doença que necessita de um tratamento longo, o qual os pacientes não estão acostumados.</p>	H
PROFTB12 SRC	<p>Eu gosto de caracterizar a doença, dando o histórico da doença, dizendo o passado negativo que ela tinha e coloco toda a preocupação deste passado negativo tentando trazer para os momentos atuais, enfatizando que tem uma cura essa doença... eu acho que é</p>	<p>1a ideia - É importante contar sobre o passado negativo da doença e como ela é tratada hoje, que hoje ela tem cura.</p>	I
PROFTB39 DWG	<p>É, o seguinte: quando... sempre que a gente vai dá uma notícia, principalmente quando não é uma boa notícia, acho que a gente tem que prepará um pouco o paciente. Então, antes de dá a notícia, a gente já procura explicá... Eu, particularmente, como que é feito, que a doença realmente tem cura, que tem o tratamento, e que só depende dele, que tem que tá preparado, de certa forma prá aderir o tratamento...</p>	<p>1a ideia - Como é uma má notícia, é preciso explicar que tem cura e que é preciso aderir ao tratamento para alcançar a cura.</p>	I
PROFTB03 LMS	<p>A gente tem que explicar como é o processo da doença e a gente tem que passar pro paciente sempre a certeza de que, se ele fizer corretamente ele vai ficar curado, sem problemas.</p>	<p>2a ideia - É um momento de explicar que a doença é curável mediante tratamento correto.</p>	I
PROFTB16 RCCM	<p>... Mas é uma doença que tem cura. É bastante especial falar da cura. Que com a colaboração dele, ele pode ser curado.</p>	<p>2a ideia - É especial falar que é uma doença que tem cura.</p>	I
PROFTB22 MLVM	<p>... Tem de especial que cê tem que orientá ele a não faltá, a vir tomá o remédio direitinho, é... as complicações. Se ele pará, orientá que ele tá contaminando outras pessoas, então, de especial tem isso...</p>	<p>É especial pois tem que falar das complicações que pode ter e do fato de estar transmitindo a doença caso pare de tomar o medicamento.</p>	J

PROFTB35 FMK	É... normalmente a gente explica a doença, que é uma doença transmissível, que é uma doença que pegou pelo ar, de pessoas que tenham contato por longos períodos. Não é de uma espirrada no rosto que acaba pegando essa doença...	1a ideia - Explica-se como é a transmissão da doença.	J
PROFTB25 PJC	É... nada de especial.	Não tem nada de especial.	K
PROFTB30 FML	... Não que seja uma consulta especial, a gente faz uma consulta como as outras. Só que a gente tem um pouco mais de atenção ao paciente tá? A gente procura ir mais com cautela e ir explicando bem a questão da doença, do diagnóstico e do tratamento. Explica que é uma doença que... que tem cura, que não é uma doença que não tem tratamento, que o tratamento é às vezes um pouco extenso, mas que, que trás um benefício muito grande pra o paciente, tá? Então assim, é uma consulta... não que seja especial, diferente das outras, mas com certeza a gente tem um pouco mais de atenção a este paciente. A gente tem um pouco mais de calma. Então, é uma consulta mais longa tá? Que não é... que num dá pra fazê uma consulta em dez, quinze minutos, que é o que a gente tem. Mas, assim, a gente procura detalhá bem sobre a doença, sobre o diagnóstico e sobre o tratamento que ele vai fazê.	É uma consulta como as outras, mas um pouco mais longa para dar mais atenção, ter mais cautela, ter mais calma para explicar e detalhar tudo.	K
PROFTB29 KMG	... ele é sempre atendido pela enfermeira e pela médica. A gente tenta fazê com a médica da equipe né? Se por ventura, não tem uma médica da equipe aqui, a médica de referência que fez o curso de tuberculose... Eu e a médica, a gente tenta dá de uma maneira, é, assim, tranquila, que ele não fique com medo...	1a ideia - A revelação é feita por um médico(a) e enfermeiro(a) juntos, tentando passar tranquilidade.	L
PROFTB33 ABS	... essa comunicação é feita pela médica da equipe, pela enfermeira e até pelo próprio auxiliar, né?	1a ideia - Essa comunicação é feita pelo médico(a), enfermeiro(a) e até pelo(a) auxiliar de enfermagem.	L

PROFTB05 SCR

Eu particularmente acho melhor, porque o enfermeiro dá... a notícia e explicar, e em seguida encaminhar ele pro médico, porque ele já vai mais aliviado. O médico não tem disponibilidade de tempo. Então, ele tem 20 pacientes, ele não vai poder dispendir meia hora com aquele paciente. Muitas vezes, eles explicam: a tuberculose é uma doença que tá no seu pulmão... tem muitas explicações... Não por falta de boa vontade, mas por falta, realmente, de tempo. A gente pergunta se ele sabe o que é tuberculose... Nessa conversa que você vai deixando ele bem a vontade. Eu, particularmente, procuro falar o mais suave possível... Eles querem colocar a culpa em alguém. Então, a maneira mais fácil que eu fui percebendo neste 1 ano e 4 meses foi falar dessa forma pra eles e explicar com desenhinho. Eu, às vezes, desenho o pulmão, mostro pra ele: olha! O seu pulmão. Aí desenho até uma cobrinha: imagina a cobrinha lá, o bacilo, mas aí vem o remédio, o remedinho que você vai tomar e aí vai matar... É só o senhor tomar o remedinho e não terá problema nenhum. E aí acabou... É muito mais agradável, muito mais ameno o diagnóstico.

2a idéia - É um momento que é melhor feito por enfermeiros do que por médicos, pois o enfermeiro tem mais tempo para fazer explicações e tirar dúvidas, e por isso tem mais condições para falar calmamente e numa linguagem acessível ao paciente, tornando o

M

PROFTB06 TFK

... Acho que essa primeira consulta, quando dá o diagnóstico, tem um pouco de especial, porque o médico, geralmente, não consegue nem passar o que realmente tá acontecendo com ele. É..., a gente tem que sentar com paciente, explicar em detalhes. E os detalhes, acho que é explicar, ter um pouco de sensibilidade, de saber ouvir também. Explicar como vai ser o tratamento, a implicância. Porque quando é diretamente com o médico fica meio complicado, eles têm resistência no falar... logo que ele recebe a notícia, pelo médico é diferente a forma de quando ele senta e conversa com o enfermeiro. Ele entende uma coisa na sala do médico, chegando pro enfermeiro, ele já sai com outra visão do problema dele... A gente acaba tendo um pouquinho de resistência mas, acho que o mais essencial mesmo é essa consulta da enfermagem... Uma doença importantíssima, mas depois que ele sai daqui, da consulta de enfermagem, ele entende que não é assim: aí vou morrer por causa disso! Tem tratamento, é importante.

É um momento em que o médico não consegue expressar o necessário, os detalhes, uma vez que são resistentes.

M

PROFTB21 EF	... Tem bastante de especial porque é o momento que a gente consegue já começar a... a... que o paciente entenda que tem que ter uma adesão mais firme no tratamento, porque é um tratamento diferenciado. Então, a primeira consulta já é a chave, praticamente, a chave do negócio.	É o momento chave, pois é onde se começa a trabalhar a adesão.	N
PROFTB28 COL	... a primeira consulta, eu acho que é a mais impactante, pro tratamento é a que tem mais impacto.	2a ideia - A primeira consulta é a mais impactante para o tratamento.	N
PROFTB31 GCR	Na verdade, a consulta dele deveria ser sempre na unidade, aqui que a gente deveria diagnosticá. Mas, no nosso caso, tem acontecido deles irem ao pronto socorro, ou algum outro hospital maior e ele já vem com o diagnóstico pra cá. Geralmente, ele não vem com muitas informações, ele sabe que é tuberculose e que ele pode tá passando pros outros e que ele pode morrer. Mas, quanto ao tratamento, que pode curá fácil, ou logo quando ele começa a tomá, daqui a pouquinho já não tá mais passando bacilo, ou que ele pode tá passando para os membros da família, isso ele não tem muito certo. A ideia que ele mais tem é que ele pode morrer e que pode tá passando pros outros, mas ele não sabe como que passa. Essas coisas a gente costuma explicá aqui certinho. E a aderência ao tratamento, quando o diagnóstico é assim falado em grandes hospitais, não é muito boa. A gente pega o paciente aqui, entra, conversa e ele começa a aderir melhor ao tratamento.	A revelação de diagnóstico feita em pronto atendimento é incompleta, o paciente chega à unidade de saúde com poucas informações e com uma frágil adesão ao tratamento. A revelação deveria ser sempre em unidade básica de saúde.	O
PROFTB33 ABS	... Alguns pacientes que até tiveram o diagnóstico em outra instituição, mas que iniciaram o tratamento aqui. Na primeira consulta com esse paciente, que é de importante, não é a comunicação, porque aquele paciente já vem com o diagnóstico certo, firmado, ele já tem a consciência do diagnóstico, mas não da doença. Então, na primeira consulta, e em todas as outras que ele passa, mensal com a gente, é importante só frisar o que é a doença, porque eu acho importante ele tê o conhecimento da doença, que tem cura... O paciente já veio com o diagnóstico. A gente só mantém até o final do tratamento...	2a ideia - Quando o paciente é encaminhado já com o diagnóstico, a consulta é importante apenas para explicar o que é essa doença, a cura, tratamento, etc.	O

PROFTB29 KMG	... E a gente tenta coloca ele num lugar mais à vontade, num lugar fechado... E... então, assim, a gente tenta um ambiente bem agradável pra que ele se sintá acolhido e crie um vínculo com a gente né? ...	2a ideia - Procura-se fazer a revelação num ambiente fechado e agradável para deixar o paciente à vontade.	P
PROFTB26 APMJ	... A gente fala "tuberculose", não fala "TB" né? ...	2a ideia - Fala-se numa linguagem acessível ao paciente.	Q
PROFTB35 FMK	... A gente explica as outras formas de tuberculose também: ganglionar, óssea... tudo....	3a ideia - Explica-se as várias formas clínicas da tuberculose.	R
PROFTB29 KMG	... Eu sempre pergunto se ele sabe o exame que ele fez, desde de antes, porquê foi coletado o exame, as queixas que ele tinha... Eu sempre explico a questão do tratamento, dá importância do tratamento, da aderência, se ele não fize o malefício que tem pra ele, os comunicantes, ou mesmo que ele não tenha comunicantes, das pessoas que ele convive... Mas, sempre... o que eu sempre tento coloca é a importância pra saúde dele, do que seria importante pra ele pra... pra que ele faça o tratamento adequado...	3a ideia - Procura-se perguntar antes se o paciente sabe o porquê coletou este exame, quais as queixas que tinha... Enfim, tenta-se contextualizar o diagnóstico para depois falar de tratamento, adesão, comunicantes, etc.	S
PROFTB33 ABS	... é importante frisar as causas que podem ter levado pra que não se repita, porque pode te uma recidiva com um abandono de tratamento, ou até mesmo uma baixa de imunidade mais pra frente... Então, os cuidados! Eu acho que não é a dificuldade dele entendê, não é uma questão da fisiopatologia da doença, mas é uma questão de como se pega a tuberculose, como ela se transmite, a orientação que ele pode passá prum vizinho, não os contatos domiciliares, porque os contatos domiciliares vem pra gente, mas a própria região... Porque a gente tem uma microárea que tá um pouco privilegiada com esse diagnóstico. Então, são pacientes que passam comigo, mensalmente, mas são pacientes que na primeira consulta a gente prima por um tempo maior pra explicá em relação à doença, os cuidados que ele deve tê, até o porquê pode tê acontecido pra ele te pego essa doença, até pra ficá muito claro pro paciente, e pra que ele consiga de forma muito simples e clara passá essas informações pra quem ele conhece, pra quem ele tem contato...	3a ideia - É importante fazer a parte educativa para que não fique doente novamente, e para que possa multiplicar as informações no seu contexto.	T

QualiQuantSoft®

Faculdade de Saúde Pública da USP

Representações e Sentidos sobre a Revelação do Diagnóstico da Tuberculose 2 (PROFISSIONAIS)

Questão semi-estruturada nº. 9: *De que jeito esta notícia poderia ser dada para incentivá-lo a aderir ao tratamento?*

Profissionais	Expressões Chave	Idéias Centrais	Categorias
PROFTB01 JS	... Justamente esclarecer pro paciente que é uma doença completamente curável, se ele fizer o tratamento direitinho, todos os dias...	1a ideia - Reforçando a cura da doença através do tratamento correto.	A
PROFTB02 EST	Que a tuberculose hoje tem cura e que se ele aderir ao tratamento ele vai ficá bom...	1a ideia - Reforçando a cura da doença através do tratamento correto.	A
PROFTB10 SSW	... Você tem que ser honesto com o paciente, você tem que explicar para ele o que ele tem, não é? ... Tem que dizer a doença que ele tem, dizer que é uma doença que é curável, né? E que é curável desde que ele se conscientize e faça o tratamento correto.	Sendo honesto como paciente, ao dizer a doença que ele tem e que tem cura se fizer o tratamento corretamente.	A
PROFTB12 SRC	... Eu falo que é uma doença que tem cura...	1a ideia - Falando que a doença tem cura.	A
PROFTB13 VBF	Que a gente pode garanti a cura dele né? ... Quando a gente vê que o paciente tá tomando a medicação todos os dias aqui na UBS, a gente pode garantir a cura. Agora, quando o paciente leva a medicação pra ta tomando em casa não tem como garantir a cura, porque ele tá tomando por conta dele. A gente não tem como sabê se ele tá tomando ou não tá...	Reforçando que ao fazer o tratamento supervisionado o serviço pode garantir a cura dele.	A
PROFTB16 RCCM	A cura. Que se ele fizer corretamente, ele fica livre dessa doença... a cura principalmente...	1a ideia - Falando que a doença tem cura.	A
PROFTB26 APMJ	... tem que dizer assim: você está com a doença, então... se você aderir ao tratamento, se fizer tudo direitinho, quer dizer.... você sai dela mais rápido, não é?	Falando que se fizer o tratamento corretamente vai se curar mais rápido.	A

PROFTB33 ABS	Olha, eu acho que o principal é que é uma doença que tem cura. É o principal. E as sequelas dessa doença, o que pode acontecer se ele não tratá adequadamente, se ele abandoná esse tratamento, o que é que pode vim a acontecer... Então eu acho que é isso: cura, que é uma doença que tem cura, mas que precisa tê um tratamento, de preferência, supervisionado, que tem que sê orientado, tá?...	1a ideia - Falando que a doença tem cura, desde que faça o tratamento corretamente, e de preferência supervisionado.	A
PROFTB34 FAP	A gente tem que deixar bem claro que a doença não é um diagnóstico de morte, em primeiro lugar. Que a gente tem que conscientiza o paciente que é uma doença que tem cura, existe tratamento. Se ele tivê adesão ao tratamento, é importantíssimo, ele vai consegui a cura dele, vai consegui se ajudá, vai conseguí voltar no dia-a-dia a vida normal dele. Mais, ele tem que tê a parte dele de tomá a medicação. Tem que tê as duas vias aí: nós como serviço de saúde e ele como paciente que aderiu ao tratamento também.	Conscientizando o paciente de que existe cura, desde que ele adira ao tratamento e faça a parte dele de tomar a medicação.	A
PROFTB37 JBOC	... falando da importância da adesão ao tratamento, que é um tratamento que não é tão prolongado e que se eles aderirem a cura é certa...	1a ideia - Explicando que há cura desde que o paciente faça o tratamento, já que não é tão prolongado.	A
PROFTB19 AGG	... que há um tratamento, e isso sim é um plano, um plano de tratamento, um plano de cura, um plano de salvação dele e de todo mundo que tá por perto...	2a ideia - Reforçando que há tratamento e que ele pode ser um plano para a cura.	A
PROFTB39 DWG	... a gente procura mais olhá também pelo lado dele de que a doença tem cura e depende dele...	2a ideia - Falando que há cura, mas que depende do paciente.	A
PROFTB04 PAH	Eu acho que na maneira em que você explica pra ele, como ele tem que toma o remédio e as consequências de ele não toma o remédio...	1a ideia - Explicando como se faz o tratamento e as consequências de não tratar.	B
PROFTB08 VAL	... na hora que a gente já dá a notícia do diagnóstico da tuberculose, que o exame deu positivo, tem já que falar sobre o tratamento...	1a ideia - Falando sobre o tratamento.	B
PROFTB09 DTG	... tem que incentivá pelo lado da família dele. Dizer que se ele não tratar, ele vai transmití pros parentes, fica mal... Que o tratamento é simples... Porque o tratamento é fácil né? Teoricamente (risos). Você te que vim seis meses na unidade, é uma coisa que é simples.	Reforçando que se não tratar a doença o paciente vai transmitir para seus familiares.	B

PROFTB11 VBM	<p>Orientando em relação a doença, os problemas e consequências do não tratamento, a situação da doença na região onde eles moram, caso não trate.</p> <p>Orientando em relação a patologia né?... a maioria tem um... um... problema de entendimento, não conseguem entender... não conseguem entender aquilo que é passado. Então, eu acho que a maneira boa é fazer com que o paciente entendessem que ele tem a necessidade de tratar, mas isso é difícil dependendo do paciente que tá te ouvindo né?</p>	Orientando com relação as questões patológicas, como as consequências caso o paciente não se trate.	B
PROFTB20 CAT	<p>O que eu assumo como técnica é... as consequências, especialmente eles que conhecem. Falar o que aconteceu com o familiar que não aderiu, que é muito, muito comum ter. E eles acabam entendendo que o acompanhamento, nosso também, não só de tomá a medicação, a gente tá perto, ir na casa quando não vem, ir atrás...</p>	Reforçando as consequências do abandono, principalmente com os pacientes que já tiveram casos de abandono por esta doença na família.	B
PROFTB22 MLVM	<p>É, a gente explica pra ele da importância do tratamento, da necessidade do tratamento. Isso a gente... a gente... se apega nisso aí.</p>	Explicando a importância do tratamento.	B
PROFTB24 PRS	<p>Na verdade, a gente tem que falar que é uma doença que pode levar à morte e pode passar pra criança, e as crianças têm que fazer o tratamento, que é longo ... que tem que ser seis meses, pelo risco de ter outras complicações, e até o óbito ... a gente orienta que acontece uma melhora, mas pra que ele não desista do tratamento com a melhora. Como eles estão muito ruins, eles vêm e eles começam, melhorô um pouquinho eles querem parar. Então, na verdade, a gente orienta que, logo no primeiro dia, que a melhora não é a cura...</p>	Reforçando as consequências do não tratamento, como a transmissão e a morte.	B
PROFTB35 FMK	<p>É... eu sempre dô ênfase na proteção da família né? Então, normalmente, tem crianças em casa e aí eu sempre falo que é uma doença contagiosa, e é importante a pessoa começá o tratamento pra não espalhá a doença pra família.</p>	Enfatizando a questão da transmissão da doença para a família, principalmente para as crianças, caso não faça o tratamento.	B

PROFTB01 JS	... Se não aderir ao tratamento a gente já explica, na primeira consulta, que o bichinho, o bacilo da tuberculose pode criar resistência e o tratamento fica cada vez mais difícil. Importante dizer que depois de duas semanas, um mês, ele vai se sentir melhor, mas não pode abandonar o tratamento...	2a ideia - Reforçando que se o paciente não aderir ao tratamento ou interrompe-lo o bacilo pode ficar resistente, sendo mais difícil de tratar.	B
PROFTB02 EST	... ele não vai tá contaminando outras pessoas...	2a ideia - Reforçando que ao se tratar o paciente não contamina outras pessoa.	B
PROFTB06 TFK	... Acho que explicar em detalhes o que é a doença, ou mesmo dizer que é da mesma forma como se pega uma pneumonia, tem o tratamento, a TB também, só que ela é um pouco mais longa. E que se ele não aderir, pode acontecer tal coisa ou ele continuar tomando esses medicamentos que são horríveis, são enormes.	2a ideia - Explicando em detalhes a doença, o tratamento e as consequências de não se tratar.	B
PROFTB18 MSS	... A gente incentiva bastante pra que ele não abandone o tratamento, né? Pra que depois não se torne mais agressivo ainda pra saúde dele, né? Porque se abandona depois fica tudo muito mais complicado, né? Vai fica mais difícil, o tratamento é mais difícil, mais demorado, a recuperação dele, né? Então ele é tratado com bastante carinho, entendeu? Incentiva bastante pra que ele leve a sério o tratamento e não abandone de forma nenhuma.	2a ideia - Através de incentivo moral e carinho, evitando as consequências do abandono.	B
PROFTB19 AGG	... se aceitar como um paciente, aceitar o tratamento, e comunicar a família... a gente pede que ele comunique, que ele tenha um contato mais íntimo com quem ele mora, fazer todo um inquérito de quem ele teve contato pra gente começar a correr atrás e investigar.	3a ideia - Reforçando que ele deve se aceitar como paciente e comunicar a família para controlar a transmissão.	B
PROFTB37 JBOC	... Explicando também que se houver desistência no mesmo tratamento ele vai tê que recomeçá, a doença vai se fortalecê. Tem que trabalhá muito na cabeça dele, deles né?, a importância da adesão total. Ao contrário,... vão sofrê as consequências, com a piora do quadro e o agravamento no caso.	2a ideia - Explicando as consequências do abandono do tratamento.	B

PROFTB39 DWG	... sensibilizá que o problema não vai tá só com ele, mas também nas pessoas que convivem com ele, que ele também vai pode tá transmitindo a doença. Então, importante tratá, não só por amor a ele, mas também, de certa forma, amor ao próximo também, é uma questão epidemiológica que tá envolvida também, né?	3a ideia - Falando que caso não se trate o paciente poderá estar transmitindo a doença para as pessoas que convivem com ele.	B
PROFTB03 LMS	Eu acredito que juntamente com a consulta médica ele tem que passar por uma consulta de enfermagem, que é mais interessante. O médico tem 15 minutos pra atender um paciente, 4 pacientes em 1 hora. Então, geralmente é uma consulta corrida que demanda, nesse caso, demanda um tempo muito maior, com um cuidado mais especial né? Então, eu acredito que se o paciente for atendido também pela enfermagem, seria muito mais interessante e ajudaria muito mais na adesão, até porque há um estímulo maior, explicaram todo o processo da doença, os prós e contras do tratamento e de não tratar...	Além da consulta médica deveria fazer parte da notícia a consulta de enfermagem, pois os médicos não têm tempo para explicar tudo e para estimular a adesão.	C
PROFTB07 LLS	A primeira pergunta que faço é o que você sabe sobre a tuberculose. A resposta é sempre assim: ou que tuberculose tem cura, ou que tuberculose mata né? É sempre uma doença de vida e morte, e o paciente tem essa impressão e a forma como a gente procura conduzir, muitas vezes, é de que esta diferença depende basicamente dele, se se tratando ele vai curar a tuberculose, ou se vai acabar sofrendo. Isso faz muita diferença.	Como a tuberculose é uma doença de vida e morte, o incentivo é reforçar que a escolha do desfecho depende do paciente.	D
PROFTB30 FML	... o que leva o paciente a aderi melhor ao tratamento, o que faz ele é... a questão de adesão mesmo, da aceitação da doença, é... Porque o que a gente vê é que tem pacientes que às vezes.... os profissionais que demonstram atenção, os pacientes também não têm adesão. Eles não se preocupam em tratá, não se preocupam com a doença, no sentido que a doença tem pro seus familiares, do contato, da transmissão, acabam não se envolvendo muito.	2a ideia - O incentivo à adesão não está no jeito de dar a notícia, e sim na aceitação ou não do paciente.	D
PROFTB06 TFK	... Acho que não é nem a forma do jeito, mas sim, o que falar pro paciente. Não é nem o jeito de falar, mas o que falar pro paciente, né?...	1a ideia - O incentivo não está na forma de falar, e sim no que falar.	E

PROFTB23 ASR	<p>... Que é uma doença de Cristo, que é uma micobactéria de difícil tratamento, o crescimento dela é lento, esse tratamento tem que durar seis meses, acho que a questão do número de comprimidos também desanima muito o paciente, os efeitos colaterais acho que também desanima bastante, náusea, principalmente o vômito... quando ele começa a melhorar tem o hábito de abandonar o tratamento. Acho que é a questão mais de sensibilização de quantos casos a gente tem, de que como a multidrogarresistência tende a ser ruim pra ele. Acho que essas questões que têm que ser abordadas. Dificilmente a gente tem tempo pra passar todos os detalhes.</p>	<p>Apresentando todas as questões que envolvem a doença e a cura: epidemiologia, etiologia, tratamento, o que é comum levar o paciente a desanimar e as consequências do abandono.</p>	E
PROFTB28 COL	<p>... Informa-lo sobre a situação da doença no mundo, no Brasil, que tem cura, que antes num tinha... Conta uma história né? Então assim, fala que antigamente num tinha tratamento, que a pessoa ficava afastada, mas que a partir de um tempo pra cá a doença, é, desenvolveu os antibióticos, a doença ficou tratável, a gente tem recursos diagnósticos melhores. Conta toda essa história né? E fala: é muito comum no Brasil, que muitas pessoas têm, que as pessoas não sabem, e que é importante... E a gente tem percebido que quando a gente faz toda essa explicação, e toda essa... situa o paciente na situação epidemiológica do mundo, do Brasil, como é a doença, o paciente tem um entendimento melhor, assim. Ele compreende melhor o que tá acontecendo com ele...</p>	<p>Situando o paciente, contando a história da doença, os avanços na área e a epidemiologia, ele compreende melhor o que está acontecendo com ele.</p>	E
PROFTB31 GCR	<p>Na verdade, explicando o que é a doença, o que era no passado, como que é... no presente... né? Como as pessoas morriam no passado e como agora a gente pode tratar, que tem cura, sempre colocando como ela pode voltar se não tratar direitinho, as condições de saúde que ele tem e relacionar com a doença, porque às vezes é etilista, usuário, pode tá com a imunidade baixa e pode tá voltando. Então, explicando tudo isso é mais fácil, porque geralmente, são etilistas, são usuários, ou são HIV positivo, né? Então, tem que explicar todo o quadro, como que é mais fácil curar e como que ele pode tá fazendo alguma coisa que vai piorar, ele adere...</p>	<p>Explicando tudo que envolve a doença e a cura, como a história da doença, os avanços na área, que existe cura, que ele pode ter recidiva caso não faça o tratamento corretamente e os comportamentos ou condições pessoas que podem ter levado ao adoecimento</p>	E

PROFTB38 MHGG	Acho que no momento que você explica a doença, que você mostra como funciona o pulmão, que você pega um atlas que a gente tem aqui, mostra como funciona, é..., e o curso da doença, como ela se dá, os sintomas que vai apresentá.... Ou seja, esclarece pro paciente o que ele tem, dificilmente ele abandona o tratamento.	Explicando a doença, a etiologia, os sintomas, enfim, esclarecendo o paciente.	E
PROFTB04 PAH	... Eu acho que o principal é o esclarecimento do paciente sobre a doença que ele tem. Sem isso, você nunca consegue nada do paciente...	2a ideia - Esclarecendo o paciente sobre a doença.	E
PROFTB18 MSS	... É feito de tudo pra ele, entendeu? É transporte, é cesta básica...	1a ideia - Através de incentivos materiais.	F
PROFTB39 DWG	É, boa pergunta, né? Às vezes, aqui, a gente já costuma dá a notícia assim meio que... como uma moeda de troca. Que o paciente vai tê direito a cesta básica, vai tê direito a uma coisa e outra, ai assim, muitas vezes, vai cê um paciente assim, de certa forma, VIP né? Não fazê uma barganha né? Ou, é quase uma barganha também...	1a ideia - Tratando a doença como moeda de troca, como barganha para alguns benefícios para o paciente.	F
PROFTB08 VAL	... eu explico sobre os incentivos, que pra alguns a cesta básica é muito boa. Então, tem uns, assim, que dizem que nem preferem cesta, mas pegam o voucher e aí fica sobre a responsabilidade dele de ir buscar, né? ... os que têm tuberculose extra-pulmonar, e os diabéticos, a gente dá vale-transporte...	2a ideia - Explicando sobre e fornecendo os incentivos materiais, como cesta básica e vale-transporte.	F
PROFTB16 RCCM	... Já existem os incentivos que o governo dá e que... para os pacientes carentes é bem importante. Lanchinho eles ganham! Tem pacientes que adoram ganhar a cesta básica, para ele isso é um incentivo... é por seis meses...	2a ideia - Para os pacientes que querem, a oferta de incentivos materiais pode ajudar na adesão.	F
PROFTB14 CMT	... Eu acredito que falando a verdade, assim de uma forma clara, sem... é... sem... provocar nenhum... estigma em relação a ele e ao profissional. É... acredito que essa é a forma, uma forma verdadeira...	1a ideia - Falando a verdade, sem preconceitos ou julgamentos.	G

PROFTB19 AGG	Acho que o mais importante é desestigmatizar, explicar que essa doença é uma doença que você pode pegar em qualquer lugar, que você pode ter passado, mas que não é por mal, que não é pra se sentir pior por causa disso, que isso acontece, que a gente é vetor sem saber. Isso pode acontecer, assim como ele pegou, ele pegou sem saber. A gente não fica procurando, vou pegar tuberculose, vou passar tuberculose, não é um plano né?	1a ideia - Desestigmatizando a doença.	G
PROFTB21 EF	... é informar o paciente que ele tá com a doença, não enfatizando o estigma, não demonstrando que a gente tem medo, essas coisinhas que eu acho que ele vem pra gente.	Informando sobre a doença sem estigmatizar.	G
PROFTB29 KMG	.. Eu acho que primeiro você tem que... não atemorizá. A tuberculose é uma doença que tem muito preconceito, ainda existe estigma de tantos anos que ela existe...	1a ideia - Não atemorizando o paciente com preconceitos e estigmas.	G
PROFTB36 PCA	Eu diria assim: hoje mudou bastante, há uma certa conscientização da população sobre saúde, da importância de ser tratado e o paciente que tenha tuberculose hoje, ele usando as medicações preconizadas, fazendo acompanhamento, por exemplo, pela unidade básica de saúde, ou outro lugar referencial, normalmente ele faz acompanhamento e faz o tratamento. Creio que não há muito problema.	Atualmente, a população está mais consciente da importância de se tratar, portanto, não há tantos problemas com adesão.	H
PROFTB05 SCR	... a forma como a notícia é dada cria uma forma de adesão. Porque primeiro você entra no mundo dele. Não o profissional de saúde aqui e o usuário aí embaixo. Aí você coloca de igual para igual, eles conseguem enxergar o enfermeiro, que eu acho que é a vantagem...	Falando de "igual para igual", sem rebaixar o paciente.	I
PROFTB29 KMG	... E colocá pro paciente de uma maneira clara e na linguagem dele o que é a doença, mais o tratamento em si. Né?... Acho que tem que sê de uma maneira clara, simples, na linguagem do paciente, dá tempo pra ele absorvê a notícia, pra ele fazê as perguntas dele, tirá todas as dúvidas e mantê um profissional, o profissional de referência pra ele, porque ele tem muito medo de sê abandonado...	2a ideia - Explicando o tratamento de maneira clara, em linguagem acessível ao paciente, dando tempo para absorver a notícia e fazer suas perguntas.	I

PROFTB15 SP	É... nós temos um..., tipo assim... um... uma orientação a todos os funcionários de saúde, que pacientes com mais de uma semana tossindo se aproximarem à UBS para poder colher o escarro. A primeira orientação. Geralmente, nós somos uma equipe de dez pessoas, e as dez pessoas, todos os dias nós falamos que quem tosse a mais de uma semana ou a mais de quatorze dias: UBS para colher escarro.	A equipe de saúde da unidade está orientada a conduzir o paciente, que tosse há mais de uma semana, a fazer o exame para tuberculose.	J
PROFTB17 CSS	... com um especialista ... uma pessoa bem prática pra tá podendo passá como é feito esse tratamento, e que tem cura, né?	Através de um especialista que seja prático nas explicações sobre o tratamento.	K
PROFTB25 PJC	Pelo profissional responsável e o mais pessoal possível.	Pelo profissional responsável o mais rápido possível.	L
PROFTB27 ARS	Acho que isso já é feito, né? Através da consulta mesmo. Então, é um trabalho que já é feito.	Através da própria consulta.	M
PROFTB30 FML Cada profissional age de uma forma diferente né?... acho que é o modo como o profissional trata o paciente pela primeira vez, seu primeiro contato. Então, acho que assim, você tem que se dedica mais a esse paciente, você tem que é... tê uma atenção maior com ele e com os familiares, porque envolve toda a família... Então assim, eu acho que se o profissional demonstra uma atenção maior, se dedica mais a esse paciente, a adesão também vai sê melhor, tá?...	1a ideia - Através do modo como o profissional de saúde aborda o paciente no primeiro contato.	N

PROFTB32 SCGAC	<p>Eu acredito muito que você tem que procurar a perseverança da pessoa e o nosso apoio constante, diário... você se apega a muito fatos ou explicações dadas a elei... que com o tratamento ele não poderá contaminar mais pessoas e aqueles de dentro do seu convívio, que são os familiares. E, repetindo, eu acho que isso tudo é um incentivo pra fazê-lo crescer e querer lutar, que eu acho que isso é muito importante. Não é só de drogas que é feita a coisa, é preciso que a pessoa queira vencer esse problema. Porque, o que eu tenho visto na minha vida é que se ele desanimar, ele volta àquela vida, muitas vezes, errada, que tinha, como a bebida alcoólica, e vai por aí... E isso pode deprimir! E vamos continuar por essa... por esse raciocínio... Essa depressão vai levá-lo a desistência desse tratamento. Eu acho que você tem que incentivá esta pessoa. E com carinho, com um remédio que eu também acho que deveria fazer parte desta... deste tratamento, que eu, com modéstia, faço: uma abraço carinhoso e fazer ele sair daqui querendo vencer este problema, porque ele tem solução...</p>	<p>Buscando a perseverança e a motivação do paciente em vencer o problema, através das explicações que são dadas, já que isso não se consegue apenas com medicamentos.</p>	O
PROFTB02 EST	... ele vai viver melhor.	3a ideia - Reforçando que se vive melhor estando curado.	P
PROFTB12 SRC	<p>... gosto de pôr um certo medo, falando a realidade da dificuldade da cura da tuberculose. Que não é uma doença como as outras. Ela precisa ser muito bem tratada. E hoje em dia, eu ainda falo bem sobre o enfoque da... do... multirresistente, por causa do advento da Aids.</p>	2a ideia - Colocando medo no paciente ao dizer a dificuldade da cura e sobre a multirresistência.	Q
PROFTB14 CMT	<p>... sabendo também que ele será cuidado nesse tempo todo, é... devido qualquer dúvida que ele tenha, é... qualquer reações de medicação. É uma maneira que alivia, e é a forma correta de mostrar pra ele segurança.</p>	2a ideia - Reforçando que o serviço o apoiará no que precisar durante todo o tratamento.	R
PROFTB33 ABS	<p>... Que depois dessa alta ele precisa comparecer ainda e as informações de promoção mesmo de saúde, pra ele prevení uma futura doença, ou uma recidiva mesmo de TB. Que ele fique atento a quem o cerca, sê apresentá qualquer sintoma, aparecê.</p>	2a ideia - Falando que terá acompanhamento mesmo depois da alta, e fazendo com que o paciente multiplique ações de prevenção e promoção da saúde.	R

QualiQuantiSoft®

Faculdade de Saúde Pública da USP

Representações e Sentidos sobre a Revelação do Diagnóstico da Tuberculose 2 (PROFISSIONAIS)

Questão semi-estruturada nº. 10: *Algumas vezes, o jeito como essa notícia é dada acaba levando o paciente a desistir do tratamento, não é? Então, eu vou fazer três afirmações sobre isso e você vai escolher com qual você mais concorda:*

- a. *O paciente desistiu do tratamento porque o profissional de saúde foi bruto.*
- b. *O paciente desistiu do tratamento porque não entendeu as explicações sobre o tratamento.*
- c. *O paciente desistiu do tratamento porque o tratamento pareceu muito complicado e trabalhoso para ele.*

Profissionais	Expressões Chave	Idéias Centrais	Categorias
PROFTB01 JS	... na verdade, o tratamento da tuberculose é trabalhoso mesmo, ele tem que vir aqui todos os dias, e tomar o remédio, ele até pega aquele lanchinho... Então, é real, o tratamento é complicado sim. Mas, a gente tem que transformar o complicado no simples. O tratamento é dia após dia. E é assim que a gente tem que encarar tudo na vida, também? Se não tudo é complicado.	1a ideia - Pacientes podem abandonar pois o tratamento é, realmente, complicado e trabalhoso.	A
PROFTB02 EST	Muito complicado, porque ele tem que... o tratamento é supervisionado, ele tem que vir a UBS todos os dias, muitas vezes ele trabalha, e muito prolongado também.	Pacientes podem abandonar o tratamento pois ele é complicado, trabalhoso e prolongado.	A
PROFTB03 LMS	Porque o tratamento da tuberculose é prolongado, o paciente já fica já... Vê te que tratar durante 6 meses...	1a ideia - Pacientes podem abandonar o tratamento porque ele é prolongado.	A

PROFTB06 TFK	<p>Porque.... Assim.... É.... Tem muitos pacientes que acabam não aderindo por distância, porque tem que estar comparecendo aqui todos os dias... Não sei, acho que a maioria é porque é trabalhoso, ter que vir aqui todos os dias tomar....</p> <p>Porque, assim, a maioria trabalha, e aí, às vezes o patrão acaba não entendendo, isso acontece bastante aqui. A gente tem que fazer cartinhas e cartinhas pro trabalho porque não podia chegar no horário, porque a unidade abre às sete, e porque ele chegava atrasado...</p>	1a ideia - Pacientes podem abandonar o tratamento por ser trabalhoso, ter de vir todos os dias, sendo que às vezes a unidade é distante e não conseguem conciliar o tratamento com o trabalho.	A
PROFTB07 LLS	Porque é trabalhoso, porque é mesmo complicado, é mesmo trabalhoso, é mesmo complicado, é muito exigente...	1a ideia - Pacientes podem abandonar o tratamento porque é trabalhoso e complicado.	A
PROFTB12 SRC	... O tratamento é complicado. Por ele ser demorado, seis meses a um ano...	1a ideia - Pacientes podem abandonar o tratamento por ele ser complicado e longo.	A
PROFTB18 MSS	Só se for porque ele acha o tratamento trabalhoso, porque tem muitos que trabalha né? E acha difícil tá vindo aqui porque, devido o tratamento sê supervisionado...	1a ideia - Pacientes podem abandonar o tratamento por ele ser trabalhoso, já que é supervisionado e não conseguem conciliar com o trabalho.	A

PROFTB19 AGG	<p>Porque é complicado pra ele. Às vezes, por questões profissionais. Eu tô com um paciente que trabalha não na área, entra às oito da manhã e sai às seis da tarde. Então, isso é horário de trabalho, sem contar o tempo que ele gastar pra ir e voltar. Ele virô pra mim e falô: como é que eu vou fazer esse tratamento? Aí a gente entrô é... bolamo um esquema de liberá a medicação semanal, aí pelo menos uma vez por semana ele vai ter que faltar no serviço. Aí a gente vai ter que dar um atestado, mantendo contato com o empregador, ele entendeu, tudo bem! Esse é um dos problemas que acontece... É o tipo de paciente que a gente tem que ficá em cima, porque quando ele melhorá, o risco dela abandonar é enorme, porque ele vai falar: não, me curei... O difícil é falar que tratamento tem que ser por pelo menos seis meses, e que se ele furá o esquema um, ele vai ter que entrar no esquema dois, que vai ficar pior ainda. E complica mesmo, né? O tratamento ele por si só já é complicado né? Então, assim, esse é o pior problema... O mais difícil é ele entender o tratamento. Por que que demora tanto?</p>	<p>Pacientes que trabalham podem abandonar o tratamento, pois não é possível conciliar o horário do seu trabalho com o horário de funcionamento da unidade de saúde.</p>	A
PROFTB24 PRS	<p>Porque a gente faz supervisionado e eles têm que vir diariamente aqui. Alguns que trabalham acabam que têm que chegar atrasado no trabalho e outros que às vezes tá recente no trabalho e tem que ficar quinze dias de afastamento, acabam entrando na caixa porque só é autorizado voltar ao trabalho quando o exame der negativo, e não com quinze dias corrido dá alta... Então acaba que por mais que eles trabalhem, eles têm que vir diariamente.</p>	<p>Pacientes podem abandonar o tratamento pois torna-se difícil concilia-lo com o trabalho do paciente.</p>	A
PROFTB25 PJC	<p>Devido a dificuldade que tem ele, da pessoa doente em lidar com a doença, principalmente em relação ao trabalho dele, é provável a perda de serviço, perda de emprego, coisas nesse sentido.</p>	<p>O tratamento é complicado e a dificuldade de lidar com a doença pode levar o paciente a perder seu emprego.</p>	A
PROFTB35 FMK	<p>Porque assim: a gente sempre estimula o paciente a vir até aqui pra fazê o tratamento supervisionado né? E aí o paciente sempre acaba inventando uma desculpa: ai porque eu não posso saí do trabalho, vim todo dia é muito trabalhoso, num tenho o dinheiro da condução, num tenho como vir a pé... Então, eu acho que é por causa disso e aí eles acham que seis meses é muito tempo, eles praticamente não sentem muita coisa, não sentem falta de ar, conseguem trabalhar...</p>	<p>Pacientes podem abandonar o tratamento por ser trabalhoso ir até a unidade de saúde todos os dias por um tempo prolongado, principalmente quando estes pacientes não têm sintomas fortes e acabam não dando tanta importância.</p>	A

PROFTB39 DWG	Porque muitas vezes, o paciente tem que desprende, tem que vim todos os dias na unidade. Às vezes ele fala, ah não, num vô fazê isso não, eu trabalho, vô tê que sai do trabalho, o vim antes, todos os dias. Então, eu acho que ele acha um pouco complicado pra podê até vim assim na unidade...	1a ideia - Pacientes podem abandonar o tratamento pela dificuldade de terem que estar todos os dias na unidade de saúde e conciliar isso com o trabalho.	A
PROFTB13 VBF	... o problema é quando ele acha que, que... não é responsabilidade, acha que é complicado, ele tem outras questões envolvidas. Acho que quando o paciente não percebe, acha que é demorado, que é complicado, ele não entende muito é... não tem muito boa vontade pra tá fazendo isso, aí vem a questão do alcoolismo, do drogadicismo...	2a ideia - Pacientes podem abandonar o tratamento quando lhe parece ser complicado inclui-lo dentro do seu contexto de vida, que já tem outros problemas.	A
PROFTB33 ABS	... E é um tratamento longo que, às vezes, atrapalha sim, muitos deles trabalham e o tratamento supervisionado faz com que eles tenham que vim até a unidade. Apesar que eles moram próximo, mas, de qualquer forma, modifica a rotina. Então, mais uma vez, a gente tem que incentivá, orientá-los bastante a respeito da importância do tratamento correto, pra que tenha a cura daquela doença e não venha a ter sequelas dessa doença...	3a ideia - Os pacientes podem abandonar o tratamento por ele ser trabalhoso e modificar a rotina deles.	A
PROFTB37 JBOC é complexo o tratamento, é complexo, são muitas fases, o nome das medicações são assim, é, estrondosos, grandes.... Às vezes eles querem sabê pronúncia a medicação: rifampicina, pirazinamida, até a gente se enrola se for brinca né?... Realmente, a complexidade na hora de explicá, pela própria demora do tratamento, são seis meses, são muitas medicações, tem que tomá em jejum, não pode tomá se não tivé de jejum, a sintomatologia também é muito importante, que quando eles começa o tratamento eles sentem, os sintomas agressivos por conta do primeiro esquema, esquema I, né?	2a ideia - Pacientes podem abandonar o tratamento por ele ser complexo, até mesmo para ser explicado em todo o seu conjunto: tempo prolongado, nome de medicamentos, jeito de tomar e reações.	A
PROFTB13 VBF	... quando o profissional ele é bruto, ele pega e vai para o tratamento auto-administrado né?... Quando ele não entende as explicações, a gente vai atrás... tudo... pra explica né? Ai ele começa a aderí...	1a ideia - A brutalidade de profissionais de saúde não é razão para o paciente abandonar o tratamento, pois eles passam, então, a fazer o tratamento auto-administrado no lugar do supervisionado.	B

PROFTB15 SP	... Eu acho assim: dos casos que eu atendi de tuberculose que foi muito pouco em minha área, só um que ele mudou de área, mas era alcoólatra, tá? Então, por motivos do alcoolismo ele desistiu do tratamento, mas aparentemente, depois de um certo tempo, segundo os familiares ele continuou o tratamento e ele se tratou. Todos os pacientes que eu atendi, eles..., eles foram orientados, eles concluíram com o tratamento e estão bem atualmente.	Brutalidade de profissionais, não entendimento sobre o tratamento, ou a complexidade do tratamento, não são razões para pacientes abandonarem o tratamento.	B
PROFTB37 JBOC	... Então eu acho que não existe a brutalidade por parte do profissional. Sendo auxiliar, enfermeiro, técnico, ou mesmo o médico, tem já um jeitinho, aquela coisa.... Por mais que o profissional seja frio, por sua própria natureza, eu acho que esse não é o motivo...	1a ideia - Brutalidade, ou mesmo quando um profissional de saúde tem um tratamento mais frio com o paciente, não são razões para o abandono do tratamento.	B
PROFTB30 FML	... É, eu acho assim, realmente a maioria deles, na primeira vez que você explica o tratamento, eles acham difícil, porque é seis meses, porque às vezes a gente... porque tem a opção de ir ou não à unidade pra tá tomando as medicações. Se ele precisá tomá em casa a gente permite que ele tome, só que ele tem algumas vantagens quando ele vem à UBS pra tá tomando essa medicação. Então assim, de acordo com o que a gente vai passando pra ele na consulta, com os benefícios do tratamento, quando ele sabe que essa doença quando não tratada ele pode estar transmitindo para outras pessoas ele se torna mais consciente. Então assim, apesar de ser trabalhoso e de ser por muito tempo, eles acabam aceitando e tendo a adesão conforme o necessário, tá?...	3a ideia - Apesar do tratamento ser longo e complicado, conforme as explicações vão sendo introduzidas, os pacientes aderem de acordo com as possibilidades, seja fazendo o tratamento supervisionado, seja fazendo o auto-administrado.	B
PROFTB04 PAH	Porque quando você simplesmente fala lá pra ele: ó, você tem que tomar isso, e tchau! Ele simplesmente não acredita em você...	1a ideia - Pacientes tratados de forma deseducada podem não acreditar no profissional de saúde e abandonarem o tratamento.	C
PROFTB10 SSW	Porque você... ser bruto com o paciente.... Você não tem que ser bruto com ninguém. Não é só o tuberculoso, qualquer paciente, você tem que atender de forma correta. Não é porque é tuberculoso que você vai atende-lo de forma diferente...	1a ideia - Profissionais não podem ser brutos com ninguém, devem atender de forma correta.	C

PROFTB14 CMT	<p>Porque se o profissional for bruto com ele, mesmo que ele não entenda muito bem do programa..., mas o fato de você acolher, de falar, de cada dia você ir tirando as dúvidas, as ansiedades, é... eu acredito que é um fator que pode existir pra que ele venha ao posto e dê prosseguimento, porque se ele tem um bom envolvimento com você, eu acredito... não é a falta de entendimento sobre a doença qua vai fazer ele desistir.</p>	<p>Pacientes podem abandonar o tratamento quando profissionais de saúde são brutos, pois o acolhimento produz vínculo, e o vínculo supera tudo, até mesmo uma falta de entendimento do paciente com relação à doença.</p>	C
PROFTB20 CAT	<p>... a relação médico/paciente é essencial num tratamento longo, qualquer deles. Se o profissional é bruto os pacientes não voltam, eles acham que... eles duvidam do profissional, eles acham que não... ele não tem segurança. O tratamento que é muito longo, exige eles virem aqui, exige que eles tenham atenção, de explicação, se eles não entendem o que está acontecendo, e as consequências, eles não aderem ao tratamento.</p>	<p>A relação médico/paciente (cordialidade e explicações) é essencial para tratamentos longos, para passar segurança ao paciente.</p>	C
PROFTB22 MLVM	<p>Porque tem gente que realmente atende com bastante grosseria, com pressa, sabe? Infelizmente, ainda tem esse tipo de gente ainda, nas unidades.</p>	<p>Pacientes podem abandonar o tratamento quando são atendidos com brutalidade.</p>	C
PROFTB30 FML	<p>... Eu acho que a gente ainda tem profissional que dificulta essa adesão, realmente, não são todos os profissionais que podem ter um tempo maior, que tem a paciência de tá explicando pro paciente a questão da doença, do tratamento e isso acaba influenciando sim, tá? Então a... a postura do profissional conta muito pro tratamento, tá?...</p>	<p>1a ideia - Profissionais de saúde sem tempo e sem paciência para fazer as explicações podem dificultar a adesão.</p>	C
PROFTB31 GCR	<p>Ce não tive vínculo, o paciente não adere ao tratamento.</p>	<p>Pacientes podem abandonar o tratamento quando profissionais de saúde não procuram estabelecer um vínculo.</p>	C
PROFTB33 ABS	<p>Eu acho difícil... não sei... não quero acreditá que um médico, que trabalha na atenção primária, que atenda a pacientes com diagnóstico de TB, seja bruto. Se eu começá a pensa nisso eu vô desacredita de outras coisas... O médico ser grosso, acho que o médico ser grosso é inadmissível. Tanto para a tuberculose, como pra qualquer outra doença. Ainda mais uma doença como essa, de tal importância. Ao invês de acolhimento ele não respeita esse momento...</p>	<p>1a ideia - Um médico ser grosso com um paciente é não respeitar o momento e é estar contrário ao acolhimento, que é o que deveria ser feito.</p>	C

PROFTB01 JS	<p>... Eles vêm porque a gente explica que tem que vir. No final de semana são eles mesmos que tomam em casa... às vezes eu mando um paciente pro especialista e eles falam: Eu não vou mais voltá com aquele médico, quero tratá só aqui no posto, porque aqui é melhor, eu entendo mais, num gostei daquele médico, ele é muito grosso. Isso acontece mesmo, com certa frequência.</p>	<p>2a ideia - Pacientes podem abandonar o tratamento quando o profissional de saúde é bruto e o paciente não entende as explicações.</p>	C
PROFTB18 MSS	<p>... É... mas, eu desconheço que alguém tenha deixado o tratamento, porque, como eu já falei é tratado aqui com bastante carinho e com muita atenção. Então, pelo menos aqui nesta unidade a gente sabe que não tem motivo pra desistí, que é feito, sabe?....</p>	<p>2a ideia - Tratar o paciente com carinho e atenção são atitudes compensatórias para os pacientes, o que os leva a aderir ao tratamento.</p>	C
PROFTB05 SCR	<p>... O que tem assim, são alternativas de eles não quererem fazer o tratamento aqui. Como a gente não tem muita disponibilidade de espaço, as pessoas já sabem que quem entra aqui é porque tem tuberculose. Então tem esse estigma, de eles quererem fazer em outra unidade, porque eles podem fazer em outra unidade. Essa é a diferenciação, a de criar o vínculo com o paciente para tirar aquele estigma da tuberculose... Mas, é da maneira como você dá o diagnóstico para ele, que não é aquela doença que não vai ter cura, que vai morrer... Então, a maneira como você fala. É tão simples, tão boba. O bacilo lá vai ficar fortão, vai te pegar e aí vai te derrubar. Mas, é só isso que eu tenho que fazer? Muitas vezes eles perguntam isso mesmo: é isso que eu tenho que fazer? Eu só vou ter que fazer isso? Só. O que eles querem é ser normal e serem aceitos.</p>	<p>Pacientes podem abandonar o tratamento pelo estigma e pelo preconceito, que podem ser dissolvidos pela maneira como o profissional de saúde explica a doença e o tratamento.</p>	D
PROFTB09 DTG	<p>Por esta questão mesmo do preconceito. Você vai passar: ah, tá com tuberculose, tem que vim aqui todo dia. Eles ficam receoso de vim todo dia no posto porque todo mundo vai sabê que ele tá em tratamento. Ele entra, vem, tem que explicá um monte de coisa, que tem um monte de gente que já fez tratamento, que tá melhor, que não tem nenhum problema...</p>	<p>1a ideia - Pacientes podem abandonar o tratamento por medo de sofrer preconceito, pois todo mundo vai saber o porquê ele está indo todo dia na unidade de saúde.</p>	D
PROFTB08 VAL	<p>... porque assim, eles começam a desistir de tomar o remédio, não no início. No início eles não desistem, porque eles têm medo da tuberculose, porque a gente explica que se tomar o remédio incorretamente, pode levar a óbito. Ele ficam receiosos de passá</p>	<p>Pacientes não desistem no início do tratamento, por medo da doença. Eles desistem no meio, quando notam a melhora dos sintomas.</p>	E

PROFTB11 VBM	<p>É... pela situação de vida, porque temos pacientes etilistas, problemas familiares complexos e às vezes ele tá tão conturbado, às vezes alterado por intoxicação química, drogas, álcool. Às vezes a gente faz visita domiciliar para ver a situação em que ele vive e vê a família cheia de problemas, e às vezes ele enche o saco e não vai no posto tomar a medicação. É problema dele mesmo, é problema pessoal, é problema do... do... a pessoa tá cheia, ela não tem saco pra tratar a tuberculose. É mais um detalhe na vida dela, que ela está tão cheia de problemas, condição social precária.</p>	<p>Pacientes podem abandonar o tratamento quando o seu contexto de vida está repleto de outros problemas, e por isso, a tuberculose acaba sendo vista como algo sem importância.</p>	F
PROFTB06 TFK	<p>... a maioria desses pacientes são andarilhos, ou teve contato muito com drogas e acaba entrando nesses meios direto e acaba desistindo porque prefere a vida... como é que fala?... a vida na rua e desistir de uma coisa que ele teria que estar fazendo. Ou até gente que veio da penitenciária, que desistiu também né?</p>	<p>3a ideia - Pacientes em situação de rua, drogadictos ou ex-presidiários podem abandonar o tratamento.</p>	F
PROFTB16 RCCM	<p>É claro que o tratamento é mesmo complicado... é para todos os dias. Mas, tudo depende de como a gente conversa, explica... né? Se tiver uma escuta, diálogo claro... Não que vai ser mil maravilhas! Se ele não aceitar o tratamento supervisionado ele não terá êxito. Tem que colocar coisas positivas, não tanto as complicações... O que importa são as grandes aproximações.</p>	<p>Mesmo o tratamento sendo complicado, os pacientes podem abandoná-lo por não entender as explicações. A solução está em como o profissional conversa e busca fazer aproximações.</p>	G
PROFTB29 KMG	<p>Porque quando... é que quando você dá as informações corretas, quando ele tem o conhecimento da doença, tem uma chance maior de... de ele aderir né? Então assim, quando você consegue explicá pra ele e ele tem o conhecimento do porquê, da importância, é.</p>	<p>Passar conhecimento e informações aos pacientes, de maneira acessível e utilizando o tempo que for necessário, são ações fundamentais para aumentar a possibilidade de adesão ao tratamento.</p>	G
PROFTB34 FAP	<p>... É bem comum acontecer isso, porque o tratamento tem várias etapas, às vezes ele não entende e acaba abandonando.</p>	<p>Pacientes podem abandonar o tratamento por não entendê-lo.</p>	G

PROFTB38 MHGG	<p>Porque eu acho que quando ele entende, dificilmente ele abandona, ainda mais porque você tá permanentemente com ele. O paciente de tuberculose, ele é visto todo mês pelo médico, entendeu? E se ele apresentá qualquer intercorrência eu tô na casa dele, porque eu sô uma médica que visita o paciente em casa. Então assim, eu acho muito difícil, no serviço público, um paciente que realmente entende o que ele tem, e tem um médico realmente firme com ele, e junto com ele, onde ele possa ter a confiança de perguntar tudo o que ele quiser, qualquer dúvida, por menor que seja, dificilmente ele vai abandoná...</p>	<p>Quando o paciente tem um médico firme com ele, que explica, que acompanha mensalmente e o visita em casa, se necessário, dificilmente ele vai abandonar o tratamento.</p>	G
PROFTB06 TFK	<p>... porque depende de quem fala, de quem dá a explicação...</p>	<p>2a ideia - Pacientes podem abandonar o tratamento por não entenderem as explicações sobre o tratamento, dependendo de quem faz a abordagem.</p>	G
PROFTB09 DTG	<p>... Se falá direitinho e tirá todas as dúvidas dele, acho que fica mais fácil de fazer o tratamento mesmo.</p>	<p>2a ideia - É mais fácil o paciente aderir ao tratamento quando se esclarece suas dúvidas.</p>	G
PROFTB10 SSW	<p>... Ah... isso pode acontecê, mas você tem que ter paciência... Quer dizer..., você tem que ter paciência, você tem... Veja, aqui nós trabalhamos numa unidade multiprofissional, que tem várias pessoas empenhadas em podê acompanhar o paciente e o sucesso que a gente tem é muito grande...</p>	<p>2a ideia - O profissional de saúde tem que ter paciência quando o paciente não consegue entender as explicações sobre o tratamento, por isso é importante a equipe multiprofissional com várias pessoas empenhadas a acompanhar o paciente.</p>	G
PROFTB30 FML	<p>... O paciente, cê tem que tá explicando pra ele de forma que seja acessível pra ele. Então, não adianta a gente querê usá os nossos termos técnicos pra eles que não vai fazê diferença nenhuma, cê tem que explicá de uma forma que o paciente entenda, né?</p>	<p>2a ideia - As explicações para o paciente devem ser de modo acessível e simplificada.</p>	G
PROFTB33 ABS	<p>... Então, eu acho que o principal, talvez o não entendimento da doença, né?...</p>	<p>2a ideia - Os pacientes podem abandonar o tratamento por não entenderem a doença.</p>	G

PROFTB17 CSS	Porque assim, tem paciente que coloca muito obstáculo: ai, é que eu num posso tá vindo todos os dias na unidade!.... Tem bastante benefícios, tem a cesta, tem o vale transporte, a gente faz de tudo pro paciente tá tomando a medicação aqui. Então, assim..	Apesar dos benefícios materiais oferecidos pelo programa de controle da tuberculose, os pacientes colocam muitos obstáculos para o tratamento supervisionado.	H
PROFTB23 ASR	Porque eles não querem vim até a unidade, eles não querem tomá remédio. É assim: as doenças de longa data assim, eles não querem tomá a medicação todos os dias, é muito difícil sensibilizá. Tem que criá uma fórmula pra sensibilizá.	Tratamentos longos não são aceitos pelos pacientes, sendo necessário a criação de fórmulas para sensibilizá-los.	H
PROFTB26 APMJ	Porque ele acha assim, ele acha que nunca ele tem a doença. Ele não aceita a doença. Depois, até a ficha caí, ele vê que começa apresentar todos os sintomas, que ele não tá melhorando, que ele tá perdendo peso, que ele num come, tendo febre, sem condições de trabalhá... Ele percebe que num tá bem. Aí ele volta... já aconteceu muito caso desse, que ele falô: não tenho, o exame tá errado. Eu falo: num tá errado. Ele fala: depois eu vô vê. Aí ele volta. Então, assim, aí esses pacientes, às vezes, eles aderem até o tratamento melhor, daquele que começô fazê, tá entendendo? Porque ele já sentiu na pele a doença e vai tê que tratá.	Pacientes que primeiramente duvidam que estão doentes, acabam piorando, e devido os fortes sintomas voltam à unidade de saúde e aderem melhor ao tratamento.	H
PROFTB36 PCA	Se bem que, não é complicado o tratamento. Mas, pode ser que ele não esteja, tão completamente conscientizado da importância do tratamento, e deixe ele de lado, né?	O tratamento não é complicado, portanto, o paciente pode abandoná-lo por não estar conscientizado da importância do mesmo, e não pela dificuldade.	H
PROFTB04 PAH	... A partir do momento que você explica pra ele que ele víra o responsável pela patologia que ele tem e ele é amplamente esclarecido, fica mais fácil de ele aderir a um tratamento.	2a ideia - Pacientes responsabilizados pela sua doença e esclarecidos disso, aderem melhor ao tratamento.	H

PROFTB07 LLS	... depende muito mais de fatores do paciente, e da situação que ele tem de saúde, que do sistema, enfim. Realmente, tem que vir, e pro paciente ter que se educar seguir uma rotina, é a parte de fato mais difícil. A taxa maior de abandono do tratamento é entre profissionais de saúde, né? Então, se vê que não é que são pessoas que não saberiam do que se trata. Mas, tem que aderir, né? Tem que aceitar a regra.	2a ideia - Pacientes abandonam o tratamento porque não conseguem se educar com relação a regras e rotinas.	H
PROFTB10 SSW	... A gente também não vai poder ficar pegando na mão o tempo todo. Quer dizer... você explica, você orienta, e a pessoa tem que se conscientizá.	3a ideia - O profissional de saúde não pode ter uma atitude paternalista. Após explicações e orientações o paciente tem que se conscientizar.	H
PROFTB21 EF	Porque ele vem bem... bastante debilitado. Quando sabem a doença que têm, eles ficam, geralmente, um pouco deprimidos, chorosos. E a gente demonstra todo um carinho, conforta o paciente e a gente demonstra uma preocupação de ele estar vindo aqui com a gente né?...	1a ideia - Pacientes de tuberculose podem ficar deprimidos com a notícia, por isso é necessário acolhê-los.	I
PROFTB32 SCGAC	Se ocê não souber como dar esta triste notícia... Porque é uma tristeza! Mas, ele... vai desistir. Cê vai desestimulá-lo. Você não vai juntar as forças que ele tem dentro de si, que muitas vezes, ele não as conhece, que é do seu interior. É uma coisa própria dele. Nós temos que tentar de todas as maneiras fazer com que isso nasça...	Para que pacientes adiram ao tratamento é necessário o profissional de saúde saber dar más notícias, estimulando as forças do paciente para enfrentar a doença.	I
PROFTB39 DWG	... A gente tem esse tratamento supervisionado, a gente tem que fazê, e às vezes isso já assusta um pouco. Pô, tem que vim todo dia na unidade, todos os dias, todos os dias... pra podê tá fazendo o tratamento supervisionado... Porque às vezes, a pessoa que tá doente, ela fica um pouco com medo né? Aí, imagina ela tê que vim todo dia na unidade, ela vai falá: pô, tô morrendo e num tô sabendo! Então, num quero nem sabê de tá aparecendo na unidade todo dia. Então, eu acho que essa questão da adesão, pelo que eu vejo, é isso, né?	2a ideia - O fato de o paciente ter que estar na unidade todos os dias para tomar remédio aumenta sua percepção da gravidade do problema, e o leva a negar a situação e desistir.	I

PROFTB27 ARS	Porque o tratamento é de seis meses, eles acham que com dois, três meses já estão se sentindo melhor e acabam desistindo, que acha que já está curado.	Pacientes podem abandonar o tratamento quando percebem a melhora dos sintomas.	J
PROFTB12 SRC	... e como a pessoa melhora, no segundo, terceiro, quarto mês, pra levar adiante esse tratamento, a pessoa já se sentindo melhor, é difícil.	2a ideia - Pacientes podem abandonar o tratamento depois que percebem a melhora dos sintomas.	J
PROFTB28 COL	Às vezes, o profissional não tem a sensibilidade adequada; às vezes, apesar das explicações, o paciente não quer aderir, ele não quer tratar; às vezes, ele realmente não compreende, não tem um grau de compreensão; então, eu acho que as afirmativas se interrelacionam... Então assim: um profissional fala, passa por outro, ele passa por vários, pra que cada um, ééé, cada um tem sua maneira de falar e um momento vai ser a maneira que o paciente vai ser bem acolhido, ele vai se sentir bem acolhido. As dificuldades que a gente tem na adesão do tratamento, são aqueles que, na maior parte das vezes, eles chegam num ponto que fala: oh, eu não quero mais me tratar... porque realmente, se não adere depois de um período, normalmente tem sido mais por uma resistência dele, mas tem casos que tem a ver com o envolvimento do profissional, a maneira como ele atende. Elas se interrelacionam, não dá pra dizer que é só uma delas.	As razões para um paciente abandonar o tratamento são interrelacionadas: profissional insensível, resistência do paciente e baixo grau de compreensão do paciente. Mas quando de tudo é tentado, o que vai levar mesmo ao abandono é a resistência do paciente.	K
PROFTB03 LMS	As doses são altas. São 4 comprimidos, geralmente passa pra dois. E as reações às drogas que é um fator que também dificulta a adesão.	2a ideia - Pacientes podem abandonar o tratamento devidos as altas doses de medicamento e reações às drogas.	L
PROFTB21 EF	... A gente tem um... um tratamento mais personalizado, você entendeu? Pra esses pacientes é, geralmente, as mesmas pessoas que atende ele que é pra ele ter uma referência. Ele tem uma referência aqui. Porque antes eles não tinham uma referência. Então eles contam tudo né? Contam até coisas da vida pessoal, eles já conhece, então eles têm uma referência.	2a ideia - Pacientes de tuberculose necessitam de um tratamento personalizado, com profissionais de referência.	M