

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A contribuição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde à população assistida: a tuberculose como doença-índice para avaliação

GISELDA VERONICE HAHN

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Assistência de Enfermagem

ORIENTADORA

**PROF^a DR^a ANA LÚCIA CARDOSO
KIRCHHOF**

Lajeado, RS
Novembro de 2000

‘Novembro de 2000


A contribuição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde à população assistida: a tuberculose como doença-índice para avaliação

GISELDA VERONICE HAHN

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de

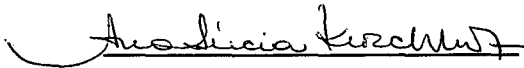
Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 16 de novembro de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de concentração: Assistência de Enfermagem.

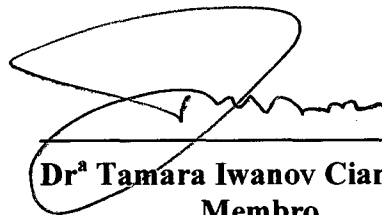


Dra. Denise Pires
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:



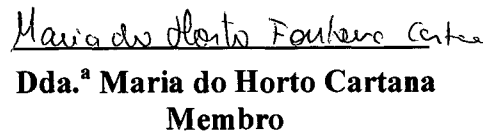
Dr^a. Ana Lúcia Cardoso Kirchhof
Presidente



Dr^a Tamara Iwanov Cianciarullo
Membro



Dr^a. Marta Regina Cesar Vaz
Membro



Dda.^a Maria do Horto Cartana
Membro

Dr^a Eliana Marília Farias
Membro Suplente

*Dedico este trabalho ao Martim, à
Carolina e ao Guilherme, porto seguro
em meio às tempestades.*

AGRADECIMENTOS

Neste momento tão especial gostaria de agradecer:

A Deus, por ter-me dado a vida e, com isso, poder alcançar o que sou hoje;

A meus pais, Tarciso e Lourdes, sinônimos de luz, amor, inspiração e coragem, um singelo obrigado;

À Marisa, brisa mansa com jeito de anjo;

Ao Martim, exemplo de coerência e lucidez nos momentos mais difíceis;

À Carol e ao Gui, sementes plantadas com muito carinho. Espero um dia poder retribuir tão grande prova de amor. “Eu fico com a pureza das respostas das crianças, é a vida, é bonita e é bonita...”

Aos amigos que, mesmo sem entender a “loucura” do mestrado, respeitaram meu recolhimento e ausência;

À Ana, pela paciência e compreensão com minhas inseguranças e pela valiosa contribuição a este estudo;

Aos colegas de trabalho da Secretaria de Saúde, Centro de Saúde e Agentes Comunitários de Saúde de Lajeado pelo apoio e colaboração na realização deste estudo;

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC e à banca examinadora por terem me alcançado um pouco/muito de seu tempo e saber;

Aos colegas Luiz Antonio e Silviamar, presenças fortes e marcantes, “aquele abraço”;

A todas as pessoas que de algum modo contribuíram para a conclusão de mais esta etapa em minha vida.

RESUMO

Este estudo trata da elaboração de dissertação de mestrado que tem como título “A contribuição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde à população assistida: a tuberculose como doença-índice para avaliação”, cujo objetivo é avaliar o resultado das ações executadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) junto a pacientes com tuberculose, mediante sua aderência às orientações e tratamento recomendados. O estudo foi desenvolvido a partir da composição de dois grupos de pessoas acometidas de tuberculose: no primeiro grupo foi feito apenas um acompanhamento histórico sendo os doentes atendidos somente pelo Serviço de Atenção à Tuberculose de Lajeado, RS; o segundo grupo composto por indivíduos com tuberculose atendidos pelo mesmo Serviço, mas que, além do primeiro atendimento, receberam a intervenção dos ACS. O referencial utilizado para avaliação dos resultados foi a Epidemiologia Social. Embora a análise dos dados tenha demonstrado uma não aderência dos doentes às orientações dos ACS, este estudo evidenciou que o trabalho dos ACS contribui para a prevenção, tratamento e cura da tuberculose, sugerindo um controle no aumento do número de casos novos da doença, uma vez que atuam em zonas de maior risco para adquirir esta doença. Os resultados demonstraram ainda que o sucesso do trabalho dos ACS requer a integração entre as políticas sociais do município (interdisciplinaridade), com as demais políticas públicas municipais, estaduais e federais (intersetorialidade).

ABSTRACT

This study was carried out as a final work for a Master's Degree course. It resulted in this dissertation whose title is "The contribution of the health community agent programme to the assisted population: tuberculosis as a rating disease to assess" the result of the actions performed by health community agents (HCAs) with patients with tuberculosis through their adherence to tuberculosis were formed; the first group received assistance only from the Tuberculosis Assistance Service from Lajeado, RS (retrospective study), whereas the second one, besides receiving from this same service, also received the intervention of the HCAs. The reference used to assess the results was social epidemiology. Although data analysis has shown a non-adhesion of patients to the HCAs' orientation, this study has given evidences that HCAs' work contributes for prevention, treatment and cure of tuberculosis, suggesting that there must be a control of the increasing number of new cases of this disease, once these agents work in areas of greater risk of acquiring this and other infectious diseases. The results have also shown that, for the HCAs' work to be successful, it is necessary to integrate health policies with municipal, state and federal policies.

SUMÁRIO

Agradecimentos

Resumo

Abstract

Lista de Tabelas

Lista de Quadros

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 Trajetória das políticas de saúde no Brasil	17
2.2 Considerações acerca da avaliação em saúde como subsídio para repensar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Serviço de Atenção à Tuberculose de Lajeado	51
3 METODOLOGIA	69
3.1 Tipo de estudo	72
3.2 População/amostra	73
3.3 Elaboração de instrumentos	74
3.4 Procedimentos	75
3.5 Análise dos resultados	76
4 A EPIDEMIOLOGIA COMO SUPORTE TEÓRICO PARA AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE	77
4.1 Evolução da epidemiologia: situando o referencial	77
4.2 História natural da doença inserida na teoria da multicausalidade	81
4.3 O conhecimento epidemiológico como subsídio para avaliação em saúde	86
5 APRESENTANDO OS RESULTADOS	102
5.1 Desenhando o personagem Agente Comunitário de Saúde	102
5.2 Falando sobre capacitação	114
5.3 Histórico e Funcionamento do Serviço de Atenção à Tuberculose de Lajeado	135
5.4 Descrição dos doentes estudados	147
6 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	186
6.1 A Contribuição das Ações do ACS na Atenção Primária à Pacientes com Tuberculose	186
6.2 Diretrizes para Melhoria dos resultados Alcançados pelos ACS Junto à População Assistida e de Estruturação do Serviço de Atenção à Tuberculose de Lajeado	206
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	209
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	214
ANEXOS	219

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados de identificação dos ACS, Lajeado, 1999.....	100
Tabela 2: Fóruns de participação dos ACS na comunidade, Lajeado, 1999.....	101
Tabela 3: Situação sanitária dos ACS, Lajeado, 1999.....	102
Tabela 4: Situação econômica dos ACS, Lajeado, 1999.....	102
Tabela 5: Morbidade pessoal e familiar relatada pelos ACS, Lajeado, 1999.....	103
Tabela 6: Hábitos e atividades de lazer relatados pelos ACS, Lajeado, 1999.....	104
Tabela 7: Conhecimentos dos ACS sobre TBC antes e depois da capacitação.....	127
Tabela 8: Esquema 1 - Primeira linha.....	134
Tabela 9: Esquema 2 - Segunda linha.....	134

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Resumo da evolução dos pacientes com TBC acompanhados pelo Serviço de Atenção à Tuberculose de Lajeado no período de dezembro de 1998 a junho de 2000 – grupo 1.....	144
Quadro 2: Resumo da evolução dos pacientes com TBC acompanhados pelos ACS e pelo Serviço de Atenção à Tuberculose de Lajeado no período de dezembro de 1999 a julho de 2000 – grupo 2.....	146
Quadro 3: Evolução comparativa entre os dois grupos estudados, Lajeado, 1999.....	182

1 INTRODUÇÃO

A incorporação do Agente Comunitário de Saúde ao sistema público de saúde tem-se mostrado polêmica. Trata-se de uma questão antiga que passou por diversos contextos e situações, ganhando novos contornos a partir de 1991, com a proposição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde.

O PACS tem sido alvo de diversos questionamentos relacionados a sua estruturação e funcionamento. Questões como a inserção oficial de um novo trabalhador sem qualificação e com baixa escolaridade na área de saúde; a adesão dos municípios ao Programa dar-se em função do retorno financeiro garantido; a capacidade do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em desempenhar atividades relacionadas à promoção da saúde; o trabalho do ACS estar bastante próximo das práticas de enfermagem, ainda têm sido efetuadas por enfermeiros ligados tanto à assistência como à docência.

Enquanto enfermeira instrutora/supervisora do PACS de Lajeado desde agosto de 1996, tenho acompanhado a dinâmica do Programa, procurando situar-me dentro dele. A partir dos inúmeros questionamentos formulados e dos novos desafios que o PACS traz à enfermagem, é que nasceu e cresceu a vontade de realizar esta reflexão.

Em minha realidade de trabalho, a adesão ao Programa pelo município foi bem aceita, tanto pela equipe de enfermagem como pelos demais profissionais que atuam na Saúde Pública. Considero, no entanto, que ainda se faz necessário aprofundar algumas questões.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi criado pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde (MS/FNS) em 1991, com o objetivo de contribuir para a descentralização das ações de saúde, visando à construção e consolidação do SUS (Brasil, 1994). O referido programa foi implantado inicialmente nos estados da região nordeste, direcionado ao grupo materno-infantil.

O M.S./F.N.S., ao criar o PACS, pretende dar conta da assistência deficiente à demanda na atenção primária. O PACS apresenta como objetivo geral “melhorar, através dos ACS, a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos e contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde” (PACS, 1994, p. 2).

Para ingressar no PACS, os candidatos passam por um processo de seleção, sendo os aprovados submetidos a uma capacitação introdutória, quando são expostos os objetivos do PACS, as atribuições dos ACS, bem como sua forma de atuação. Já a capacitação sobre o cotidiano do trabalho dos ACS é contínua (semanal) e efetuada pelo enfermeiro, chamado de instrutor/supervisor. Caracteriza-se pela integração ensino-trabalho, ou seja, o processo de formação é paralelo à execução do trabalho. (Brasil, 1997).

O PACS se estrutura através de coordenações em níveis nacional, estadual, regional e municipal, cabendo ao município a supervisão e acompanhamento mais direto do trabalho dos ACS. Os ACS são pessoas leigas, pertencentes às comunidades onde exercerão suas atividades, necessitando apenas de saber ler e escrever. Devem desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde (atenção primária), através de visitas domiciliares regulares, ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e nas comunidades.

O Agente Comunitário atua como elo de ligação entre os serviços de saúde e a comunidade e colabora com o planejamento das ações executadas pela equipe de saúde, uma vez que está em contato direto com as dificuldades encontradas nas famílias que acompanha.

No Rio Grande do Sul, o Programa foi implantado em 1995. Está sendo desenvolvido em 308 municípios dos 467 que compõem o Estado, atingindo em torno de 66 por cento dos municípios e totalizando 3554 Agentes Comunitários de Saúde¹. No Brasil, estes números chegam a 113.564 ACS, distribuídos em 4.073 municípios², entre os 4.974 que compõem o país.

Em Lajeado, o Programa foi implantado em agosto de 1996 com quinze microáreas mapeadas, ou seja, quinze ACS. Estas áreas foram definidas pelo município, de acordo com o nível sócio-econômico da população, priorizando aquelas de baixa renda. Após um ano, o número de ACS dobrou em Lajeado. Atualmente conta com trinta microáreas (30 ACS), número máximo para a supervisão do enfermeiro que atua no PACS. Outras cinco

¹ Dados fornecidos pela Coordenação Estadual do PACS, SSMA, através da 16 CRS-Lajeado.

² Dados coletados no *site* www.saude.gov.br em maio de 2000.

microáreas pertencem ao Programa de Saúde da Família (PSF), implantado em janeiro deste ano. Os dois programas atingem um percentual de 40% da população de Lajeado³. A atuação se dá somente na área urbana, onde ocorre maior concentração de famílias de baixa renda, cujos problemas de saúde são mais complexos em sua resolução.

Vejo, portanto, a necessidade de aprofundar o debate sobre o Programa e sua inserção no SUS. Da mesma forma, é preciso que os enfermeiros instrutores/supervisores estejam bem situados frente às políticas de saúde apregoadas e a estrutura sócio-econômica que permeiam sua realidade de trabalho. Este conhecimento é importante para que o enfermeiro realize seu trabalho de forma adequada ao contexto em que está inserido, de forma a conjugar ação-reflexão sobre as condições que estão colocadas, tanto aquelas oferecidas pelo governo, como aquelas presentes nas comunidades. Acredito, assim, que as ações praticadas pelo enfermeiro estarão mais próximas das necessidades apresentadas.

Tenho buscado conhecer as crenças e valores praticados na comunidade pelos ACS em relação à saúde e tenho procurado relacioná-las com os conteúdos desenvolvidos nos encontros para capacitação⁴, a fim de perceber melhor as dificuldades para a implementação das orientações recebidas do enfermeiro. O ACS está imerso em crenças e formas culturais de cuidado de acordo com a comunidade em que trabalha. Por isso, conhecer suas crenças é também fundamental, para avaliar a aderência às orientações e encaminhamentos feitos pelo ACS em relação à prevenção, tratamento e cura da tuberculose, como é o caso desta pesquisa.

Uma vez que há uma exigência legal de que o PACS seja coordenado por um enfermeiro e a ele coube a capacitação do ACS, enquanto enfermeira instrutora e supervisora deste Programa, tenho buscado uma formação adequada do ACS, enfocando sua realidade cultural, com a finalidade de qualificá-lo para as atribuições determinadas pelo Ministério da Saúde e instrumentalizá-lo para que seja capaz de supervisionar a saúde das pessoas com quem exercerá suas atividades. Ao investir na capacitação do ACS, busca-se prepará-lo para exercer eficientemente as atividades que lhe competem, segundo a Portaria 1886, de 18/12/97. Suas atividades são diferenciadas das do enfermeiro, do médico ou mesmo de toda a equipe de saúde. São, portanto, próprias de sua categoria.

³ Dados fornecidos pela Secretaria de Saúde e Meio Ambiente de Lajeado.

⁴ Conforme relatório da disciplina Prática Assistencial de Enfermagem, do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, o qual descreve uma prática assistencial-educativa de enfermagem com o Agente comunitário de Saúde numa perspectiva transcultural, UFSC, 1998.

O ACS é portador de muitas informações de cunho prático em função da convivência diária na comunidade onde atua, com condições, portanto, para explorar as circunstâncias que determinam o processo saúde-doença, criando assim alternativas para facilitar intervenções de cunho preventivo à saúde. A proposta desta pesquisa busca partir de situações concretas encontradas pelos ACS nas suas atividades diárias e utilizá-las na promoção da saúde da população atendida.

Neste sentido, será traçado um perfil sócio-sanitário do ACS, um agregador de dados que favoreça o entendimento das relações que medeiam suas crenças sobre saúde e doença e seu próprio contexto social e sanitário, de modo a melhor compreender as ações que efetiva ao promover a saúde da população assistida e ainda auxiliar na compreensão do papel deste novo trabalhador inserido na área da saúde e os resultados que alcança com seu trabalho.

Assim, dadas as experiências colhidas nesses quatro anos de PACS em Lajeado, bem como a abrangência que esse Programa já atingiu no Rio Grande do Sul, precisa-se de avaliações relativas à sua contribuição para a melhoria da qualidade de vida da população atendida. Isto foi efetuado através do acompanhamento de pacientes portadores de tuberculose, chamada para este trabalho de doença-índice. Foi assim denominada por oferecer em Lajeado, um serviço de saúde estruturado, através da oferta permanente de atendimento médico, realização de exames e fornecimento de medicamentos. Trata-se, portanto, de um serviço capaz de oferecer as condições necessárias para uma avaliação de resultados do trabalho do ACS na atenção primária.

A escolha da tuberculose como referência para este estudo deve-se também à sua transmissão acentuada em pacientes de baixo nível econômico, acrescida à precariedade de sua habitação, com número restrito de cômodos e número elevado de filhos, o que facilita a transmissão da doença. A promiscuidade, a higiene subpadrão e uma assistência inadequada à saúde são fatores que contribuem para a disseminação da doença. A tuberculose é uma doença infecciosa comum em todo o mundo, pois a maior parte das pessoas vive na pobreza. Por outro lado, esta doença é facilmente tratada e prevenida através da atenção primária.

A tuberculose é uma afecção que, apesar de ser de fácil tratamento e prognóstico favorável, requer a aderência do paciente ao tratamento, principalmente por ser contínuo e de longa duração. A falta de conhecimentos sobre a doença e sobre a importância do trata-

mento, associada a fatores socioculturais, tende a manter baixa a participação do paciente no tratamento, comprometendo o mesmo.

Embora a erradicação da tuberculose (TBC) somente seja possível mediante um intenso trabalho de prevenção e educação para a saúde, acompanhado de detecção e tratamento precoces e melhora dos padrões de vida e trabalho, as atividades do ACS destacam-se pelas orientações que fornece à comunidade e pelo acompanhamento e supervisão das pessoas que se encontram em tratamento.

Levando em conta todas estas questões, elaborei a seguinte questão norteadora desta investigação:

As ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde junto a doentes com tuberculose contribuem para a aderência ao tratamento e conseqüente cura da mesma?

Para subsidiar o estudo deste tema será realizada uma revisão das políticas de saúde implementadas no Brasil a partir da década de 70, quando ocorre a consolidação do modelo médico assistencial-privatista e nos anos 80, através da conformação da Reforma Sanitária e a hegemonia do projeto neoliberal, perpassando a VIII Conferência Nacional de Saúde e a criação das Leis Orgânicas da Saúde até chegar ao Programa de Saúde da Família, concebido como proposta estruturante do SUS.

A necessidade de avaliação dos projetos sociais existentes nos serviços de atenção à saúde tem motivado diversos autores (Castiel, 1990; Tanaka e Rosemburg, 1990; Cesar e Tanaka, 1996; Hartz, 1997; Gil, 1999) a fazer publicações na área de avaliação dos serviços de saúde. Na prática, porém, ainda há dificuldades para a implementação da avaliação, principalmente as relacionadas ao estudo de questões metodológicas. Visando contribuir com o debate sobre a necessidade de implementação de avaliações que contribuam para o melhor desempenho de profissionais e para a melhoria dos serviços de saúde, será feito uma revisão de literatura sobre o tema, com destaque para questões pertinentes a esta pesquisa.

Para atender à finalidade de avaliação proposta por este estudo, são utilizadas as categorias eficácia, efetividade e aderência, apropriados da epidemiologia e usadas como contribuição metodológica para a avaliação do trabalho do ACS junto a doentes com tuberculose. Porém, a última categoria, aderência, é que mostra especificamente se as ações desenvolvidas pelos ACS auxiliam na prevenção e controle da tuberculose no município de Lajeado.

Configurar-se-á o uso da epidemiologia social para auxiliar no entendimento do processo saúde-doença que ocorre com os indivíduos que residem nas áreas de abrangência do PACS, mediante o acompanhamento de pacientes portadores de tuberculose, no sentido de melhor compreender o resultado das ações do ACS na prevenção, tratamento e cura das doenças, em especial a tuberculose.

Levando em conta as considerações feitas, proponho este estudo com os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

- Avaliar os resultados das ações executadas pelos Agentes Comunitários de Saúde junto a doentes com tuberculose, por meio da sua aderência às orientações e tratamento recomendados.

Objetivos específicos

- Delinear o perfil sócio-sanitário do ACS;
- Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde para atuar na prevenção, tratamento e cura da tuberculose, de modo a instrumentalizá-los para a realização desta pesquisa.
- Avaliar a aderência da população assistida às orientações e encaminhamentos feitos pelo ACS, referentes ao tratamento recomendado pelo Serviço de Atenção à tuberculose de Lajeado.
- Traçar diretrizes para a melhoria dos resultados a serem alcançados pelos ACS junto à população alvo deste estudo e para a estruturação do serviço de atenção à TBC no município de Lajeado.

Assim, este estudo, mesmo que iniciante e inacabado, representa o esforço para responder a estas questões. Para tanto, inicio com a apresentação da metodologia, seguida pela revisão da literatura referente às políticas de saúde, de modo a contextualizar a inserção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Sistema Único de Saúde. A se-

guir, trarei a literatura sobre avaliação, procurando direcionar seu conteúdo para a avaliação de serviços e programas na área da saúde. E, por último, apresentarei o referencial teórico que sustentou a análise dos dados coletados sob a perspectiva da Epidemiologia Social. No capítulo final, trago minhas considerações e perspectivas sobre o que foi discutido no decorrer desta reflexão.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Trajetória das políticas de saúde no Brasil

2.1.1 Anos 20 a 70 – do sanitarismo campanhista à consolidação do modelo médico-assistencial privatista

A situação atual da prestação de serviços de saúde à população brasileira é complexa e envolve diversas instituições. O momento político e econômico do País leva o Estado a redefinir os papéis do setor saúde, com base nas condições sócio-econômicas e estratégias adotadas, entre as quais inclui-se o PACS e PSF.

Entretanto, é sabido que a atual situação dos serviços de saúde resulta de diretrizes políticas anteriores, configurando um quadro específico que só poderá ser compreendido ao se recuperarem a trajetória e a história dessas políticas.

O modelo assistencial implantado no Brasil caracterizou-se pela dicotomia entre saúde pública e medicina previdenciária, convivendo com o setor privado na prestação de serviços. A saúde pública organizou-se a partir do século XIX, com base na preocupação com o controle de epidemias e endemias, desenvolvendo a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica e programas voltados para a população de risco.

As políticas de saúde da época, segundo Pereira (1997), caracterizavam-se pela centralização, verticalização e pelo caráter emergencial, esporádico e campanhista. A formulação destas políticas tiveram por base o modelo econômico agroexportador fortemente baseado no café, até meados desse século. “Portanto, o que se implantou foi uma política de saneamento dos espaços urbanos e o controle e erradicação de doenças que pudessem prejudicar a exportação”.(p.40).

No final do século XIX, a situação de saúde no país encontrava-se em situação precária, com um quadro de doenças endêmicas e graves epidemias em decorrência da inexistência de medidas de controle. Ao mesmo tempo, conviviam-se com doenças pestilentas como a cólera, a febre amarela, a varíola, entre outras, e doenças infecto-parasitárias como a tuberculose, a hanseníase e a febre tifóide. (Coelho; Westrupp; Verdi, 1995).

Na década de 20, houve um período de prosperidade econômica resultante em grande parte do auge da economia cafeeira, o que originou um movimento acelerado de urbanização e desenvolvimento industrial. Verifica-se, então, uma nova perspectiva para a saúde pública no Brasil, baseada na assistência médico-sanitária que seria operacionalizada pelos centros de saúde com enfoque preventivo. Dá-se, assim, início ao processo de separação entre as ações médico-sanitárias, de caráter preventivo, e as ações de assistência médica individual, de caráter curativo.

O início do movimento sanitário brasileiro deu-se também na década de 20, através da criação do primeiro órgão nacional responsável pela política de saúde, ou seja, o Departamento Nacional de Saúde Pública dirigido por Carlos Chagas, cujas atribuições eram o saneamento urbano e rural, a propaganda sanitária, a higiene infantil, industrial e profissional, atividades de supervisão e fiscalização. Este departamento adota o modelo de campanhas sanitárias, a fim de combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais.

Com relação às doenças transmissíveis, foram implantadas, ainda na década de 20, a notificação compulsória, a verificação de óbitos, a obrigatoriedade do isolamento dos doentes infectantes e a desinfecção dos domicílios. No caso específico da tuberculose, as medidas restringiam-se ao exame de escarro como medida diagnóstica e como verificação dos casos de tuberculose ativa. No Rio de Janeiro, foi criada a Liga Brasileira contra a Tuberculose, entidade filantrópica destinada a combater a doença e a desenvolver propaganda junto a órgãos públicos e à população, no sentido de defesa social contra a tuberculose e a favor da criação do primeiro dispensário para tratamento dos doentes. O governo, alarmado com o grande número de aposentadorias e pensões decorrentes da tuberculose, reconheceu o caráter social da doença. (Vaz, 1997).

Em 1923, com a lei Elói Chaves, surge a primeira idéia relacionada à Previdência Social no Brasil através da criação da primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Fer-

roviários, às quais seguiram-se outras caixas (CAP'S). Estas eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores, tendo como atribuição central a assistência médica. Em 1930, foi criado o Ministério de Educação e Cultura.

Ao longo da década de 30, inicia-se na previdência social, a organização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), estruturados por categorias profissionais. O primeiro a ser criado foi o dos Marítimos (IAPM), em 1934, seguindo-se o dos comerciários (IAPC) e dos bancários (IAPB), dos industriários (IAPI), dos servidores do Estado (IPASE) e, por fim, dos trabalhadores em transportes e cargas (IAPETEC) em 1938. Estes, devido ao seu caráter contencionista, tornaram a assistência médica provisória e secundária. Outra alteração significativa é a contribuição do Estado, que passa a ser tripartite. “A capitalização previdenciária transformou-se numa sócia privilegiada do Estado e das empresas estatais que começavam a surgir.” (Mendes, 1995, p.21).

Em parceria com a Fundação Rockefeller, foram criados programas de escala nacional como o Serviço de Nacional de Febre Amarela em 1937, e o serviço de Combate à Malária do Nordeste em 1939.

Em 1941, criou-se o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), com a finalidade de estudar os problemas decorrentes da tuberculose e o desenvolvimento de meios para a ação profilática e assistencial junto a doença. Entre 1942 e 1945, o SNT inaugurou vários sanatórios em todo o Brasil, ampliando a assistência aos tuberculosos do interior do país, para evitar que viessem para as capitais. Algumas medidas foram recomendadas pelo Serviço, como a obrigatoriedade do exame radiológico a cada falta ocorrida no trabalho decorrente da doença, a vacinação BCG oral obrigatória para todos os recém-nascidos e o amparo ao tuberculoso e à sua família.

A Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), instituída a partir de 1946, uniformizou e padronizou as orientações e comando nas decisões em nível nacional, constituindo-se em um marco na trajetória histórica de controle da tuberculose. Paralelamente, surge a quimioterapia contra a doença e, juntas, influenciaram decisivamente na redução da mortalidade pela tuberculose. Os enfermos eram tratados nas unidades de saúde, os dispensários, onde eram fichados e recebiam informações sobre a doença e os medicamentos necessários, com controle periódico. (Vaz, 1997).

Com o processo de industrialização acelerado, a partir da década de 50, há necessidade de mudanças na política de saúde. Agora não é mais necessário sanear os espaços de circulação de mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, visto que há uma massa operária que se deslocou para os centros urbanos e que deve ter sua capacidade produtiva preservada e restaurada. Isto foi chamado por Mendes de “Sanitarismo Campanhista”(op cit:22).

O *sanitarismo campanhista* teve por base uma visão militarista de combate às doenças de massa, com criação de estruturas para esse fim, concentração de decisões e estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social. Enfim, por não responder às necessidades de uma economia industrializada, foi sendo substituído paralelamente ao crescimento e à mudança da previdência social brasileira.

Assim, na década de 50, verifica-se um aumento progressivo na assistência médica individual realizada pelo sistema previdenciário, enquanto se observa uma estagnação nas ações de saúde pública. “O mecanismo compensatório social frente às alterações do modelo econômico era realizado pela política previdenciária, por meio de ações de assistência médica individual de caráter curativo, em detrimento de ações de saúde pública, que se apresentavam limitadas pela política do Estado para o setor.”(Tanaka e Rosemberg,1990,p.60).

A criação do Ministério da Saúde em 1953 evidencia, por um lado, a importância da saúde pública e, por outro, mostra seu caráter secundário no conjunto das prioridades estatais. Com a divisão do Ministério da Educação e Saúde, o setor saúde ficou com a menor parcela de recursos, tendo, porém, que atender um quadro crescente de enfermidades como a ancilostomose, bócio, boubá, brucelose, doença de chagas, esquistossomose, filariose, leishmaniose e tracoma.(Coelho; Westrupp; Verdi, 1995).

Como ponto final na estruturação dos organismos da saúde pública na época, foi criado, em 1956, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNEr), cuja função era o controle dos serviços de combate às enfermidades endêmicas, que antes era atribuição do Departamento Nacional De Saúde (DNS).

Em 1963, houve a III Conferência Nacional de Saúde na qual discutiram-se os problemas das campanhas e foi aprovada a criação de uma estrutura de serviços de saúde, sob direção dos municípios, ficando a assistência técnica e financeira em âmbito federal e esta-

dual. Ocorreu, então, a expansão da Assistência Médica Previdenciária, com grande aumento das despesas por parte da rede particular contratada, iniciando-se assim a crise financeira do setor. A crise econômica agrava-se e a crise política culmina levando ao golpe militar de 1964.

Com o golpe militar de 1964, as condições políticas para a hegemonização de um novo modelo de saúde são favorecidas, a partir de uma coalização internacional modernizadora de políticas econômicas, como a centralização de recursos no governo federal, controle do déficit público e criação de fundos específicos para as políticas setoriais. Além disso, fortalece o papel regulador do estado e a retirada dos trabalhadores do controle da Previdência Social.

Os 20 anos que se seguiram com a ditadura militar no país caracterizaram-se por intensa centralização do poder tecnoburocrata, aumento da dívida externa, arrocho salarial e repressão política. Foram anos significativos para a história evolutiva do setor saúde na sociedade brasileira.

A criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1966, em substituição aos Institutos de Aposentadoria e Pensões, uniformizou os benefícios e constituiu-se num fato “(...) paradigmático na conformação do modelo médico assistencial-privatista” (Mendes, 1995, p. 22). Uma de suas principais características é o “privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública” (p. 22). O INPS priorizava a contratação de terceiros em detrimento dos serviços médicos da Previdência Social.

Oliveira e Teixeira apud Mendes (op cit:22) resumiram as principais características do modelo médico-assistencial privatista em:

- a) A extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural;
- b) O privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- c) A criação, através da intervenção estatal, de um complexo médico industrial;

- d) O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado destes serviços.

Vale ressaltar que a substituição dos IAP's pelo INPS demarcou o início da forma atual de assistência à saúde no Brasil. Este processo foi favorecido pela situação de estabilidade do regime autoritário da época, concomitante ao período conhecido como “milagre econômico”, e pela ação da tecnoburocracia estatal e pelas alianças entre os produtores de serviços e de bens médicos.

Paralelamente ao crescimento da estrutura previdenciária e curativa, há progressivamente a universalização do atendimento, iniciado a partir de 1966 com a centralização do atendimento através da estrutura do INPS e, posteriormente, com o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social).

A centralização de decisões e, principalmente, de recursos na esfera federal enfraquece a capacidade de intervenção e atuação dos governos estaduais e municipais, e também do próprio Ministério da Saúde, visto que essa concentração ocorre principalmente no Ministério da Previdência Social.

O atendimento à saúde passa a compor-se de um tripé que, além do modelo hospitalocêntrico e da centralização institucional, inclui o setor privado. As formas privadas de atenção à saúde caracterizavam-se pela presença do médico enquanto profissional liberal, que mantinha relação direta com os pacientes.

Os hospitais eram pequenos, restringindo-se a casos terminais ou às enfermidades mentais. Originavam-se ou do Estado, ou de organizações religiosas, corporações profissionais e sindicatos. As atividades eram de caráter beneficente e filantrópico.

A necessidade de prestar atendimento diferenciado a quem pudesse pagar e a recuperação e reposição da força de trabalho por parte das empresas abriu espaços para o desenvolvimento das empresas médicas, originando o setor saúde privado no Brasil.

No final da década de 50, o hospital assume posição central na prestação dos serviços de saúde e caracteriza-se como detentor da infra-estrutura necessária à prestação dos serviços de saúde. A rede hospitalar privada supera a rede pública. No entanto, seu custeio era feito cada vez mais pelo poder público.

A formulação das políticas de saúde nessa época caracterizou-se pela síntese de dois diferentes modelos já adotados anteriormente, o *sanitarismo campanhista* oriundo da Primeira República, e o modelo curativo da atenção médica vigente no período populista. Esta estratégia favoreceu de forma decisiva, a adoção de um modelo de medicalização da sociedade brasileira.

No início da década de 60, o sistema previdenciário não dá conta de atender a demanda da população, que solicita ampliação e melhorias dos serviços. O Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) possibilita a utilização da rede privada de assistência, com incentivo dos governos militares para atender aos setores empresariais.

O Estado contratou e efetivou convênios com diversas unidades de serviço para atender a demanda. O pagamento era efetuado com base na complexidade e diversidade tecnológica apresentada pelo serviço, o que provocou a incorporação tecnológica crescente nos serviços, facilitada pelo processo de capitalização das empresas médicas. O setor médico privado começou a fracionar-se de acordo com seus interesses particulares.

Os serviços médicos contratados pela Previdência Social tiveram um incremento em sua expansão, após a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), instrumento destinado a financiar o investimento fixo de setores sociais. Houve crescimento acentuado no número de leitos privados, nas internações hospitalares, consultas médicas e serviços de apoio diagnóstico. O desenvolvimento do setor privado apresentou características especiais como “capital fixo subsidiado, reserva de mercado e, por consequência, baixíssimo risco empresarial e nenhuma competitividade”.(Mendes,1995,p.24).

Esta forma de financiamento dos serviços médicos particulares feito pela Previdência Social consolidou um sistema de atenção à saúde hospitalocêntrico. Paralelo a isso, foi surgindo uma nova modalidade de organização dos serviços particulares: a medicina de grupo, estimulada pelas condições favoráveis de financiamento oferecidas pelo Estado. (Mendes, 1995).

O surgimento do convênio-empresa é a forma embrionária de uma nova modalidade assistencial. Neste modelo, a empresa contratante responsabiliza-se pela assistência médica a seus empregados e recebe subsídio da Previdência, atendendo a uma clientela mais qualificada e com melhor padrão organizativo. O primeiro convênio foi assinado em maio de 1964, entre o IAPI e a Volkswagen. Em 1977, contava com 4.699 convênios que atin-

giam 10% da população previdenciária da época. A articulação entre o Estado e o empresário viabilizou o desenvolvimento de um subsistema, a atenção médica supletiva, que se tornaria hegemônica na década de 80.

A partir da década de 70, há uma progressiva expansão da cobertura de assistência médica pelo sistema previdenciário, que passa a incorporar trabalhadores não formalmente vinculados ao processo de produção. A progressiva expansão de cobertura e dos gastos em saúde, acrescida da crise político-econômica decorrente do fim do período denominado “milagre econômico” em 1972, levou à necessidade de ajustes no sistema, os quais ocorreram em 1974, com a criação do Plano de Pronta Ação (PPA) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

“Essas medidas permitiram atender rapidamente à crescente demanda decorrente da piora das condições de vida, principalmente da população urbana que se encontrava alijada do mercado de trabalho formal, devido ao processo econômico recessivo do País.”(Tanaka e Rosenberg,1990).

Em 1971, foi criada a CEME (Central de Medicamentos) com a finalidade de introduzir, distribuir e organizar o consumo de medicamentos básicos para a saúde da população de baixa renda, limitando-se, após 1975, a produzir e distribuir alguns medicamentos básicos e em número insuficiente. Porém, os medicamentos contra a tuberculose estavam garantidos e auxiliaram o acompanhamento e o registro da maioria dos doentes por tuberculose.(Vaz, 1997).

Em 1975, a lei 6229 criou o Sistema Nacional de Saúde que definiu as competências das instituições públicas e privadas de saúde, o que acabou por institucionalizar o modelo médico assistencial-privatista. Esta lei favoreceu a diferenciação no atendimento à saúde prestado pelo setor público e o privado: no primeiro, o atendimento era gratuito e, no segundo, pago. Tal fato ocorreu devido à separação das ações de “saúde pública” das ações de “atenção médica”.(Mendes,1995). Estas medidas perpetuavam o modelo médico excludente, através da expansão de assistência de baixo custo, dirigido à população excluída pelo modelo médico assistencial-privatista.

No ano de 1975, realizou-se a V Conferência Nacional de Saúde, quando foi recomendada a regulamentação dos serviços e a hierarquização, em níveis de complexidade

crecente, enquanto processo eficaz na descentralização dos serviços básicos de saúde e na racionalização do uso da capacidade instalada e de recursos humanos.(Chianca,1994).

A partir desta Conferência, a tuberculose foi incluída entre as doenças de notificação compulsória, desencadeando a criação de arquivos centrais estaduais para a tuberculose e um sistema próprio de notificação dos casos. Em 1976, este controle ampliou-se a partir da edição do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), uma vez que intensificou o intercâmbio entre as esferas estadual e federal de saúde, relacionado à avaliação e discussão das dificuldades encontradas na operacionalização do Programa, buscando bases para a reprogramação no controle da doença. (Vaz, 1997).

Em 1978, articula-se uma proposta internacional acordada na conferência de Alma-Ata, baseada nos cuidados primários à saúde, que coincide com o momento político-sanitário presente no Brasil, onde havia a necessidade de desenvolver um modelo assistencial de baixo custo para atender a parcela da população excluída do modelo privatista.

“Assim, começa a desenvolver-se, no Brasil, a proposta da atenção primária seletiva, concebida na sua concepção estreita de um programa, executada com recursos marginais, dirigidos a populações marginalizadas de regiões marginalizadas através da oferta de tecnologias simples e baratas, providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidades de referência a níveis de maior complexidade tecnológica, incluindo a retórica da participação comunitária.”(Mendes,1995,p.26 e 27).

Não quero neste momento negar ou desmerecer a proposta de atenção primária, mas, ao contrário, entendê-la como uma estratégia capaz de reorganizar e reorientar os recursos do setor saúde, de modo a satisfazer as necessidades de saúde de toda a sociedade.

O entendimento reducionista da atenção primária seletiva presente nesta época abre espaços políticos e institucionais para o desenvolvimento de um movimento contra-hegemônico da saúde que, na década de 80, viria a ser reconhecido como Reforma Sanitária. Surgiu nas universidades, nos departamentos de Medicina Preventiva, onde o pensamento crítico relativo à saúde dá origem à base política e ideológica do movimento sanitário.

“No plano político, esta década representou a luta da sociedade brasileira para vencer a ditadura militar e estabelecer um processo de democratização no país.” (Pereira, 1997, p. 46).

Vasconcelos (1997) coloca que os Serviços de Atenção Primária surgiram no Brasil por volta da década de 70 quando se acentuava a piora das condições de vida da população brasileira. Para o autor, tais serviços representavam uma alternativa barata, pois utilizavam-se técnicas simplificadas, de baixo custo e pregava-se a participação popular. “A medicina comunitária (...) se mostrou a mais adequada às necessidades políticas do momento”(p. 18).

Desta forma, as políticas de saúde favoreciam a criação de projetos cada vez maiores de expansão da medicina às populações mais pobres, dentro da filosofia de medicina comunitária, através de Postos e Centros de Saúde, entendida neste contexto como um modelo alternativo de assistência médica, devido ao alto custo da medicina curativa praticada nos hospitais e consultórios médicos. Porém, a grande diferença entre os recursos oferecidos nos centros e postos de saúde e aqueles existentes na rede particular, a escassez de recursos destinados aos primeiros aliado ao uso dos mesmos como locais eleitoreiros, tornou essa prática inviável. (Vasconcelos,1997).

Este período de dificuldades econômicas que o país atravessava destacou-se pela visão reducionista com que era encarada a atenção primária, pois, sendo seletiva, utilizava estratégias de sobrevivência para os grupos de risco.

A Reforma Sanitária pronunciava-se contra o modelo médico assistencial-privatista e foi favorecida pelo contato mais próximo dos profissionais de saúde com a realidade das classes populares e o descontentamento dos mesmos com a forma de assistência à saúde, tecnicizada e compartimentalizada praticada na época, fazendo com que os profissionais que atuavam na saúde pública se organizassem e passassem a buscar uma medicina mais adequada às necessidades da população carente.(Vasconcelos, 1997).

Este movimento também chamado de “Movimento Popular de Saúde” (Vasconcelos, 1997, p.19) era composto, além de profissionais de saúde, pela população organizada e representada por associações de moradores em parceria com sindicatos, que iniciaram reivindicações por melhores condições de assistência à saúde da população.

O mesmo autor coloca ainda que a análise atual das práticas destes centros e postos de saúde, “(...) tem revelado uma rica experiência de educação popular”(1997,p.19). Suas atividades, segundo ele, têm colaborado para que profissionais e população compreendam

as origens dos problemas de saúde e, desta forma, busquem novos modos de viver e de se relacionar com a natureza e com a sociedade.

Acredito que os profissionais que atuam nos centros e postos de saúde, ou seja, próximos da realidade enfrentada pela população, têm a oportunidade de desenvolver atividades que promovam a conscientização dos indivíduos na busca de melhorias para sua saúde.

Porém, estes profissionais têm atuado, na maioria das vezes, na manutenção do modelo de atenção centrado na cura de doenças, e em outras, têm estado presos a discussões e críticas de caráter ideológico que nem sempre representam o melhor para as comunidades. Acredito que uma programação de saúde a ser editada pelo Ministério da Saúde, independente de partido político, deva passar por uma análise profunda por profissionais, referente a formas de financiamento, gestão e aplicabilidade nas diferentes realidades brasileiras e, junto com a população, ser construída de acordo com suas reais necessidades, para assim ter condições de ser transformada em algo benéfico para ela.

O final dos anos 70 coincide com o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista. A crise fiscal vivida pelo Estado repercutiu fortemente na Previdência Social. O modelo apresentava diversas inadequações à realidade, como: a prática médica curativa não conseguia alterar o perfil de morbimortalidade; os custos crescentes não permitiam a expansão do modelo; a compra dos serviços privados era feita de maneira irracional; o modelo gerava superposições das ações e não permitia seu controle; a insatisfação dos usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviços era crescente, aliado à queda na qualidade da assistência prestada.(Mendes,1995).

Em 1976, foi criado na Secretaria de Planejamento da Presidência da República, o primeiro programa de medicina simplificada em nível federal: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS). Para viabilizar este programa, o governo criou o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), criando carreiras como o Sanitarista e o Agente de Saúde Pública.

Observa-se aqui o início da criação de “Programas” elaborados pelos Governos Federais, padronizados para todo o país e inseridos nas diferentes culturas e realidades existentes. A estes, tantos outros seguiram-se, na tentativa de atender às demandas geradas nos serviços de “saúde pública”.

Em 1977, ocorre a VI Conferência Nacional de Saúde, quando foram traçadas as bases políticas dessas propostas e delinear-se as diretrizes para a gestão do Sistema Nacional de Saúde. No ano seguinte, realiza-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (URSS), a qual traçou como principal meta social dos governos, organizações internacionais e comunidade mundial, que, até o ano 2000, todos os povos do mundo atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e econômica produtiva. Nesta época, os cuidados primários de saúde foram considerados a chave para o atingimento dessa meta.

A Conferência de Alma-Ata impulsionou os projetos de extensão de cobertura a partir de críticas ao processo de privatização, pela ênfase na atenção primária e na participação comunitária, pela priorização dos serviços básicos de natureza pública e descentralizada, com base na municipalização da saúde.(Chianca,1994).

No ano de 1979, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) foi expandido para todo o território nacional, adaptando-se às diferentes realidades regionais, resultando numa grande expansão da rede ambulatorial pública.

A VII Conferência Nacional de Saúde realizou-se no ano seguinte, em 1980, e novamente foi discutida a expansão das ações de saúde, mediante serviços básicos, com vistas a implantar a extensão da cobertura, através do PREV-SAÚDE, inspirado em Alma-Ata e dos programas de atenção primária.

Neste contexto, destaca-se também a Federação Brasileira de Hospitais (FHB) como principal setor privado controlado e conveniado à Previdência Social.

Este modelo médico, no entanto, consolidou, na década de 80, um processo chamado de “universalização excludente”, em que, ao mesmo tempo em que a clientela previdenciária se expandia, o acesso aos serviços de saúde ocorria de forma diferenciada entre as clientelas urbanas e entre estas e as rurais.(Mendes,1995).

2.1.2 As políticas de saúde dos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a hegemonia do projeto neoliberal

Os anos 80 foram marcados por grande instabilidade financeira, ausência de crescimento econômico e forte crise recessiva. Expressou-se na ruptura de um padrão de crescimento, decorrente da articulação entre Estado, empresas nacionais e estrangeiras. (Mendes, 1995).

O Estado, antes financiador dos interesses particulares, passa a diminuir sua participação nos projetos sociais, caracterizando-se por um Estado Mínimo.

É neste cenário de transição que é instalada, em 1985, a Nova República, tendo como um de seus eixos principais a execução de uma nova política social que respondesse às necessidades existentes.

Em 1988, é promulgada a Constituição Federal que, ao mesmo tempo em que avançou nos direitos sociais, apresentou contradições, incorporando, por exemplo, interesses corporativos e, ao mesmo tempo, distribuindo o ônus da reforma estrutural.

Neste contexto de crise e insatisfação geral, surgem novos sujeitos sociais com interesses diferentes, caracterizando dois projetos políticos diferenciados: o primeiro chamado de reforma sanitária e o segundo, de projeto neoliberal.

2.1.2.1 A Crise da Previdência Social

O início da década de 80 configura o auge da crise da Previdência Social, refletido em três momentos: a crise ideológica — o PREV-SAÚDE; a crise financeira; e a crise político-institucional, o CONASP.

Surge, em 1980, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), proposto pelo Governo Federal com base técnica no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) do Nordeste e embasado politicamente pela VII Conferência Nacional de Saúde ocorrida no mesmo ano. Objetivou a universalização dos cuidados primários à saúde em todo o território nacional articulando instituições públicas e pri-

vadas; a ampliação da cobertura através da regionalização e hierarquização; a participação popular; a racionalização de recursos e intersetorialidade, incluindo o setor privado no processo; uso de técnicas simplificadas e inclusão de pessoal auxiliar. O projeto continha diretrizes do movimento sanitário, mas teve o viés da elaboração tecnocrática.

A partir de 1985, inúmeros técnicos que estavam vinculados ao movimento sanitário foram incorporados nas instituições governamentais responsáveis pelas políticas de saúde. Esses profissionais assumem o processo de reforma do Estado, dando início à reversão da lógica atual e privatista então prevalente. Nesta etapa, a reforma sanitária assume uma feição claramente racionalizadora, buscando aumentar a eficiência e a eficácia do setor público, o que não houve na prática, devido à pesada e inoperante forma de atuação do setor público, a agudização da crise financeira do Estado e a resistência dos profissionais em defesa de seus privilégios corporativos.(Fleury,1994; Mendes,1995).

O PREV-SAÚDE sofre contestações de caráter ideológico e, colocado no debate público, é encaminhado à comissão de saúde da Câmara dos Deputados, onde foi extinto.

“As propostas do PREV-SAÚDE eram tão ambiciosas em suas metas que a oposição criada pelas entidades privadas, bem como por parte de instituições públicas, principalmente ligadas à previdência social, levaram a modificações substanciais da proposta inicial, a qual, no final, se restringiu a uma reordenação no setor público prestador de serviços de saúde, não fazendo qualquer menção ao setor privado e definindo como áreas de abrangência as localidades de maior carência e grupos sociais desprotegidos, perdendo completamente o propósito inicial.”(Tanaka e Rosenburg,1990,p.61).

A crise financeira da Previdência Social manifestou-se como resultado da política econômica recessiva no país em 1981-82. Esta caracterizou a assistência médica como o maior responsável pela crise, fazendo surgir ainda várias atividades sociais que criaram um novo desenho no poder do setor. A Federação Brasileira de Hospitais (FBH), acusada de fraudar seu sistema de pagamento, assume posição diferenciada da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), pois esta procurou colocar-se como “(...) alternativa de custo zero para a crise da atenção médica.” (Mendes, 1995). Isso levou a uma mudança na hegemonia médica do setor privado.

Em meio à crise surge, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária em 1982, o CONASP, tendo por finalidade criar normas que se adequassem à assistência

à saúde da população previdenciária, indicando a alocação de recursos financeiros e propondo formas de controle e avaliação no sistema de assistência médica. Com isso foi passado do Ministério de Saúde para o INAMPS a normatização da atenção à saúde.

“O plano propõe a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações urbana e rural, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização dos equipamentos, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial e da revisão dos mecanismos de financiamento do FAS.” (Mendes, 1995, p. 36).

Em síntese, as transformações planejadas no início da década de 80, que foram iniciadas com a formulação de uma proposta tecnicamente bem elaborada e ambiciosa, de mudança no modo de produção do setor saúde, não tiveram o necessário respaldo político para sua efetivação. O CONASP contou com o apoio do movimento sanitário e da ABRANGE, porém teve oposição da FBH.

Em novembro de 1982, elege-se vários governos de oposição, em pleitos diretos; e, em 1983 assumem, da mesma forma, novos prefeitos, dando ênfase ao processo de municipalização da saúde. A partir do CONASP, foram implementadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), com a finalidade de promover uma articulação inter-institucional com o intuito de desenvolver ações mais eficientes e eficazes.

2.1.2.2 Ações Integradas de Saúde – AIS

As Ações Integradas de Saúde, AIS, surgiram em 1983, com dois momentos distintos. O primeiro caracteriza-se por um programa de assistência médica consoante com tantos outros tradicionais já executados na área da saúde pública. Caracterizou-se por concentrar recursos, e impor restrições de acordo com interesses da tecnoburocracia federal, mediados por negociações entre estados e municípios. Para Mendes (1995), as AIS acabaram por fortalecer as negociações clientelistas.

O início do governo Sarney (março/1985), conhecido como Nova República, até a implantação do SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde) em 1987, configura o segundo momento das AIS.

A Nova República abre espaço nos órgãos federais como Ministério da Saúde, MPAS, INAMPS, criando postos políticos de importância estratégica para profissionais do movimento sanitário. Isso levou ao enfraquecimento dos setores acadêmicos formuladores da estratégia contra-hegemônica.

No âmbito político-institucional, a Nova República sustenta a idéia de saúde como direito de todos e dever do estado, mudança do modelo assistencial, gestão única em cada esfera do governo e convocação da Conferência Nacional de Saúde para auxiliar a Constituinte.

Para operacionalizar estas idéias, surge um amplo processo de descentralização das ações de saúde, cuja proposta era passar das AIS enquanto programa, para uma estratégia que conformasse o sistema de saúde unificado.

Num contexto de extrema fragilidade política do Ministério da Saúde e pela ausência de embasamento legal, o projeto que estabelecia propostas de ações integradas a curto prazo foi substituído pelo projeto do SUDS.

A extinção das AIS foi marcada pela não superação do caráter político de compensações sociais e da não transformação dos serviços nacionais de atenção à saúde. As AIS, no entanto, contribuíram enquanto objeto racionalizador e como possibilidade de ampliar os espaços democráticos através dos movimentos populares e partidos políticos.

Ocorre, então, “o evento político-sanitário mais importante da década: a VIII Conferência Nacional de Saúde”, que reuniu mais de 4.000 pessoas em Brasília para discutir a reforma sanitária a ser implantada pelo governo.(Mendes,1995,p.41).

2.1.2.3 VIII Conferência Nacional de Saúde

A VIII Conferência Nacional de Saúde deliberou que o Sistema Nacional de Saúde deveria passar por uma ampla reestruturação, culminando com a criação de um Sistema Único de Saúde, que representasse a separação total entre saúde e previdência, através de uma Reforma Sanitária.

Esta Conferência teve duas características que a diferenciou das anteriormente realizadas:

O caráter democrático, por contemplar a presença de delegados representantes das mais diversas forças sociais interessadas na questão da saúde, como partidos políticos, instituições públicas de saúde, produtores privados de bens e serviços, universidades, movimento sanitário, parlamentares e organizações não governamentais, pois as anteriores eram fechadas sem a participação da sociedade civil.

A sua conformação enquanto processo social, iniciando com conferências nos municípios e nos estados até chegar ao nível nacional.

A VIII Conferência Nacional de Saúde constituiu-se no momento máximo de conformação da reforma sanitária brasileira, sendo assim expressa através de seu relatório final. De acordo com Mendes, a Reforma Sanitária é um projeto que somente poderá ser realizado em um ambiente democrático, onde surjam novos sujeitos políticos, onde haja a liberdade de discussão e o controle social pelos cidadãos. Chianca (1994) reforça esta questão ao afirmar que “ A grande questão com que nos deparamos é a de transformar o texto constitucional e infraconstitucional em realidade, constituindo-se isto num problema político.” (p.50).

“A Reforma Sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulamentação do estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema” (Mendes, 1995, p. 42).

Relacionando o explicitado por Mendes com o objetivo desta pesquisa, que é avaliar a contribuição do Programa de Agentes Comunitários de saúde à população assistida, mediante conceitos apropriados da epidemiologia, busquei na lei 8080, que contém as diretrizes do SUS, qual seria a definição de eficiência, eficácia e aderência segundo os princípios do SUS. A eficiência pode ser compreendida a partir dos princípios e diretrizes da lei, ou seja: universalidade de acesso aos serviços, integralidade da assistência, preservação da autonomia das pessoas, igualdade de assistência, direito à informação, participação da comunidade, des-

centralização político-administrativa, integração das ações de saúde, conjugação de recursos financeiros da união, dos estados e municípios e organização dos serviços de saúde.

A eficácia do SUS pode ser definida como a utilização de terapias, procedimentos e métodos diagnósticos comprovados cientificamente como inócuos ao paciente, sem ação teratogênica e estaria associado à capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

A aderência, no contexto desta pesquisa, está ligada diretamente à capacidade do sistema de saúde e à do próprio paciente, em conseguir que este realize a terapia recomendada e conclua com êxito o tratamento. É a adesão, continuidade e término do tratamento.

Neste sentido, a VIII Conferência Nacional de Saúde colaborou, sob três aspectos, para a redefinição do espaço político e social do setor saúde. São eles:

- Institui a saúde como direito de cidadania e dever do Estado através da transição de uma cidadania regulada para outra, plena.
- O conceito abrangente de saúde, o qual colabora para esclarecer o primeiro aspecto:

“A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (Ministério da Saúde apud Mendes, 1995).

- De uma maneira estratégica, propõe uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde, através da instituição do Sistema Único de Saúde, tendo como princípios fundamentais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização das ações e a participação popular.

A tensão interinstitucional existente entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência e Ação Social (MPAS), aliada a uma frágil conjuntura política do MS e a falta de base legal para as ações concretas que o MPAS/INAMPS vinha executando, acabaram por originar o decreto nº 94657, de 20 de julho de 1987, que criava o SUDS.

2.1.2.4 Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

Em 1987, cria-se o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), em substituição às AIS, que explicita a redefinição das atribuições dos três níveis federativos, contemplando a redistribuição de renda no país, implicando numa reorganização dos papéis da união, concomitante a um processo de estadualização e de municipalização das ações de saúde. Ou seja, o SUDS incorporou os princípios da reforma sanitária e passou por momentos distintos, assim como as AIS, na tentativa de realizar os princípios da reforma sanitária e preparar a transição para o SUS.

“Na história da administração pública brasileira e talvez na administração pública da América Latina, não existe processo semelhante à criação do SUDS. Quando foi colocado nesse projeto do SUDS, o processo de descentralização, realmente foi uma reforma extremamente corajosa, tanto ao assumir a descentralização do poder, quanto ao assumir, na prática, de forma concreta, a descentralização financeira. E foi muito mais corajosa fazer isso sem ter uma base normativa, que desse respaldo a todas as decisões.” (Arouca, apud Ceretta e Vieira, 1996, p.33)

O SUDS destacou-se por apresentar ações relevantes frente ao momento político da época, como a desconcentração para estados e municípios, com incremento no repasse de recursos; desestabilização acelerada do INAMPS, que era o sustentáculo do modelo médico-assistencial privatista e sua retirada gradual da prestação direta de serviços; aumento do controle sobre as fraudes do setor privado; reforço das decisões colegiadas, através das comissões interinstitucionais de saúde; prioridade relativa para as instituições filantrópicas dentro do setor privado; incremento de recursos para o subsistema de alta tecnologia.

Essa estratégia possuía forças que a sustentavam, que eram a burocracia previdenciária de direção, o movimento sanitário, governadores, secretários de saúde e as elites médicas; possuía também forças contrárias como a burocracia previdenciária do segmento representativo dos interesses privados e do segmento corporativo que temia a extinção do INAMPS, o setor privado contratado através da Federação Brasileira dos Hospitais e Federação Nacional dos estabelecimentos de serviço de Saúde e o sistema político clientelístico.

O início do governo Sarney foi caracterizado pelo fortalecimento e recondução ao poder dos atores políticos resistentes à perda dos privilégios históricos na relação com o Estado e às mudanças propostas. As ações do governo federal concentraram-se na questão

da duração do mandato presidencial. As relações com governos estaduais e municipais considerados importantes para o governo, têm por base o apoio aos cinco anos de mandato para o presidente Sarney, com farta distribuição de recursos públicos para os mesmos.

A nova direção do INAMPS tratou de reconstruí-lo, mas sua estrutura burocrática veio dificultar a descentralização para os estados, diminuir o repasse de recursos e atrasar a liberação de pagamentos.

Com o SUDS, porém, criou-se uma força política importante, os Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), que exercem um papel de pressão diante do processo de estadualização e municipalização desejada.

O SUDS representou a possibilidade concreta de que o projeto da VIII Conferência Nacional de Saúde se tornasse irreversível, mas, apesar dos avanços, apresentou alguns erros estratégicos como a excessiva estadualização, gerando uma ação clientelista de municipalização seletiva e pouca valorização do processo de implantação de distritos sanitários para a mudança do modelo assistencial.

O SUDS também não conseguiu superar os fenômenos da universalização excludente e os clientelismos políticos. Porém, os resultados do SUDS só não foram piores devido a sua concomitância com a elaboração da Constituição Federal, a qual ia incorporando alguns temas da Reforma Sanitária.

Conforme Pereira (1997), universalização excludente pode ser entendida como um processo de expansão no atendimento que não foi acompanhado pelo correspondente aumento de recursos, o que provocou uma queda geral na qualidade dos serviços. Esta queda expulsou contingentes dos setores médicos para a iniciativa privada, principalmente para os planos de saúde. Restaram segmentos sociais menos privilegiados, como usuários da rede pública, com menor capacidade de organização e expressão de suas demandas.

2.1.2.5 Constituição Federal de 1988

Foi elaborada pela Assembléia Nacional Constituinte e tomou forma em um cenário democrático de negociações constantes, em que teve fundamental importância um núcleo de congressistas apoiados pelo movimento sanitário.

A Constituição Federal de 1988 resgatou as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde e montou o arcabouço jurídico-legal necessário à implantação do SUS, regulamentado posteriormente pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8080 e 8142 de 1990 e devolveu aos municípios a autonomia sobre diversos pontos que lhes haviam sido tomados durante o regime autoritário, inclusive a autonomia para a elaboração da Lei Orgânica do Município.

Ao mesmo tempo em que incorporou conceitos da prática hegemônica, a Constituição Federal propôs uma nova lógica organizacional de acordo com os princípios da Reforma Sanitária. No que tange à saúde, ressalta alguns aspectos importantes, tais como: a saúde enquanto resultante da articulação entre políticas sociais e econômicas, e, portanto, das condições de vida; universalidade do direito à saúde decorrente de um exercício de cidadania total; ações e serviços de saúde caracterizados como de relevância pública; criação de Sistema Único de Saúde organizado conforme as diretrizes de descentralização, com gestão única em cada esfera de governo, respeitando a integralidade e contemplando a participação comunitária e a integração da saúde no espaço da seguridade social. (Cretella Jr., 1989).

De todo jeito, a Reforma do Estado Brasileiro colocava-se como consenso, porém, o dissenso estava em como operacionalizá-lo, na definição do papel do Estado e na distribuição do ônus desta reforma estrutural.

“O texto da saúde na constituição, apesar de suas ambigüidades, representou um avanço considerável, refletindo a consolidação de forças presente na sociedade brasileira e permitindo a continuidade da luta política entre os projetos neo-liberal e da Reforma Sanitária” (Mendes, 1995, p. 47).

Assim, a partir de 1988, a saúde muda de face, pois a carta constitucional anterior definia a saúde em um conceito estreito de assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva.

2.1.2.6 Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8080 e 8142)

No período de 1989 a 1990, decorrente da Constituição Federal, elaborou-se a Lei 8080 que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, as constituições Estaduais e as Leis Orgânicas da Saúde Municipais.

A Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, expressa as conquistas contidas na Constituição de 1988, mantendo e aprofundando suas ambigüidades, mas também servindo de apoio legal-jurídico para a continuidade da luta política no contexto sanitário. Incorporou saúde como direito e dever do estado, o conceito amplo de saúde, incluindo sua determinação social. Criou um Sistema Único de Saúde que contemplasse a universalidade, a igualdade e a integralidade da atenção, o direito à informação, a incorporação do modelo epidemiológico, a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa, com gestão única em cada nível de governo.

Porém, tanto a carta de 1988 como a lei 8080, não conseguiram incluir dispositivos que regulassem o setor privado, seja em relação aos produtores de insumos ou nos subsistemas de atenção médica supletiva, que incluem os hospitais universitários, e de alta tecnologia, que incluem os planos de saúde voltados à mão-de-obra qualificada das empresas. Como consequência, esta legislação restringe-se ao sistema público de saúde.

A lei 8080 sofreu alguns vetos, pelo então Presidente Fernando Collor de Mello nos artigos que diziam respeito ao controle social e ao financiamento, causando uma grande mobilização o que culminou com a lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, que restabelece a participação da comunidade na gestão do SUS, mediante a criação dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, disciplinando-se, ao mesmo tempo, a transferência de recursos arrecadados pela união para os estados, o Distrito Federal e os municípios.

A partir da lei 8142, ficam assegurados os Conselhos e Conferências de Saúde, a forma de alocação de recursos do Fundo Nacional de Saúde, a regularidade e o automatismo dos repasses federais aos estados e municípios e as condições para que estes recebam tais recursos, como a criação dos Fundo Municipal de Saúde, relatórios de gestão, plano de saúde, entre outros.

Decorrentes da Constituição Federal, são elaboradas, no ano de 1989, as Constituições Estaduais, que seguiram o texto constitucional federal. As leis orgânicas municipais,

promulgadas a partir de 1990, apesar de possuírem concepções novas sobre saúde, seguiram o mesmo caminho das estaduais.

2.1.3 Anos 90 – o desafio da construção do SUS

Os anos 90 se caracterizaram por um processo social de construção das novas diretrizes das políticas de saúde, estabelecidas a partir da promulgação das leis 8080 e 8142, alicerçado no discurso da reforma sanitária.

A proposta de viabilização do SUS possui em seu bojo a descentralização das ações já iniciadas através dos AIS (Ações Integradas de Saúde), na década de 80 e, posteriormente, com o SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde). Porém, uma discussão mais ampla desta proposta ocorreu a partir da operacionalização da municipalização da saúde, enquanto estratégia política.

O processo de municipalização da saúde gerou diversas opiniões contraditórias referentes a sua proposta. Inicialmente foi vista como mecanismo de repasse de recursos financeiros do nível federal para o estadual, e deste, para o municipal, permanecendo, porém, o poder decisório com o Estado. Neste sentido, o processo de descentralização pode ser entendido como desconcentração.

Por outro lado, também pode ser entendido como fortalecimento do SUS, em nível local, através da obtenção de impacto nos principais problemas da população, visando à democratização e controle da produção e consumo de bens de saúde. Assim, passa a ser entendido como descentralização (Heimann, 1992).

Desta forma, ocorre a transferência do poder de decisão da União e dos Estados para os municípios, que passam a instituir mecanismos de planejamento, organização, execução, controle e avaliação das ações de saúde, seja ela pública, contratada ou privada, conferindo-lhes, assim, maior autonomia.

Como os municípios passariam a ser remunerados pela sua produção, definiriam projetos políticos alternativos na área da saúde. Por outro lado, a municipalização poderia

apenas reforçar o modelo assistencial vigente, centrado na demanda espontânea, na medicalização, na cura e na fragmentação do indivíduo.

Mendes (1995) sugere a distritalização como proposta de municipalização no sentido de descentralização. Esta proposta prima pela transferência do poder decisório aos municípios, onde a forma de atenção à saúde hegemônica passaria do enfoque clínico para o epidemiológico.

Para o mesmo autor, os distritos sanitários são entendidos como processos sociais de mudança nas práticas sanitárias, de modo a cumprir os determinantes do SUS e estabelecer relações entre as diversas instituições de saúde, reorientadas para o atendimento das necessidades assistenciais de uma população delimitada.

Neste sentido, entendo que, para ocorrer descentralização das ações e, efetivamente, a municipalização da saúde, é preciso que as decisões político-administrativas e de financiamento de bens e serviços sejam tomados pelo poder municipal, baseado nas necessidades apresentadas pela população, formando assim sua própria política e planos de saúde, compatíveis com as diretrizes nacionais e estaduais. Esta autonomia permite que o planejamento, controle e avaliação das ações sejam executados no município, melhorando seu poder de barganha com os demais prestadores de serviços de saúde.

Com a instalação do governo Collor de Mello, no início dos anos 90, remove-se toda a legislação anterior da saúde, passando a vigorar a Constituição Federal de 1988, as constituintes estaduais, as leis orgânicas municipais, a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990.

Alguns fatos marcaram este período, entre eles os vetos a artigos da lei 8080 que avançavam na questão da descentralização financeira; o estabelecimento de critérios de produtividade para repasse de recursos, não distinguindo prestadores públicos e privados; a edição da primeira Norma Operacional Básica estabelecendo regras para o relacionamento entre os níveis federal, estadual e municipal; a divisão de recursos como estímulo à municipalização.

Em agosto de 1992, em Brasília, ocorreu a IX Conferência Nacional de Saúde, contando com a participação de delegados, representantes nacionais, estaduais e municipais do governo e da sociedade civil organizada.

O tema central foi “Municipalização é o caminho”, com destaque para as questões do financiamento do SUS, sua organização e controle social, bem como a Seguridade Social (Barros, 1992).

O relatório final, aprovado no último plenário ocorrido no dia 14 de agosto, reafirmou os princípios da reforma sanitária, já presentes no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, e exigiu o cumprimento da lei na implantação do SUS.

O Governo Itamar Franco iniciou ampla discussão de proposta de descentralização das ações, alicerçada no relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde.

Em função disso edita, em maio de 1993, a Norma Operacional Básica, que teve como pontos principais a criação de comissões bipartides; efetivação da Comissão Intergestores Tripartite, para auxiliar o Ministério da Saúde na implantação e operacionalização do SUS; ênfase no estímulo à municipalização de saúde de forma gradativa, através das gestões incipiente, parcial e semiplena; e substituição da forma de financiamento através da produtividade e compra de serviços, pela transferência direta de montantes de recursos para custeio e investimento da assistência global.

Este momento do processo de descentralização enfrenta entraves à sua operacionalização relacionada com a política econômica, eleições gerais no país em 1994, descrédito da sociedade com relação ao sistema e dificuldades culturais e políticas referentes à implantação do controle social. Em relação ao SUS, no entanto, significou avanços rumo à descentralização.

2.1.3.1 Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Seguindo o modelo praticado pelas políticas públicas de saúde nos últimos 30 anos, que caracterizou-se pela criação de estratégias e programas emergenciais na tentativa de atender às demandas do setor saúde, o Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde (MS/FNS) criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1991, com o objetivo de contribuir para o processo de descentralização das ações de saúde e a perspectiva de construção e consolidação do SUS (PACS, 1994). O referido programa foi implantado inicialmente nos estados da região nordeste e teve como público-alvo o grupo materno-infantil.

O MS/FNS, ao criar o PACS, pretende dar conta da assistência deficiente à demanda na atenção primária. O PACS apresenta como objetivo geral “melhorar, através dos ACS, a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos e contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde” (PACS, 1994, p. 2).

Para ingressar no PACS, os candidatos passam por um processo de seleção, sendo os aprovados submetidos a uma capacitação introdutória, quando são expostos os objetivos do PACS, as atribuições dos ACS, bem como a sua forma de atuação. A capacitação, porém, é contínua e efetuada pelo enfermeiro, chamado de instrutor/supervisor, e se caracteriza pela integração ensino-trabalho, ou seja, o processo de formação é paralelo à execução do trabalho. (Brasil, 1997).

O PACS se estrutura através de coordenações em níveis nacional, estadual, regional e municipal, cabendo ao município a supervisão e acompanhamento mais direto do trabalho dos ACS. O referido programa possui um Sistema de Informações (SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica), havendo registro das atividades diárias dos agentes e comunicação mensal dos mesmos à coordenação estadual, para atualização do sistema. São registrados também dados sobre morbidade, mortalidade, estado vacinal e nutricional da população coberta, em especial das crianças. Cada ACS fica responsável por até 150 famílias ou 750 pessoas em sua área de atuação (Brasil, 1997).

Os ACS são pessoas leigas, pertencentes às comunidades onde exercerão suas atividades, necessitando apenas saber ler e escrever, residir na comunidade há, pelo menos, dois anos, ter idade mínima de 18 anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer as atividades. Devem desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde (atenção primária), através de visitas domiciliares regulares, ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e nas comunidades.

O Agente Comunitário atua como elo de ligação entre os serviços de saúde e a comunidade e colabora no planejamento das ações executadas pela equipe de saúde, uma vez que está em contato direto com as dificuldades vivenciadas pelas famílias que acompanha. Neste sentido, os ACS podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS, qual seja, ligados a um centro de saúde comum ou a uma equipe do Programa de Saúde da Família.

As atividades de orientações para a preservação da saúde são desenvolvidas pelos ACS em visitas domiciliares realizadas mensalmente às famílias da área de cobertura do programa; além disso, participam de reuniões na comunidade, organizam mutirões, festas da saúde e participam de outros eventos relacionados à saúde como “Campanha da separação do lixo”, “Campanha de vacinação”, “Feiras de saúde”, “Encontro de hipertensos”, “Campanha do agasalho”, entre outras.

Estas atividades aqui citadas servem para dar uma idéia do perfil ocupacional ou profissional que o ACS possui. No entanto, as atividades estão sujeitas a grande variação, uma vez que são realizadas de acordo com as necessidades apresentadas pelas comunidades onde realizam seu trabalho. Suas funções transcendem o campo da saúde, na medida em que, para serem realizadas, requerem a atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, aspectos situados no âmbito da intersectorialidade.

Nogueira; Silva; Ramos (2000) referem que o ACS possui um “perfil social fora do comum”, ao utilizar como pré-requisitos a identidade com a comunidade, por ser morador da própria comunidade onde irá atuar, e possuir um “pendor para a ajuda solidária”, ao ser uma pessoa que vive da mesma forma que seus vizinhos, além de orientá-los para a saúde. “O papel social do ACS junto às comunidades confere legitimidade e eficácia *humana* ou *cultural* a seu perfil ocupacional, e isto é justamente o que o transforma num recurso humano fora do comum. (Grifo dos autores). O ACS atua como ponte entre a comunidade e as instituições de saúde. Mas esta função de ponte pode ser concebida de maneira mais vasta, compreendendo o acesso aos direitos de cidadania de uma maneira geral.” (p.08).

Os agentes comunitários de saúde foram oficialmente inseridos no SUS através da Portaria 1886, de 18 de dezembro de 1997, editada pelo então ministro da saúde Cesar Albuquerque. No estado do Rio Grande do Sul, o programa foi implantado em 1995 e em Lajeado, em agosto de 1996, em quinze microáreas mapeadas, ou seja, quinze ACS. Estas áreas foram definidas pelo município, de acordo com o nível sócio-econômico da população, priorizando aquelas de baixa renda.

Atualmente, Lajeado possui trinta microáreas (30 ACS), número máximo para a supervisão de um enfermeiro, atingindo o percentual de 30% de cobertura da população. A atuação ocorre somente na área urbana, por concentrar a maior parcela da população carente do município.

Porém, pode-se observar que a discussão referente à “incorporação dos agentes populares de cura como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários”, advém de um acontecimento importante e marcante para toda a sociedade brasileira, que foi a IX Conferência Nacional de Saúde. Esta já preconizava, no capítulo referente aos recursos humanos, “qualificar agentes comunitários em larga escala para ingresso no serviço público”(Cadernos da nona, 1992), como ação para a efetiva implementação de uma política de recursos humanos para o SUS.

Estudo da UNICEF citado por Nogueira; Silva; Ramos (2000), relata que no Estado do Ceará, os motivos principais que deram origem ao PACS estavam ligados à persistência de altos índices de morbidade e mortalidade, principalmente a infantil, entre a população, devido a dificuldades no acesso aos serviços formais de saúde; carência de informação por parte da população sobre o funcionamento dos serviços de saúde e acerca das forma mais eficazes para que ela mesma proteja sua saúde; e limitações existentes no trabalho educativo realizado pelos profissionais das unidades de saúde.

A partir do final da década de 70, os agentes populares de cura tinham presença marcante no nordeste do Brasil, onde os índices de mortalidade infantil eram altíssimos tendo como causas a pobreza e a miséria extrema.(Carvalho, 1986).

Em 1994, foi criada nova estratégia pelo governo federal que visava contribuir para a estruturação do SUS, que é o Programa de Saúde da Família (PSF). Esses programas se constituíram como um setor prestador de serviços e transformador das práticas assistenciais. De um modo geral, os dois programas (PSF e PACS) foram desenvolvidos ao longo dos anos 90 com uma lógica de seletividade de clientela no âmbito do SUS, demonstrando que é perfeitamente possível realizar experiências de focalização dentro de um sistema que, em princípio, é universalista. (Viana e Dal Poz apud Nogueira; Silva; Ramos; 2000).

2.1.3. 2 Programa de Saúde da Família

Em Lajeado, o Programa de Saúde da Família (PSF) iniciou suas atividades em 02 de janeiro de 2000, com uma equipe composta por uma médica, uma enfermeira, quatro auxilia-

res de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Todos os integrantes da equipe possuem dedicação integral ao Programa, implantado em um bairro extremamente carente do município, com, aproximadamente, 1000 famílias. A maioria são desempregados ou, de baixa renda. O local é considerado violento.

As ações desenvolvidas pela equipe dirigem-se à promoção da saúde e à prevenção de doenças. Além do atendimento clínico individual, são realizadas consultas de enfermagem, visitas domiciliares, formação de grupos com adolescentes, gestantes, terceira idade, entre outros.

O objeto de atenção do PSF é o indivíduo enquanto membro de uma família e um cidadão da comunidade. A família passa a ser atendida a partir do espaço em que vive e constitui-se no verdadeiro objetivo da atenção à saúde, trazendo a dimensão mais real do contexto social.

A elaboração dos projetos do PSF devem levar em consideração as condições, características e problemas de saúde de cada comunidade, utilizando referências de outros lugares para aperfeiçoamento do programa. (Dominguez, 1998).

O PSF, por ser uma estratégia, possui metas e ações que visam a contribuir com a melhoria das condições de vida e do nível de saúde da população. Deve ser considerado como processo de mudança nas concepções da atenção e no funcionamento dos serviços de saúde a médio e longo prazo.

A implantação do PSF, preconizado pelo Ministério da Saúde, deve adequar-se à realidade de cada local. As diretrizes operacionais do PSF são:

- *Adscrição da Clientela:* corresponde à delimitação da área geográfica de abrangência do Programa. Cada equipe atende em torno de 800 a 1000 famílias.
- *Planejamento local:* refere-se ao planejamento da assistência, o qual deve atender ao perfil de morbi-mortalidade existente na área de abrangência.
- *Interdisciplinaridade:* o médico deixa de representar a figura central e a equipe é valorizada igualmente. O Ministério da Saúde propõe uma equipe básica composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por quatro a seis agentes comunitários de saúde. Estes profissionais devem residir no município onde atuam, enquanto os agentes comunitários de saúde devem residir na própria comunidade em que trabalham;

- *Intersetorialidade*: busca-se a integração com os demais setores do poder público diretamente envolvidos no processo das políticas sociais como educação, saneamento, habitação e segurança.
- *Complementariedade*: as ações e serviços de saúde devem ser estruturados nos três níveis de atendimento, ou seja, primário, secundário e terciário de modo a se complementarem.
- *Educação continuada*: deve seguir a lógica do planejamento local e adequar-se às peculiaridades da comunidade assistida. É um espaço para discussões em que se desenvolve o sentimento do trabalho em equipe, fundamental para a consecução dos objetivos do referido programa.
- *Participação social*: é viabilizada através do deslocamento na estrutura de poder, o que possibilita a participação da comunidade e o surgimento de novos atores sociais, devendo ser um processo contínuo e dinâmico.(Brasil, 1997)

A implantação do PSF nos municípios deve seguir algumas etapas impostas pelo Ministério da Saúde e deve ter a co-participação dos Estados e Federação. Estas etapas podem seguir uma seqüência ou existirem simultaneamente de acordo com a organização dos municípios. São elas: divulgação e sensibilização dos municípios; adesão dos municípios; captação de recursos humanos; diagnóstico de saúde da comunidade; identificação dos serviços de referência e contra-referência; realização do treinamento introdutório; definição das atividades da equipe (entre as várias atividades citadas pelo Ministério da Saúde, estão em destaque a visita e internação domiciliar e a participação em grupos comunitários).

O Conselho Municipal de Saúde é chamado a participar ativamente no Programa, aprovando ou não sua implantação e quaisquer alterações e votando até mesmo o destino dos recursos aplicados.

O projeto de implantação do PSF elaborado pelo município precisa ainda ser submetido à apreciação e aprovação da Secretaria Estadual da Saúde (SES) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Esta é encarregada de avaliar a viabilidade do teto financeiro do Estado. Se apto, o município cadastra as equipes no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS , SIA-SUS.

O atendimento na unidade deve ser prestado à demanda espontânea e organizado segundo as prioridades programadas. É necessário organizar um sistema de informação que permita a tomada de decisões, planejamento, acompanhamento e avaliação das atividades propostas, além do controle destas ações, o qual permitirá a programação das prioridades. Alguns documentos, como cadastro familiar, cartão de identificação, cartão de criança, cartão de gestante, prontuário familiar, fichas de registro de atendimentos são propostos pelo Ministério da Saúde para fazer parte dos impressos básicos necessários ao PSF.

A Secretaria de Saúde do município deve realizar supervisão contínua das equipes de trabalho, onde a SES também deve ter sua participação, desenvolvendo periodicamente ações como capacitação, educação continuada e avaliação do programa junto aos municípios.

A avaliação do PSF deve, em última análise, possuir formas para medir mudanças no modelo de atenção à saúde, satisfação do usuário e dos profissionais, eficácia e eficiência do atendimento, resolutividade da equipe e impacto nos indicadores de saúde.

Os dados coletados, em função da avaliação, auxiliarão na definição das atividades a serem desenvolvidas de acordo com a realidade de cada área de abrangência.

2.1.3.3 A inserção da enfermagem no SUS

Através da revisão da literatura consultada, não se observa relato algum de que a enfermagem tenha participado de momentos importantes na história das políticas de saúde, como foram o PREV-SAÚDE e o plano CONASP, o que, por sua vez, acaba por não esclarecer a sua inserção no processo da Reforma Sanitária.

A partir da década de 80, motivada pelo Congresso Brasileiro de Enfermagem, ocorrido no ano anterior, a enfermagem começa a questionar e refletir sobre a prática profissional executada no país. “Até então, a enfermagem desempenhava passivamente o seu papel de executora das políticas de saúde vigentes, sendo tradicionalmente caracterizada por ser um dos primeiros grupos profissionais a aderir inquestionavelmente às determinações oficiais nesta área.”(Xavier; Garcia; Nascimento, 1988, p.197).

Tal atitude da enfermagem pode ser derivada dos primórdios da profissão, baseada na figura histórica nacional de Ana Neri, a qual destacou-se por seus serviços prestados na guerra da Tríplice Aliança (Brasil, Argentina e Uruguai) contra o Paraguai. Em 1922, é fundada a Escola de Enfermagem Ana Neri, reconhecida como a primeira escola de formação de enfermeiros. Esta, por sua vez, reproduz o modelo nightingaliano e surge voltado para a saúde pública, com a finalidade de atender à política de saúde necessária ao estado brasileiro agrário-exportador, expondo os seus objetivos e seu papel social.

Com o desenvolvimento do capitalismo e das indústrias na década de 40, a assistência médica volta-se para atender curativamente, de modo a assegurar a produtividade no setor industrial e os interesses capitalistas do setor saúde. Neste contexto, a enfermagem age de maneira a reproduzir o sistema vigente, caracterizando-se por uma prática curativa, passando a ocupar a rede hospitalar majoritariamente privada, empresarial e lucrativa.

As escolas de enfermagem surgidas no decorrer deste período seguiram o enfoque capitalista, de reprodução da manutenção da mão-de-obra utilizada pelo setor industrial.

Na década de 50, expande-se o atendimento hospitalar privado que assume o caráter de empresa médica. A enfermagem cada vez mais volta-se para a assistência individualizada e curativa, influenciada pela tecnologia das indústrias produtoras de equipamentos farmacêuticos. A divisão do trabalho na enfermagem é acentuada, assumindo as características da divisão social do trabalho, típica do modelo capitalista e taylorista de produção, ou seja, o trabalho é parcelado e o trabalhador não detém o controle sobre o mesmo, pois alguns realizam o trabalho propriamente dito, enquanto outros gerenciam o controle sobre o mesmo.

A origem da ideologia que caracteriza a enfermagem através da dedicação, abnegação e obediência foi muito influenciada por Ana Neri, traduzindo o perfil do enfermeiro como um profissional obediente, socialmente acrítico, porém apto a socorrer as vítimas da sociedade.

No final da década de 60, início da de 70, seguindo o modelo econômico vigente, a enfermagem começa a especializar-se, sobretudo, na área curativa e administrativa, havendo um incremento nas escolas de enfermagem na época.

Para Chianca (1994), a formação de recursos humanos na enfermagem ainda tem-se dado dentro das concepções biologicista e mecanicista e pouco tem atendido as atuais demandas do sistema de saúde, o SUS. Há uma dicotomia entre prevenção e cura e a assistência ocorre de forma fragmentada.

Para a viabilizar a Reforma Sanitária, é preciso que todos os elementos da sociedade se envolvam, de forma a criar uma dinâmica política capaz de superar os entraves que impedem sua implantação. “É preciso, acima de tudo, superar a postura alienada e comodista da maioria dos profissionais da saúde, entre os quais os enfermeiros, diante da luta pela Reforma Sanitária.” (Chianca, 1994,p.52).

Para o sucesso do projeto da Reforma Sanitária é preciso capacitar os profissionais, de modo a introduzir os métodos preconizados pela mesma e garantir à população atendimento integral de saúde prestado por profissionais legalmente habilitados e qualificados.

Dentro dos princípios da Reforma Sanitária, estão colocados os “Distritos Sanitários”, os quais se constituem de uma unidade operacional composta por uma rede ambulatorial e hospitalar, onde a enfermagem deverá compreender seu processo de trabalho e integrar as duas unidades de acordo com a demanda, promovendo uma assistência integral ao indivíduo.

A composição tecnológica formada pelas redes ambulatorial e hospitalar comporta graus de maior e de menor complexidade, de acordo com as unidades prestadoras de atendimento e obedecem a princípios organizativos de natureza distinta, determinando um perfil de prática particular em cada uma delas. As unidade ambulatoriais estão centradas na ação coletiva, no sentido de prevenção de riscos, mesmo quando executa ações de recuperação do indivíduo. As unidades hospitalares centram suas ações no atendimento de patologias agudas ou crônicas manifestadas nos indivíduos.

Barros e Silva (1990) colocam que a assistência de enfermagem, configurada na prestação direta de cuidados ao cliente, tem sido, em sua maioria, executada por pessoal auxiliar, configurando uma “(...)oferta de forma bipolarizada, ou seja, pelo médico e pelo atendente.”(p.129). O principal instrumento utilizado pela enfermeira na prestação do cuidado individual é a consulta de enfermagem. Para que ela se transforme num instrumento resolutivo, faz-se necessário fundamentar a metodologia utilizada, definir a clientela e caracterizar a terminalidade de sua ação.

As autoras afirmam ainda que a assistência de enfermagem, prestada em nível coletivo, através de grupos específicos (doenças crônicas, transmissíveis), em trabalhos em escolas, creches e outros grupos da comunidade, não tem sido desenvolvida com o desempenho necessário para aumentar o impacto sobre as ações, o que devem, portanto, ser estimulado.

Com a descentralização das ações de saúde proposta pela Reforma Sanitária, os serviços passarão a ser unidades programáticas e orçamentárias. Desta forma, a administração terá que responder a questões básicas como competência dos agentes, cálculo de recursos humanos, avaliação de desempenho, educação continuada, supervisão, ou seja, a discussão sobre padrão de qualidade da assistência deverá estar fundamentada em parâmetros que definam recursos humanos, materiais e financeiros suficientes para atender à demanda.

Com relação ao desenvolvimento destas atividades na prática, Barros e Silva (1990) observam que, tanto em nível ambulatorial e, em maior frequência, no hospitalar, as práticas administrativas têm ocorrido sob forma de processos de trabalho que fragmentam a assistência de enfermagem, pois cada agente realiza uma parte da mesma, separando o trabalho intelectual do manual e estabelecendo uma relação de subordinação. Neste sentido, as autoras colocam que as atividades administrativas da enfermeira deverão garantir o poder de decisão sobre seu próprio processo de trabalho, seja no planejamento, programação, acompanhamento e avaliação, com participação do pessoal auxiliar em todas as etapas do processo.

Sobre as atividades pedagógicas ou de ensino, cabe ao enfermeiro o preparo e a formação do pessoal de enfermagem. Portanto também esta prática requer o repensar de uma nova prática pedagógica que integre o ensino com o serviço, estimule e exercite o espírito crítico reflexivo, a fim de construir o conhecimento no processo real do trabalho da enfermagem, visando sua transformação. A participação popular também deve ser estimulada como usuários da assistência de enfermagem. Esta participação precisa ocorrer desde o momento do atendimento individual, na consulta de enfermagem, como forma de diminuir a medicalização da sociedade, ampliar sua consciência sanitária e desenvolver o saber sobre a saúde e assim o poder de decisão sobre sua vida, ou seja, capacitá-los para que exerçam sua cidadania.

O modelo assistencial proposto pela Reforma Sanitária clama por um profissional crítico e com competência técnica, que leve em conta as dimensões social e política do trabalho no setor saúde. É fundamental que o coletivo da enfermagem se posicione no sentido de fornecer assistência integral e direcionada, tanto para a organização do processo de trabalho, quanto para as transformações necessárias no setor saúde, onde a inserção da enfermagem neste processo é fundamental.

2.2 Considerações acerca da avaliação em saúde como subsídio para repensar o programa de agentes comunitários de saúde e o serviço de atenção à tuberculose de Lajeado

A avaliação em saúde tem tido uma importância crescente nas últimas décadas, possivelmente em decorrência da incorporação de novas tecnologias pelo trabalho em saúde, bem como pela crescente complexidade organizacional dos serviços de saúde. (Cesar e Tanaka, 1996).

Neste sentido será apresentado uma revisão da literatura sobre avaliação, com enfoque direcionado à temática proposta por esta pesquisa, qual seja, avaliar os resultados das ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde junto a doentes com tuberculose, através da adesão destes ao tratamento oferecido pelo Serviço de Atenção à Tuberculose do município de Lajeado. Neste enfoque, a essência da avaliação se localiza no *juízo de valor* das intervenções dos ACS junto a estes doentes, verificando se houve ou não aderência às orientações fornecidas sobre a patologia, o tratamento e as recomendações subjacentes à condição de cada família atendida.

Serão igualmente enfocados ainda os indicadores eficiência, eficácia e efetividade segundo os conceitos utilizados para avaliação dos serviços, de modo a atingir tal propósito e verificar como eles se relacionam com esta proposta.

A eficácia das terapias medicamentosas implementadas no tratamento da tuberculose são amplamente conhecidas e estão à disposição dos pacientes no Serviço de Atenção à Tuberculose no Centro de Saúde de Lajeado, bem como há uma equipe de profissionais destacados para fazer o atendimento a estes pacientes (médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem). Portanto, busca-se conhecer se o PACS contribui para a prevenção, tratamento e cura dos doentes com tuberculose, bem como para a prevenção da doença na população assistida.

Este objetivo encontra respaldo na lei 8080, de 19 de setembro de 1990, a qual regulamenta o Sistema Único de Saúde - SUS, cujo artigo 15 refere como uma de suas atribuições a avaliação das ações e serviços de saúde, bem como a avaliação do nível de saúde da população e das condições ambientais. Estas atribuições deverão ocorrer nos três níveis: Federal, Estadual e Municipal.

O termo “avaliação”, para Silva e Formigli (1994), reúne a possibilidade de uma ampla aplicação, abrangendo desde um julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social, do tipo “fomos bem sucedidos?” , “Obtivemos resultados?” até chegarmos à chamada pesquisa avaliativa, que busca responder a perguntas semelhantes recorrendo a métodos e técnicas, com maior objetividade. Além disso, as práticas de saúde desenvolvem-se em diversos níveis de complexidade, indo desde o cuidado individual, que envolve a relação profissional/usuário, até os sistemas mais complexos, como os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde.

Ao empreender uma avaliação em saúde, há que se levar em conta que os problemas metodológicos e teóricos podem ser distintos, variando de acordo com o nível da realidade, tida como objeto do processo de avaliação. Pode-se tomar como exemplo a avaliação de um sistema de saúde, em que ganham relevo a acessibilidade, a cobertura e a equidade. No entanto, para Silva e Formigli (1994), a maior parte dos estudos disponíveis sobre o tema, versam sobre a avaliação do cuidado individual, de serviços (hospitais, centros de saúde) ou de programas.

Rattner (1996) coloca que estudos sobre a avaliação da qualidade da assistência enfrentam um problema inicial relacionado a sua definição conceitual. Este autor, ao fazer referência ao conceito de qualidade proposto por Vuori, esclarece que o termo qualidade geralmente denota um grande espectro de características desejáveis de cuidados que incluem a efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica. Portanto, para Rattner, avaliar a qualidade da assistência é um procedimento complexo, que demanda conhecimentos nem sempre disponíveis e que precisam ser desenvolvidos.

A formação acadêmica (graduação) está tradicionalmente mais voltada para a formação de profissionais que atuem de forma competente nas mais diversas áreas. Porém, a aquisição de conhecimentos por si só não é suficiente. É necessário o desenvolvimento de outras competências, além das técnico-administrativas, que incluam atitudes, valores e interesses voltados à prática que se vai realizar. Porém, as publicações científicas sobre temas voltados à área da saúde provém, em sua maioria, de cursos de pós-graduação e de estudiosos da área.

Esta proposta de avaliação buscou ser uma possibilidade de repensar a assistência à saúde prestada através do PACS de Lajeado. Na condição de pesquisadora comprometida eticamente com a prática que constitui objeto desta avaliação, minha compreensão, também enquanto sujeito que se inicia como avaliadora, é a de uma profissional que busca avaliar a assistência prestada como um fator inserido na rotina dos serviços.

O enfoque em programa de saúde ultrapassa os limites da prestação de serviços dirigida a problemas de saúde cujo centro é o indivíduo, busca uma perspectiva de intervenção coletiva que interage no processo saúde-doença e exige uma abordagem macro-contextual dos profissionais nela envolvidos. “Se as Políticas de Saúde estão relacionadas à melhoria do *status* de saúde da população, as ações programáticas constituem o suporte operacional no qual elas podem ter sua efetividade analisada.”(Hartz e Camacho,1996,p.14) .

Parece ser consenso entre os estudiosos da área que *a essência da avaliação se localiza no julgamento de valor de uma intervenção*. (Hartz e Camacho, 1996; Cesar e Tanaka, 1996).

Cesar e Tanaka (1996) referem que a avaliação é um processo amplo, que engloba a verificação a partir da situação apresentada, a maneira como é executada e os resultados alcançados, relacionando as circunstâncias previstas com os resultados esperados. Para os autores, avaliar é “medir as condições existentes, o processo de trabalho e os resultados obtidos, fazendo as comparações tanto com as condições e as tecnologias previstas, quanto com os resultados e metas a serem alcançados, para a emissão de um juízo de valor.” (p.60).

Neste sentido, os autores afirmam que é imprescindível identificar a amplitude e a legitimidade das decisões possíveis de serem tomadas, sem as quais pode ocorrer a perda da finalidade da avaliação. Avaliar no campo da saúde exige uma prévia formulação de hipóteses baseadas no conhecimento existente e disponível sobre o objeto a ser avaliado, as quais deverão direcionar o conteúdo e a escolha dos instrumentos a serem utilizados na avaliação.

Cesar e Tanaka (1996) esclarecem ainda que há um grau de subjetividade inerente à avaliação, de maneira que o juízo de valor emitido depende “da visão de mundo de quem executa”(p.60)

Os autores vão mais a fundo nesta questão ao dizer em que existe a necessidade de se aceitar que “não há uma abordagem correta ou uma metodologia ideal para avaliação” e que a aceitação “de um certo grau de subjetividade” é inerente ao processo de avaliação, ao ser focado na dinâmica dos fenômenos sociais. Em função disso, o que existe é uma composição de métodos e instrumentos organizados para atingir o objetivo, que *é emitir um juízo de valor* em relação ao objeto ou sujeito social avaliado.

Neste sentido, a avaliação é uma etapa essencial para o planejamento e administração do setor saúde, pois possibilita tomar decisões de maneira racional, em função dos problemas enfrentados pelo setor saúde.

Os mesmos autores citados pontuaram alguns passos a serem seguidos ao se realizar uma avaliação. Trago-os neste momento, por considerá-los delineadores do caminho a ser seguido pelo avaliador:

O avaliador “necessita identificar com clareza o que vai avaliar, que características observar e medir, como pretende observar e medir esse sujeito ou objeto e o que fará com o juízo de valor emitido nesse processo. Assim, a avaliação depende de quem a realizará e para que se destina, isto é, com a avaliação realizada, que decisões serão tomadas e por quem.”(Cesar e Tanaka,1996, p. 61)

Tanto quanto ter uma clareza sobre o processo avaliativo, ter uma compreensão sobre como se desenvolve o processo saúde-doença da população que se avalia é o aspecto ressaltado por Silva e Formigli (1994), ao realizarem extensa revisão bibliográfica sobre avaliação em saúde, definindo o processo saúde-doença como um fenômeno complexo, cuja origem envolve determinações de ordem biológica, econômica, social, cultural e psicológica, sendo que as necessidades de saúde dizem respeito a estas diversas dimensões do real.

Afirmam também que as ações desenvolvidas tendo como objeto o processo saúde-doença, além de possuir características técnicas, podem ser entendidas como práticas sociais, uma vez que possuem o intuito de melhorar a qualidade de vida de pessoas, possuindo historicidade a ser resgatada em um processo de avaliação. Estas ações podem ou não estar relacionadas com as necessidades de saúde ou mesmo com as necessidades de serviços de saúde.

Ainda, para estes autores, existem duas vertentes principais em que as relações entre as práticas e as necessidades de saúde podem ser apreendidas. A primeira delas refere-se aos aspectos econômicos, políticos, ideológicos e à especificidade existente nas relações das sociedades concretas.

O segundo aspecto e, ao meu ver, o de maior relevância, refere-se à capacidade das práticas modificarem uma dada situação de saúde, atendendo ou não às necessidades de saúde de uma determinada população, ou seja, os efeitos obtidos.

Neste sentido, considero a temática da avaliação especialmente importante, devido à necessidade de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários, e, ao mesmo tempo, complexa, diante das dificuldades enfrentadas para alterar os indicadores de morbimortalidade em diferentes circunstâncias.

Deslandes (1997) ratifica as colocações anteriores ao afirmar que “o processo saúde-doença é permeado de elementos culturais, sociais e econômicos, sendo compreendido e vivenciado diferentemente pelos vários atores que dele participam” (p. 104). A autora avança nesta discussão ao envolver valores, ideologia, posições de classe, *status*, etnia, crenças de seus usuários, comunidades e agentes, relacionando-lhes o sucesso ou não de determinado programa ou serviço. Para ela a avaliação deveria levar em conta a análise crítica referente a valores culturais que poderiam ou não serem incorporados pelos serviços de saúde e a expectativa dos vários autores sociais envolvidos, assim como as suas realidades econômicas.

A exigência de avaliação das novas tecnologias disponíveis deve-se à necessidade de se optar por aquela que apresente maior eficácia e os menores efeitos adversos, bem como por ser indispensável o estabelecimento da relação custo-benefício, uma vez que o custo é crescente e a eficácia nem sempre se conhece com precisão e objetividade. A necessidade de avaliação organizacional nas instituições que prestam atendimento em saúde é decorrente do capital investido e do crescente aumento da demanda desses serviços. Essa avaliação é, porém, menos precisa e objetiva que a anterior. (Cesar e Tanaka, 1996).

Novaes (1996) resgata a função do ensino atrelando-a à discussão sobre avaliação, ao referir as novas necessidades históricas existentes entre a produção do conhecimento nesta área e a sua inserção na dinâmica social, no sentido de esclarecer a responsabilidade da produção de conhecimentos frente à possibilidade de uma participação efetiva dos ser-

viços de saúde na determinação dos níveis de saúde e doença da população. Neste sentido, entre outras áreas como a administração e a clínica, questiona como a epidemiologia vem contribuindo para produzir uma maior qualidade e melhores resultados nos serviços de saúde.

Hartz e Camacho (1996) colocam que o que parece estar faltando na formação profissional é uma ênfase no desenvolvimento de habilidades práticas e de julgamento. “É importante que os alunos atuem em grupo, construindo indicadores e normas sobre situações práticas semelhantes à sua vida profissional: a valoração, mais do que a metodologia, deveria constituir a essência da avaliação de programas.” (p.14). Para estes, autores a epidemiologia possui uma “capacidade natural” para integrar a avaliação de programas ou serviços como seu objeto de investigação, sendo esta a principal contribuição da epidemiologia para a formulação das políticas de saúde, apesar de haver uma insuficiência de estudos epidemiológicos que permitam avaliar a necessidade, adequação e efetividade dos serviços prestados.

Gil (1999), fazendo uma retrospectiva histórica do uso da avaliação em saúde, encontrou suas raízes na Grécia Antiga, onde os filósofos clássicos já se referiam ao uso de padrões de conhecimento na arte médica. Platão já apontava para conceitos de excelência e destacava a importância da comparação entre produtos, com o que era considerado padrão para tal. A autora refere ainda que a avaliação em saúde passou a ganhar corpo quando o Estado começou a intervir nas políticas sociais. O conceito de avaliação dos programas públicos de saúde apareceu logo após a Segunda Guerra Mundial.

Complementando as colocações de Gil, autores como Contandriopoulos *et al.* (1997), afirmam que o Estado teve uma atuação decisiva na implementação de programas de avaliação dos serviços mediante as políticas sociais. Passando a suprir o mercado, precisava encontrar meios para que a distribuição de recursos fosse a mais eficaz possível. A partir dos anos 70, a implantação de grandes programas baseados no seguro médico estava terminada. A diminuição do crescimento econômico e o papel do Estado no financiamento dos serviços de saúde tornavam indispensável o controle dos custos do sistema de saúde. Os economistas foram os pioneiros na avaliação ao desenvolverem métodos de análise das vantagens e do custo dos programas públicos.

A visão de avaliação predominante neste período era a da ‘racionalização econômica’, com ênfase no uso e desenvolvimento de métodos de avaliação ‘fundamentalmente quantitativos’. (Gil, 1999,p.24). Essas abordagens, no entanto, revelaram-se insuficientes, especialmente se forem aplicadas a programas sociais e à educação.

Somente a partir da segunda metade dos anos 70, a avaliação começou a apresentar críticas e propostas, visando à qualidade das ações. Neste período, há uma negação dos critérios de avaliação destinada ao estudo do custo/benefício.

Novaes (1996), também referindo-se à década de 70, afirma que neste período ocorre a expansão da atenção médica, relacionada à cobertura, especialização e densidade tecnológica, o que leva ao desenvolvimento, neste período, da “avaliação tecnológica em saúde”, tendo como campo de investigação e prática o desenvolvimento científico e tecnológico, a inovação, produção, incorporação e utilização de tecnologias em saúde, utilizando informações obtidas pela clínica, epidemiologia e relativas aos serviços de saúde. Outros recursos como a informática também cresceram e aprimoraram-se. O uso das bases de dados, existentes atualmente em larga escala, auxiliam no desenvolvimento de estudos, cujos temas precisam ser “reconhecidos como questões legítimas”(p.09), ao mesmo tempo em que devam ser estabelecidas prioridades nas pesquisas, através da criação de programas específicos.

Refere ainda que a proposta de avaliação de Donabedian da qualidade da atenção médica, por meio de um modelo que sistematiza os atributos que traduzem a qualidade nos serviços, como eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, e equidade, bem como as etapas de sua construção, através das quais ela pode ser medida (estrutura, processo e resultado, que serão descritas posteriormente), só foram amplamente difundidas a partir da década de 80, como parte de um movimento de decepção ou revalorização dos serviços de saúde, face às precárias condições apresentadas na época.

Alguns conceitos, presentes até os dias atuais, já norteavam a prática da avaliação neste período. Ao realizar revisão bibliográfica sobre avaliação e, mais especificamente, sobre avaliação em saúde, pode-se constatar que existem conceitos, critérios e indicadores que são habitualmente utilizados ou citados nos estudos de avaliação.

Existem outros, porém, que são criados ou adaptados pelo próprio pesquisador, de acordo com seu foco de estudo ou objeto da pesquisa.

Silva e Formigli (1994) citam a grande diversidade terminológica encontrada nos enfoques teóricos sobre avaliação como um primeiro problema a ser enfrentado por aqueles que procuram entender a avaliação de forma sistemática. Para as autoras, a diversidade existente está relacionada tanto às possíveis abordagens quanto ao que concerne aos seus atributos ou componentes. Salientam ainda trabalhos em que programas ou serviços de saúde são efetivamente avaliados, não existe a preocupação por parte dos autores em definir os termos empregados. Isso pode ter como causa a complexidade do objeto - avaliação em saúde, que pode desdobrar-se em tantas quantas forem as concepções e práticas sobre saúde.

Por outro lado, as mesmas autoras referem que na prática cotidiana dos serviços de saúde do Brasil, a avaliação não está sendo feita de forma rotineira e tem enfrentado dificuldades metodológicas e operacionais não respondidas completamente no plano da investigação.

O conceito de “comparação entre si” consiste em comparar, medir uma mesma situação em momentos diferentes. Como exemplo podemos medir/comparar o uso de um tipo específico de anticoncepcional em mulheres que se encontram na fase reprodutiva antes e depois da implantação de um projeto específico para tal.

Outro conceito utilizado é o de padrão. Gil (1999) refere-se a padrão como um modelo, uma referência de uso conhecido, podendo ser local, regional, nacional ou internacional. Um exemplo poderia ser o coeficiente de mortalidade infantil, o qual possui padrão de comparabilidade internacional.

Os conceitos de eficácia, eficiência e aderência são conceitos usados com grande frequência em avaliação. Trago, neste momento, uma discussão sobre os mesmos, de acordo com os autores pesquisados. (Castiel, 1986 e 1990; Akerman e Nadanovsky, 1992; Deslandes, 1997 e Gil, 1999).

No entanto, cabe enfatizar um problema salientado por Castiel (1986), que é a “confusão entre os termos e conceitos empregados. Não há homogeneidade na utilização do vocabulário nesta área”. (p. 185). No seu entender, a diversidade existente entre os diversos profissionais que atuam na saúde, bem como na população atendida, é geradora desse fato.

Acredito que, na intenção de aproximar os conceitos de avaliação de sua realidade de trabalho e de vida, profissionais e população acabem produzindo a diversidade de conceitos referida.

Verifica-se na prática uma certa superposição na definição dos conceitos de eficácia, eficiência e efetividade, a começar pelo próprio dicionário(Larousse,1992):

Eficaz-“ Que produz o efeito esperado”;

Eficiente- “Que dá bons resultados, eficaz”;

Efetivo- “Que existe realmente, verdadeiro”.

A seguir serão trazidas algumas definições sobre os termos eficiência, eficácia e efetividade de acordo com alguns dos autores pesquisados, para melhor compreendê-los e aplicá-los em uma avaliação.

Eficiência

Para Castiel (1986), a eficiência pode ser avaliada através de medidas como cobertura, custo , rendimento, concentração e grau de utilização.

Akerman e Nadanovsky (1992) integram os termos efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade dentro do conceito de “qualidade”, como características desejáveis na prestação do cuidado. Estes autores ampliam o leque de indicadores de avaliação, ao usarem este termo. Esclarecem ainda que é necessário especificar qual aspecto da qualidade deseja-se levar em conta, qual a definição exata de qualidade e quem seria o beneficiário. Como exemplo, cita os médicos que estariam interessados nos resultados de suas consultas.

Vuori apud Rattner (1996) acrescenta que “o termo qualidade geralmente denota um grande espectro de características desejáveis de cuidado que incluem a efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade tecno-científica” (p. 22). Esclarece ainda que avaliar a qualidade da assistência é um procedimento complexo ao demandar conhecimentos nem sempre disponíveis e que precisam ser desenvolvidos.

Zanei et al (1996) conceituam eficiência como fazer as coisas de maneira correta; é o grau de aproveitamento dos recursos utilizados para produzir bens e/ou serviços aos clientes.

Gil (1999) relaciona o termo “eficiência” com o período de “racionalização econômica” (p. 24) que inaugurou a avaliação de serviços e o entende como o fazer mais com menos recursos, agir sem desperdiçar recursos. Estabelece uma relação entre custo e benefício de uma determinada ação, programa, projeto ou plano.

Eficácia

Tugwell apud Castiel (1990) define eficácia como “o grau em que a intervenção resolve, com mínimos efeitos danosos, a **questão da saúde** trazida pelos indivíduos, que são diagnosticados e tratados corretamente e que seguem à risca as recomendações e/ou terapêutica.” (p. 29).

Zanei et al (1996) entendem eficácia como fazer as coisas certas, “o que deve ser feito”(p.120) ; é o grau com que as expectativas dos clientes são atendidas. Acrescentam que se a eficiência e a eficácia forem utilizadas de forma conjunta, resultarão em *ações efetivas* (eficácia com eficiência).

Para Gil, o conceito de eficácia é o segundo mais importante dentro da avaliação em saúde, sendo entendido por ela como o realizar bem, com a melhor qualidade possível, as ações que planejamos ou programamos. Precisamos acompanhar ou monitorar todos os momentos ou passos de nossas ações durante a sua execução, a fim de identificar possíveis falhas no decorrer do processo. Para a autora, isso é avaliação de processos (1999).

Complementa ainda que a visão do “fazer bem” (grifo nosso) surgiu para superar a visão racionalizadora, que possuía enfoque maior na eficiência, por uma visão mais voltada à qualidade das ações.

Efetividade

Um conceito bastante abrangente referente à efetividade é apresentado por Tugwell et al apud Castiel (1990). Apontam outros indicadores (além de eficácia já descrito), para avaliar a efetividade de uma intervenção sanitária, sendo mensurada através de cinco dimensões: Eficácia X precisão diagnóstica X aderência do responsável pela ação X aderência do recipiente da ação X cobertura.

Na “precisão diagnóstica”, estão envolvidas avaliações clínicas e paraclínicas (como sensibilidade), válidas para detectar pacientes com necessidades de saúde remediáveis; a “aderência do responsável pela ação” está relacionada à capacidade do profissional de saúde em fazer o diagnóstico correto, proporcionando ao paciente ações pertinentes ao caso; a “aderência do recipiente da ação” refere-se ao grau com que os pacientes cumprem as recomendações e o tratamento; a “cobertura” é descrita como a magnitude em que uma ação eficaz está sendo utilizada apropriadamente por todos os indivíduos que podem ser beneficiados por ela.

Corresponde ao somatório de: detecção dos indivíduos com a condição de interesse; acessibilidade a serviços de saúde que dispõem de ação eficaz; aceitabilidade dos serviços de saúde e da ação eficaz.

Novaes (1996) declara haver uma ampliação no conceito de efetividade (do qual não separa resultado e qualidade), não devendo limitar-se a uma perspectiva clínica biológica e de doença, mas incluir dimensões da subjetividade e historicidade, o que significa pensar também em saúde e qualidade de vida, e ser capaz de captar os processos diagnósticos e terapêuticos de forma mais ampliada.

A autora esclarece que, atualmente, tem havido na literatura uma preocupação com a utilização mais intensiva do conhecimento científico, através de uma maior sistematização das revisões de literatura e das meta-análises. Tem havido também um aprimoramento no manuseio da base de dados clínicos, administrativos e populacionais, aliado à construção de métodos e indicadores que permitam pensar, com estes dados, a efetividade, o resultado ou a qualidade.

Gil (1999) coloca que a tônica da avaliação é a “efetividade” das ações, ou seja, o impacto que as ações e serviços estão produzindo mediante seus “resultados” (p. 29). Para a autora, efetividade significa resultar em mudança de uma realidade ou transformação de uma situação; é muito utilizado para o estudo de avaliação de resultado.

Esta discussão trouxe, no âmbito da avaliação, a importância de se trabalhar em conjunto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade, entendendo que todos produzem informações que se complementam e dão maior consistência ao processo.

Considerando o complexo quadro sócio-político, econômico e cultural em que vivemos, houve avanço nas discussões acerca da qualidade dos serviços prestados à população. O planejamento e a avaliação, entendidos como instrumentos norteadores das práticas, têm adquirido novos contornos e têm tido seus espaços ampliados, cuja proposta é a mudança das práticas institucionais. Neste contexto, a necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde é considerável e a avaliação parece ser a melhor solução. Na maioria dos países desenvolvidos, a avaliação na área sanitária goza de um prestígio enorme, sendo criados organismos encarregados de avaliar as novas tecnologias. (Contandriopoulos et al, 1997).

A ampliação do conceito de saúde, proposta pela VIII Conferência Nacional de Saúde, representa um avanço na compreensão frente à dimensão que o termo possui. Porém, os tímidos avanços ocorridos na área social e a degradação das condições de vida em que a maioria da população brasileira se encontra, (e, conseqüentemente, das condições colocadas neste conceito - educação, habitação, alimentação, renda, entre outros), aliado a um perfil epidemiológico composto por doenças típicas da pobreza (diarréia, desnutrição), têm exigido que os serviços de saúde se adequem a esta realidade.

“No campo da Saúde Pública, a avaliação de serviços é área de extrema relevância, já que viabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade (...) É possível afirmar que a avaliação de serviços de saúde ao longo dos últimos anos deixou de ser considerado um processo exclusivamente técnico, um método que, dispondo de um conjunto de procedimentos e indicadores, poderia medir com precisão a efetividade de determinado serviço ou programa” (Deslandes, 1997, p. 104)

No entanto, avaliar “consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (Contandriopoulos et al, 1997). Neste sentido, o avaliador precisa ter claro o que quer avaliar e criar critérios que o ajudem neste processo.

Gil (1999) afirma que a construção de instrumentos de acompanhamento (monitoramento) e avaliação constitui grande desafio. Criar ou aperfeiçoar indicadores de avaliação pode ser necessário para medir situações específicas. São utilizados mediante padrões convencionais ou podem ser criados mediante metodologias específicas. Nesta perspectiva, o uso da avaliação com a construção de indicadores pertinentes às realidades locais pode contribuir não apenas com o trabalho gerencial, mas com todo o processo de planejamento.

É preciso ter claro que a avaliação não possui um modelo pronto e acabado, mas, ao contrário, é constituída gradativamente, respeitando-se as especificidades dos níveis organizativos dos sistemas e aperfeiçoando-se com as experiências adquiridas na sua implementação.

“Em síntese, a avaliação é um processo contínuo de sucessivas aproximações de conhecimento da realidade referente a toda ordem ou questões relacionados a nossa atuação. Detectamos um problema; monitoramos uma estratégia para enfrentá-lo, para atingir determinados objetivos; escolhemos os indicadores que possam demonstrar se estes objetivos traçados estão sendo atingidos; implementamos as ações planejadas; voltamos a analisar para medir em que grau transformamos a realidade em causa; corrigimos nossa estratégia e assim por diante” (Bataglin citado por Gil, 1999).

Entendendo-se, pois, que o principal objetivo das unidades que prestam atendimento em saúde seria o de oferecer serviços de melhor qualidade possível, faz-se necessário estabelecer indicadores que meçam este atributo, tornando-o compreensível.

O autor que mais se aproxima de uma proposta de avaliação da qualidade dos serviços de saúde é Avedis Donabedian, que vem publicando importantes trabalhos para a literatura médica (Castiel, 1990). A adoção de uma ou mais características propostas por Donabedian para a avaliação qualitativa da atenção médica tem ocorrido amplamente nos estudos sobre avaliação em saúde (Castiel, 1986; Reis *et al.*; Akerman e Nadanovsky, 1992; Rattner, 1996).

Para estimar a qualidade dos serviços, Donabedian apud Castiel (1986), Reis *et al.* (1990) e Rattner (1996) formulou três aspectos essenciais para a avaliação qualitativa: estrutura, processo e resultado.

Os estudos de *estrutura* se desenvolvem, fundamentalmente, nos níveis institucionais e dos sistemas de atenção à saúde e as medidas envolvem os recursos que se empregam na atenção médica como recursos físicos, humanos, materiais, forma de organização e funcionamento (normas e procedimentos), tipo e especialização de equipamento, entre outras.

A avaliação de *processo* descreve as atividades do serviço de atenção médica, como aquelas realizadas pelos provedores de assistência, tanto diagnósticas como terapêuticas e de reabilitação. Esse tipo de avaliação está orientado, principalmente, para a análise da competência médica no tratamento dos problemas de saúde. A avaliação do processo compara os procedimentos empregados com as normas estabelecidas pelos próprios profissionais da saúde, sendo os critérios estabelecidos baseados no estudo da eficácia das práticas médicas rotineiras. Para Donabedian apud Reis *et al.* (1990), a metodologia dos estudos de processo pode partir da: a observação direta da prática e/ou dos estudos baseados nos registros médicos.

Rattner (1996) constatou na literatura sobre processo que a maioria dos autores adota uma perspectiva “reducionista” do processo de assistência, na medida em que cada procedimento é primeiramente individualizado, para, logo em seguida, ser decomposto em várias partes. Para a autora, é preciso que os estudos sobre avaliação incorporem uma perspectiva holística e a visão de processo seja entendida como continuidade. Desta forma, evita-se a fragmentação da avaliação, que poderá fornecer uma visão incompleta do processo.

Os estudos de *resultado* se referem aos efeitos que as ações e procedimentos tiveram sobre o estado de saúde dos pacientes, ou seja, o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com o serviço de saúde. Em termos de saúde, os resultados se relacionam a vários fatores. Neste sentido, sua medida e avaliação constituem o que existe de mais próximo do cuidado total. (Reis *et al.*, 1990).

Óbitos, patologias, incapacidades, desconfortos e insatisfação, inventários de saúde mental, medida do impacto da doença sobre o comportamento do indivíduo e medida de percepção pessoal da saúde geral tem sido adotados como indicadores de resultado.

Donabedian apud Castiel (1990) afirma que a avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica, de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente; e o relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes.

O autor coloca ainda que, a partir da interação entre cliente e profissional, existe um processo complexo que vai desde componentes comportamentais até componentes técnicos muito específicos.

Castiel (1986) reforça que há dificuldade em elaborar claramente os indicadores com os quais se deseja avaliar em saúde. Para ele, criar indicadores mais elaborados requer clareza em aspectos como definição dos conceitos de processo saúde-doença e saúde e mensuração de fenômenos vitais como morbimortalidade.

O autor complementa que existem ocasiões em que não é possível estabelecer com clareza o nexos entre causa e efeito entre os “supostos resultados de um programa de saúde e o *status* de saúde de uma população” (p. 186) devido a duas variáveis. A primeira diz respeito à mensuração do nível de saúde estar relacionado à sensibilidade dos instrumentos utilizados. E, em segundo lugar, existem diversas variáveis que interferem nas condições de saúde da população como habitação, alimentação, renda, que possuem efeito intenso sobre a saúde, e por isso, não devem ser subestimados ao considerar os resultados de alguma intervenção ou programa.

Continuando, Castiel (1986) afirma que “pode-se erroneamente atribuir às medidas por programas os efeitos benéficos devidos a circunstâncias externas a ele” (p. 187). No contexto desta pesquisa, que prevê a avaliação das ações dos ACS junto a pacientes com tuberculose, é preciso ter-se em conta que as condições de moradia, alimentação, trabalho e renda, a cultura sobre saúde e doença podem ter influência significativa na situação de saúde daquela clientela e, conseqüentemente, no resultado das ações dos agentes comunitários.

Cesar e Tanaka (1996) afirmam que a metodologia para a avaliação da eficácia de novas terapias foi amplamente incorporada e difundida pelo setor saúde, principalmente através dos ensaios clínicos, os quais são possíveis de realizar com “(...) razoável grau de objetividade e precisão.”(p.60). Salientam que é preciso levar em conta os diversos fatores sociais, que modificam as situações de saúde. É necessário o conhecimento prévio da situação para que se possa atribuir a modificação desejada à intervenção realizada.

Entretanto, Novaes (1996) declara que a ciência e a tecnologia têm um grande poder de intervenção sobre o mundo real, mas não o controlam de forma absoluta, não sendo, portanto, capazes de criar uma nova realidade, racionalizada e imune a qualquer tipo de perturbação(p.08). Declara que a vertente mais “positivista” ou “cientificista” da epidemi-

ologia tem estado omissa política e eticamente, ao procurar, através de métodos cada vez mais sofisticados sob o ponto de vista da análise quantitativa, a causa ou causas verdadeiras das doenças, livrando-as, porém, de fatores de confusão, ou seja, da “confusa realidade” (Ibid. p.08). Isso, para a autora, tem se traduzido na formação de propostas alternativas, como a epidemiologia social.

Para a autora, a eficácia de terapias, diagnóstico e práticas médicas já está estabelecida, ou seja, não é mais um aspecto a ser questionado, referindo-se às terapias comprovadamente eficazes, feitas através de pesquisas que utilizaram a metodologia científica.

Porém, a autora levanta uma indagação frente à eficiência de tais ações, no sentido delas efetivamente realizarem alguma alteração na situação real apresentada. “Para a prática médica, de que adianta uma eficácia em um procedimento diagnóstico ou terapêutico quando ele não poderá ser efetivo, já que sua condição de veracidade pressupõe tal deslocamento?”(Ibid. p.09).

Refere ainda que há um “mal-estar em relação à medicina clínica”(Ibid. p.09) relacionado a tais questões, e, para a autora, isso tem se revelado no crescimento de terapias que se colocam como alternativas. No interior *da prática clínica dominante*, tem-se percebido a dificuldade em transitar do teórico ao prático, ou seja, “ (...) de uma célula para uma individualidade” (Ibid. p.09), o que tem gerado movimentos pela “socialização” e “humanização da medicina”. A autora sugere que é preciso encurtar o caminho entre o “saber e a prática” ou entre a “ciência e a política”.(Ibid. p.10).

Novaes (1996) justifica todos estes questionamentos que levanta, através do enorme significado que a atenção à saúde, em especial a atenção médica, tem representado nas sociedades contemporâneas, relacionada às dimensões econômica, política, social, cultural, entre outros. Portanto,

“Tornou-se agora imperativo conhecer melhor o que acontece de fato nos serviços de saúde, qual a sua real participação na dinâmica social, e quais seus resultados, ou efeitos, tanto positivos quanto negativos, para os indivíduos e para o coletivo.”(Ibid. p.09).

Entendo os questionamentos de Novaes como o compromisso que temos, enquanto profissionais que atuam na área da saúde, em aplicar em nossas realidades de trabalho os

conhecimentos adquiridos cientificamente para, desta forma, provocarmos modificações que venham a beneficiar a população atendida.

Akerman e Nadanovsky (1992) afirmam que existem duas vertentes que se diferenciam na atuação em saúde. A primeira diz respeito à influência que o dia-a-dia das pessoas, ou seja, as relações sociais e econômicas determinam em seu estado de saúde, as quais são induzidas através da formulação de políticas próprias. Neste sentido, os serviços de saúde precisam participar de forma sistemática das decisões e implementações dessas políticas sociais e econômicas para que atendam essas exigências.

A segunda vertente é a determinada pela ação da “Medicina Moderna” e vem sendo disseminada agressivamente pelo marketing que envolve a indústria de insumos e tecnologia médica, bem como a corporação médica.

Em função destes fatores, é preciso criar uma diferenciação metodológica que facilite o processo avaliativo, uma vez que cada nível de atuação cria o seu indicador de sucesso.

Na abordagem de Estrutura-Processo-Resultado, proposta por Donabedian, os componentes que tem sido mais utilizados são os de Estrutura e Processo, pois, para o resultado, há necessidade de conhecer melhor os mecanismos e a importância dos dois anteriores para a obtenção dos resultados. (Cesar e Tanaka, 1996).

Os mesmos autores afirmam ainda que *estudos com base populacional* proporcionam conhecimento da situação de saúde da população e do acesso aos serviços de saúde, fornecendo subsídios ao planejamento e avaliação. Para os autores, informações obtidas a partir da demanda podem ser seletivas e ocultar um dos aspectos mais importantes da avaliação dos serviços de saúde nos países em desenvolvimento, que é a iniquidade no acesso aos serviços de saúde. Como exemplo, citam os inquéritos domiciliares em nível local, pois permitem a “(...)comparação tanto de situações de saúde, como das características de utilização dos serviços de saúde, resultando na emissão do juízo de valor, tão necessário à consecução dos objetivos da avaliação de serviços de saúde.”(p.62)

A revisão desta literatura permitiu apreender diversos aspectos relacionados à avaliação, bem como verificar a variedade e complexidade dos fatores nela envolvidos. O conhecimento exato da estrutura disponível e a clara definição do processo são imprescindíveis para a obtenção de resultados confiáveis.

Visando complementar a discussão sobre a avaliação proposta por este estudo, será apresentado a seguir o referencial teórico que enfoca o uso da epidemiologia e, em especial, a epidemiologia social, no levantamento de dados para o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde, bem como compreende o processo saúde-doença de maneira ampla, através de dimensões sociais, naturais, individuais ou gerais, de maneira a esclarecer os mecanismos que mantêm a saúde ou provocam a doença em uma população, de modo a apontar as práticas mais adequadas para manter ou recuperar a saúde.

3 METODOLOGIA

Os dados epidemiológicos relativos à tuberculose, provenientes da análise histórica das políticas de saúde implementadas em nosso país, revelam altos índices da doença na população brasileira desde o início deste século.

A partir da Campanha Nacional Contra a Tuberculose instituída em 1946 e do advento do uso dos tuberculostáticos nesta mesma década, os números da doença passaram a ser considerados a partir dos índices de morbidade, ou seja, o número de pessoas acometidas pela tuberculose. Os índices anteriormente existentes referiam-se à taxa de mortalidade entre os doentes, chegando a valores como 284,6 óbitos a cada 100.000 habitantes em 1940. Com as medidas adotadas, os óbitos passaram a 27,5 e 33,4 por 100.000 habitantes em 1952 e 1953 respectivamente e começaram a elevar-se novamente, atingindo o índice de 64,2 por 100.000 em 1962. (Vaz, 1997).

A mesma autora refere que o mau uso das drogas, aliado às precárias condições dos serviços de saúde oferecidos na época, levou ao aumento significativo da prevalência (número de casos novos somados aos antigos) da doença nos anos 50 e 60, atingindo a marca de 717,0 e 454,2 doentes por 100.000 habitantes nos anos de 1966 e 1969 respectivamente. Duncan e Schmidt (1996) afirmam que houve uma redução na incidência (número de casos novos) de 64 casos em 1981, para 48 por 100.000 habitantes em 1990. Porém, o Ministério da Saúde (1999) já afirmava haver 54,7 casos por 100.000 habitantes em 1996.

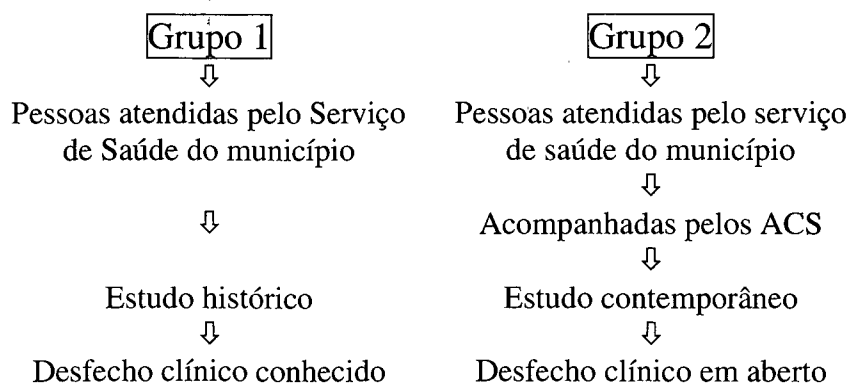
Através da análise dos dados, verifica-se que os índices apresentaram ao longo dos anos variações superiores e inferiores no número de casos de tuberculose, mantendo-se, contudo, elevados. De acordo com o Ministério da Saúde (1999), estima-se que os números sejam ainda maiores, devido à subnotificação existente no país e que os valores descritos refletem o baixo estágio de desenvolvimento econômico e social existente no Brasil.

Neste sentido, a escolha da tuberculose como doença-índice para este estudo ocorreu devido aos números apresentados acima, às estratégias de combate à tuberculose utilizadas pelos governantes ao longo deste século (de acordo com a revisão da literatura apresentada) e também devido às condições oferecidas pelo serviço de controle da tuberculose existente em Lajeado.

O serviço de atenção à tuberculose, com sede em Lajeado, atende a área de cobertura da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde, abrangendo 37 municípios do Rio Grande do Sul. Em função disso, em 1998 e 1999, foram realizados, respectivamente, 262 e 205 exames (baciloscopia) para pesquisa e diagnóstico da tuberculose na região, que revelaram a existência de 83 casos positivos em 1989 e 50, em 1999, em toda a região desta Coordenadoria. Em relação ao ano 2000, até o mês de julho, houve 38 casos de tuberculose confirmados nesta área.

No município de Lajeado, ocorreram 24 casos positivos em 1998 e 25 em 1999. Até o mês de julho de 2000, foram 16 casos com resultado positivo para a tuberculose em todo o município. Destes, 8 pertenciam à área de cobertura do PACS no período referente à pesquisa (dezembro de 1999 a julho de 2000). Através da aderência destes pacientes, será verificada a contribuição do referido Programa para a população assistida, mediante a atuação dos ACS.

Este estudo foi desenvolvido por meio da composição de dois grupos de pessoas acometidas pela tuberculose com a finalidade de estabelecer comparação entre os resultados, sendo o primeiro composto por doentes apenas atendidos pelo serviço de saúde do município e o segundo grupo atendido pelo serviço de saúde e acompanhados pelos ACS. O período para acompanhamento dos grupos é de, no mínimo, 6 meses, período considerado suficiente de acordo com a literatura, para que ocorra a cura da doença com medicamentos referentes a 1ª linha do tratamento. O diagrama abaixo ilustra os dois grupos estudados:



Para Facchini (1994), a comparação não é apenas um modo de análise ou ainda a justaposição de dois conjuntos de dados. Ela é a “essência” (grifo do autor) da epidemiologia, na medida em que o desafio colocado ao investigador é encontrar conexões de todos os tipos entre os diferentes aspectos da vida social e os problemas de saúde da população, de modo a permitir a compreensão do processo saúde-doença na coletividade.

As categorias propostas para avaliação desta pesquisa são: eficácia, entendida como a utilização pelo paciente de medicamentos e procedimentos comprovadamente seguros e resolutivos no combate à tuberculose; efetividade, entendida como o acesso a medicamentos, exames diagnósticos e controle sobre o retorno do paciente com tuberculose ao serviço de saúde do município; e aderência, o retorno do paciente ao serviço, o cumprimento das orientações prescritas e a cura da doença no período previsto para tratamento. A aderência é avaliada também através da aceitação do tratamento pelo paciente, uma vez que ele poderia rejeitá-lo. Para fins deste estudo, parte-se do pressuposto de que há eficácia e eficiência no serviço de atenção à tuberculose, conforme descrição das categorias acima, sendo objeto central da pesquisa a verificação da aderência dos doentes ao tratamento e às orientações recomendados, como forma de prevenir e tratar a tuberculose.

“Categorias” são entendidas, segundo Minayo (1998), como os conceitos mais importantes dentro de uma teoria, possuindo o termo ‘categoria’ uma conotação classificatória, ou seja, conceitos usados com finalidade de classificação.

As categorias apropriadas da epidemiologia foram utilizadas como contribuição metodológica para a avaliação do trabalho do ACS frente a doentes com tuberculose e do Serviço de Atenção à Tuberculose do município, avaliando, desta forma, a prevenção e controle da tuberculose em Lajeado.

Neste sentido, foi realizada, ao final da coleta de dados, uma avaliação dos resultados obtidos referente aos pacientes dos dois grupos acompanhados, para verificação da evolução (cura ou não) da doença, bem como para avaliação da aderência alcançada pelos ACS junto à clientela, além de ter-se a expectativa de avaliação contínua da eficiência do Programa de TBC em Lajeado.

Foi ainda objeto da presente pesquisa a realização de uma capacitação aos ACS sobre tuberculose, proposta com o intuito de melhor prepará-los para o estudo a ser feito. A capacitação dos ACS é contínua, de forma a revisar conteúdos, ou mesmo esclarecer sobre

novos, na medida em que os agravos à saúde encontrados, ou mesmo, as deficiências observadas pela enfermeira instrutora-supervisora possam ser objeto de reflexão e esclarecimento, desejando-se como consequência uma ação mais eficiente do ACS.

3.1 Tipo de Estudo

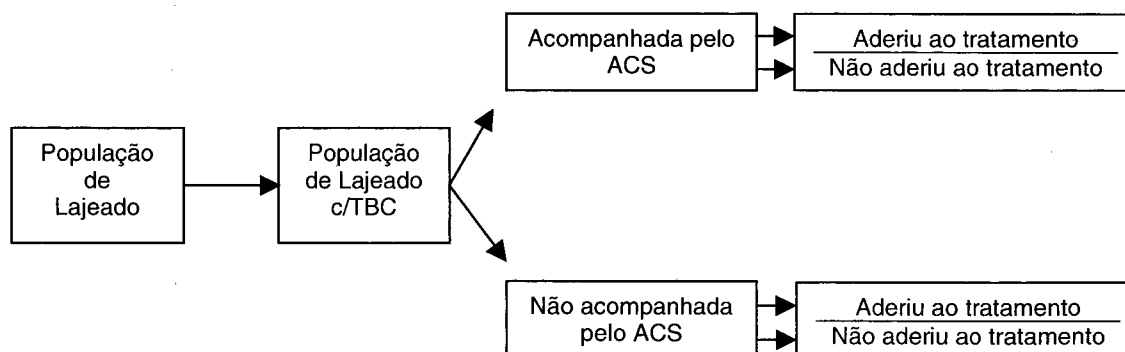
“O desenho ou delineamento de pesquisa escolhido pelo investigador constitui o esqueleto de um estudo e, como tal, a infra-estrutura de sua validade interna. (...) Frequentemente, uma modificação ou combinação de desenhos pode e, muitas vezes, é efetuada”(Duncan e Schmidt, 1987, p.01).

A partir dos cinco eixos de delineamento em pesquisa clínica propostos por Duncan e Schmidt (1987), compreende-se melhor a classificação proposta para esta investigação. Os eixos são: direção lógica, intervenção, controle, aferição e unidade experimental, os quais serão explicados a seguir:

- Eixo de direção lógica: este estudo é de **direção lógica natural**, caracterizado como aquele que possui direção temporal entre a aferição do fator em estudo e do efeito clínico; e **longitudinal**, sendo o agrupamento dos pacientes feito de acordo com a presença da tuberculose (agravo/efeito clínico) para, então, pesquisar-se a aderência ou não às orientações (desfecho/fator em estudo).
- Eixo de intervenção: caracteriza-se por ser um estudo **misto**, ou seja, é **observacional**, pois o investigador observa os fatos que ocorreram na vida dos indivíduos, neste caso, aqueles que estão com o tratamento contra a tuberculose concluído; e **experimental**, pois ocorre a intervenção do investigador e dos Agentes Comunitários de Saúde no segundo grupo de pacientes em estudo, através da capacitação efetuada aos ACS e da atuação destes junto aos doentes.
- Eixo de controle: define-se como estudo **controlado**, também conhecido como **analítico**, o estudo que requer pelo menos dois grupos, um funcionando como controle a fim de permitir o teste de hipótese e a associação entre os fatores.

- Eixo de aferição ou análise dos resultados: caracteriza-se por ser **misto**, uma vez que mede os eventos tanto de forma **histórica**, ou seja, quando as variáveis são aferidas após a ocorrência do fator e efeito, relacionado ao primeiro grupo de paciente com tratamento concluído contra a tuberculose, e **investigação contemporânea**, quando o investigador mede os eventos quando eles estão ocorrendo, ou seja, paralelo à ação dos ACS junto ao grupo de doentes com o tratamento em andamento.
- Eixo de unidade de estudo ou experimental: aquele que define se o estudo é de indivíduos ou de grupos. Neste caso definido como estudo de indivíduos com tuberculose.

Esta pesquisa, seguindo estes eixos, caracteriza-se por ser um estudo de **coorte**, pois investigam-se os pacientes tuberculosos do município de Lajeado e, a partir desta primeira seleção, verifica-se quais receberam ajuda do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e são ou não aderentes ao tratamento e quais os que não receberam ajuda dos ACS e são ou não aderentes ao tratamento, durante o período mínimo de seis meses, conforme esquema abaixo:



3.2 População / Amostra

A população de Lajeado (Censo 2000) perfaz um total de 58.512 habitantes. Destes, 23.800 pessoas pertencem à área de cobertura do PACS.

Neste estudo, a amostra constituiu-se por todos os doentes acometidos por Tuberculose no município de Lajeado no período estudado, num total de 16 pessoas. Destes, 08 pertenciam à área de abrangência do PACS e, coincidentemente, o outro grupo é composto

pelo mesmo número de doentes pertencentes ao restante do município e que não tiveram o acompanhamento dos ACS, estando com o tratamento já concluído. Os doentes iniciaram o tratamento em dezembro de 1999 e dezembro de 1998, respectivamente, a fim de fazer um estudo comparativo entre os dois grupos, ou seja, aqueles atendidos apenas pelo serviço de atenção à tuberculose e aqueles atendidos pelo serviço de saúde e acompanhados pelos ACS.

Embora este estudo não priorize uma amostra pautada em critérios probabilísticos, também não pode ser considerada uma amostra por conveniência, uma vez que todos os doentes do período estudado foram incluídos, não sabendo-se antecipadamente o número amostral, tampouco dando-se preferência para uma ou outra população.

O objetivo foi verificar a aderência dos doentes acompanhados pelos ACS ao tratamento, constatando se este grupo apresenta ou não índices avaliativos superiores em termos de controle e tratamento da doença em relação ao grupo que não pertence à área de abrangência do Programa.

Neste sentido, a hipótese que busco confirmar é a de que as ações desempenhadas pelos ACS junto à população assistida contribuem para a prevenção, tratamento e cura da tuberculose, levando em consideração que a população de abrangência do PACS apresenta risco maior de adoecimento para a tuberculose do que a população pertencente ao restante do município.

3.3 Elaboração de Instrumentos

3.3.1 Questionário sobre o perfil sócio-sanitário do ACS – caracteriza o perfil sócio-sanitário do ACS, enquanto principal agente da atenção primária, buscando conhecê-lo melhor e colher mais subsídios para a proposta de avaliação desta pesquisa. (Anexo 1)

3.3.2 Pré e pós-teste sobre TBC – caracteriza-se por ser um instrumento destinado a avaliar os conhecimentos anteriores e posteriores à capacitação dos ACS sobre tuberculose. (Anexo 2)

3.3.3 Instrumento para acompanhamento e avaliação dos pacientes pelo enfermeiro – contém dados relativos à realização da reconsulta na data prevista ou não; realização de exames clínicos e/ou complementares e recebimento de medicação. (Anexo 3)

3.3.4 Termo de consentimento do paciente e do ACS – contém informações sobre o projeto de pesquisa e solicitação de permissão por parte de ambos para a realização da mesma. (Anexo 4 e 5)

3.3.5 Ficha para controle do paciente com Tuberculose utilizada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Ficha B-TBC) no acompanhamento mensal dos pacientes com Tuberculose. (Anexo 6)

3.3.6 Prontuário do paciente - caracteriza o diagnóstico (tipo e local da doença), histórico do paciente, exames de controle da doença, tratamento, entre outros, existente no serviço de atenção à tuberculose do município.

3.4 Procedimentos

3.4.1 Aplicar o questionário inicial aos ACS para avaliar suas necessidades de capacitação em TBC e conhecer o perfil socio-sanitário do mesmo;

3.4.2 Realização de capacitação sobre TBC para os ACS;

3.4.3 Reaplicar o questionário inicial aos ACS, para avaliar os conhecimentos adquiridos sobre TBC após a capacitação;

3.4.4 Preenchimento do formulário de entrevista ao paciente pelo enfermeiro e da ficha B-TBC pelo ACS, para acompanhamento da amostra;

3.4.5 Realizar visita domiciliar aos doentes acompanhados pelos ACS para avaliar o trabalho dos ACS junto aos mesmos, a partir das seguintes questões: com que frequência o ACS o visita? Quais orientações/informações/encaminhamentos o ACS realiza a respeito da TBC?

Ao iniciar a visita, será solicitado o consentimento “livre e esclarecido” dos pacientes pesquisados, mediante exposição do referido projeto de pesquisa. Livre no sentido de

não ser aplicado qualquer tipo de coação, simulação ou prática enganosa; e esclarecido, pois todas as informações necessárias à total compreensão da pesquisa devem ser dadas ao pesquisado de forma compreensível, para que ele possa aceitar ou não participar da pesquisa (Fortes, 1998).

Para tanto, elaborei o “Termo de Consentimento” em que o paciente forneceu seu consentimento para a realização da pesquisa.

3.5 Análise dos Resultados

A análise dos resultados será efetuada mensalmente, no prontuário dos pacientes, verificando o retorno dos mesmos ao serviço para controle da doença e através da avaliação dos dados preenchidos pelo ACS em sua ficha de acompanhamento dos doentes.

3.5.1 Critérios utilizados na análise dos dados para verificar a aderência dos doentes ao tratamento e orientações recomendados:

- Tempo de tratamento previsto para a cura da doença:
 - 1^a linha – 6 meses
 - 2^a linha – 12 meses
 - Até obtenção da cura
- Retorno sistemático ao serviço de saúde (mensal), em data previamente agendada;
- Realização de exames clínicos e/ou complementares que comprovem o controle/cura da doença a critério médico;
- Uso regular (diário) da medicação prescrita;
- Implementação das medidas de precaução orientadas pelo ACS quanto à transmissão da doença;

4 A EPIDEMIOLOGIA COMO SUPORTE TEÓRICO PARA A AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

4.1 Evolução da epidemiologia: situando o referencial

Historicamente, a contribuição da epidemiologia para explicar o aparecimento das doenças no conjunto da sociedade, dá-se principalmente pelo entendimento da causalidade dos agravos à saúde, detendo-se de forma ampla no enfoque dos determinantes do processo saúde-doença.

À época escravista e primitiva havia o predomínio da teoria unicausal, onde os determinantes tanto podiam ser **externos ao homem**, na medida em que um elemento natural ou espírito sobrenatural invade o corpo e produz a doença, **como ter a participação ativa do homem**, quando ocorre o reconhecimento de um desequilíbrio dos elementos orgânicos do corpo — os humores, levando também ao aparecimento da doença. (Fonseca e Bertolozzi, 1997).

Já para os gregos a saúde era resultante da harmonia entre os quatro elementos que compõem a natureza — o fogo, a água, a terra e o ar, sendo o desequilíbrio entre os mesmos entendido como causa da doença.

Hipócrates é apontado como criador da palavra “epidemiologia”, ao diferenciar as patologias que “visitavam a comunidade” (*epidemeion*) daquela que “morava na comunidade” (*endemeion*). É considerado ainda o precursor da visão epidemiológica, por referir-se a ela enquanto estudo da distribuição das doenças, relacionadas à qualidade dos elementos naturais disponíveis, como o ar e a água, bem como a importância do clima (estações do ano) na manutenção da saúde.

A teoria miasmática surge com força à época do renascimento, afirmando que as doenças eram transmitidas de pessoa à pessoa, por meio de contatos como tocar, falar ou apossar-se de algo da vítima, e que surgiam como sendo próprias do corpo (humores) ou através de partículas pertencentes à atmosfera. (ibidem)

No séc. XVI os estudos prosseguem sobre a transmissibilidade das doenças a partir de partículas invisíveis, através de contágio direto, fômites ou outros veículos. Neste contexto destaca-se Francastoro, que explica a ação dos “Seminária”(princípio de contágio), como a atração que possuem pelos humores, podendo chegar até os vasos sanguíneos, pulmões e coração.

A estes estudos, no entanto, estava ainda arraigada a concepção individualizada da doença, cujo centro é a pessoa vista de forma individual e não inserida em uma coletividade. De qualquer forma são considerados bastante avançados para a época.

No séc. XVII nasce a prática clínica, considerando ainda a origem das doenças vista de forma individual, unitária, o caso. O método clínico usado possuía caráter intensivo e singular, não abordando as causas coletivas das doenças.

Entretanto, é no séc. XVIII em que iniciam os primeiros estudos que apontam para a relação entre alimentação e o surgimento de doenças, associando “as questões sociais ao processo saúde-doença. Paralelo a isso, articulam-se as primeiras propostas de intervenção do tipo higienista. A Revolução Industrial contribuiu para o crescimento desordenado das cidades, acompanhado pela deteriorização das condições de vida.

Neste contexto, o estudo de Snow¹(1854), destaca-se como fato histórico, pois pela primeira vez foi realizado uma investigação epidemiológica de forma sistemática, com o fim de determinar a causa de um surto epidêmico. Snow negou a origem miasmática da epidemia, afirmando sua origem hídrica e ressaltando os aspectos sociais relacionados ao evento, através de sua observação sobre a vulnerabilidade dos pobres às doenças, relacionada às condições de vida, como a precariedade das habitações e das condições de trabalho.(Almeida Filho e Rouquayrol,1992).

¹ John Snow (1813-1858). Inglês que tornou-se conhecido como pai da epidemiologia pelos seus estudos sobre cólera em Londres.

Outros estudos seguiram-se aos de Snow, sendo que também procuravam demonstrar a relação existente entre doenças, pobreza e trabalho. Paralelamente surgem medidas coletivas de promoção da saúde e prevenção de doenças, antes restrita à nobreza.

Em meados do séc. XIX, os Seminária de Francastoro passam a ser chamados de “bactérias”, o que redefine todo o conhecimento da epidemiologia tido até então, com a descoberta de que as doenças são causadas por agentes etiológicos específicos.

A teoria da unicausalidade possuía domínio absoluto na epidemiologia do início do século. Preconizava a existência de uma única causa, necessária e suficiente, para cada doença. (Facchini, 1994).

No contexto da unicausalidade também destacou-se Florence Nightingale, através do uso do calor, higiene, repouso e dieta, entre outros, para o restabelecimento do paciente (Nightingale, 1989). Para ela nenhuma residência poderia ser saudável se não contivesse os cinco pontos essenciais para assegurar a higiene das habitações: ar e água puros, rede de esgoto eficiente, limpeza e iluminação. Tais preceitos mantêm-se verdadeiros e atuais até os dias de hoje, caracterizando assim a sua grande contribuição para a epidemiologia.

Porém, ao estar relacionada principalmente com as doenças infecciosas, a teoria da unicausalidade aos poucos vai perdendo força em função da gama de doenças não transmissíveis que surgem decorrentes das novas formas de trabalho e de vida presentes na época. Surge, então, a teoria da interação do agente com o hospedeiro, em um ambiente com inferências físicas, biológicas ou sociais. (Fonseca e Bertolozzi, 1997).

Desta forma vai delineando-se a teoria da multicausalidade para tentar explicar as doenças não transmissíveis, como as ocupacionais, decorrentes do sistema de produção do período e inserir os fatores sociais na causalidade do processo saúde-doença, “(...) culpando a pobreza e o subdesenvolvimento pela ocorrência das doenças, numa relação linear e unívoca” (Ibid p. 17).

Acreditando na multicausalidade surgem, no início deste século, autores que tentam formular um arcabouço teórico. Gordon, por exemplo, através do modelo da balança, numa visão simplificada, tenta mostrar que o desequilíbrio entre meio ambiente, agente e hospedeiro, tomados de forma isolada, pode contribuir para a causação das doenças. Destaca-se também Greenwood, em 1932, trazendo conceitos como doenças de massa, partindo do coletivo como unidade de observação, no sentido de agrupamento de pessoas.

Após a Segunda Grande Guerra, ocorre nos países industrializados uma intensificação da reestruturação produtiva, onde as novas tecnologias começavam a ocupar todos os setores da economia e as políticas sociais contemplam mais as áreas de saúde e educação (Facchini, 1994). Neste contexto ocorre o rápido desenvolvimento da estatística e o surgimento da informática, contribuindo significativamente para a afirmação da teoria da multicausalidade.

Já na metade do século ocorre a sistematização da História Natural da Doença, elaborada por John Rugle e a criação da Teoria de Leavell e Clark, representando uma variante mais dinâmica e desenvolvida do modelo multicausal, mantendo, porém, a mesma visão anterior do social, onde este era apenas mais um fator que colabora no processo de produção da doença. (Fonseca e Bertolozzi, 1997).

A partir da década de 60, com a introdução da computação eletrônica, a pesquisa epidemiológica tende para a matematização da área. São utilizados os termos “incidência” e “prevalência” e o conceito de “risco”.

Paralelamente ao aprofundamento do estudo das causas das doenças, evidencia-se a exigência de utilização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos altamente sofisticados, impulsionando os estudos experimentais, como os do tipo clínico-epidemiológico. Surgem, então, dois importantes movimentos que discutem de forma diferenciada a causalidade e o objeto da epidemiologia.

O primeiro deu-se nos países desenvolvidos e veio a fortalecer a epidemiologia clínica, atendendo à racionalidade das práticas médicas dominantes. O segundo movimento ocorre nos países subdesenvolvidos, na década de 70, em especial na América Latina, frente à crise econômico-social em que se encontrava, fazendo ressurgir o interesse pela determinação social do processo saúde-doença, chamado de “epidemiologia social”, que visava explicar através de elementos científicos as verdadeiras causas das condições de vida e de saúde da população.

Em uma perspectiva histórica e conceitual, Almeida Filho e Rouquayrol(1992) colocam que a epidemiologia revela-se como uma disciplina fundamentalmente enraizada na clínica médica, na medida em que depende desta para o reconhecimento da doença nos membros da população. Ou seja, “encontra-se subsidiada por um outro campo de conheci-

mento para a sua própria identidade como ciência distinta de outras disciplinas que lidam com agregados de seres humanos (...)" (p.11).

Porém, em uma perspectiva mais crítica, os autores afirmam que, ao contrário da doença, noção essencialmente clínica, a epidemiologia tem como objeto a relação entre um grupo de doentes e o conjunto da população ao qual pertence, incluindo os determinantes desta relação. Os resultados tem sido expressados em termos quantitativos na maioria das vezes, tendo uma clara referência matemática. Neste sentido a epidemiologia emergiu a partir da consolidação de três elementos: a clínica, a estatística e a medicina social.

Atualmente permanece o debate frente a estas diferentes concepções, onde é identificada a existência de duas correntes de pensamento, a Teoria da Multicausalidade, que mantém uma aproximação idealista com a realidade, e a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, a qual se aproxima da visão realista do mundo. (Fonseca e Bertolozzi, 1997)

Para Facchini (1994) a teoria da multicausalidade firma-se através de diferentes abordagens, quais sejam a análise das múltiplas causas das doenças, o modelo ecológico (através da História Natural da Doença, de Leavell e Clark) e o modelo de determinação social da doença. Para o autor o surgimento destas diferentes abordagens não ocorreu de maneira simultânea, porém todos concordam que o "(...) processo saúde-doença é uma síntese de múltiplas determinações." (p. 39).

Com a intenção de conhecer melhor essas discussões e no que elas implicam em procedimentos mais ou menos eficientes para este estudo, faço uma síntese da história natural da doença. A teoria da determinação social do processo saúde-doença merecerá maior destaque por identificar nela os veios axiológicos pertinentes ao trabalho com o Agente Comunitário de Saúde.

4.2 História natural da doença inserida na teoria da multicausalidade

Para entender a sistematização da História Natural da doença é preciso compreender que a temática da epidemiologia é dinâmica e seu objeto complexo. A compreensão do

conceito de epidemiologia proposto por Rouquayrol e Goldbaum(1999), colabora para este entendimento necessário.

Para os autores epidemiologia é a

“ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle e erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde.”(p.15)

Deste conceito depreendemos que a atenção da epidemiologia está voltada para a ausência de saúde, sob a forma de doenças infecciosas, não infecciosas e agravos à integridade física, no caso de acidentes, homicídios, entre outros. Para tanto, são estudados agregados formados por seres humanos. O processo saúde-doença é considerado sob o ponto de vista do conjunto de processos sociais interativos que definem a dinâmica dos agregados sociais.

Outro aspecto contemplado no conceito acima diz respeito a análise dos fatores determinantes das doenças, a qual envolve a aplicação do método epidemiológico ao estudo das possíveis associações entre um ou mais fatores e um estado característico de ausência de saúde. A prevenção é entendida através do emprego de medidas de profilaxia de modo a impedir que indivíduos sadios venham a adquirir doenças. E finalmente o controle visa baixar a ocorrência de agravos a níveis mínimos e a erradicação busca a incidência zero no número de casos das doenças.

Diversos autores de diversas partes do mundo tem tomado por base em seus estudos epidemiológicos as relações existentes entre três fatores específicos, quais sejam, fatores do ambiente – físicos, químicos e biológicos - do meio e do hospedeiro. Sob este ponto de vista, os fatores culturais e sócio-econômicos são partes integrantes do sistema, contribuindo à sua maneira para a eclosão em massa de doenças e agravos à saúde.

Diferentemente deste posicionamento, outros autores, em especial os latino-americanos, tem avançado em direção a uma ‘nova epidemiologia’, cuja visão dialética se posiciona contra a ‘fatalidade’ do ‘natural’ e do ‘tropical’, terminologia utilizada para descrever a causalidade dos processos mórbidos segundo a visão anterior. Sob este novo aspecto, dá-se ênfase ao estudo da estrutura sócio-econômica a fim de explicar o processo saúde-

doença de maneira histórica, mais abrangente, tornando a epidemiologia um instrumento de transformação social, assim entendida como 'epidemiologia social'. (Rouquayrol e Goldbaum, 1999).

A epidemiologia produz dados que possibilitam avaliar a situação sanitária e sócio-econômica presente ou passada no estudo da causalidade dos processos mórbidos, porém sem esquecer da necessidade de avaliação sobre as tendências futuras, ou seja, o que as tendências atuais dizem sobre as tendências futuras, para a qual teremos de fazer planos e tomar ou não medidas corretivas. Esta dimensão da epidemiologia é relevante para o planejamento, a dotação de recursos, o manejo e avaliação em saúde, bem como o que poderia afetar o curso futuro da história humana.

A epidemiologia centra seu interesse na determinação da causalidade das 'doenças ou agravos' que comprometem a saúde humana. As doenças ou agravos tendem a seguir uma seqüência, uma 'evolução natural' que originou os primórdios da ciência epidemiológica, denominada de História Natural das Doenças.

A História Natural da Doença (assim denominada por Leavel e Clark em 1976) é o nome dado ao conjunto de processos interativos, compreendendo

“as inter-relações do agente, do suscetível e do ambiente que afetam o processo global e o seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou, em qualquer outro lugar, passando pela resposta do ser humano ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte.” (Leavel e Clarck apud Rouquayrol e Goldbaum, 1999, p. 17).

A história natural das doenças está dividida em dois períodos sequenciados, ou seja, o período epidemiológico (Pré-Patogênico) e o patológico (Patogênico). O primeiro é voltado para as relações entre o suscetível e o ambiente, onde ocorrem as pré-condições que originam as doenças. O segundo é dirigido para as modificações que se passam nos organismos vivos, o meio interno, *locus* da doença, onde se processam modificações bioquímicas, fisiológicas e patológicas próprias de uma doença. São considerados dois domínios interagentes, consecutivos e exclusivos, os quais se complementam.

A palavra 'natural' contida na expressão história natural da doença "(...) não pode e não deve ser entendida como uma declaração de fé de ordem filosófica, negando o social e privilegiando o natural" (Rouquayrol e Goldbaum, 1999, p. 17). Para os autores o natural e o social tem a sua hora e sua vez. Tanto que enumeram dentro do período denominado de 'Pré-patogênese', os fatores sociais inter-relacionados com fatores econômicos, políticos, culturais e psicossociais, como presentes ou pré-condições para a causalidade dos agravos. Citam ainda os fatores ambientais e genéticos como colaboradores neste processo.

A presença de diversos fatores envolvidos na causalidade dos agravos é chamada de 'multifatorialidade', que pode ser compreendida enquanto estruturação de fatores condicionantes da doença, ou seja, é a associação dos fatores, que sendo sinérgica, aumenta o risco de doença mais do que faria a sua simples soma. "O estado final provocador de doença é, portanto, resultado da sinergização de uma multiplicidade de fatores políticos, econômicos, sociais, culturais psicológicos, genéticos, biológicos, físicos e químicos." (Rouquayrol e Goldbaum, 1999, p. 23).

A eclosão da doença é dependente da presença e estruturação dos 'fatores' contribuintes, passando por um grau de risco que pode ser mínimo ou máximo, aceitando variações intermediárias. Ou seja, quanto mais estruturados estiverem os fatores de risco, maior força terá o estímulo patológico.

'Fator de risco' de um dano é considerado "toda característica ou circunstância que acompanha um aumento de probabilidade de ocorrência do fato indesejado, sem que o dito fator tenha que intervir necessariamente em sua causalidade." (CLAP-OPS/OMS apud Barbosa, 1999, p. 551).

'Risco' pode ser entendido como "a probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável, de um dano ou de um fenômeno indesejado. Desta forma estima-se o risco ou a probabilidade de que uma doença exista, através dos coeficientes de incidência e prevalência." (CLAP-OPS/OMS apud Barbosa, 1999, p. 551).

O 'ambiente' gerador da doença é constituído pelo agregado resultante da estruturação sinérgica de todas as condições e influências indiretas, bem como pelos agentes que tem acesso às funções vitais dos seres vivos, levando a uma perturbação do mesmo. Assim, os agentes patogênicos são aqueles que levam o estímulo do ambiente (meio externo) ao meio interno do homem. Podem ter natureza física, química, biológica ou psicológica. Fatores nutricionais e genéticos podem ser incluídos na categoria de agentes biológicos.

Os períodos de Pré-Patogênese e Patogênese comportam, cada um, níveis de prevenção. Em ambos os estágios medidas de precaução podem ser adotadas para evitar ou minimizar o dano, em escala crescente de complexidade.

No primeiro período podem ser adotadas medidas, denominadas por Leavel e Clark, como Promoção da Saúde (moradia adequada, educação em todos os níveis, alimentação) e Proteção Específica (imunização, higiene, controle de vetores). Estes níveis de atuação estão incluídos na Prevenção Primária.

Quando ocorre a manifestação da doença, medidas como o 'Diagnóstico Precoce' (isolamento de portadores, exames, tratamento) e a 'Limitação da Incapacidade' (evitar complicações e seqüelas), podem ser adotadas dentro do segundo nível de prevenção, denominado, "Prevenção Secundária".

No período da patogênese cabe ainda um terceiro nível de prevenção, chamado "Prevenção Terciária", onde ações como reabilitação, fisioterapia, terapia ocupacional, são utilizadas para reintroduzir indivíduos sequelados nos meios de produção.

Estes conteúdos são fundamentais para que o enfermeiro compreenda a seqüência apresentada pelas patologias e, conseqüentemente, planeje sua intervenção de forma correta e adequada às diversas circunstancias apresentadas. Neste estudo, a seqüência da História Natural da Doença, bem como as formas de prevenção, colaboraram sobremaneira para a compreensão dos processos que envolvem a doença.

4.3 O conhecimento epidemiológico como subsídio para avaliação em saúde

A enfermagem, como os demais campos do saber, tem buscado referenciais que subsidiem e legitimem sua prática, na tentativa de construção de um corpo de conhecimentos fundamentado cientificamente.

A epidemiologia, por sua vez, é uma disciplina que ganha cada vez mais importância na área da saúde, uma vez que através dela é possível desde o planejamento das ações, a estruturação de um método de trabalho (processo) até chegar na avaliação, na qual se busca minimizar ou solucionar os agravos à saúde. Ao escolher a epidemiologia como referencial para esta pesquisa, buscou-se interrelacionar a enfermagem com este saber, na tentativa de subsidiar teórica e metodologicamente este estudo, explicando as possíveis diferenças a serem encontradas entre os dois grupos comparados.

A busca por este referencial deve-se à complexidade com que o processo saúde-doença tem se apresentado e ao grande número de variáveis que nele estão envolvidos, o que coloca grandes desafios aos serviços de saúde. O planejamento das ações deve ser feito tendo como base a utilização de instrumentos facilitadores e definidos de acordo com as prioridades detectadas no perfil de saúde-doença da população.

Tendo em vista a complexidade do quadro epidemiológico da população brasileira, faz-se necessário abordagens igualmente complexas, buscando contribuições através da intersetorialidade, e estabelecendo articulações com outras disciplinas como a administração, efetivando a multidisciplinaridade e utilizando outros instrumentos igualmente válidos e legítimos. Assim também pensam Souza e Prado ao afirmarem que “Mais do que isto, a intervenção neste processo está a exigir a complementaridade de várias áreas do saber, de tal forma que seja possível interagir com a sociedade, especialmente nas questões da saúde.” (1993, p. 94). Da mesma forma a Reforma Sanitária, tal como concebida pela VIII Conferência Nacional de Saúde, já demonstrava a necessidade da intersetorialidade nas ações de saúde, através da inclusão de medidas mais amplas de ordem política, econômica e socio-cultural àquelas próprias dos serviços de saúde. (Paim, 1994).

A epidemiologia, enquanto um campo de conhecimentos, busca interpretar e compreender o processo saúde-doença na coletividade, uma vez que parte da realidade objeti-

va. Ao ser abrangente permite aos profissionais realizar um diagnóstico da realidade de vida e saúde de uma dada população, elucidando fatores que poderão vir a causar uma doença, bem como aqueles que já o fizeram. Pode ainda colaborar para uma melhor distribuição dos recursos a serem investidos, ao possibilitar resultados objetivos, levando a uma maior justiça social na distribuição dos benefícios. (Gomes, 1994).

O foco de atenção da epidemiologia está centrado em três pilares principais, nos quais desenvolve-se toda a ciência epidemiológica, que são: descrever e monitorar a distribuição e magnitude dos problemas de saúde nas populações humanas; levantar dados para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento das doenças, bem como estabelecer prioridades e identificar fatores etiológicos na gênese das enfermidades. (Associação Internacional de Epidemiologia apud Rouquayrol e Goldbaum, 1999). Estudos epidemiológicos permitem uma aproximação com as origens das patologias, colaborando com isso, para que seja efetuado um diagnóstico da realidade, subsidiando uma prática mais efetiva.

Souza e Prado (1993, p. 96) acrescentam a contribuição da mesma na avaliação do impacto de certas medidas terapêuticas ou mesmo de novos procedimentos. Neste estudo, esta disciplina vem também ajudar ao possibilitar “a utilização de conceitos epidemiológicos para a administração dos serviços de saúde”, conforme Dever apud Souza e Prado (1993, p. 95).

“Ao longo da evolução do conhecimento humano, particularmente da medicina, a Epidemiologia conquistou um lugar na sociedade científica de tal forma que, de modo implícito ou explícito, ela está presente no cotidiano das práticas de saúde e, quase sempre, subsidiando pesquisas” (Souza e Prado, 1993, p. 94).

E complementam:

“A contribuição da epidemiologia na prática assistencial da Enfermagem é a de subsidiar a definição do objeto, através do diagnóstico da realidade de saúde e doença, bem como os recursos para intervenção. Por conseguinte, suscita no processo de trabalho o reconhecimento da necessidade de explicitação de referenciais para a prática, e especialmente aqueles que possibilitem o reconhecer e o trabalhar a saúde e a doença como fenômeno coletivo, como tem se destacado a Epidemiologia enquanto suporte instrumental”. (Op cit., p. 94)

Uma reflexão, contudo, sobre os determinantes sociais que interferem no processo de doença ou mesmo de eficácia e eficiência dos serviços de saúde e da aderência da população às ações efetuadas, deve compor o diagnóstico da situação social, conjugando ação-reflexão. Do contrário, a atuação da enfermagem ou de qualquer outra profissão correrá o risco de ser fragmentada e dissociada do contexto de que falamos, implicando em uma assistência incompleta ou pouco resolutiva, devido à ruptura das conexões entre o fenômeno e seu contexto de produção.

A utilização da epidemiologia na organização e avaliação da assistência, através da eficiência e efetividade dos serviços e das terapias, tem sido ainda pontual e pode estar relacionada às dificuldades presentes em sua operacionalização, como a definição correta das variáveis, o sistema de registros, a padronização dos indicadores, o pouco domínio das técnicas que trabalham com números, entre outros. As avaliações epidemiológicas tendem a analisar os resultados, em detrimento de cada etapa no processo. Ressalta-se, contudo, que esses são dois objetos diferenciados, não se confundem, apesar de estarem muito implicados.

O modo hegemônico de aplicação da epidemiologia tem sido o modelo clínico de intervenção na maioria das vezes, assim entendida por estar centrada no atendimento ao indivíduo, onde a doença é tratada como fator isolado, individual, de origem apenas biológica. Caracteriza-se ainda por praticar um tipo de vigilância convencional referente às condições de saúde da população. Este modelo tem como objeto de acompanhamento o indivíduo, portador de um agravo ou risco de adquiri-lo. As ações são centralizadas no Estado, tendo como base um mínimo de informações e como alvo os eventos chamados sentinela.

No decorrer da história da epidemiologia é possível conhecer as diferentes linhas de pensamento referentes aos autores que se propuseram a estudá-la.

No contexto desta pesquisa, que prevê uma avaliação da contribuição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde na atenção primária à saúde, apóio-me na Epidemiologia Social por ser o objeto de sua aplicação um grupo de indivíduos com tuberculose, com foco de observação sob os determinantes do processo saúde-doença.

A Epidemiologia Social verifica que “(...) o conhecimento e o controle das doenças na coletividade refletem a concepção de saúde-doença predominante na época considerada que, por sua vez, ideologicamente, se vincula às condições de reprodução social vigente.”

(Fonseca, 1994, p. 59). A isso equívale dizer que as condições de saúde da coletividade são diretamente relacionadas à estrutura social existente, sendo ainda, consequência do modo de produção presente em uma sociedade.

Por ter seu caráter coletivo e vislumbrar o indivíduo inserido no contexto familiar, social e de trabalho, a epidemiologia social permite a realização de um diagnóstico muito próximo do real, levando à possibilidades maiores de intervenções eficientes, uma vez que descortina aos profissionais as reais condições do modo de vida da população.

A epidemiologia social baseia-se em um diagnóstico amplo da realidade, onde se verifica as formas de organização da sociedade, relacionando-a ao aparecimento de riscos ou indicando suscetibilidades que contribuem para a determinação do processo saúde-doença. Diferencia-se da vigilância convencional por realizar um monitoramento crítico da realidade, traçando perfis de grupos e atuando de forma multidimensional e integral.

A epidemiologia social amplia a compreensão da epidemiologia clínica.

“Somente uma compreensão global do processo saúde-doença em suas dimensões sociais, naturais, gerais, particulares e individuais poderá efetivamente aclarar os mecanismos que mantêm a saúde ou provocam a doença numa população num certo momento e conseqüentemente apontar práticas sociais mais adequadas para recuperar ou manter aquela”. (Rufino Neto, 1984, p. 33).

Defensor de uma epidemiologia crítica, Breilh (1994) constrói esta visão mais ampla da epidemiologia, ao afirmar que a “epidemiologia encontra-se inserida profundamente na vida social e sujeita aos condicionamentos e pressões que existem na sociedade.”(p.137). Para o autor a epidemiologia cumpre um importante papel frente a situação econômica e política que direciona os condicionantes do processo saúde-doença, atuando de forma crítica e até contra-hegemônica, uma vez que a epidemiologia “produz a imagem indicativa do bem-estar e saúde dos países e sustenta a interpretação das causas de problemas altamente sensíveis que afetam a sua população.”(p.139).

O autor critica o uso da epidemiologia circunscrita a um número relativamente pequeno de relações reproduzíveis em laboratório ou em uma mesa de cálculo, pois considera haver facilidade em ocorrer manipulação ideológica. Para ele a epidemiologia entendida como inovadora e crítica surge em torno de um pensamento científico emancipador, que rompeu as “amarras conceituais e político-ideológicas da Saúde Pública positivista e fenomenológica, característica da América do Norte e Europa”(p.147). Para exercer esta vo-

cação transformadora, a epidemiologia parte de uma “construção objetiva da realidade e de um novo tipo de vínculo com o povo”.(p.147). Breilh alerta que uma visão crítica da realidade devolve ao olhar científico a capacidade de refletir a complexa e dinâmica unidade existente nos processos, facilitando a articulação com a práxis. Do contrário, existirá uma redução e fragmentação da realidade.

Contudo, conforme Kirchhof (1997) observa, a Epidemiologia, uma vez que oferece uma importante reflexão para a formação e intervenção dos profissionais da saúde, produz divergentes concepções sobre seu objeto e modelos teóricos de intervenção, sendo mesmo proposta da disciplina o enfrentamento dessa situação, abrindo perspectivas de construção do conhecimento e formulando a discussão epistemológica no sentido de impregnar de reflexividade a prática cotidiana. Destaca Almeida Filho, na sua proposição de três paradigmas para a epidemiologia - Causalidade, Risco e Novo Paradigma Epidemiológico (1994).

A autora tece uma comparação entre as concepções desses autores sobre a epidemiologia, seus limites e avanços e destaca ainda, as discussões específicas que estes autores fazem, explicitando a contribuição que esta disciplina tem imprimido para novas perspectivas de produção de conhecimento, tais como os estudos etiológicos, os quais investigam uma possível relação causal para doenças relacionadas ao trabalho, estudos que discutem as relações entre o conhecimento epidemiológico e a organização social das práticas de saúde; estudos que se associam ao enfoque da determinação social da doença e da multicausalidade. (Kirchhof, 1997, p. 66-7).

A perspectiva do uso da Epidemiologia Social entendida como um saber tecnológico, bem como sua relação com a estrutura de trabalho em saúde é citada por Vaz (1995). Para a autora, a Epidemiologia Social abre espaço à crítica e isto “(...) instrumentaliza a ação concreta dos (...) trabalhadores da enfermagem.” (p. 33).

O processo saúde-doença sob o ponto de vista da epidemiologia social amplia-se pela inclusão da dimensão social.

“A concepção do objeto da epidemiologia exige o conhecimento da realidade na qual a mesma se insere e do próprio enfermeiro como cidadão e como profissional. Visa-se com isso, desvelar o cotidiano para o qual deve ser dirigida, prioritariamente, a intervenção de enfermagem, tanto do ponto de vista preventivo quanto curativo, coletivo ou individual, indicando assim um modelo de assistência de Enfermagem capaz de responder ao requerido pela sociedade e pela própria transformação da reali-

dade. Portanto, a concepção do objeto da Enfermagem, à luz de Epidemiologia (...) contribui para reunir, classificar e sistematizar conhecimentos no diagnóstico, na tomada de decisões e no plano de assistência de enfermagem.” (Souza e Prado, 1993, p. 97).

Dentre os diversos usos e funções dirigidos à epidemiologia e explicitados no decorrer deste estudo, todos de grande relevância e esclarecedores sobre o foco de estudo desta pesquisa, destaco os conceitos de eficácia, efetividade e aderência, buscados na epidemiologia, para a avaliação dos resultados das ações executadas pelos ACS junto a pacientes portadores de tuberculose. Buscou-se verificar a aderência dos pacientes às orientações fornecidas pelos Agentes Comunitários, as quais visaram a continuidade do tratamento e a cura, o uso de precauções para evitar a contaminação dos comunicantes e a prevenção da doença.

A categoria “eficácia” pode ser compreendida quando um tratamento mostrou evidências clínico-epidemiológicas de que ele realmente funciona, ou seja, traz mais benefícios do que riscos em pacientes com uma determinada doença, em condições experimentais. A melhor evidência de desfechos clínicos de significação ao paciente fundamenta-se na presença/ausência de sinais e sintomas, tendo-se em vista o objeto de estudo de cada investigador. Também pode-se levar em conta as possíveis complicações, o processo de cura, ou mesmo os desfechos que resultam em morte. (Schmidt e Duncan, 1999). No contexto desta pesquisa, a eficácia é atribuída a utilização pelo paciente de medicamentos e procedimentos comprovadamente seguros e resolutivos de combate à tuberculose.

A aceitabilidade pelo paciente, a facilidade de acesso e do uso, a oferta do tratamento (prescrição médica) e a possibilidade do paciente obter a medicação, entre outras características do contexto real do processo clínico, podem determinar o sucesso ou insucesso, na prática diária, de medidas comprovadamente eficazes em contextos de pesquisa.

Entende-se por “efetividade” a capacidade do agente (medicamento) funcionar no contexto real em que o paciente está inserido. A efetividade é estabelecida oferecendo um tratamento ou programa a pacientes, de modo que eles possam aceitá-los ou rejeitá-los como habitualmente o fazem. (Schmidt e Duncan, 1999). Nesta pesquisa a efetividade é alcançada quando ao paciente com tuberculose é oferecido tratamento eficaz e ele tem acesso aos medicamentos, exames diagnósticos e quando há controle sobre o retorno do

paciente ao serviço de saúde do município e quando há um controle da doença sobre a população.

A “aderência” é a extensão em que os pacientes seguem o tratamento prescrito pelo médico e as recomendações da equipe de saúde. A aderência intervém entre um tratamento eficaz e efetivo. Embora a não aderência sugira uma espécie de negligência deliberada a um bom conselho, outros fatores contribuem para isso. Os pacientes podem não entender que drogas e que doses foram orientadas; podem tomar outras medicações prescritas; confundir várias preparações (genéricas) da mesma droga; não ter dinheiro para pagar as medicações. Estas situações tomadas juntas, podem limitar a utilidade de um tratamento que se mostra eficaz sob condições especialmente favoráveis. Outro aspecto a considerar é a inserção cultural do paciente e do serviço, definindo muitas vezes, lógicas de processos de cura diferenciados, de maneira que o serviço estrutura-se sob a lógica científica enquanto que a lógica do usuário está estruturada no senso comum.

A aderência é particularmente importante na assistência médica ambulatorial. Pacientes hospitalizados possuem controle maior sobre si, efetuado por médicos enfermeiros e farmacêuticos, que possuem um sistema organizado para assegurar que os pacientes recebam e efetivem o tratamento, além de estarem mais suscetíveis à intervenções devido a seu quadro clínico, em geral grave. O paciente fora do hospital tem maior liberdade de escolha e de atuação, o que pode comprometer a aderência.

No contexto desta pesquisa a aderência ao tratamento será verificada através do retorno sistemático (mensal) do paciente ao serviço, o cumprimento da prescrição médica (uso dos medicamentos e realização de exames-controle) e das orientações fornecidas (prevenção à propagação da doença) e a cura da mesma no período previsto. Estas recomendações serão complementadas e reforçadas ao paciente com tuberculose pelo Agente Comunitário de Saúde, através das visitas domiciliares que deve realizar mensalmente às famílias de sua área de abrangência. Porém, além de verificar a aderência do paciente ao tratamento, ressalto neste momento as implicações culturais e sociais intimamente associadas à tuberculose, os quais produzem comportamentos diferenciados que podem interferir no resultado do processo.

A avaliação de indicadores de saúde sob o ponto de vista da epidemiologia social visa fornecer subsídios para o planejamento das ações desenvolvidas pelo PACS. Possibi-

lita ao enfermeiro planejar, executar e avaliar suas estratégias de abordagem, voltada à realidade identificada pelo ACS.

Vaz, (1995) coloca que o objeto de estudo da epidemiologia é o processo saúde-doença enquanto evolução coletiva particular de uma sociedade, num universo social que tem elementos gerais, particulares e individuais. Considera que o estudo da tuberculose mostra-se como modelo adequado a ser discutido na Epidemiologia Social, dado seu núcleo central que se constitui pela “questão” do caráter histórico da doença e sua determinação social, assim sendo possível apreender o caráter social da doença nos perfis patológicos que os grupos sociais apresentem. (Grifo do autor).

São conhecidos o agente causador e a fisiopatologia da tuberculose, a existência de um tratamento específico e a prevenção da doença através de vacina. Entretanto, pela doença ter caráter social, estes procedimentos por si só não erradicam a doença. Portanto, as condições objetivas do processo de viver interferem significativamente no surgimento, na aderência ao tratamento e no recrudescimento dessa doença.

Outro aspecto a ser considerado é com relação a suscetibilidade à tuberculose, ou seja, é possível observar que alguns pacientes são mais suscetíveis ao desenvolvimento da doença do que outros. Este fato pode ser entendido a partir da colocação feita no informe final do seminário “Usos e Perspectivas da Epidemiologia”, realizado na Argentina, onde diz:

“O fato epidemiológico mais importante é a percepção de alteração no perfil de saúde (...) Diferentes grupos de população têm características específicas determinadas pelos fatores do ambiente biológico, físico, social, cultural e econômico, que moldam suas condições de vida e seus níveis de bem-estar. O grau de exposição destes grupos humanos a riscos associados a esses fatores, de diferentes tipo e magnitude, condicionam que estes grupos tenham diferentes perfis de saúde. (OPS apud Porto, Moura e Mascarenhas, 1993, p. 50).

Vaz (1995) sugere que no caso da tuberculose, o saber da epidemiologia surge como trajetória para o planejamento de uma política de ação sobre o problema, pautada em ações graduais praticados por um grupo de peritos, que envolveria a dimensão individual, como tratamento, vacinação, e a dimensão coletiva, através do controle nos diferentes grupos sociais. Penso que este controle possa ser complementado pelo trabalho do ACS junto à população assistida.

Entretanto, outro aspecto relacionado a esta pesquisa diz respeito ao recrudescimento da tuberculose em contingentes significativos da população brasileira. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 1999), os fatores principais atribuídos são a persistência da pobreza e a expansão da epidemia da AIDS.

Duncan e Schimidt (1996) apontam alguns números que demonstram a evolução da doença em nosso país. A incidência da tuberculose sofreu declínio de 64 casos por 100.000 habitantes em 1981, para 48 casos por 100.000 habitantes em 1990. Dados mais recentes do Ministério da Saúde (Brasil, 1999) apontam que o Brasil é o sexto país no mundo em número de casos novos de tuberculose, com notificação anual de 90.000 casos. Em 1996 haviam 54,7 casos de tuberculose por 100.000 habitantes.

Estima-se que este número seja maior, em torno de 130.000 casos, devido a subnotificação. Dentre os casos notificados, 52% são pulmonares bacilíferos, responsáveis pela cadeia de transmissão da doença, ou seja, pela perpetuação da tuberculose na população. Ainda segundo o Ministério da Saúde (1999), a tuberculose alcança a cifra de 8 milhões de casos novos no mundo, e a mortalidade é de 2,7 milhões de pessoas por ano, caracterizando uma situação epidêmica. No Brasil foram registrados 5.977 óbitos por tuberculose em 1995, porém, estima-se que o número mais aproximado do real seja de 10.000 mortes por ano.

Do ponto de vista epidemiológico, estima-se que um terço da população mundial carregue o Bacilo de Koch, capaz de causar a doença em qualquer época da vida. Por outro lado, no curso da doença, os pacientes contaminam em média dez outros indivíduos, perpetuando o ciclo da tuberculose. (Brasil, 1999).

A Organização Panamericana de Saúde classifica a situação da tuberculose no Brasil como severa e semelhante ao quadro encontrado em outros países do continente americano, como México, Paraguai e Venezuela. Afirma ainda que em função da AIDS estes números aumentaram significativamente nestes pacientes e nos bolsões de miséria. No Brasil o impacto do aumento de casos da TBC não foi tão significativo, uma vez que sempre foram considerados elevados, ao contrário do que tem ocorrido nos países desenvolvidos.

Como a tuberculose está fortemente associada à deflagração de crises sociais ou à pobreza da população, os índices anteriormente apresentados medem não somente a quali-

dade dos Serviços de Combate à Tuberculose, mas também o estágio de desenvolvimento econômico e social do Brasil. (Brasil, 1999).

As modificações nos padrões de morbimortalidade tem sido objeto de estudos mais intensivos a partir da década de 60, através da busca de explicações para as modificações na estrutura demográfica que vinha ocorrendo nas diferentes populações do mundo. Este processo denominado “transição demográfica”, caracteriza-se pela diminuição das taxas de mortalidade seguida da redução nas taxas de natalidade. No Brasil estas modificações não foram diferentes, porém cada contexto exige análises diferenciadas.

“(...) a forma heterogênea como estas modificações ocorrem nos diferentes espaços sociais, a consolidação de novos problemas, a persistência ou o recrudescimento das grandes endemias, ao lado de uma crise generalizada do sistema de saúde (...) exigem análises diferenciadas para se entender esta complexa e paradoxal situação, bem como suas implicações para as políticas de saúde.” (Barreto e Carmo, 1995, p. 17).

As transformações ocorridas nos últimos trinta anos decorrentes da industrialização, da urbanização e da expansão capitalista no meio rural, imprimiram um novo ritmo e novas condições à dinâmica populacional, tendo um impacto decisivo na configuração epidemiológica atual. Estas transformações desencadearam grande mobilidade espacial, devido a migrações internas, bem como mobilidade ocupacional, através da rotatividade de trabalhadores entre empresas, associadas às precárias condições de vida nas periferias urbanas e fronteiriças.

A mobilidade interna caracterizou-se como um processo migratório de grandes contingentes de pequenos agricultores e trabalhadores rurais do campo para as cidades, devido a expansão de grandes projetos na agropecuária, o que levou a uma absorção temporária destes contingentes pelo mercado de trabalho. Este processo migratório caracterizou-se pela violência e pelo sofrimento, ocasionando uma grande concentração de propriedades privadas e uma simultânea concentração populacional nas áreas urbanas do país. (Possas, 1989).

A intensidade do processo migratório aliado às condições precárias de vida e trabalho, habitação, saneamento básico e a desnutrição, alteraram de forma decisiva o perfil epidemiológico do país, colaborando para a propagação de doenças transmissíveis e diluindo os padrões de ‘atraso’, como as doenças infecto-contagiosas, antes mais presentes na área rural, entre as periferias urbanas, e vendo surgir novos padrões ligados à ‘modernida-

de' industrial, como as doenças crônico-degenerativas, cardiovasculares e mentais, intoxicações, acidentes e doenças do trabalho.

“O Brasil vive hoje uma situação peculiar no que diz respeito às condições de saúde de sua população, que não se resume a mera transição de padrões (...) onde contingentes cada vez mais amplos da população brasileira passam a estar expostos *simultaneamente* aos condicionantes dos riscos provenientes do 'atraso' e da 'modernidade', pelas determinações distintas provenientes destas múltiplas relações.” (Possas, 1989, p. 23-4).

Neste sentido foi construída uma teoria para explicar o comportamento sócio-sanitário de transição epidemiológica, que considera existir diferentes estágios pelos quais o perfil epidemiológico deveria oscilar. O primeiro refere-se a “idade das pestilências e da fome”, o segundo do “declínio das pandemias” e o terceiro das “doenças degenerativas e criadas pelo homem”, os quais se sucederiam em qualquer sociedade, variando apenas a velocidade das mudanças. (Barreto e Carmo, 1995; Rouquayrol; Veras; Façanha; 1999). Todos os países ao evoluírem economicamente, atravessariam os diferentes estágios, onde haveria ganho na expectativa de vida e redução da importância das doenças infecciosas.

No entanto, críticas vem sendo imprimidas à esta teoria ao fundamentarem-se no pressuposto de que o subdesenvolvimento é apenas uma etapa para o desenvolvimento econômico, onde a lei da população seria a lei da seleção “natural”, a qual tem seguimento na transição demográfica e epidemiológica de acordo com o desenvolvimento. (Rouquayrol; Veras; Façanha; 1999; Possas, 1989).

Barreto e Carmo (1995) criticam a forma linear e unidirecional como a transição ocorreria, sob um enfoque onde o subdesenvolvimento é colocado apenas como uma etapa para o desenvolvimento e a incorporação de novas tecnologias é colocada como a responsável pelo novo padrão de morbidade, sem considerarem-se as características do desenvolvimento econômico e social, as formas de organização das sociedades e a constituição das políticas sociais.

A avaliação das condições de vida e saúde da população brasileira aponta para um quadro de extrema gravidade, cuja complexidade ocorre na sobreposição de padrões de morbidade e mortalidade distintos, em que para o avanço dos padrões chamados de 'modernidade', corresponde a persistência de padrões identificados com o atraso e subdesenvolvimento. (Duchiade, 1999; Possas, 1989).

Sob uma perspectiva mais radical, Possas (1989) coloca como é necessário avançar na análise dos determinantes e das condições específicas do desenvolvimento capitalista brasileiro, as quais vêm impedindo que a transposição nos padrões epidemiológicos se dê, como nos países centrais, pela superação dos padrões característicos do atraso.

No entender da autora é necessário avaliar as condições específicas de reprodução da população no capitalismo, apreendendo sua diversidade. O desenvolvimento econômico, por ter caráter excludente, não teve como desdobramento o desenvolvimento social, expressando as contradições colocadas pelo avanço desigual das forças de produção e da inserção social no sistema produtivo do sistema capitalista.

Facchini (1994) complementa o pensamento de Possas ao afirmar que

“a população não é formada pelo somatório dos indivíduos que se diferenciam em função do quanto ganham mensalmente, dos anos de escola que completaram, do número de peças de suas casas, etc. Sua heterogeneidade é definida essencialmente pela posição que cada grupo ocupa frente aos meios de produção, ou seja, pela classe social a que pertencem e pela forma com que cada classe participa da apropriação e transformação da natureza, por meio de determinada forma de organização social.” (p.179).

Nesta perspectiva a compreensão dos fatores de causalidade do processo saúde-doença precisa envolver os determinantes sociais entendidos de acordo com a inserção social dos indivíduos na sociedade. Configura-se assim uma situação de extrema complexidade para o sistema de saúde, pois as condições descritas acima passam a exigir cada vez maior diversificação e complexidade dos serviços de saúde, além de uma oferta maior.

Em relação às doenças infecciosas, existem fatores específicos que precipitam seu surgimento, como fatores demográficos, ecológicos e ambientais que aumentam o contato de suscetíveis com o hospedeiro. As facilidades existentes atualmente relacionadas ao transporte torna fácil a disseminação de doenças, podendo surgir em uma população localizada em área geográfica remota e atingir diversas partes do mundo. Uma doença com potencial endêmico que ocorre em qualquer local pode ser um risco para a população de todo o planeta. (Rouquayrol; Veras; Façanha; 1999).

Os autores afirmam ainda que as desigualdades sociais, caracterizadas pelo empobrecimento dos povos e a decadência urbana, as condições precárias de saneamento básico,

bem como a automedicação, podem representar grande influência no surgimento de doenças infecciosas.

Em uma perspectiva mais favorável, Monteiro, Iunes e Torres (1995) afirmam que a evolução da agenda tradicional, embora não uniforme ao longo do tempo e evidenciando importantes variações de enfermidade para enfermidade e de região para região, deu-se de forma favorável em nosso país.

Os autores citam a queda nas taxas de mortalidade infantil, que em algumas regiões foi reduzida à metade ou até a um quarto dos valores iniciais. Redução semelhante apresentou a evolução da desnutrição infantil, o que representou um declínio na mortalidade prematura e um aumento em quase quatro centímetros na altura com que as crianças chegam hoje à idade escolar. Também a desnutrição em adultos, própria de sociedades que convivem com a escassez de alimentos, reduziu-se em todo o país. Grandes males como a poliomielite e a varíola foram eliminados e progressos notáveis foram obtidos no controle da tuberculose infantil, do tétano, do sarampo e das demais doenças preveníveis através de vacinação.

Acrescentam ainda que a mortalidade causada por gastroenterites foi reduzida a noventa por cento em algumas regiões e em torno de sessenta por cento no país. Houve diminuição do número de pessoas acometidas pela Doença de Chagas e o controle das formas graves da esquistossomose apresenta perspectivas favoráveis. Como hipóteses que justificariam estas melhoras, os autores relacionam a elevação moderada da renda mensal, aumento da escolaridade das mães e expansão da oferta de serviços de saúde e saneamento ocorridos nos anos 70, aliado a desaceleração do crescimento populacional.

Outra alteração que pode explicar as melhoras nos índices apresentados deu-se na modificação do padrão da dieta nacional, onde a substituição do consumo de gordura animal (banha, toucinho e manteiga) por óleos vegetais e margarina poderia ter contribuído para a redução na mortalidade causada por infarto do miocárdio. Por outro lado, o avanço no consumo geral e gorduras favoreceu o aumento da obesidade no país.

Modificações ocorridas na estrutura etária da população como resultado do aumento da esperança de vida e do declínio sistemático da fecundidade fizeram com que houvesse uma parcela da população exposta a doenças mais incidentes na infância e, paralelamente, outra parcela exposta à doenças crônico-degenerativas.

Muito dos benefícios assinalados anteriormente foram superiores nas regiões mais desenvolvidas do país e nos estratos de maior renda, o que contribuiu para a elevação das desigualdades regionais e sociais. O “balanço líquido da evolução das enfermidades características da escassez e da pobreza absoluta esteve longe de ser negativo.” (Monteiro; Iunes; Torres; 1995, p. 350). O baixo desempenho no controle da tuberculose em adultos (em parte devido a AIDS), a manutenção de um grande número de hansenianos (o segundo no mundo), o crescimento do número de casos de malária na Amazônia, o processo de urbanização das leishmanioses e a reintrodução da cólera e dengue em diversas regiões do país demonstram este balanço ainda negativo.

Reconhecer a tendência geral positiva e até animadora da agenda tradicional de saúde pública, não significa assumi-la como apropriada ou desejável. Mas, ao contrário, reforça que as doenças relacionadas à pobreza deveriam estar melhor controladas.

De forma contrária à agenda tradicional, a nova agenda da saúde pública (doenças do coração, câncer, obesidade, violências e acidentes, doenças do trabalho, a AIDS, entre outros) apresenta escassos registros documentais, em termos de quantidade e qualidade. Apesar de algumas tendências de contração de alguns problemas, como a redução do risco de morte por alguns tipos de câncer, a nova agenda também apresenta sinais de evolução desfavorável. O aumento intenso e generalizado da obesidade, a trajetória ascendente do câncer de mama e de pulmão, o crescimento das mortes violentas entre jovens nas grandes cidades, a expansão da AIDS, a ascensão das doenças crônicas e do trabalho são exemplos do novo retrato epidemiológico que começa a se desenvolver na saúde pública.

As transformações operadas no perfil de morbimortalidade da população, exigem formas distintas de intervenção pela política do setor, uma vez que há simultaneidade de problemas. Os critérios utilizados para definir a nova agenda nacional de saúde pública devem levar em conta as enfermidades com origem tanto na pobreza, quanto aquelas associadas ao processo de modernização da sociedade.

Neste sentido, Monteiro; Iunes; Torres; 1995, afirmam:

“A mensagem aí é clara: há que se liquidar os débitos da antiga agenda o quanto antes, mas uma estratégia em dois tempos não tem lugar no país. Não há tampouco lugar para duas agendas independentes: uma, tradicional, centrada no combate a doenças infecciosas e carências nutricionais e outra, nova, centrada na prevenção de riscos ambientais, na informação

sobre práticas de vida mais saudável e na busca da longevidade com qualidade de vida” (p. 353).

Parece estar claro que os autores defendem uma agenda única para a saúde pública, em que se perfilam velhos e novos males, o que exigirá escolhas racionais na alocação de recursos escassos. Paralelamente, medidas que escapam ao domínio específico do setor saúde (como extensão de serviços de saneamento) não podem prescindir no cenário político. As doenças crônico-degenerativas não possuem políticas de controle formuladas, o que acarretará no aumento da demanda dos serviços hospitalares como mais cirurgias, equipamentos médicos, entre outros, demonstrando a fragilidade intrínseca do setor. (Barreto e Carmo, 1995; Duncan e Schmidt, 1996).

O dinamismo que caracteriza o perfil de saúde da população brasileira requer a construção urgente de um sistema de vigilância e monitorização capaz de acompanhar a evolução das doenças transmissíveis, a desnutrição infantil, a mortalidade materna e perinatal e as doenças crônico-degenerativas, bem como revisar as estratégias de intervenção empregadas nas endemias. É necessário o estudo de intervenções eficazes no combate às doenças transmissíveis e o estudo do custo-benefício referente a incorporação de tecnologias pelo sistema público. É preciso ainda que as instituições de pesquisa, as universidades e outros centros de formação sintonizem o desenvolvimento científico do país com as prioridades de saúde pública.

As discussões neste campo têm criado espaços para a análise dos determinantes de saúde numa perspectiva ambiental e social, em contraposição ao enfoque apenas biologicista. Este debate envolve aspectos científicos e ideológicos sobre os destinos da sociedade humana, que pode ser traduzido na elaboração de políticas sociais voltadas à questão saúde.

O debate colocado aqui, demonstra que há um largo arsenal de recursos que permitem identificar e compreender os aspectos relevantes sobre a dinâmica das condições de saúde das populações humanas.

As transformações que ocorrem nos perfis epidemiológicos podem ser compreendidas ainda sob o ponto de vista do modelo de causalidade adotado. Atualmente, além do modelo multicausal, são adotadas três interpretações que privilegiam grupos diferentes de fatores de acordo com o problema enfocado e com os interesses explicitados: a *teoria do germe*, a qual goza de grande prestígio por associar agentes infecciosos a ocorrência de

doenças; a *teoria ambiental*, que surge a partir da observação de que os novos componentes gerados pelo processo industrial são responsáveis por uma vasta gama de problemas relacionados à saúde, e por último, a *teoria do estilo de vida*, a qual compreende a doença como conseqüência do modo de vida das pessoas. Esta baseia-se em estudos que verificaram associações entre diversos fatores como alimentação, falta de exercícios, hábito de fumar e beber, entre outros, e riscos aumentados de ocorrência de doenças nos indivíduos. (Barreto e Carmo, 1995)

Nesta perspectiva, a escolha da tuberculose como doença índice para esta pesquisa, além de basear-se numa estruturação razoável do serviço oferecido pelo sistema público de saúde de Lajeado, encontra eco em uma situação mundial e nacional de persistência da doença, para a qual há muitos anos existem medicamentos reconhecidamente eficazes de combate à doença, embora se evidencie a fragilidade do setor saúde no diagnóstico tardio da doença e na baixa taxa de sucesso dos tratamentos instituídos. (Monteiro, 1995). Como doença transmissível, a tuberculose situa-se no âmbito do interesse coletivo, envolvendo a responsabilidade dos órgãos de saúde pública.

Fatores isolados ou associados, bem como a conduta pessoal adotada pelos indivíduos enfermos contribuem para a disseminação da doença. Desnutrição, alcoolismo, más condições de moradia, cor negra e extremos de idade são alguns exemplos apontados que favorecem o contágio e desenvolvimento da doença. (Palombini, Hetzel e Silva, 1996).

Nos casos estudados em Lajeado, verificou-se a presença de alguns dos fatores destacados pelos autores. Neste sentido, a intervenção aqui apontada implica no fortalecimento de programas de educação para a saúde, que tenham como estratégias a conscientização de indivíduos para a adoção de práticas positivas frente a própria saúde e é desta forma que os ACS são chamados a atuar junto aos doentes.

5 APRESENTANDO OS RESULTADOS

Para fazer a análise dos resultados, foi estabelecido um caminho explicativo composto pela descrição do perfil do ACS e da capacitação efetuada com eles , bem como sobre o histórico e funcionamento do Serviço de Atenção à Tuberculose de Lajeado e a descrição dos dois grupos de doentes estudados.

5.1 Desenhando o personagem Agente Comunitário de Saúde

Ao iniciar a presente pesquisa, sentimos a necessidade de caracterizar o grupo de Agentes Comunitários de Saúde que atua em Lajeado, RS, uma vez que estes dados complementarão a análise efetuada sobre os resultados obtidos junto aos pacientes acompanhados pelos próprios ACS.

Para tanto, foi aplicado um instrumento de coleta de dados, com questões abertas e fechadas, para identificar escolaridade, sexo, atuação na comunidade, situação de saúde dos ACS, visão do ACS sobre saúde, sobre como seu trabalho pode contribuir na comunidade, a possibilidade de execução das tarefas propostas ao ACS pela Portaria 1886, entre outros. O grupo foi formado por 28 ACS, dos 30 que integram o Programa, uma vez que havia duas áreas descobertas pelo Programa no período da aplicação do questionário.

Os resultados a seguir relacionados referem-se aos *dados de identificação dos ACS*:

- Verificou-se o predomínio do *sexo* feminino entre os agentes com 92,8% ao lado de 7,2% eram masculinos, demonstrando que as mulheres estão mais inclinadas a buscarem ocupação relacionada ao cuidado, mesmo quando aplicada à comunidade, como, provavelmente, fazem na sua própria casa.
- Em relação ao *estado civil*, 78,6% eram casados; os demais dividiam-se entre solteiro, separado e viúvo.
- Quanto à *escolaridade*, a maior parte dos agentes possui primeiro grau incompleto, totalizando 46,4%; primeiro e segundo graus completos atingiu o percentual de 17,8% cada um; segundo grau incompleto, 14,3%; terceiro grau completo 3,6%. Este último percentual refere-se a um (1) ACS que possui curso de pedagogia e está aposentado.

Os dados revelaram uma baixa escolaridade dos ACS, pois a última série cursada variou entre a terceira e a sexta série do ensino fundamental.

Tabela 1: Dados de identificação dos ACS, Lajeado, 1999

N = 28

Variável	Porcentagem
Sexo	Feminino = 92,8% Masculino = 7,2%
Estado Civil	Casado = 78,6% Solteiro = 14,3% Separado = 3,6% Viúvo = 3,6%
Escolaridade	1º grau incompleto = 46,4% 1º grau completo = 17,8% 2º grau incompleto = 14,3% 2º grau completo = 17,8% 3º grau completo = 3,6%
Idade	20 a 30 anos = 28,5% 31 a 40 anos = 32,1% 41 a 50 anos = 25% 51 a 60 anos = 7,1% Mais de 60 anos = 7,1%
Tempo de serviço	Até 1 ano = 21,4% 2 anos = 33,6% 3 anos ou mais = 25%
Número de filhos	1 a 2 = 42,8% 3 ou 4 = 28,6% 5 ou mais = 14,3% Nenhum = 14,7%
Idade dos filhos	0 a 10 anos = 33,98% 11 a 20 = 31,7% 21 a 30 anos = 18,13% 31 a 40 = 6,78% Não tem filhos = 9,06%
Escolaridade dos filhos dos ACS*	1º grau incompleto = 33,98% 2º grau incompleto = 11,28% 2º grau completo = 6,78% 3º grau incompleto = 9,06% 3º grau completo = 4,5% Não tem filhos = 9,06% Fora da escola = 6,78% Fora da idade escolar = 18,13%

*Foi marcada mais de uma opção.

- A *idade* dos ACS variou de 20 a mais de 60 anos, havendo predomínio de pessoas com faixa etária intermediária, ou seja, 32,1% encontram-se na faixa etária entre 31 a 40 anos;
28, 5% encontram-se entre 20 a 30 anos. Se agruparmos estas duas faixas etárias, obteremos o percentual de 60,6% dos ACS. 25% estão entre 41 a 50 anos; 7,1% são os que possuem 51 a 60 anos e 7,1% mais de 60 anos. Se agruparmos os percentuais formados pelas faixas etárias de 41 a mais de 60 anos, obteremos um total de 39,2%.
- Foi questionado ao grupo o *tempo de serviço* dos integrantes. A variação apresentada foi de até 1 ano, com 21,4%; 2 anos de serviço no PACS-33,6% e, por último, 25% possuem mais de 3 anos neste programa, ou seja, 58,6% têm de dois a mais anos no PACS, demonstrando que a maioria é conhecedora do funcionamento do Programa e, portanto, de suas atribuições como ACS.
- Quanto ao *número de filhos*, 42,8% dos ACS possuem de 1 a 2 filhos; 28,6% possuem de 3 a 4 filhos; 5 ou mais filhos obteve 14,3% das respostas e nenhum filho apresentou o mesmo percentual.
- Com relação á *idade dos filhos* dos ACS, a variação apresentada foi de 0 a 40 anos, havendo predomínio de ACS que possuem filhos com até 10 anos, ou seja, 34%. Este dado coincide com a “escolaridade” dos filhos dos ACS nesta faixa etária, ou seja, Ensino Fundamental incompleto. Porém, relacionando a idade à escolaridade, foi observada uma taxa de 6,75% de filhos de ACS que estão fora da escola. Este dado se assemelha aos dados nacionais se comparado àqueles do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística(1992), no sentido de que “Das mais de 30 milhões de pessoas que ingressam no 1º grau nas escolas brasileiras, menos de 2 milhões conseguem chegar ao ensino superior, segundo dados da pesquisa de contagem da população.”

Tabela 2: Fóruns de participação dos ACS na comunidade, Lajeado, 1999
N = 28

Variável	Percentagem
Atuação em grupos organizados*	Escola = 24,75
	Igreja = 17,82
	Clube de mães = 7,92
	Grupo de jovens = 5,93
	Outros = 9,9
	Associação de Moradores = 22,77
Filiação em partido político*	Grupo de gestantes = 6,93
	Creche = 3,95
	Sim = 21,4 Não = 78,6

Os dados a seguir, referem-se à *participação dos ACS na comunidade*, uma vez que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde privilegia pessoas ativas em suas comunidades, por ocasião da seleção para ingresso no referido Programa.

- A atuação na comunidade deu-se das mais variadas formas, indo desde a escola dos filhos em primeiro lugar, passando pela associação de moradores, igreja, clube de mães, grupo de gestantes, grupo de jovens, creche, entre outros. Os valores percentuais variaram de 24,75% até 3,95%, em ordem decrescente de apresentação.
- Quanto à pergunta *filiação em partido político*, que buscava conhecer um maior envolvimento do ACS com as questões sociais de sua comunidade, apenas 21,4% revelaram-se positivamente, enquanto a maioria, 78,6% não o era.

Tabela 3: Situação sanitária dos ACS, Lajeado, 1999
N = 28

Variável	Percentagem
Moradia	Casa própria = 78,57
	Mora com os pais = 14,3
Saneamento básico	Mora com parentes = 14,3
	Aluguel = 3,6
Destino do lixo	Fossa = 71,42
	Fossa e rede esgoto = 28,57
	Coleta pública = 53,6
	Col. públ. e enterrado = 39,3
Água potável	Col. públ. E céu = 3,6
	Col. públ., enterrado e queimado = 3,6
	100% dos ACS dispõem de água potável

Os resultados seguintes estão relacionados à *situação sanitária dos ACS*.

- Com relação à *moradia*, 78,54% dos ACS residem em casa própria; 17,9% moram com pais ou parentes e apenas 3,6% moram de aluguel.
- Quanto ao *saneamento básico*, 100% dos ACS têm acesso à água potável; 71,42% possuem sistema de fossa séptica para esgoto e 28,57% possuem fossa séptica ligada à rede de esgoto.

No *destino do lixo*, destacaram-se a coleta pública, com 53,6% e coleta pública acompanhada do enterramento de lixo com 39,3%. Os 7,2% restantes dividiram-se entre coleta pública, enterramento e queima do lixo. O item “céu aberto” não obteve escores.

Tabela 4: Situação econômica dos ACS, Lajeado, 1999
N = 28

Variável	Porcentagem					
Renda familiar	Até 2 S.M.	=	17,85	Entre 2 e 4 S.M.	=	42,85
	Mais de 5 S.M.	=	39,3			
Situação econômica na família	Provedor	=	10,7			
	Contribuinte	=	82,2			
Ganho extra	Aposentadoria	=	10,7	Aluguel	=	3,6
	Rancho	=	3,6	Sem ganho extra	=	82,16

As próximas respostas referem-se à *situação econômica* da família.

- A *renda familiar* variou de menos de 2 Salários Mínimos a mais de 5, sendo que 42,85% recebem entre 2 a 4 SM; 39,3% referiram possuir renda familiar acima de 5 SM; e 17,85% relatou apresentar renda familiar menor que 2 SM. Este resultado se deve ao fato de a maioria dos ACS ser mulher e complementar a renda do marido, como veremos a seguir. Considerando-se a situação de renda no RS, estão melhor posicionados, uma vez que, conforme censo do IBGE em 1992, a região sul concentra maior número de pessoas com rendimento entre um e cinco SM.
- Em relação ao questionamento efetuado quanto à *situação do ACS frente à contribuição financeira na família*, 82,2% dos ACS referiram serem contribuintes com a renda familiar e apenas 10,7% são os provedores do lar, ou seja, nestes casos, o salário de ACS é a única renda que recebem. Ainda quanto à renda, foi questionado se os ACS possuem algum tipo de renda extra. A maioria, 82,14%, não possui renda extra. 10,75% referiram receber aposentadoria por outra função desempenhada no passado e 7,2% recebem ajuda através de rancho ou de casa alugada.

Tabela 5: Morbidade pessoal e familiar relatada pelos ACS, Lajeado, 1999
N = 28

Variável	Porcentagem					
Morbidade dos ACS*	Hipertensão	=	10	Gastrite	=	10
	Renite alérgica	=	6,6	Má circulação	=	6,6
	Hipotensão	=	6,6	Diabetes	=	3,3
	Outros	=	13,34	Em branco	=	43,37
	Morbidade da família do ACS	Doenças do ap. resp.	=	60,93	Ap. músculo-esquelético	=
	Doenças crônicas	=	10,9	Outros	=	9,37

*Foi marcada mais de uma opção.

Os dados relatados a seguir estão relacionados à *morbidade* apresentada pelo grupo de ACS pesquisado e sua família.

- Em relação à *morbidade dos ACS*, a maior parte dos ACS não respondeu a questão, num total de 43,37%. Aqueles que o fizeram, referiram ter apresentado gastrite e hipertensão, com 10% cada um; rinite alérgica, pressão baixa, diabetes e má circulação com 6,6% cada doença. 13,34% dos ACS referiram ter apresentado ou apresentar doenças diferentes das citadas, como varizes, depressão, sinusite, gripe, amigdalite e problemas com o “nervo ciático”.
- Na *morbidade apresentada pela família do ACS*, as doenças respiratórias se destacaram, englobando patologias como amigdalite, gripe, sinusite, infecção respiratória aguda. Outras patologias como diabetes, hipertensão, alcoolismo, gastrite, depressão, entre outras também foram mencionadas. As doenças respiratórias foram destacadas pelo grupo como as de maior gravidade enfrentadas pela família nos últimos dois anos.

Tabela 6: Hábitos e atividades de lazer relatados pelos ACS, Lajeado, 1999.
N = 28

Variável	Porcentagem
Hábitos	Tomar chimarrão = 67,85
	Tomar chimarrão e fumar = 21,42
	Fumar, beber e tomar chimarrão = 3,6
	Em branco = 7,14
Lazer*	Tomar chimarrão = 23,62
	Passear = 22,18
	Escutar rádio = 19,45
	Dançar = 9,72
	Fazer exercícios físicos = 9,72
	Outros = 8,33
	Assistir futebol = 6,94

*Foi marcada mais de uma opção.

Neste momento, far-se-á a apresentação das respostas dos ACS referentes a seus *hábitos, lazer e alimentação*.

- Hábitos: o hábito de tomar chimarrão foi citado por 67,85% dos ACS; em segundo lugar, tomar chimarrão e fumar estão presentes em 21,42% dos ACS; fumar, beber e tomar chimarrão foi citado por 3,6% dos ACS e 7,14% dos ACS não responderam a esta questão.

- Lazer: entre as diversas alternativas citadas pelo grupo, novamente tomar chimarrão foi a resposta mais freqüente, com 23, 62%, seguida bem de perto por passear com 22,18% e escutar rádio que atingiu o percentual de 19,45%; outras formas de lazer como dançar, fazer exercícios físicos, assistir a jogos de futebol, entre outras, também foram citadas.
- Alimentação: foram citados diversos alimentos consumidos, demonstrando que o grupo possui uma alimentação bastante diversificada, incluindo verduras, legumes, carnes em geral e farináceos. Entre os alimentos mais citados pelo grupo estão: leite, carne de frango, arroz, feijão, alface, cenoura e água.

Os dados a seguir referem-se à definição dos ACS sobre *pessoa saudável* (com saúde). Para melhor compreensão do texto, as respostas foram agrupadas em categorias, de acordo com as respostas apresentadas, pois houve predomínio de respostas que privilegiaram a preocupação com o corpo, com a mente, com a saúde associada às condições sociais ou com todos os fatores.

- Concepção Orgânica ou Biológica, aquela que privilegia a ausência de doenças e os cuidados com o corpo - foi apontada por 42% dos ACS. Alguns exemplos:
 - “Não ter doença”;
 - “Não fumar, não beber”;
 - “Quem tem capacidade para procriar”;
 - “Quem cuida da sua saúde, sabe se prevenir”;
 - “Boa higiene do corpo”;
 - “Visitar regularmente o médico”;

Concepção Mental: foi relacionada à postura mental do ACS frente à vida - citada por 26,37% dos ACS; Veja alguns exemplos:

- “Ser ativa, animada, alegre, bonita e feliz”;
- “Conseguir superar seus problemas”;
- “Viver bem, sem queixa”;
- “Aceitar conselhos dos mais velhos”;
- “Quem tem amor e quem ama”;
- “Saber separar trabalho e família”;

Concepção Social: aquela direcionada à forma de trabalhar, viver e relacionar-se na comunidade apontada pelos ACS – 16,48% dos ACS fizeram menção a esta resposta;

“Contribuir e participar das atividades da família e da comunidade”;
 “Ter alimentação adequada”;
 “Ter diversão, lazer e amigos;”
 “Boa moradia”;
 “Trabalhar”;

Concepção da Organização Mundial da Saúde: “Saúde é o completo bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças” – 14,28% referiram-se integralmente a esta resposta.

“Uma pessoa que está bem em todos os sentidos: físico, mental e psíquico”;
 “Saudável é uma pessoa que está bem física e mentalmente, pratica esportes, tem bastante atividades, não fuma, não bebe”;
 “Saúde- É saúde mental, que se alimenta de tudo, que tem trabalho, uma casa. Quem tem hábito de cuidar dela: como higiene, caminhadas, lazer, visita regularmente o médico para controle: criança precisa estudar brincar se relacionar, etc”;
 “Aquele que trabalha, diverte-se, está bem física e mentalmente”.

A partir destas respostas, podemos verificar entendimentos diferenciados por parte dos ACS sobre saúde. Há um grupo que se deteve nos aspectos biológicos da doença, centralizando no corpo o estar doente. Outro grupo ampliou a concepção ao inserir os aspectos mentais e sociais do cotidiano como forma de ser ou não saudável. E um pequeno grupo conseguiu agrupar todas estas características em uma só resposta.

Em relação ao entendimento dos ACS sobre ‘doença’, foram obtidos os seguintes resultados, agrupados de forma semelhante à questão anterior:

Concepção Biológica: perturbações sentidas pelo corpo - 57,14%. Alguns exemplos:

“É mau funcionamento do organismo, de todos os órgãos”;
 “O corpo fica desregulado, precisa da ajuda de remédios e médicos e sofre alterações”;
 “É quando o corpo da pessoa está debilitado”;
 “Doença é gripe, anemia, diabete, colesterol, coração e pressão alta”;
 “Um distúrbio orgânico”;
 “Debilitação do organismo causada por vírus, bactéria e outros”.

Concepção Biológica e Mental: distúrbios que afetam o corpo e a mente – 42,85%. Alguns exemplos:

“Um estado de sofrimento do corpo e da mente”;
 “Doença é tudo aquilo que atrapalha o nosso bem-estar, tanto do corpo como da mente”;

“Para mim, doença é a falta de defesas que o organismo tem, além da tristeza, desânimo, rancor, etc”;

“É uma pessoa deprimida que se queixa bastante e não previne antes que a doença chega”;

“Estar sempre depressiva, comer em excesso, não fazer exercícios físicos, não cuidar de si mesma. Não se auto-estimar.”

Os ACS definiram doença atribuindo praticamente a mesma importância aos aspectos físicos e psíquicos como contribuintes para a ocorrência de doenças. Ampliaram sua conceituação ao especificarem nomes de alguns germes, fizeram referência à depressão como uma forma de adoecimento psíquico e citaram nomes de doenças para explicitar claramente sua concepção sobre doença.

As respostas a seguir referem-se à visão do grupo de ACS sobre qual seria a *contribuição de seu trabalho à saúde das pessoas de sua comunidade*. As respostas variaram como segue:

- Prevenção de enfermidades: 32,14% ;
- Prevenção e cura de enfermidades: 14,3%;
- Auxílio à cura de enfermidades: 3,6%;
- Outras respostas: 50%.

Os ACS dividiram suas respostas em prevenção e cura de enfermidades, conforme prega a Portaria 1886 que regulamenta o trabalho dos ACS. Porém, um percentual significativo, ou seja, metade do grupo, respondeu de forma diferenciada a esta questão, revelando outra forma de compreensão sobre como seu trabalho contribuiria para a saúde das pessoas. Vejamos algumas citações:

“Vejo minha contribuição como boa, sempre pode melhorar, já tive muitas vitórias, pretendo cada vez melhorar mais, sinto as pessoas cada vez mais confiantes, isso me satisfaz e anima”.

“Vejo como uma forma de ajudar as pessoas nas suas dificuldades, as pessoas confiam no agente comunitário, às vezes esquecem que também temos problemas e família. Se pudesse, faria mais por elas.”

“Não muito positivo por falta de colaboração da própria comunidade, que dificulta muitos trabalhos que poderiam ser de grande valia para si próprio e também para todos. Ou seja, não reconhecem e não se esforçam para melhorar o seu dia a dia apesar de minha orientação ser freqüente”;

“Importante, pois, apesar de contribuir com minha comunidade através das orientações de prevenção em defesa da vida, serei mais uma pessoa ajudando minha pequena comunidade a dar direção a um Brasil melhor fazendo uso da saúde preventiva. Em resumo, é muito gratificante, porque ao longo de três anos a comunidade teve um grande crescimento, na parte de organização e compromisso com a saúde principalmente na parte da higiene”;

Estas últimas citações demonstram o grau de envolvimento, preocupação e dedicação dos ACS às famílias que acompanham. Por um lado, mostram sua satisfação ao atuarem junto à comunidade e receberem respostas positivas, através do seguimento de suas orientações. Por outro lado, expressam claramente sua frustração em não sentir o eco de seu trabalho na comunidade, quando as orientações fornecidas não são seguidas.

A última questão efetuada refere-se à *opinião dos ACS sobre as tarefas estipuladas pela Portaria 1886 serem ou não exequíveis*.

- 53,57% dos ACS consideram as atribuições possíveis de serem realizadas; 42,85% não responderam a esta questão. 3,6% consideram “mais ou menos” a possibilidade de realização das atribuições propostas pela portaria.

Vejamos se conseguimos apreender na próxima resposta os motivos que levaram um índice bastante expressivo de ACS a não responder a esta questão.

- Dificuldades levantadas pelos ACS para executar as tarefas propostas pelo PACS:

Estrutura municipal deficiente – 49,74%;

Famílias pouco colaboradoras – 12,56%;

Capacitação insuficiente – 6,27%;

Acompanhamento insuficiente dos profissionais da saúde aos casos levantados ou encaminhados pelos ACS – 6,27%;

Não ter dificuldades – 6,27%;

Resposta em branco – 3,16%.

Estas respostas evidenciaram a necessidade de apoio ao trabalho do ACS, pois uma de suas atribuições consiste em encaminhar as pessoas para atendimento nos serviços prestados pelo município, o que requer que este se estruture para atender a demanda (a qual vai ao encontro da proposta do Programa). No entanto, esta é a grande dificuldade levantada. Vale a pena ressaltar também que os ACS identificaram como insuficiente o atendimento dos profissionais aos casos levantados e encaminhados por eles, mesmo que em percentual reduzido. Estes dados demonstram que é preciso o serviço de saúde reestruturar-se para dar conta da demanda levantada pelos ACS.

- Facilidades encontradas pelo ACS para realizar as tarefas designadas pelo PACS:
Capacitação – 39,02%;
Estrutura de apoio municipal – 29,26%;
Apoio de lideranças e comunidade – 24,3%;
Conhecer a área de atuação – 4,87%;
Em branco – 2,43%

Esta questão evidenciou a necessidade de capacitação dos ACS para seu bom desempenho. Como estes trabalhadores não possuem preparo técnico, a educação em serviço é a peça fundamental para a viabilização de seu trabalho.

Os serviços oferecidos pelo município novamente foram considerados importantes, uma vez que eles são a referência do trabalho dos ACS.

Foi considerado baixo o índice citado pelos ACS relacionado ao “conhecer a área de atuação”, uma vez que este é um fator importante na escolha do candidato para que seu trabalho seja melhor aceito pela comunidade. Porém, como todos os selecionados residem há mais de dois anos na área de atuação, este dado acabou tendo menor relevância no momento de descrever as facilidades.

5.2 Falando sobre capacitação

Esta subseção é composta pela descrição da capacitação sobre tuberculose realizada com os Agentes Comunitários de Saúde; a apresentação dos resultados colhidos no pré e pós-teste aplicados aos ACS para verificar seus conhecimentos sobre tuberculose antes e depois da capacitação; e, por último, será apresentada a capacitação preconizada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

A capacitação sobre TBC foi desenvolvida em três módulos no mês de dezembro de 1999. Os dois primeiros foram iniciados com uma técnica participativa para educação em saúde, visando introduzir o tema. Na terceira e última capacitação, os ACS foram convidados a responder, em pequenos grupos, um questionário sobre seu compromisso frente à prevenção e tratamento da TBC.

Foi realizado inicialmente um pré-teste (anexo 2) sobre os conhecimentos dos ACS sobre TBC, visto que este tema já havia sido discutido com o grupo em capacitações no ano anterior. O grupo demonstrou possuir conhecimentos adequados em relação à sintomatologia, transmissibilidade e prevenção da TBC. Por causa disso, optou-se por dar maior ênfase aos aspectos sociais da doença, inspirando-se na pedagogia problematizadora de Paulo Freire.

5.2.1 Descrição da capacitação sobre tuberculose realizada com os Agentes Comunitários de Saúde

Primeira capacitação

Objetivo

- Despertar nos ACS um novo olhar, mais crítico e completo, sobre a realidade que os cercam, estimulando-os a observar fatos não percebidos no cotidiano.

Como aconteceu

O primeiro momento ocorreu em uma sala ampla, onde, normalmente, ocorrem as capacitações. Os ACS, em número de 22, ficaram sentados em círculo. A capacitação não foi a primeira atividade da manhã, visto que um dos ACS questionou a utilização de ervas naturais pelos próprios ACS. O momento foi aproveitado para discutir a utilização da medicina popular e os motivos que levam as pessoas a procurar curandeiros, benzedeadas e rezadeiras.

Após este momento inicial, foi realizada uma atividade diferente das anteriores: o “jogo do olhar e ver”, que busca identificar a diferença entre olhar e ver, bem como analisar a importância da percepção para o conhecimento da realidade.

A seguir, o grande grupo foi dividido em dois menores. Um deles teria que observar o que havia de novo ou o que ainda não havia sido percebido pelo grupo, na sala onde estávamos. O outro, em número par, teria que escolher um colega e, através do diálogo e observação, perceber algo de diferente ou novo. Para isso, os dois grupos tiveram o tempo de cinco minutos.

Resultados

A maior parte dos ACS do primeiro grupo fez constatações referentes à reforma da sala. Constatou a troca do piso, de cadeiras, da mesa e quadros, alteração do local de aparelho de ar condicionado, colocação de um pequeno palco na sala e diminuição do tamanho da mesma; observaram ainda a decoração de natal, presente apenas nesta época. O restante do grupo observou o que seria o objetivo desta oficina, ou seja, a observação do que não havia mudado na sala, porém, não observado anteriormente. Surgiram observações relacionadas às paredes da sala que possuíam diferentes materiais e texturas, sendo lisas em alguns pontos e ásperas em outros; referiram-se à divisória de madeira e às portas de vidro (que não haviam mudado com a reforma).

O segundo grupo, que realizou a observação de um colega, trouxe constatações do tipo:

- Não haver percebido a cor dos olhos de seu colega;
- não saber o sobrenome da colega;
- perceber a colega mais alegre e bonita;
- perceber a colega introspectiva, o que difere do habitual;
- uso de roupa diferente do habitual;
- conversar pela primeira vez com aquele colega.

Avaliação

A realização desta oficina permite chegar às seguintes constatações:

⇒ Em relação à primeira oficina, a maioria dos ACS se deteve em observar as novidades, relativas à reforma recente da sala. Apenas uma pequena parte atingiu o objetivo que era “lançar um novo olhar” à já conhecida sala e detectar aspectos não observados anteriormente.

Entretanto, os que atingiram o objetivo o fizeram de uma maneira clara, explícita, admitindo não ter detectado tais aspectos anteriormente.

⇒ Em relação ao segundo grupo, as constatações foram mais marcantes. Verificou-se uma certa falta de familiaridade entre os colegas e até falta de comunicação entre alguns, comprovada com uma situação que ocorreu com um ACS recém chegado no grupo, o que demonstrou a necessidade de trabalhos freqüentes como este para promover a integração do grupo.

Ao final dos relatos de todos os participantes, chegamos a algumas constatações em conjunto:

- “É preciso dispensar mais tempo para conhecer melhor o outro”. “É preciso observar o que é importante para o outro”. O “outro” tanto pode ser o colega de trabalho quanto as famílias orientadas pelos ACS. Isso proporcionaria intervenções mais acertadas e maior aceitação e colaboração por parte das famílias.

- “O grupo apresenta maior entrosamento entre alguns componentes e menor entre outros”. Isso pode estar ocorrendo no contato que o ACS tem com as famílias, e a oficina serviu para despertar o grupo neste sentido.
- “A maioria dos colegas prefere a companhia de seu(s) colega(s) de área”. Isso demonstrou que a prática de procurar e respeitar o diferente pode começar dentro do próprio grupo de ACS, servindo como exercício para as suas atividades na comunidade.
- “Respeitar o estar diferente”. Isso serviu para demonstrar que existem certos momentos em que fatores internos ou externos podem desencadear comportamentos positivos ou negativos, o que poderá afetar o desempenho do ACS tanto no grupo quanto na comunidade.
- “É preciso prestar mais atenção no outro e no ambiente”. Este pensamento resume o espírito que permeou este primeiro encontro e deixou claro que é preciso exercitar mais a observação em relação ao outro, o diferente, respeitando as diferenças e trabalhando-as de forma positiva para o crescimento do grupo e melhora dos serviços.

Durante a oficina, relacionamos a discussão ao tema proposto, ou seja, à necessidade de “olhar e ver”, o que existe além de patologias, como diabete, hipertensão, tuberculose, despertando um novo olhar sobre elas de modo a tentar entender o comportamento dos pacientes segundo sua própria ótica. Esta oficina buscou integrar e motivar o grupo para a capacitação.

Segunda capacitação

Objetivos

- Capacitar os ACS em relação à tuberculose, de modo a prepará-los para uma prática transformadora junto às comunidades onde atuam;
- Estimular a participação ativa do grupo na construção conjunta do conhecimento, resgatando elementos do cotidiano dos ACS que contribuam para sua aprendizagem;
- Desenvolver um processo coletivo de discussão e reflexão sobre a tuberculose e suas implicações no trabalho dos ACS.

Como aconteceu

O segundo encontro de capacitação ocorreu no mesmo ambiente do primeiro. Os 25 ACS estavam dispostos em círculo. Foi proposta uma reflexão sobre os aspectos clínicos da tuberculose. As atividades foram iniciadas com uma oficina que levou a refletir sobre como o serviço de tuberculose, bem como os demais serviços de saúde, estavam estruturados no município de Lajeado, para dar o suporte assistencial necessário ao encaminhamento de soluções aos problemas de saúde apresentados.

A oficina proposta foi “O jogo dos bichos”. Foram colocados sobre uma mesa, no centro do círculo, 25 doces de três tipos diferentes. Havia uma caixa de chocolates “Bis”, três chocolates “Talento” e o restante de “Stik”.

Foi solicitado que retirassem um papel com nomes de bichos e o mantivessem fechado. Havia apenas um ‘leão’, um ‘cavalo’, um ‘jacaré’, um ‘coelho’ e diversos ‘ratos’. Após a distribuição, deveriam olhar o que estava escrito, e o detentor do bicho ‘leão’ deveria dirigir-se ao centro da sala e escolher o doce que mais lhe agradasse. O mesmo se repetiu isso com o ‘cavalo’, o ‘jacaré’ e o ‘coelho’.

Durante o processo, os participantes foram estimulados a escolher o melhor doce que estava sobre a mesa, salientando-se que havia para todos. A escolha foi tranqüila. Os 4 primeiros ‘bichos’, à medida que foram sendo chamados, levantavam-se, um por vez.

Os quatro primeiros ACS escolheram o chocolate “Stick” e deixaram a caixa de “Bis” e os três chocolates “Talento” sobre a mesa (eram os maiores).

Após, foi solicitado às demais pessoas (21) que receberam o nome “rato” em seu papel que se dirigissem ao centro do círculo para escolher o seu doce. Neste momento, houve disputa e um pequeno tumulto, pois a maioria deslocou-se rapidamente para escolher o melhor doce que havia sobre a mesa. Um pequeno número de ACS aguardou os colegas retornarem aos seus lugares para se servirem calmamente com os doces restantes.

Resultados

Após todos estarem degustando seu doce, foram questionados sobre sua leitura daquele momento. Os depoimentos são:

- A escolha individual inicial foi mais tranqüila, sem concorrência. Os primeiros que se serviram puderam escolher o que gostam. Os “ratos”, neste caso, também tiveram a chance de escolher entre os três tipos de doces deixados sobre a mesa. Apenas uma pequena parcela de ACS, que não se apressou em escolher seu doce, serviu-se com o que restou.
- Os doces escolhidos pelos quatro primeiros “bichos” não foram os maiores e os motivos referidos para a escolha foram:
 - ▶ “Gosto pessoal”,
 - ▶ “educação”;
 - ▶ “lembrou dos colegas que viriam depois e deixou os melhores doces para o final”.

Após estas colocações, propôs-se uma comparação entre a cena ocorrida e o dia-a-dia das pessoas que procuram assistência à saúde nos serviços oferecidos pelo município. As respostas variavam no sentido de: a população sabe que têm “direito a tudo” e quer ser favorecida por todos os serviços oferecidos, independente de possuírem ou não renda. E, havendo limite de recursos públicos, na maioria das vezes, estes esgotam-se no início de

cada mês. Assim, as famílias de baixa renda e, conseqüentemente, os mais necessitados, acabam não sendo beneficiados.

Por outro lado, foi citado o exemplo de uma família que possui renda semanal de cinquenta reais e recusou o brinquedo oferecido na campanha que antecedeu o natal, por lembrar de outras crianças que estavam mais necessitadas do que as suas.

Prosseguindo a discussão, alguns ACS lembraram que as pessoas têm a sua parcela de responsabilidade em relação a sua própria saúde e que, muitas vezes, não a cumprem. Citaram o seguro-desemprego e os auxílios recebidos como uma forma de algumas famílias “acomodarem-se” à situação em que vivem, não buscando alternativas melhores. Lembraram ainda a forma como algumas pessoas expõem-se a determinados riscos que podem comprometer sua saúde. Mesmo recebendo orientações e informações sobre doenças, continuam praticando ações não recomendadas.

Foram lembradas as pessoas que vivem em comunidades carentes, que poderiam colaborar com seu trabalho, esforço e boa vontade para realizar melhorias em proveito próprio, e partilhar o “pouco” que sabem e possuem com outros mais necessitados.

Ao final da dinâmica, o grupo refletiu especificamente sobre o serviço de atenção à TBC em nosso município, analisando o acesso dos pacientes à consulta médica, exames e medicamentos e se os portadores da doença sofriam algum tipo de preconceito nas comunidades onde os ACS atuam. A resposta foi unânime ao afirmarem que é o melhor serviço oferecido pelo município, e que as situações acima mencionadas referem-se aos demais serviços de saúde do município.

O preconceito contra a TBC está muito mais relacionado ao medo dos familiares, de contraírem a doença do que a um tabu propriamente dito. Percebe-se, através das colocações dos ACS, um certo “costume” por parte das comunidades em possuírem casos de doenças graves nas famílias, como AIDS, TBC, entre outras.

Deste momento em diante, passamos a estudar a TBC, com o auxílio de um polígrafo explicativo sobre a doença, sendo enfocada a prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose, bem como as atribuições dos ACS. O grupo que detinha informações essenciais sobre a patologia, como formas de transmissão, risco de contágio, prevenção à disseminação da doença, realização do exame baciloscópico, necessitou apenas reforçar o conhecimento adquirido em capacitações anteriores.

Avaliação

▪ Os quatro primeiros ACS que puderam escolher calmamente seu doce não escolheram os maiores, contrariando minha expectativa. Atribuo isso ao fato de os ACS serem pessoas simples, que vivem com pouco ou sem nenhum luxo, acostumados a terem o essencial para viver. São pessoas que possuem um elevado senso de humildade e igualdade. Creio que a forma individual da escolha inicial causou algum constrangimento nos ACS, inibindo-os em sua escolha, uma vez que os demais colegas os observavam atentamente.

▪ No segundo momento da oficina, quando o grupo maior de ACS dirigiu-se à mesa central, o clima foi de concorrência e competitividade, resultando até em alguns empurrões. Esta atitude demonstra o “outro lado” vivenciado no cotidiano do trabalho dos ACS. Os primeiros a chegar são os que conseguem ser atendidos em suas necessidades, porém não necessariamente em sua totalidade.

▪ Um pequeno número de ACS levantou-se calmamente para pegar os doces que restaram, o que demonstra ou não haver maior interesse por chocolate, não gostar de aglomerações ou ainda pouca disposição para buscar o melhor doce para si.

▪ A capacitação serviu para reforçar conhecimentos anteriores e apontar novos, estimulando a prevenção da disseminação da tuberculose, a importância da vacina BCG, os esquemas de tratamento e as atribuições dos ACS preconizadas pelo Programa de Controle da Tuberculose.

▪ Percebi o grupo estimulado a participar mais ativamente das capacitações, inclusive mais atentos durante nossa conversa, ao mesmo tempo em que demonstraram apreciar técnicas de grupo interativas que possibilitam a melhoria do conhecimento mútuo.

Terceira capacitação

Objetivos

- Verificar o grau de entendimento dos ACS a respeito da TBC;
- reforçar junto ao grupo de ACS suas atribuições frente à TBC;
- colher as impressões dos ACS a respeito da capacitação sobre TBC e as sugestões para os próximos encontros.

Como aconteceu

O último encontro desenvolvido junto aos ACS sobre TBC ocorreu de forma semelhante aos dois anteriores. O texto de apoio iniciado no segundo momento foi concluído e houve espaço para novos questionamentos.

A seguir foi solicitado aos ACS que formassem cinco grupos com cinco integrantes cada um e que respondessem à seguinte questão: **“Qual é meu compromisso como ACS frente à prevenção e tratamento da TBC?”**

Para auxiliá-los na tarefa, foram distribuídos cartazes e canetas onde as respostas seriam escritas e posteriormente apresentadas ao grande grupo. Cada grupo pôde utilizar a quantidade de cartazes necessários à execução da tarefa.

Ao final da apresentação dos grupos, foi solicitado que respondessem novamente ao questionário inicial sobre TBC (anexo 2), bem como que realizassem uma avaliação individual sobre os três momentos em que discutimos a respeito da TBC. A avaliação foi subdividida em pontos positivos, negativos e sugestões.

Resultados

A apresentação dos resultados do último encontro sobre TBC foi dividida em duas partes para fins didáticos, uma vez que ocorreram atividades distintas.

Iniciarei a descrição relatando as respostas do grupo frente à pergunta “Quais são minhas atribuições como ACS frente à prevenção e tratamento da TBC?” Em seguida será apresentada a avaliação deste momento, bem como a avaliação final sobre todos os encontros realizados.

Atribuições dos agentes comunitários frente à tuberculose, segundo eles próprios:

As respostas apresentadas a seguir foram retiradas dos cartazes confeccionados pelos ACS e agrupados em categorias referentes à prevenção, controle da doença e tratamento.

Prevenção

- “Investigar, orientar a pessoa fazer o exame de escarro”.
- “Orientar os comunicantes da família a fazer o exame de escarro ou que o médico achar melhor”.
- “Investigar os comunicantes”.
- “Busca ativa de novos suspeitos”.
- “Busca ativa dos casos suspeitos, solicitando o exame de escarro”.
- “Fornecer o material para teste de escarro”.
- “Investigar a doença na comunidade”.
- “Observar e investigar os sintomas: tosse constante, suores noturnos, febre à tardinha e emagrecimento”.

- “Orientar os cuidados com as demais pessoas em contato mais próximo”.
- “Orientar sobre precauções de contágio da doença aos comunicantes”.
- “Falar sobre a doença e a prevenção”.
- “Ajudar a lutar contra o preconceito”.
- “Orientar a família a manter a vacina BCG em dia”.
- “Reforçar a importância da vacina BCG”.

Prevenção e controle da doença

- “Reforçar os cuidados nas duas primeiras semanas em relação aos comunicantes”.
- “Orientar o paciente a ter cuidados com os seus objetos pessoais por duas semanas para não contaminar os que o rodeiam”.

Controle da doença

- “Orientar o paciente a fazer acompanhamento médico periódico”.
- “Se vai ao médico mensalmente e se toma a medicação corretamente”.
- “Ir no posto verificar se estão se tratando mesmo”.
- “Investigar seu tratamento”.
- “Ter contato constante com o posto de saúde devido a pacientes faltosos”.
- “Buscar e orientar pacientes faltosos em abandono de tratamento”.
- “Visitar com mais frequência o paciente, dependendo do caso”.
- “Dentro das visitas mensais às famílias dar um atendimento especial ao tuberculoso”.
- “Observar os exames de escarro”.

Tratamento

- “Animá-lo nas visitas a continuar o tratamento até o fim”.
- “Jamais interromper o tratamento sem terminá-lo”.
- “A importância de acompanhar o paciente para que ele faça o tratamento correto nas duas primeiras semanas e orientá-lo para uso correto sem interrupção durante seis meses para cura total”.
- “Incentivar a tomar os medicamentos corretamente”.
- “Incentivar o paciente a fazer o tratamento correto e completo”.
- “Incentivá-lo a fazer o tratamento”.
- “Acompanhar o paciente semanalmente se está tomando os remédios certos”.
- “Orientar quanto às reações dos medicamentos”.
- “Se tiver reações adversas ao medicamento, encaminhá-lo imediatamente ao médico”.

Avaliação do último encontro

- Em relação à **prevenção**, o exame de escarro foi citado por três grupos, tanto voltado ao diagnóstico de um caso suspeito, como na investigação dos comunicantes.

Isto é devido à facilidade com que este exame é realizado, através do encaminhamento dos pacientes pelos ACS ao posto de saúde.

Neste sentido, o exame de escarro tem papel fundamental no trabalho do ACS, à medida que confirma ou não uma suspeita, trazendo benefícios à família e à comunidade, seja através do descarte de uma suspeita ou do início imediato do tratamento, minimizando ou evitando a transmissibilidade da doença. Foi lembrada ainda a distribuição dos recipientes próprios para coleta de secreção pulmonar efetuada pelos ACS, para que os pacientes encaminhados ao posto de saúde já levem o material a ser examinado.

Foi lembrado também a importância da consulta médica, como forma de avaliar corretamente o caso e definir outros métodos de diagnósticos e de investigação.

Em relação ao fornecimento de orientações sobre a doença, ficou claro que o ACS identifica esta como uma de suas principais atribuições, ao contemplar diversas respostas neste sentido.

Estas variaram desde a investigação da doença propriamente dita na comunidade, através da observação dos sintomas da mesma; os cuidados que o portador da doença deve ter para não contaminar seus comunicantes e ainda esclarecer sobre o que é TBC, no sentido de dirimir dúvidas e o preconceito ainda existente em torno da doença.

A vacinação contra a TBC/BCG também foi lembrada pelos ACS como forma de prevenção da doença, mantendo a vacina atualizada entre as crianças.

Em virtude do exposto acima, é possível concluir que os ACS possuem a compreensão necessária sobre sua função frente à prevenção da TBC.

- Outra função bastante clara, apesar de não ter havido uma indagação direta aos ACS, diz respeito ao **controle** da doença, aqui entendido como todas as atividades do ACS dirigidas a verificar se os pacientes cumprem as orientações fornecidas pelos mesmos referentes à prevenção e tratamento da TBC.

Esses aspectos ficaram claros através das observações colocadas nos cartazes, relacionadas à necessidade de consulta médica regular e à continuidade do tratamento até a cura. A verificação de faltosos, através de um contato mais próximo dos ACS com o posto de saúde, bem como a busca ativa dos mesmos também foram salientados pelo grupo.

O exame de escarro novamente foi salientado pelo grupo, como forma de se certificar de que o uso dos medicamentos está sendo feito de forma regular pelo paciente, o que leva a um resultado negativo quanto à presença do bacilo causador da TBC na secreção pulmonar.

- Por fim as colocações feitas pelos ACS em relação ao **tratamento** reforçam alguns aspectos citados no item anterior. Os ACS deram grande importância à continuidade do tratamento, sem interrupções até a conclusão do mesmo. Os efeitos adversos também foram mencionados, demonstrando que os ACS sentiram a importância de orientar os pacientes como proceder frente aos mesmos.

Outro aspecto relevante salientado pelo grupo é referente à atenção especial que os portadores de TBC precisam ter diante do longo período de tratamento exigido por esta patologia. Os ACS demonstraram compreender o quão difícil pode ser chegar à conclusão do tratamento com sucesso, se o paciente não estiver motivado e não for persistente o bastante para tal.

Avaliação de todos os encontros para capacitação de acordo com os ACS

A avaliação dos encontros, realizada em grupos de dois integrantes ou individualmente, apresenta pareceres relacionados a aspectos positivos, sugestões e aspectos negativos. Não foi solicitada a identificação dos ACS.

Aspectos positivos e sugestões

As respostas apresentadas foram agrupadas de acordo com as seguintes categorias: jogo do olhar e ver, aspectos cognitivos sobre a TBC, integração do grupo, dinâmica das capacitações e sugestões e aspectos negativos.

A) Jogo do olhar e ver

Os ACS, ao emitirem seus pareceres, fizeram menção especificamente à primeira oficina realizada. As respostas foram:

- “Faz abrir os olhos para mais coisas (...);”
- “Ajudou a ver melhor. Observar melhor em tudo as pessoas que a gente visita. Se estão saudáveis, ou têm alguma doença”;
- “A gente pode ver muitas coisas ao nosso redor se a gente aprender a dar mais atenção nas visitas”;
- “Despertou o nosso senso de observação em muitos aspectos”;
- “Aumento da capacidade de observação”.

Pelas colocações acima, pode-se perceber o quanto os ACS apreciaram o uso de uma técnica participativa para a educação em saúde. A realização da mesma possibilitou atingir os objetivos propostos, o que pode ser verificado quando os ACS afirmam terem sido despertados para prestar mais atenção nas situações encontradas nas visitas que realizam.

B) Aspectos cognitivos sobre a TBC

Os ACS demonstraram ter aumentado seus conhecimentos em relação à TBC, uma vez que emitiram diversos pareceres favoráveis, não apenas em relação à TBC, mas também em relação a doenças contagiosas em geral.

- “Deu para ver melhor a doença, a higiene e tudo em geral”;
- “Consegui entender melhor coisas que já sabia”.
- “Maiores conhecimentos sobre TBC. Obtivemos mais facilidades para trabalhar com a doença na área”;
- “Doenças que podem ser evitadas fazendo tratamento e exames”;
- “Aumento de conhecimentos em relação a doenças contagiosas”;
- “Aprendi coisas novas que às vezes passam despercebidas”;
- “(...) com certeza com esse treinamento poderemos ajudar a evitar novos casos da TBC”;
- “Estamos mais capacitados para orientar a comunidade em relação à TBC”;
- “(...) Agora não tenho nenhum caso de TBC, mas é bom estar atento e preparado para saber identificar a doença”.

Também houve destaque para a importância da capacitação para a prevenção de casos novos de TBC:

- “(...) ensina a ver sintomas da doença nas visitas, porque desperta atenção.
- (...) porque aprendi coisas muito importantes sobre a TBC, descobrindo reações, tratamento, trabalho em grupo, ouvindo o pensar de cada um dos colegas”.

Ainda em relação ao aprendizado sobre TBC, houve um ACS que listou algumas de suas tarefas, demonstrando que, para ele, o importante é o ACS ter claro quais são suas atribuições frente à TBC:

- “Importância da vacina BCG na infância;
- fazer exame de escarro;
- visitas semanais em casos suspeitos;
- fornecer os potes;
- tomar medicação correta para ter resultado imediato; com duas semanas de tratamento, a ‘TBC’ não é mais transmitida”.

C) Integração do Grupo

Os três encontros realizados para capacitar os ACS sobre a TBC serviram também para integrar e unir o grupo.

Nas capacitações realizadas anteriormente sobre outros assuntos não foram empregadas técnicas participativas, sendo, neste momento, novidade para o grupo, que demonstrou ser algo necessário e desejado por eles.

As oficinas realizadas durante a capacitação sobre a TBC demonstraram que há falta de integração entre o grupo e que existiam colegas que ainda não haviam conversado entre si, mesmo encontrando-se periodicamente nas capacitações.

As colocações relacionadas à integração do grupo feitas durante a avaliação foram:

- “Oportunidade de troca de idéias com colegas no grupo”;
- “Através das atividades de ver e enxergar e dos bichos também foi possível perceber como o próprio grupo ainda não é unido”;
- “Achei muito boa a capacitação, serve para nos ajudar no nosso trabalho diário com as pessoas e também com os colegas do PACS.

D) Dinâmica da capacitação e sugestões

Em relação a este item, os ACS mostraram-se satisfeitos com a dinâmica desenvolvida. Demonstraram ter aprovado o uso das técnicas participativas e sugeriram que fossem novamente utilizadas, incluindo a atualização sobre a TBC.

As colocações feitas neste sentido foram:

- “Encontros mais atrativos e proveitosos”;
- “Achei ótimo. Aprendi bastante”;
- “Oficina enxergar e ver para a TBC positiva (...)”;
- “Toda a capacitação foi positiva (...)”;
- “Muito boa a orientação sobre o treinamento contra a TBC (...)”;
- “Gostamos muito de falar sobre o assunto TBC (...)”;
- “Gostaria que continuássemos com este tipo de aprendizagem”;
- “Poderiam ser feitas mais neste sentido. Aprende-se mais”;
- “À medida que as coisas vão surgindo sobre a TBC realizar mais capacitações”.

E) Pontos negativos

Quanto a esse item, houve apenas uma colocação no sentido de ser negativo o comportamento de um paciente com TBC que não realiza o tratamento corretamente. Houve aqui uma certa confusão ou mal-entendido quanto à questão formulada, que referia-se aos aspectos negativos observados nas capacitações realizadas sobre TBC.

A colocação feita refere-se às:

- “(...) pessoas que não fazem o tratamento certo e cuidados que têm que ter quanto à doença.”

5.2.2 Pré e pós-teste: resultados e avaliação

Os resultados referentes aos questionários aplicados aos ACS para verificar os conhecimentos sobre TBC antes e depois da capacitação, estão apresentados na íntegra na tabela 7. As respostas foram avaliadas individualmente e tabuladas como ‘Satisfatórias’ e ‘Insatisfatórias’. Após a apresentação, será feita a apreciação dos resultados.

Tabela 7: Conhecimentos dos ACS sobre TBC antes e depois da capacitação, Lajeado, 1999

Pergunta	Respostas anteriores a capacitação (N = 28)	Respostas posteriores a capacitação (N = 23)
O que é tuberculose	Satisfatórias 28 (100%)	Satisfatórias 23 (100%)
Sinais e sintomas da TBC	Satisfatórias 26 (92,8%) Insatisfatórias 2 (7,14%)	Satisfatórias 20 (86,95%) Insatisfatórias 03 (13,04%)
Transmissão da TBC	Satisfatórias 28 (100%)	Satisfatórias 22 (95,65%) Insatisfatórias 01 (4,34%)
Descrição do paciente com TBC pelo ACS	Satisfatórias 22 (78,6%) Insatisfatórias 06 (21,4%)	Satisfatórias 21 (91,3%) Insatisfatórias 02 (8,69%)
Orientações ao doente	Satisfatórias 23 (82,2%) Insatisfatórias 05 (17,8%)	Satisfatórias 22 (95,65%) Insatisfatórias 01 (4,34%)
Orientações à família do paciente	Satisfatórias 28 (100%)	Satisfatórias 23 (100%)
Relação entre TBC e AIDS	Satisfatórias 16 (57,14%) Insatisfatórias 12 (42,85%)	Satisfatórias 19 (82,60%) Insatisfatórias 04 (17,39%)

- O número total de acertos foi superior no pré-teste (194) e não no pós-teste (171). Isso ocorreu, porque todos (28) os ACS responderam ao primeiro instrumento. Na aplicação do segundo, 05 ACS estavam afastados: 03 ACS estavam em férias e 02 foram desligados do programa. Apenas 23 responderam ao instrumento.
- Houve a repetição dos mesmos erros no pré e no pós-teste em 05 casos. Três deles referiam-se à associação AIDSxTBC, para o qual não haviam sido capacitados. Um ACS referiu-se à sintomatologia da doença e outro às suas atribuições frente ao paciente com TBC.

Um terceiro ACS apresentou uma resposta incompleta e 03 ACS deixaram resposta em branco, no pós-teste.

- Entre os 06 ACS que tiveram de 03 a 04 respostas erradas no pré-teste, 03 acertaram todas as questões colocadas no pós-teste, 02 repetiram os mesmos erros iniciais e um ACS não respondeu, por estar em férias.
- Entre os 9 ACS que apresentaram de 01 a 02 erros no primeiro teste, 07 acertaram todas as questões no pós-teste e os demais repetiram os erros cometidos no pré-teste.
- E, finalmente, entre os 13 que acertaram todas as respostas no pré-teste, 06 novamente acertaram todas as questões; 04 não responderam por estarem afastadas; 02 ACS deixaram respostas em branco e 01 respondeu errado a uma questão.

A avaliação da capacitação foi parcialmente prejudicada uma vez que parte dos ACS não respondeu ao pós-teste. Porém, como podemos verificar, o número de acertos foi muito bom no pré-teste, demonstrando que a maioria detinha conhecimentos sobre a doença em questão. O número de erros no pré-teste foi baixo na maior parte do grupo e médio na outra parcela. Entretanto, este número melhorou após a capacitação. Quase a metade dos ACS acertaram todas as questões no pós-teste.

Ao comparar os dois resultados, podemos verificar que, de maneira geral, houve acréscimo de conhecimentos, verificado através do número menor de respostas insatisfatórias nas questões 1, 4, 5, 6, 7 no pós-teste, o que é fundamental para a realização de um bom acompanhamento dos pacientes pelos ACS, pois o objetivo desta capacitação foi o de instrumentalizar o grupo e avaliar sua contribuição na prevenção, controle e tratamento da tuberculose.

5.2.3 Capacitação preconizada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde

A portaria 1886 de 18 de dezembro de 1997, que aponta as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, prevê nas 'Diretrizes Operacionais', a capacitação do ACS voltada para sua realidade de trabalho, estando os temas escolhidos direcionados aos problemas de saúde e do meio ambiente

das comunidades assistidas, bem como às dificuldades encontrados pelos ACS para desempenhar adequadamente suas funções. “O conteúdo das capacitações deve considerar as prioridades definidas pelo elenco de problemas identificados em cada território de trabalho” (Brasil, 1997). Esta capacitação é de responsabilidade do enfermeiro que atua no local (município) e deve ocorrer em serviço.

Segundo a mesma portaria, o “ACS deve ser capacitado para prestar assistência a todos os membros das famílias acompanhadas, de acordo com as suas atribuições e competências. A capacitação deve ocorrer em serviço, de forma continuada, gradual e permanente, sob a responsabilidade do instrutor-supervisor, com a participação e colaboração de outros profissionais do serviço local de saúde”.

Esta é uma das atribuições do enfermeiro, que também deve ser capacitado para tal. Por isso, a mesma portaria, na seção ‘Prerrogativas’, coloca que o município, apoiado pela Secretaria da Saúde do Estado, deve proporcionar as condições para promover a capacitação do enfermeiro: “No âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ao município cabe: (...) Garantir as condições necessárias para o processo de capacitação e educação permanente dos enfermeiros instrutores-supervisores, com apoio da Secretaria Estadual de Saúde”.

São atribuídas ainda “responsabilidades” específicas à Secretaria Estadual da Saúde, relacionadas à capacitação dos ACS referentes a “Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos facilitadores ao processo de formação e educação permanente dos ACS e promover intercâmbios de experiência entre diversos municípios, objetivando disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria do atendimento primário à saúde.”(Brasil, 1997). Estas mesmas atribuições são colocadas também como “Responsabilidades do Ministério da Saúde”.

O texto aqui relatado é a totalidade do que consta sobre capacitação, tanto do ACS como do enfermeiro. Como pode-se observar, não está definido como a capacitação deve ser conduzida, deixando ao município e, mais especificamente, ao enfermeiro, a decisão sobre quais recursos, técnicas ou mesmo parcerias utilizar. Isto, por um lado, dá autonomia ao trabalho do enfermeiro. Por outro, exige que o enfermeiro se articule com os demais profissionais envolvidos, sobre as questões referentes às prioridades a serem atendidas pela equipe, com as quais o ACS pode colaborar, servindo de elo de ligação entre a unidade de

saúde e as famílias acompanhadas; exige que o enfermeiro mantenha-se atualizado nos conhecimentos técnico-científicos, instrumentalizando-se quanto aos recursos didático-pedagógicos, adotando teorias da educação que colaborem para a educação de adultos, visando capacitá-los para a educação para a saúde.

Como a educação para a saúde é uma atividade que ocorre paralela a outras tantas desempenhadas pelo município e, com as quais os ACS devem articular-se, estes precisam estar capacitados a usar adequadamente os recursos disponíveis para auxiliar no seu trabalho. Assim sendo, o enfermeiro possui grande responsabilidade junto à capacitação dos ACS e cabe a ele promover a integração entre as atividades dos ACS e os demais serviços, buscando atenção integral à saúde da população assistida.

5.3 Histórico e funcionamento do Serviço de Atenção à Tuberculose do município de Lajeado

O Serviço de Atenção à TBC existe no município há 18 anos. Foi implantado inicialmente na 16ª Delegacia de Saúde, com sede em Lajeado, atendendo ao Programa Nacional De Controle Da Tuberculose, instituído pelo governo federal.

Lá funcionou por 10 anos, quando foi transferido para a Unidade Sanitária – Centro de Saúde, onde está há 8 anos. Antes de ocorrer a Municipalização da Saúde em Lajeado, a referida unidade estava vinculada ao Estado.

Após 1995, quando Lajeado municipalizou os serviços de saúde, esta unidade passou a ser responsabilidade do Município, bem como a manutenção dos serviços oferecidos, mesmo que ainda houvesse alguns profissionais contratados pelo Estado. O serviço conta com um médico pneumologista (que atua também como clínico geral), uma enfermeira (que atua há 18 anos) e uma auxiliar de enfermagem (que atua há 6 anos no serviço). Estes profissionais atendem também ao setor de vacinação infantil e ao serviço de atenção aos hansenianos.

Em agosto de 1996, foi implantado no município o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que veio colaborar com o respectivo serviço, através do fornecimento de orientações e acompanhamento aos portadores da doença.

A denominação dupla para o local em questão deve-se a troca de comando, ou seja, enquanto vinculado ao estado chamava-se “Unidade Sanitária, da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente, do Estado do Rio Grande do Sul, [que] é a unidade ambulatorial subordinada técnica e administrativamente à mesma, destinada a prestar, pelo menos, ações básicas de saúde à população”.(RS, 1985, p.VII.002). No município é chamado Centro de Saúde.

O Ministério da Saúde adota classificação diferenciada para este local: entendo como seja Posto de Saúde a unidade que não possui médico diariamente e como Centro de Saúde, a unidade que possui assistência médica diária. (op cit.).

O Centro de Saúde é caracterizado ainda como Centro de Saúde Especializado, assim denominado por possuir assistência à saúde de maior complexidade, ou seja, possui as-

sistência médica geral diária; assistência especializada (tuberculose, hanseníase, dermatologia, entre outros), sendo referência para os Postos de Saúde. Possui ainda serviço de perícia médica e autoridade sanitária. É único no município. (RS, 1985, p. VII 003).

As ações desenvolvidas no Centro de Saúde pelo Programa de Controle da Tuberculose (PCT) têm como meta principal a redução de um problema de saúde pública, reconhecido como importante em nosso meio, tendo em vista o número de casos anuais de tuberculose pulmonar contagiante em adultos, a mortalidade por tuberculose e a associação crescente com a AIDS. (NTO, 1997).

As ações a serem executadas pelas equipes dirigem-se à *prevenção* da disseminação da doença, através da proteção aos sadios, *diagnóstico*, ou seja, descobrir as fontes de infecção e *tratamento* para anular estas fontes.

Medidas de prevenção

Dentro das medidas de “prevenção” está incluída a vacinação BCG (Bacilo Calmette-Guérin), destinada a proteger as pessoas não infectadas por tuberculose, conferindo-lhes um grau de proteção de 70 a 80% por, no mínimo, 10 anos. É feita via intradérmica. Esta vacina induz à alergia tuberculínica, mensurável por meio de teste tuberculínico, na maioria dos vacinados.

Até 1976, a BCG era aplicada em dose única, a partir dos 6 anos, quando a criança começava suas atividades escolares. A partir da portaria 452 de 06/12/76, ela passou a ser obrigatória para crianças menores de um ano, podendo ser administrada a partir do nascimento do bebê. Conforme recomendação do Ministério da Saúde, está indicada a aplicação de uma dose de reforço a partir dos 6 anos de idade. A meta é atingir 100% das crianças até um ano de idade.

Outra medida de prevenção preconizada pelo Programa é a “quimioprofilaxia”, através do medicamento isoniazida, ministrado de acordo com o resultado do teste tuberculínico. Esta medida busca a redução do risco de indivíduos infectados pelo bacilo da TBC adquirirem a doença.

Realização do diagnóstico

Em relação ao diagnóstico, o Programa de Controle da Tuberculose visa identificar as fontes de infecção e torná-las não infectantes através da aplicação da quimioprofilaxia. Pacientes infectados com baciloscopia (pesquisa de BAAR – Bacilo álcool-ácido resistente na secreção pulmonar) positiva são mais perigosos para seus comunicantes, além de terem um prognóstico mais sombrio do que os infectados com baciloscopia negativa.

A procura de casos de TBC será efetuada nos grupos onde houver maior probabilidade de encontrar doentes, como entre os sintomáticos respiratórios – portadores de tosse e/ou expectoração há 3 semanas ou mais; entre os comunicantes dos sintomáticos e os suspeitos radiológicos.

Os métodos diagnósticos preconizados pelo programa para detecção da tuberculose pulmonar são a baciloscopia, o teste tuberculínico e a radiologia. A baciloscopia é que revela os casos epidemiologicamente importantes; por isso todos os suspeitos deverão ser submetidos a duas baciloscopias de escarro. A primeira amostra deverá ser colhida por ocasião da primeira consulta e a segunda no dia seguinte, ambas coletadas na parte da manhã. O teste tuberculínico (também chamado de PPD – Proteína purificada derivada) é um método diagnóstico auxiliar da infecção tuberculosa em indivíduos não vacinados com BCG intradérmico, sem fazer distinção entre infectado e doente (sintomáticos respiratórios). É aplicado 0,1 ml de PPD no tecido subcutâneo, geralmente no antebraço. O resultado pode variar de menos de 5 até mais de 10 mm de induração. A leitura do resultado é feita entre 72 e 96 horas após a aplicação da proteína. O teste radiológico também é um meio auxiliar, mas pode incluir ou excluir pacientes do Programa.

Outros métodos diagnósticos podem ser utilizados como o exame cultural de escarro, porém possuem indicação mais restrita. Para diagnóstico da tuberculose extrapulmonar, são usados exames bioquímicos, citológicos e anátomo-patológicos, associados ou não à bacteriologia. O teste anti-HIV deve ser realizado naqueles pacientes em que se identificarem situações de risco de infecção pelo HIV ou com quadro clínico sugestivo de AIDS, face à elevada prevalência da tuberculose entre portadores do vírus HIV e da AIDS.

Tratamento

O tratamento preconizado pelo PCT é um componente essencial do Programa. Graças aos tuberculostáticos disponíveis atualmente, a doença, apesar de grave e avançada, é curável em praticamente 100% dos casos.

Entretanto, o êxito do tratamento depende da correta prescrição e utilização das drogas. Insucessos ocorrerão se as drogas forem usadas isoladamente ou em doses inadequadas, bem como se houver irregularidades no uso das drogas, como interrupção do tratamento causada por falhas dos pacientes, falta do medicamento ou falta de orientação adequada e acompanhamento do paciente por parte das equipes de saúde.

A indicação do tratamento vale para casos como baciloscopia e cultura de escarro positivos; adultos ou crianças sintomáticos, com escarro negativo, porém com RX compatível com a doença; reatores fortes à tuberculina e sem tratamento prévio; tuberculose extrapulmonar comprovada; comunicantes crianças, reatores à tuberculina (desde que não vacinados com BCG) e com RX compatível com TBC.

A associação rifampicina (R - 300mg) + isoniazida (rifazida) (H - 200mg) + pirazinamida (Z - 500mg) = RHZ durante 6 meses tem se mostrado particularmente adequada em nosso País e está sendo usada como esquema padrão em nível nacional desde 1980, com ótimos resultados terapêuticos e grandes vantagens operacionais. É também chamada de "Primeira Linha".

Tabela 8: Esquema 1 - Primeira linha

1ª fase (2 meses)	Rifampicina+Isoniazida (RH) Pirazinamida (Z)	2 cáps/dia 4 compr/dia
2ª fase (4 meses)	Rifampicina+Isoniazida (RH)	2 cáps/dia

Obs.: Tratamento completo = RH = 360 cápsulas e Z = 240 comprimidos

Tabela 9: Esquema 2 - Segunda linha

1ª fase (3 meses)	Estreptomicina (S)	1 ampola/dia	2ª fase (9 meses)	Etionamida (E)	3 compr/dia
	Etionamida (E)	3 compr/dia		Etambutol (M)	3 compr/dia
	Etambutol (M)	3 compr/dia			
	Pirazinamida (Z)	4 compr/dia			

Obs.: Tratamento completo = 12 meses

Os medicamentos de 2ª linha são utilizados em casos de falência do tratamento proposto pelo esquema 1.

Existem ainda esquemas especiais para casos de meningite tuberculosa, pacientes com insuficiência renal e gestantes com TBC.

O tratamento se desenvolverá em regime ambulatorial, de forma auto-administrada, sempre que possível na unidade de saúde mais próxima à residência do doente. Os medicamentos devem ser administrados em uma só tomada diária, junto a uma refeição.

A hospitalização é indicada somente em casos especiais e por tempo limitado, como sintomatologia incontrolável (hemoptise), intolerância medicamentosa, meningite tuberculosa, intercorrências clínicas, mau estado geral, pacientes que não cumprem o esquema, razões psicossociais (alcoolismo), tratamento cirúrgico.

Receberão alta por cura, após 6 meses de tratamento, os pacientes que negativarem a baciloscopia até o final do 4º mês e se mantiverem assim até o final. Se a baciloscopia apresentar resultado negativo em 2 amostras apenas no último mês, os pacientes também receberão alta, porém devendo ser reavaliados a cada 2 meses, durante 6 meses.

Alta por cura também receberão aqueles pacientes que completarem o esquema 2, durante 12 meses e apresentarem baciloscopia negativa. Existem ainda casos de alta por abandono do tratamento que será dada aos pacientes que não comparecerem à unidade sanitária por mais de 60 dias após a última consulta, para todos os esquemas de tratamento. Podem surgir outras situações envolvendo alta, como óbito, transferências, mudança de diagnóstico.

Sistema de informações

O Programa de Controle da Tuberculose apresenta um Sistema de Informações que permite a vigilância epidemiológica e operacional e sustenta-se através dos dados coletados nas unidades de saúde de todo o Estado. Cópias são enviadas aos técnicos da secretaria estadual, onde serão avaliados.

São utilizados impressos como o Boletim de Inscrição de Paciente (BIP), que caracterizam a porta de entrada dos dados de cada paciente; Relatório de Controle Mensal (RCM), que contém dados relacionados à evolução baciloscóptica de cada paciente, o tratamento implementado, bem como o agendamento das consultas, alta, transferências, entre outros. Um terceiro formulário é preenchido para ao controle de estoque dos tuberculostáticos e outros insumos. Um último boletim relacionado ao Controle da Baciloscopia Direta (BCBD) é preenchido na unidade, visando registrar os resultados das baciloscopias de todos os pacientes. Ambos são mensais e cópias são enviadas à coordenação estadual do programa para análise e acompanhamento dos casos.

Em relação aos recursos humanos, o Programa prevê as atribuições referidas a cada integrante da equipe de saúde que atende aos pacientes com TBC, desde o médico, auxiliar de enfermagem, enfermeira, bioquímico e ACS. Nenhum integrante da equipe atua exclusivamente no Programa de Controle da Tuberculose.

Este é um programa que utiliza relativamente poucos recursos materiais, divididos em material de laboratório para baciloscopia e material impresso para registro dos dados.

A seguir serão relatadas as atividades desenvolvidas no Serviço, bem como o profissional responsável pelas mesmas. Estes dados foram coletados junto à enfermeira coordenadora do Serviço de Atenção à Tuberculose de Lajeado.

1. Auxiliar de enfermagem (triagem)

- ⇒ Faz a triagem dos pacientes sintomáticos respiratórios para atendimento médico;
- ⇒ relaciona no verso da ficha clínica todos os comunicantes novos;
- ⇒ solicita a presença dos comunicantes para os exames de rotina;
- ⇒ pesa o paciente e anota na ficha clínica;
- ⇒ encaminha o paciente para consulta médica;
- ⇒ realiza entrevista inicial de orientação do paciente;
- ⇒ fornece a medicação prescrita pelo médico e controla o estoque de medicamentos;

- ⇒ apraza o paciente para consulta seguinte;
- ⇒ faz registro nos impressos específicos;
- ⇒ revisa e prepara os impressos para remeter para 16ª CRS (relatórios);
- ⇒ controla os pacientes faltosos através da revisão sistemática do fichário de aprazamento;
- ⇒ busca ativamente pacientes faltosos através de telefone, visita domiciliar, visitas ao hospital;
- ⇒ aplica teste tuberculínico;
- ⇒ faz leitura do teste tuberculínico.

2. Auxiliar de enfermagem (laboratório)

- ⇒ *Esfregação* – Os pacientes trazem para a Unidade Sanitária amostras de escarro *in natura*, para que a auxiliar realize o esfregação.
- ⇒ *Coloração* – A coloração (cobertura da lâmina com fucsina de *ziehl* a quente, descoloração com álcool – ácido e aplicação de azul demetileno) A auxiliar faz a coloração da lâmina.
- ⇒ *Recebe* as amostras de escarro, fornece os potes para o exame e orienta quanto à coleta e faz a entrega dos resultados, faz o registro das baciloscopias, controla o material (limpa e esteriliza).

3. Bioquímico

- ⇒ *Leitura de Lâminas* – Faz leitura de lâminas com microscópio de imersão, sendo os bacilos reconhecidos, quantificados em cruces, conforme sua distribuição por campo de leitura;
- ⇒ *Cultura do escarro* dos pacientes em tratamento.

4. Médico

4.1 Faz diagnóstico

- ⇒ realiza consulta em sintomáticos respiratórios previamente triados;
- ⇒ institui o tratamento dos casos de tuberculose confirmados na Unidade Sanitária;
- ⇒ confirma os critérios diagnósticos dos casos de TBC encaminhados de outras instituições;
- ⇒ realiza diagnóstico diferencial dos casos não confirmados como TBC, com os meios disponíveis;
- ⇒ referencia os casos não confirmados que necessitam de atendimento especializado;
- ⇒ realiza a avaliação dos exames de rotina dos comunicantes.

4.2 Efetiva o tratamento

- ⇒ Realiza entrevista inicial de orientação do tratamento dos casos confirmados;
- ⇒ realiza a notificação através do preenchimento do impresso próprio (boletim de inscrição do paciente);
- ⇒ realiza consulta mensal ou de alta;
- ⇒ preenche os dados necessários na caderneta de controle de tratamento do paciente;
- ⇒ procede a reorientação dos pacientes faltosos;
- ⇒ orienta as medidas de controle dos para-efeitos à medicação;
- ⇒ referencia os casos com indicação hospitalar;
- ⇒ detecta falências terapêuticas

4.3 Faz prevenção

- ⇒ Orienta realização da quimioprofilaxia nos contatos indicados;
- ⇒ realiza consultas de controle nos pacientes em quimioprofilaxia;
- ⇒ orienta as medidas de controle dos para-efeitos à medicação;
- ⇒ dá alta da quimioprofilaxia conforme situação encontrada (conclusão ou abandono).

5. Enfermeira

- ⇒ Treina e supervisiona a aplicação do BCG - I.D.;
- ⇒ treina e supervisiona a aplicação do teste tuberculínico;
- ⇒ faz supervisão nas tarefas realizadas pelas auxiliares de enfermagem;
- ⇒ revisa os boletins e impressos remetidos para o nível regional;
- ⇒ faz controle dos tuberculostáticos quanto ao estoque, validade e conservação;
- ⇒ faz a solicitação de medicamentos e demais impressos em nível regional;
- ⇒ supervisiona e faz a avaliação do programa da tuberculose periodicamente.

O Programa de Controle da Tuberculose (NTO,1997) do estado do Rio Grande do Sul prevê a participação do Agente Comunitário de Saúde, com as seguintes atribuições:

- ⇒ “Identificar os *sintomáticos respiratórios* na comunidade e encaminhá-los para exame baciloscópico de escarro nas Unidades Sanitárias com o Programa de Controle da Tuberculose;
- ⇒ obter junto às Unidades Sanitárias a informação dos resultados de exame de escarro realizando a localização, busca e recrutamento dos doentes com baciloscopia inicial positiva que não retornaram à Unidade Sanitária para iniciar tratamento (diminuição do *abandono primário*);

- ⇒ buscar e orientar os pacientes faltosos ou que abandonaram o tratamento, para que se apresentem à Unidade Sanitária onde deverão continuar/reiniciar o tratamento;
- ⇒ comparecer às residências para orientar os pacientes e familiares quanto ao uso correto e regular do esquema terapêutico com tuberculostáticos até a alta por cura (visitas domiciliares);
- ⇒ verificar, por ocasião das visitas domiciliares, a observância da investigação dos comunicantes dos portadores de tuberculose contagiante (bacilíferos)”. (NTO, 1997)

Reedição Do Programa Nacional De Controle Da Tuberculose – Plano Nacional De Controle Da Tuberculose – PNCT

Até outubro de 1998, estava em vigor o Plano Emergencial (PE) para Controle da Tuberculose, lançado em 1996 pela Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS).

A partir da resolução número 284, de 06 de agosto de 1998, proposta pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde, que considerou “A situação crítica da Tuberculose e do Programa de Controle da Tuberculose, como ‘O descalabro consentido’(...)” (Brasil, 1999), a Tuberculose é decretada problema prioritário de saúde no Brasil, tanto pela sua magnitude (infecção, doentes e mortos) como pela possibilidade e vantagens de seu controle.

Neste sentido, ficam estabelecidas as seguintes metas para o Plano Nacional de Controle da Tuberculose: diagnosticar em três anos (até 2001), pelo menos, 92% dos casos esperados; tratar com sucesso, pelo menos, 85% dos casos diagnosticados; em nove anos (2007), a incidência terá sido reduzida em, pelo menos, 50%, e a mortalidade em dois terços.

Esta resolução prevê um trabalho em parceria entre os Governos Federal, Estadual e Municipal, atribuindo responsabilidades específicas a cada esfera, semelhantes àquelas citadas no início deste capítulo.

Entre as Diretrizes Gerais explicitadas, destaco “sem prejuízo da adoção das medidas técnicas de eficácia comprovada, a participação social, que constitui outro requisito essencial do Programa, que exige intensa informação para capacitação social, especialmente dos pacientes, de seus familiares e das comunidades, e instrumentos de participação eficientes” (Brasil, 1999, p.156).

Desta forma, o Governo Federal afirma que o acesso à informação por parte da população, bem como sua participação no controle da doença, são condições básicas para a implementação do Programa. Portanto, este projeto de pesquisa, que prevê o trabalho do Agente Comunitário de Saúde junto a pacientes portadores de tuberculose, através do fornecimento de orientações sobre prevenção e tratamento da doença, mediante acompanhamento periódico deste pacientes, constitui-se em um aliado relevante e atual, frente à problemática enfrentada pela tuberculose em nosso país.

Para assegurar o tratamento completo e sua eficácia, a referida portaria prevê, ainda, que os medicamentos devem ser administrados sob supervisão direta em complementação do esforço de educação e participação, contemplando a recomendação da Organização Mundial da Saúde/Organização Panamericana da Saúde, de adotar a estratégia DOTS (“Directly Observed Treatment Short Course”, Tratamento Supervisionado de Curta Duração).

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose institui a concessão de um bônus para cada caso tratado e curado a ser repassado às unidades de saúde que acompanharam o tratamento, através de outra portaria, de número 3739/GM que regulamenta a questão do bônus, através da criação de um Boletim de Movimento de Baciloscopias Negativas para Sintomáticos respiratórios, a ser preenchido na unidade laboratorial.

A portaria prevê a criação de códigos específicos para a tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), de acordo com o resultado alcançado pelo tratamento dos pacientes, ou seja:

Código 555 – Alta por cura de tuberculose sem tratamento supervisionado. Valor R\$ 100,00.

Código 557 - Alta por cura de tuberculose com tratamento supervisionado. Valor R\$ 150,00.

Para receber estes valores, o município ainda precisa cadastrar a unidade onde o programa está sediado no SIA-SUS, pois apenas unidades autorizadas pelo gestor municipal ou estadual poderão ser cadastradas.(Brasil, 1999).

5.4 Descrição dos doentes estudados

Há dois grupos de doentes estudados: o primeiro de acompanhamento retrospectivo ou histórico, o que não contou com a participação dos ACS; o segundo, que recebeu acompanhamento mensal pelos agentes comunitários. O período de acompanhamento é correspondente, ou seja, embora não sejam da mesma área geográfica e nem tenham feito tratamento no mesmo ano, o período analisado é o mesmo, de dezembro de 1998 – até atingir a cura ou definição do caso (grupo 1) e dezembro de 1999 a julho de 2000 (grupo 2), período para conclusão desta pesquisa .

5.4.1 Doentes que não tiveram o acompanhamento dos ACS – grupo 1

Os dados relatados aqui foram retirados dos prontuários dos doentes que se encontram arquivados no Centro de Saúde onde funciona o Programa de Controle da Tuberculose, num total de 8 para o período estudado. A maioria curou-se (6). Um deles deixou de residir na cidade durante o tratamento e teve “alta por abandono” e o outro foi a óbito devido à neoplasia de esôfago. Os doentes tiveram comportamento resumido no quadro 1 da página seguinte.

Doente 1

Masculino, 50 anos, teve seu diagnóstico efetuado em 24 de dezembro de 1998, através de exame de escarro-baciloscópio. Realizou a primeira consulta em dezembro, ocasião em que recebeu avaliação clínica pelo especialista. Foi solicitado Rx pulmonar e baciloscopia de escarro. Ambos confirmaram a doença. Recebeu a medicação para o primeiro mês de tratamento. Foi preenchido o Boletim de Inclusão de Pacientes (BIP) e dado o cartão do paciente com tuberculose. Realizado PPD +.

Janeiro (1999) - foi avaliado pelo especialista, solicitado baciloscopia de escarro (negativo), recebeu medicação;

Quadro 1 - Resumo da evolução dos doentes acompanhados pelo Serviço de Atenção à Tuberculose no período de dezembro de 1998 a junho de 2000 – grupo 1.

Legenda: A – Avaliação clínica do mês
 B – Sem retorno na data prevista
 C – Recebeu medicação
 D - Solicitado baciloscópico +; -
 E – Solicitado baciloscópico e não feito
 F - Sem escarro para exame
 G – Solicitado Rx de tórax: + = ativa; - = doença controlada
 H – Solicitado Rx de tórax e não feito
 I – Realizado consulta de enfermagem
 J – Realizado PPD +; -
 K – Preenchido BIP e cartão do paciente
 L – Início da 2 linha;

NOME	Data do diagnóstico (1ª consulta)	RETORNOS – MÊS							
		Dezembro 1998	Janeiro 1999	Fevereiro	março	abril			
DOENTE 1 – masc. 50 anos	24.12.1998	A, C, F, G+, J+, K	A, C	C	A, C	A, C			
DOENTE 2 – masc. 64 anos	22.02.1999			C, D+, K	1- A, G+ 2- A, C, D-	A, C, D-			
DOENTE 3 - masc. 59 anos	10.02.1999			C, D+, K	A, C, D-	C			
DOENTE 4 – masc. 24 anos	24.03.1999				A, C, D+, G+, K	A, C, D-			
DOENTE 5 - masc. 46 anos	19.04.1999					A, C, D+, G+, K			
DOENTE 6 - masc. 63 anos	11.05.1999								
DOENTE 7 – masc. 51 anos	11.05.1999								
DOENTE 8 – masc. 26 anos	18.05.1999								

CONT.	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
DOENTE 1	A, C	CURA					
DOENTE 2	A, C, D-	A, C, D-	A, C, D-	1-A, C, D- 2-CURA			
DOENTE 3	A, C, D-	A, C, D-	A, C, D-	1-A, C, D+ 2-D+	A, L	C	NÃO COMP
DOENTE 4	A, C, D-	A, C, D-	A, C, D-	A, C, D-	1-A, C, D- 2-G- CURA		
DOENTE 5	A, C	A, C, D-	A, C, D-	A, C, D-	A, C, D-	A, H	CURA
DOENTE 6	A, C, D+, G+, K	1-A, C, D+ 2-A, D+	A, C, D-	1-A, C, D- 2-A; 3-A	A, C, D-	1-A, C, 2-A, C, E	1-A, G- 2-CURA
DOENTE 7	A, C, D+, G+, K	A, C, D-, L	C, D-	A, C, D-	A, C, D-	A, C, F	A, C, F, G+
DOENTE 8	A, C, D+	A, C, D-	C	A, C, D-	A, C, D-	A, C, D-	1-A, D- 2-CURA

	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
DOENTE 7	A, C, F	A, C, F	A, C, F	A	A, C	Sem registo	Óbito

Fevereiro - retornou à unidade de saúde apenas para retirar medicação(médico estava em férias).

Março - foi avaliado pelo especialista e recebeu medicação.

Abril – compareceu à unidade para retirar medicação.

Maió – realizou avaliação clínica e recebeu medicação;

No mês de junho, recebeu alta por cura. Este doente concluiu o tratamento em 6 meses utilizando a primeira linha de medicamentos contra a TBC.

Doente 2

Masculino, 64 anos, teve seu diagnóstico efetuado em 22 de fevereiro de 1999, através de exame de escarro (baciloscópico). Realizou o primeiro atendimento em fevereiro, onde não sendo avaliado pelo médico que estava em férias. Atendido pela enfermagem, foi-lhe solicitado baciloscópico, obtendo resultado positivo. Recebeu medicação e foi preenchido o BIP e o cartão do Paciente.

Março - consultou duas vezes. Na primeira vez, foi avaliado pelo especialista, que solicitou RX de tórax. O resultado foi doença ativa e recebeu medicação. Na segunda consulta do mês, novamente recebeu avaliação clínica. Foi solicitado exame de escarro, que apresentou resultado negativo.

Abril, maio, junho, julho - Em todos estes meses, realizou avaliação com o especialista. Foi solicitado exame de escarro, com resultado negativo e recebeu a medicação.

Agosto – foi avaliado pelo clínico, solicitado exame de escarro, com resultado negativo. Recebeu alta por cura.

Concluiu o tratamento em 6 meses utilizando a primeira linha.

Doente 3

Masculino, 59 anos. Teve seu primeiro atendimento em 10 de fevereiro de 1999, quando chegou à unidade de saúde encaminhado por outro médico, portando exame de

escarro positivo. Foi atendido pela enfermagem, que forneceu a medicação e preencheu o BIP e o cartão do paciente.

Março - recebeu a primeira avaliação com o especialista do serviço de tuberculose, que novamente solicitou exame de escarro (resultado negativo), e recebeu medicação.

Abril - compareceu à unidade para retirar a medicação.

Maior, junho e julho - foi avaliado pelo clínico, que solicitou exame de escarro, com resultado negativo. Recebeu medicação.

Agosto - compareceu à unidade duas vezes. Na primeira, foi avaliado pelo clínico, que solicitou baciloscópico, com resultado positivo. Recebeu medicação. Na segunda vez, realizou novo baciloscópico, com resultado novamente positivo. Foi solicitado medicação referente à 2ª linha à Coordenadoria Regional de Saúde.

Setembro - recebeu avaliação clínica e iniciou tratamento com a segunda linha.

Outubro - apenas retirou medicação na unidade e avisou que iria mudar-se para outro estado brasileiro.

Novembro e dezembro - não constam quaisquer registros na ficha do doente.

Janeiro - há a observação médica de “alta por abandono”. Não sabemos se houve conclusão do tratamento no local onde foi morar.

Doente 4

Masculino, 24 anos. Realizou a primeira consulta em 24 de março de 1999. Foi avaliado pelo clínico, que solicitou exame de escarro, com resultado positivo. Foi solicitado Rx de tórax, mostrando doença ativa; Foi preenchido o BIP e o cartão do paciente. Recebeu medicação.

Abril - realizou consulta com o clínico especialista, que solicitou exame de escarro, com resultado negativo. Recebeu medicação.

Maior e junho – realizou avaliação clínica e exame de escarro que apresentou resultado negativo. Recebeu medicação.

Julho – compareceu na unidade para retirar medicação.

Agosto - realizou avaliação clínica. O exame de escarro foi negativo. Recebeu medicação.

Setembro- Compareceu duas vezes à unidade. Na primeira, foi avaliado pelo clínico que solicitou exame de escarro, com resultado negativo. Recebeu medicação. Foi solicitado Rx de tórax e, ao mostrar o exame para o clínico, recebeu alta por cura, pois foi demonstrado que a doença estava controlada.

Curou-se em 6 meses utilizando a primeira linha.

Doente 5

Masculino, 46 anos. Teve o diagnóstico em 19 de abril de 1999. Realizou avaliação com o clínico, que solicitou exame de escarro e Rx de tórax, ambos demonstrando doença ativa. Recebeu medicação e foi preenchido o BIP e o cartão do paciente.

Maió – realizou avaliação clínica e recebeu medicação. Foi solicitado baciloscopia de escarro, porém não o fez.

Junho, julho, agosto e setembro – fez avaliação clínica, solicitado baciloscópico, com resultado negativo. Recebeu medicação.

Outubro – realizou avaliação clínica. Foi solicitado Rx de tórax, porém novamente não realizou o exame solicitado. Consta no prontuário “término do tratamento”.

OBS: constam no prontuário registros anteriores referentes à realização de tratamento para tuberculose em outras duas ocasiões (diagnóstico em 30/07/82, com alta em 02/02/88; diagnóstico em 08/12/83, com alta em 07/06/94). Nesta última etapa, o doente levou 6 meses para curar-se com a primeira linha.

Doente 6

Masculino, 63 anos. Teve seu diagnóstico em 11 de maio de 1999. No mês de maio realizou avaliação clínica, Rx de tórax e exame de escarro. Ambos mostraram doença ativa. Recebeu medicação, foi preenchido o BIP e o cartão do paciente.

Junho – compareceu duas vezes ao serviço. Na primeira, fez avaliação clínica, foi solicitado exame de escarro, com resultado positivo e recebeu medicação. Na segunda vez, foi novamente avaliado pelo especialista que solicitou novo baciloscópico, com resultado positivo. Consta no prontuário “relatou ter tido febre”.

Julho – realizou avaliação clínica, foi solicitado exame de escarro, com resultado negativo. Recebeu medicação. Foi hospitalizado por hemoptise e Infecção Respiratória Aguda.

Agosto – compareceu à unidade três vezes. Realizou avaliação clínica, fez baciloscopia (negativo) e recebeu medicação. Novamente relatou hemoptise.

Setembro – realizou avaliação clínica, exame de escarro com resultado negativo e recebeu medicação.

Outubro - Compareceu duas vezes ao serviço. Realizou avaliação clínica e recebeu medicação nas duas vezes. Na segunda, vez foi solicitado baciloscopia, mas não a fez. Relatou hemoptise e dispnéia.

Novembro - Realizou avaliação clínica, foi solicitado Rx de tórax que demonstrou doença controlada. Recebeu alta por cura.

OBS: Constam no prontuário diversos episódios de hemoptise relacionados ao tratamento. Mesmo assim, o doente levou 6 meses para obter a cura (primeira linha).

Doente 7

Masculino, 56 anos, teve seu diagnóstico confirmado em 11 de maio de 1999, quando recebeu avaliação clínica pelo especialista. Foi solicitado Rx de tórax e baciloscópico, ambos positivos para a doença. Recebeu medicação e foi preenchido o BIP e o cartão do paciente. Apresentou hepatite medicamentosa. Suspensa a medicação de 1ª linha, iniciou com 2ª linha.

Junho – Realizou avaliação clínica, foi solicitado exame baciloscópio, com resultado negativo.

Julho – Foi à unidade de saúde para retirar medicação e fazer baciloscopia, resultado negativo.(Atendimento feito pela enfermagem).

Agosto e setembro – Nestes dois meses, o paciente foi à unidade de saúde e consultou com o clínico, fez exame baciloscópio, com resultado negativo e recebeu medicação.

Outubro - Realizou nova avaliação clínica. Não possuía escarro para exame. Recebeu medicação.

Novembro – Realizou avaliação clínica e recebeu medicação. Continuava sem escarro para exame. Foi solicitado Rx de tórax, o qual demonstrou seqüelas da TBC.

Dezembro e janeiro (2000) – Realizou avaliação clínica, recebeu medicação e não apresentava material para baciloscopia de escarro.

Fevereiro – realizou avaliação clínica, recebeu medicação e não apresentou material para baciloscopia.

Março – fez avaliação clínica, relatou febre, tosse com expectoração amarelada, emagrecimento. Foi hospitalizado.

Abril – compareceu à unidade e realizou avaliação clínica e retirou medicação.

Maior – não constam registros no prontuário do paciente.

Junho – no prontuário há: “Óbito em 02/06 devido à insuficiência respiratória e neoplasma de laringe.”

Doente 8

Masculino, 26 anos. Teve seu diagnóstico para tuberculose efetuado em 18 de maio de 1999. No mês de maio realizou avaliação clínica e exame de escarro, obtendo resultado positivo. Recebeu medicação.

Junho – fez avaliação clínica e exame de escarro com resultado negativo. Recebeu medicação.

Julho - compareceu à unidade de saúde para retirar a medicação e fazer baciloscopia (negativo).

Agosto, setembro e outubro – Fez avaliação clínica mensal, com realização de exame de escarro, apresentando resultado negativo em todos eles. Recebeu medicação nos três meses.

Novembro – Realizou a última consulta, com exame baciloscópico negativo, recebendo alta por cura. Este doente curou-se em 6 meses de tratamento com a primeira linha.

OBS: constam no prontuário registros de tratamentos anteriores para TBC (diagnóstico 22/05/97, com alta em 08/01/97; diagnóstico em 07/03/97, sem mais registros).

Impressões de pesquisador

A grande maioria dos doentes (6) apresentou comportamento uniforme frente ao tratamento, curando-se no período previsto de 6 meses. Receberam o acompanhamento dos profissionais que atuam na unidade de saúde.

Os doentes deste grupo residiam em áreas diferentes daquelas onde o Programa de Agentes Comunitários de Saúde atua atualmente, ou seja, em bairros residenciais, próximos ao centro da cidade. Nenhum apresentou associação da TBC com AIDS.

Tendo em vista estes fatores e o próprio comportamento dos doentes, a evolução apresentada foi bastante favorável à cura, não ocorrendo apenas nos casos onde houve mudança de residência e óbito.

Entretanto, pode-se tecer ainda algumas considerações referentes ao acompanhamento dos doentes efetuado pelo Serviço de TBC. O doente 3 abandonou o tratamento no início da terapia com a segunda linha, não sendo encontrados registros no prontuário que demonstrem o fornecimento de orientações quanto à transmissibilidade da doença e a continuidade do tratamento em função da resistência microbiana. O tratamento que pode ser considerado inútil para o doente, pois não houve a continuidade da terapia no local para onde mudou-se. Neste caso, poderia haver um Sistema de Informações eletrônico nacional que acompanhasse o paciente para onde ele fosse, colaborando assim para um maior controle da doença.

Os doentes 5 e 8 apresentaram registros de realização de dois tratamentos anteriores ao atual, contra a TBC. Porém, nada consta referente à atenção dispensada aos comunicantes, seja através de consulta com o médico clínico ou com a enfermeira, principalmente quando o médico estava em férias e o doente ou seus familiares não recebiam acompanhamento por este tipo de profissional.

Quanto ao doente 7, parece ter havido uma supervalorização da doença TBC em detrimento de seu quadro clínico que era grave e resultou em óbito antes da conclusão do tratamento contra a TBC. Isto, de acordo com o referencial epidemiológico, requer avaliação especial por parte da equipe, que precisa levar em conta a situação do doente como um todo.

Neste sentido, ocorreram deficiências no atendimento a estes pacientes, o que requer uma reestruturação do serviço, seja através da realização da consulta de enfermagem ou do remanejamento das funções desempenhadas pela equipe que atende neste Serviço, de modo a valorizar mais o contexto que cerca o doente, acompanhar mais de perto os comunicantes dos doentes, através da busca ativa dos faltosos para melhorar ainda mais a aderência ao tratamento, elevando, assim, o número de pessoas curadas.

Porém, mesmo com todas estas questões levantadas referentes ao Serviço de TBC, a maioria dos doentes curou-se no prazo previsto, o que sugere que os doentes são pessoas com melhor nível de compreensão sobre a doença e maior motivação para a conclusão do tratamento.

5.4.2 Descrição dos doentes acompanhados pelos ACS – Grupo 2

Farei, neste momento, a descrição da evolução dos doentes portadores de tuberculose acompanhados pelos ACS, no período de dezembro de 1999 a julho de 2000. O relato será mensal por ser esta a frequência das visitas preconizadas pelo PACS às famílias atendidas pelo Programa.

O número de doentes deste grupo coincide com o número do primeiro grupo, sendo, portanto, 08. Destes, apenas dois curaram-se no período observado. Um deles já havia iniciado o tratamento antes do início da pesquisa e o outro curou-se em 6 meses (1ª linha).

Os dados aqui apresentados foram coletados em três fontes: no prontuário médico de cada paciente; através de entrevista com os pacientes (anexo 3) e entrevista com os agentes comunitários que participaram da pesquisa, utilizando a Ficha B-TBC (anexo 5), referente ao acompanhamento mensal de pacientes com TBC feito pelos ACS.

Doente A

Histórico

Feminino, negra, 46 anos, mora com o paciente B há 6 anos. Estudou até a 4ª série do ensino fundamental. Não trabalha fora de casa. Foi fumante até descobrir que estava com TBC há 4 anos. Não ingere bebida alcoólica, apenas água. Há 1 ano não frequenta roda de amigos. Não possui outras doenças associadas.

Refere sentir-se bem, no momento, em relação à doença. Relata que não tem recebido apoio da família, em especial do marido, com relação ao tratamento. Sua maior dificuldade em relação à doença foi fraqueza e desânimo.

Possui um casal de filhos (menino com 8 anos e a menina com 6 anos), os quais estão com a vacinação para BCG em dia. Ambos foram avaliados pelo especialista e liberados quanto à TBC.

O menino apresentou, em novembro de 1999, febre e hemoptise. Foi solicitado pesquisa de BAAR e Rx de tórax. Não apresentou material para a baciloscopia e o Rx não acusou presença da doença. Segundo relato do ACS, o menino é bastante agitado, bate a cabeça na parede. (O ACS levou-o para consultar com neurologista. O eletroencefalograma não mostrou alterações). A menina, após avaliação clínica em junho de 1996, foi liberada pelo especialista.

Quadro 2 – Resumo da evolução dos doentes com TBC que tiveram o acompanhamento dos ACS e do Serviço de Atenção à Tuberculose – Grupo 2

Legenda: A – Avaliação clínica do mês
 B – Sem retorno na data prevista
 C – Reoebou medicação
 D - Solicitado baciloscópico +; -
 E – Solicitado baciloscópico e não feito
 F - Sem escarro para exame

G – Solicitado Rx de tórax: + = ativa; - = doença controlada
 H – Solicitado Rx de tórax e não feito
 I – Realizado consulta de enfermagem
 J – Realizado PPD +; -
 K – Preenchido BIP e cartão do paciente
 L – Início da 2 linha;

NOME	Data do dia-gnóstico (1a consulta)	RETORNOS – MÊS													
		Março/98	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro/99	Janeiro/00	Fevereiro	Março	
Doente A, fem. 45 anos	24.12.98		A, C, D+, L, K	A	A, C, D-	A, C, D-									
Doente B, masc., 42 anos	10.03.99	A, C, D+, G+, K	A, C, D+	A, C, D-	A, C, D+	A, C, D+									
Doente C, masc., 42 anos	20.12.99														
Doente D, masc., 45 anos	02.02.00														
Doente E, masc., 29 anos	23.02.00														
Doente F, masc., 59 anos	20.03.00														
Doente G, masc., 47 anos	29.03.00														
Doente H, masc., 56 anos	20.04.00														
Cont.	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro/99	Janeiro/00	Fevereiro	Março								
Doente A	A, C	A, C	A, C	A, C	Não com- pareceu	A, C, D-, G-, K	C								
Doente B	A, C, D+	1-A, C, D+, L 2-A, D+	Não comp.	A, C, D-	A, C, D-	A, C, D-, K	A, C, D-								
Doente C				A, C, D+, K	A, C, D+	C, K	A								

Cont.	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro/99	Janeiro/00	Fevereiro	Março
Doente D						A, C, D+, K	A, C, G+
Doente E							A, C, D-, G+, K
Doente F							A, C, G+, K, C
Doente G							

Cont.	Abril	Maio	Junho	Julho
Doente A	D-, alta/cura	Cura	Cura	Cura
Doente B	C, D-	A, C, D-, G	A, D-	Não com- pareceu
Doente C	A, C, G+	A, C, D-	A, C, D-	1-A, D- alta/cura
Doente D	A, C, D-	1-A, C, D- 2-D+	A, D+	A, C
Doente E	C, F	A, C	A, C	A, C
Doente F	A, C, D-, F	A, C, D-	A, C, D-	C, D-
Doente G	1-A, D- 2-A, C, D+, G+	A	Não com- pareceu	Não com- pareceu
Doente H	A, C, D-	A, C, D+	A, C	A, C

Em relação ao atendimento prestado pelo serviço de atenção à tuberculose, a paciente relata que o considera “muito bom”.

Com relação ao trabalho do ACS, a paciente refere ter recebido orientações sobre a TBC, relacionadas a não fumar ou beber durante o tratamento, não compartilhar utensílios domésticos com os demais integrantes da casa, não tomar chimarrão com outras pessoas e não dormir próximo de alguém durante o tratamento. Relata ainda que conseguiu parar definitivamente de fumar após as orientações e o acompanhamento do ACS. Sua opinião a respeito do trabalho do ACS é “Pessoa boa, ajuda a resolver os problemas.”

História clínica pregressa

O primeiro diagnóstico para tuberculose foi realizado em 18.04.96, obtendo alta por cura em 29.10.96. O segundo diagnóstico foi efetuado 9 meses após o primeiro, em 08.07.98 e a alta por cura foi dada em 03.03.99. Ambos os tratamentos foram realizados com a 1ª linha. Teve seu terceiro diagnóstico para tuberculose efetuado em 26 de março de 1999, iniciando o tratamento com a 2ª linha em 29 de abril de 1999, ou seja, 23 dias após ter concluído o 2º tratamento.

Reiniciou o tratamento após ter “passado mal” e ter sido internada às pressas no hospital. Lá fez Rx de tórax e comprovou recidiva da TBC, iniciando imediatamente o tratamento após a internação. Fez baciloscopia de escarro, com resultado positivo. Recebeu medicação referente à segunda linha. Foi preenchido o Boletim de Inscrição de Paciente (BIP) e o cartão do paciente.

Do mês de abril de 1999 até novembro do mesmo ano, compareceu mensalmente à unidade de saúde, sendo avaliada pelo especialista e realizando baciloscopias (fez em junho, julho e agosto, com resultado negativo) e recebendo a medicação referente à segunda linha. Recebia mensalmente a visita do ACS, porém antes do início da presente pesquisa.

Questionei o ACS a respeito de seu trabalho com a paciente durante o período (abril a novembro) que antecedeu a pesquisa. Referiu-me que havia realizado visitas domiciliares diárias à paciente, havia preenchido a ficha B-TBC sistematicamente, orientado e acompanhado a paciente quanto a:

Tomar a medicação corretamente; evitar compartilhar chimarrão com o marido e vizinhos, bem como os objetos de uso pessoal e doméstico; os vizinhos não lhe oferecerem chimarrão, ou mesmo permitir que a paciente tomasse junto com eles. Sugeriu que os vizinhos fizessem chá para a ela, quando os fosse visitar e que lavassem bem a xícara após o uso. Quanto ao chimarrão, ela poderia tomá-lo em casa, sozinha. Foi orientada ainda a manter a casa arejada, pois todos os integrantes da casa dormem no mesmo cômodo. Foi salientada a necessidade de a paciente alimentar-se bem. O ACS sugeriu que a paciente deixasse de fumar durante o tratamento, o que foi aceito por ela. Como a paciente reiniciou o tratamento com medicamentos referentes a 2ª linha e necessitou receber 90 injeções intramusculares de Estreptomicina, a serem aplicadas nos 3 primeiros meses de tratamento, o ACS desdobrou-se para conseguir que a paciente realizasse o terceiro tratamento corretamente.

Inicialmente, encaminhou a paciente ao posto de saúde localizado no bairro onde mora, conforme orientação da equipe que atua no serviço de atenção a TBC em Lajeado, para que recebesse a medicação lá durante a semana. Nos finais de semana, uma vizinha “que sabia aplicar injeção” era encarregada de administrar o antibiótico. Porém, a paciente não comparecia à unidade durante a semana. Foi acertado então entre a equipe de saúde, o ACS e a vizinha, que esta iria à casa da paciente todos os dias para administrar a medicação. O prazo inicial de 3 meses para aplicação da Estreptomicina foi dilatado, devido ao período de ajustes. Quanto à medicação oral, o ACS realizava visitas diárias para supervisionar a ingestão dos medicamentos pela paciente. O material utilizado para aplicação do medicamento injetável era sistematicamente recolhido pelo ACS e levado ao posto de saúde para proceder o descarte correto, bem como para repor o necessário.

Assim, quando iniciou o período previsto para o acompanhamento do trabalho do ACS, todos estes fatos já haviam ocorrido e exigiram grande desprendimento do ACS, que necessitou realizar visitas diárias à paciente para conferir a seqüência do tratamento.

Descrição do momento pesquisado

Dezembro – A paciente realizou avaliação com especialista na unidade de saúde e recebeu medicação.

Conduta do ACS: Realizou diversas visitas domiciliares, atualizou a ficha B-TBC, a qual possui registros referentes a: data da visita do ACS; se o paciente está tomando a medicação diariamente; se possui ou não reações indesejáveis; a data da última consulta com o especialista; se fez exame de escarro e qual o resultado; verifica se os comunicantes foram examinados; se há comunicantes menores de 5 anos na casa; o número total de comunicantes na casa e número de comunicantes menores de 5 anos. Neste período, a paciente estava mais colaborativa, mas a medicação intramuscular já havia terminado; porém, o ACS continuava visitando seguidamente a paciente, a cada 2, 3 dias, para verificar se ela continuava ingerindo corretamente a medicação oral.

Janeiro – A paciente não compareceu à unidade de saúde. Referiu ter esquecido a consulta.

Conduta do ACS: Continuou realizando diversas visitas domiciliares, atualizando a ficha B-TBC e reforçando todas as orientações dadas durante o ano anterior. Relatou-me ainda que forneceu ‘sabão medicinal’ confeccionado com ervas naturais, pois a paciente apresentava lesões na pele que sugeriam tratar-se de escabiose.

Fevereiro – Realizou avaliação clínica com especialista, fez baciloscopia com resultado negativo. Recebeu medicação. Fez ainda Rx de tórax, o qual demonstrou que a doença estava controlada.

Conduta do ACS: Neste mês, o ACS estava de férias, porém, mesmo assim, realizou uma visita domiciliar para preencher a ficha B-TBC e conferir a sequência do tratamento.

Março – A paciente apenas compareceu à unidade para retirar medicação.

Conduta do ACS: O ACS realizou diversas visitas domiciliares, atualizou a ficha B-TBC e verificou a continuidade do tratamento. Reforçou a necessidade da consulta médica para controle da doença.

Abril – A paciente compareceu à unidade de saúde para realizar avaliação clínica e baciloscopia para escarro, que apresentou resultado negativo. Recebeu alta por cura.

Conduta do ACS: Realizou as visitas domiciliares como de costume, atualizou a ficha B-TBC, verificou a continuidade do tratamento, estimulando a paciente a terminá-lo corretamente.

Maio, Junho e Julho – Está registrado no prontuário da paciente apenas ‘Alta por cura’.

Conduta do ACS: Continuou realizando visitas domiciliares regulares, pois o marido da paciente A também estava sendo acompanhado neste período. A paciente curou-se no prazo estabelecido para o tratamento de 2ª linha, ou seja 12 meses, mesmo tendo atrasado o período de recebimento da medicação intramuscular.

Impressões do pesquisador: A conduta do ACS demonstrou persistência e coerência com a complexa situação apresentada pela paciente, que apresentou recaída nos tratamentos anteriores e, ao estar iniciando o tratamento pela 3ª vez, havia o risco de que o mesmo se repetisse e comprometesse o tratamento. Demonstrou claro entendimento da capacitação inicial sobre tuberculose, referente à transmissibilidade da doença e tratamento, sabendo adequá-lo ao drama vivido pela paciente. Teve bastante trabalho para viabilizar a administração da medicação injetável, porém encaminhou a situação a um desfecho favorável junto com a equipe de saúde, uma vez que servia de elo de ligação entre ambos. Graças ao esforço conjunto da equipe de saúde e do ACS, a paciente curou-se da TBC.

O maior desafio do ACS é continuar acompanhando este doente, para prevenir nova infecção, pois suas condições sócio-econômicas depõem contra uma cura sem risco de contrair novamente uma doença.

Doente B

Histórico

Masculino, negro, 42 anos. Casado com a paciente A. cursou apenas a 1ª série do Ensino Fundamental. Trabalha como servente de obras com mais 9 colegas. Fuma um maço de cigarros por dia. Não bebe há 4 anos. Não frequenta roda de amigos. Não possui outras doenças associadas. Relatou ter adquirido a TBC da esposa (paciente A). Refere realizar exames mensais para controle da doença (clínico, baciloscópico e radiológico). Apresentava sintomas compatíveis com a doença 4 meses antes de procurar atendimento médico, porém iniciou o tratamento uma semana após a consulta médica. No momento, refere sentir-se “Normal, sem dor, às vezes com febre”.

Recebe estímulo da família para continuar o tratamento, sendo cobrado pela esposa para seguir o tratamento. Tem dois filhos com a paciente A, os quais já foram descritos. Refere que a TBC não trouxe problemas para ele.

Em relação ao serviço de TBC, relata que foi a esposa quem o encaminhou para atendimento, pois a mesma se encontrava em tratamento. Considera-o “bom, pois dá consulta médica e remédio”.

Em relação ao trabalho do ACS, refere que o mesmo orientou-o quanto à doença, mas não lembra detalhes para descrevê-la. Relata ainda que as orientações do ACS o ajudaram a diminuir a quantidade de cigarros fumados durante o tratamento e que o agente foi muito bom, pois o convenceu a continuar o tratamento que havia interrompido.

História clínica pregressa

Teve seu primeiro diagnóstico para tuberculose em 10 de março de 1999.

Em março, compareceu à unidade de saúde onde, após sofrer avaliação clínica, realizou baciloscopia e Rx de tórax, ambos demonstrando doença ativa. Recebeu medicação referente à 1ª linha e seguiu o tratamento comparecendo mensalmente à unidade de saúde, até o mês de outubro (7 meses).

Realizou baciloscopia todos os meses, obtendo resultado negativo apenas no mês de maio. Nos demais foi positivo.

Em outubro, realizou duas consultas médicas. Na primeira, após avaliação clínica e baciloscopia positiva, iniciou com medicação de 2ª linha. A segunda consulta, ao final do mês, ainda indicava baciloscopia positiva.

Em novembro, não compareceu para consulta médica.

Estava sendo visitado pelo ACS durante o tratamento, embora o período da pesquisa iniciasse apenas em dezembro.

Quando questionei o ACS sobre seu trabalho com o paciente no período anterior à pesquisa (abril a novembro), relatou-me que realizava visitas domiciliares diárias, preenchia sistematicamente a ficha B-TBC, orientava e acompanhava o paciente quanto a tomar

a medicação corretamente, separar seus objetos e utensílios de uso pessoal dos demais da casa, não compartilhar chimarrão com a esposa ou vizinhos, manter a casa arejada, uma vez que toda a família dorme no mesmo quarto. Foi salientado ainda que o paciente se alimentasse bem e que não ingerisse bebida alcoólica durante o tratamento.

O paciente B também precisou receber 90 injeções de Estreptomicina, seguindo o mesmo esquema da paciente A, sua esposa, apenas com a diferença de que ele ia até a casa da vizinha para receber as injeções

O material necessário à administração da medicação era sistematicamente recolhido e repostado pelo ACS. O acompanhamento dos pacientes A e B era realizado simultaneamente.

Descrição do momento pesquisado

Dezembro, janeiro, fevereiro e março – compareceu à unidade de saúde onde realizou avaliação clínica, teste baciloscópico (resultado negativo) e recebeu medicação.

Conduta do ACS: Em todos os meses, o ACS realizava as visitas domiciliares, atualizava a ficha B-TBC, orientava o paciente quanto a tomar a medicação diariamente, reforçava os cuidados com os utensílios pessoais, não beber álcool, proteger seus colegas de serviço da doença.

Abril – compareceu à unidade de saúde onde realizou teste baciloscópico (negativo) e retirou medicação oral. Uma observação dá conta de que foram devolvidas 17 ampolas de Streptomicina.

Conduta do ACS: Realizou visitas domiciliares regulares e atualizou a ficha B-TBC. Após ter recebido 73 injeções de Estreptomicina, o ACS constatou que o paciente deixou de comparecer à casa da vizinha para receber a medicação. Comunicou ao ACS que não mais continuaria o tratamento parenteral, apenas aquele com medicação oral. O ACS tentou orientá-lo quanto à necessidade de continuar o tratamento, porém foi informado pelo paciente que não iria mais retomar o tratamento. O ACS devolveu a medicação restante ao serviço de TBC do município. O paciente justificou à ACS que a medicação não estava adiantando, que ele estava emagrecendo muito e que o ACS junto com a equipe de saúde queriam matá-lo.

Maio – Foi avaliado pelo especialista, que fez baciloscopia com resultado negativo e retirou a medicação oral. Fez ainda Rx de tórax demonstrando doença controlada.

Conduta do ACS: realizou visitas domiciliares diárias, atualizou a ficha B-TBC, reforçou todas as orientações dadas nos meses anteriores, inclusive que não ingerisse bebida alcoólica durante o tratamento.

Junho – Foi novamente avaliado pelo especialista, realizou controle baciloscópico, com resultado negativo. Fez Rx de tórax, o qual mostrou ‘lesões residuais por tuberculose’.

Conduta do ACS: realizou visitas domiciliares semanais, quando repetiu as orientações dos meses anteriores. Foi informado pela esposa, que o paciente havia interrompido o tratamento. Refere estar desconfiada de que o paciente esteja ingerindo bebida alcoólica. Irá à casa do paciente para falar pessoalmente com ele.

Julho – Não há qualquer registro no prontuário do paciente, indicando que este não compareceu à unidade.

Conduta do ACS: Realizou a visita domiciliar e constatou que o paciente não tomou a medicação durante todo o mês. Refere ter tido uma longa conversa com o paciente sobre ‘os gastos que o governo’ tem para pagar este tratamento e que agindo desta maneira estará comprometendo o tratamento da própria esposa. Relatou-me ainda ter estimulado o paciente a recomeçar o tratamento, procurando imediatamente o médico, para realizar uma baciloscopia. Paciente negou qualquer envolvimento com álcool.

Impressões do pesquisador: Conduta acertada do ACS frente ao paciente. Forneceu orientações corretas referentes à prevenção e tratamento e visitou-o regularmente. Porém, mesmo adotando esta conduta, não conseguiu a adesão do paciente ao tratamento, que mostrou-se fatigado e desanimado com todos os cuidados que deveria tomar. Há suspeita de que o paciente esteja ingerindo bebida alcoólica. Neste caso, seria indicado o acompanhamento simultâneo por outro membro da equipe multiprofissional, como assistente social, que auxiliasse na condução do caso. O ACS deveria solicitar ajuda imediata para não comprometer o tratamento já efetivado, bem como não colocar em risco o tratamento e cura da paciente A, sua esposa. Os colegas de trabalho também necessitam de uma avaliação clínica e poderiam ser encaminhados à unidade de saúde. Este doente continuará sendo acompanhado pelo PACS.

*Doente C**Histórico*

Masculino, branco, 42 anos, separado, fumante, mora com a mãe (cega) e com o padrasto (alcoólatra). Estudou até a 5ª série do ensino fundamental. Não possui ocupação remunerada. Relatou ter ingerido no passado bebida alcoólica, como cachaça, cerveja. “De tudo um pouco”. Era usuário de drogas ilícitas injetáveis, através das quais adquiriu AIDS. Refere freqüentar roda de amigos nos finais de semana para conversar. Foi encaminhado ao serviço de tuberculose pelo médico que o atendeu no hospital, pois precisou internar-se devido à tosse, dor no peito e diarreia. É a primeira vez que faz tratamento contra a TBC. Realiza exames mensais para controle da doença (clínico, baciloscópico e radiológico) e, às vezes, semanais. Confirmada a AIDS, começou a tratar-se no segundo mês após o início do tratamento contra a tuberculose.

Referiu estar com sintomas (febre, dispnéia, dor no peito) da tuberculose dois a três meses antes de procurar atendimento médico.

Após o diagnóstico para TBC, iniciou logo o tratamento. É o único da família a ter as doenças citadas.

A família o tem ajudado financeiramente para alimentação, transporte. Os comunicantes não foram testados para a TBC. No momento da entrevista, sentia-se fraco, com tonturas e dispnéia. Está recebendo rancho alimentício mensal da Secretaria da Saúde do município.

Em relação ao serviço de TBC oferecido na unidade de saúde, refere ter sido bem atendido e sua opinião sobre o mesmo é “excelente”, pois “atendem bem e dão o tratamento certo”.

Em relação ao acompanhamento e atendimento efetuado pelo ACS, refere que este orientou-o quanto à doença, no sentido de tomar a medicação todos os dias, no mesmo horário, após as refeições. Falou sobre a necessidade de testar os comunicantes, a transmissibilidade da doença e a importância de comparecer mensalmente à consulta médica. Refere que o ACS o visita mensalmente. Como suas residências ficam próximas, o paciente, ou mesmo sua irmã, com freqüência procuram o ACS, para proceder algum encaminhamento. Refere que as orientações do ACS o ajudaram a realizar melhor o tratamento. Pensa que o trabalho do ACS é “muito bom, orienta sobre as doenças”.

Descrição do momento pesquisado

O paciente teve seu diagnóstico para tuberculose em 20 de dezembro de 1999. Houve o acompanhamento do ACS desde o início do tratamento.

Dezembro - compareceu à unidade de saúde encaminhado pelo médico que o atendeu por ocasião da hospitalização, onde realizou avaliação clínica, baciloscopia para tuberculose positiva. Foi preenchido o BIP e o cartão do paciente. Recebeu medicação.

Conduta do ACS: Realizou a visita domiciliar mensal quando soube do diagnóstico para tuberculose. Orientou o paciente a não compartilhar chimarrão, devido à transmissibilidade da doença e que evitasse tomar leite não pasteurizado, adquirido de uma vizinha e consumido 'in natura'. Esse hábito, segundo a agente, poderia causar alguma enfermidade no paciente. Também orientou o paciente sobre a necessidade de continuar o tratamento para controle da doença. Preencheu a ficha B-TBC.

Janeiro – Retornou à consulta médica, realizou baciloscopia com resultado positivo. Retirou a medicação para o mês.

Conduta do ACS: Reforçou as orientações fornecidas no mês anterior referentes a não compartilhar o chimarrão e continuar o tratamento. Preencheu a ficha B-TBC.

Fevereiro – Foi à unidade de saúde para retirar medicação.

Conduta do ACS: Reforçou as orientações fornecidas nos meses anteriores. Solicitou ajuda da irmã do paciente, no sentido de controlar a quantidade de medicamentos ingeridos, para verificar se o paciente tomava a dose certa.

Março – realizou avaliação clínica e relatou não estar tomando a medicação. Foi hospitalizado duas vezes neste mês, devido à diarreia intensa, fraqueza e vômitos. No retorno do hospital, ficou na casa da irmã, que preparava sua alimentação e dava a medicação.

Conduta do ACS: Como o estado de saúde do paciente estivesse piorando, o ACS acompanhou-o até o Pronto Socorro do hospital local, onde ficou internado (primeira internação). No retorno da segunda internação, o ACS foi visitá-lo na casa da irmã e disse-lhe que não poderia mais interromper o tratamento. Caso contrário, não iria curar-se da tuberculose. Disse-lhe que uma medicação mais forte de segunda linha, implicaria em fazer muitas injeções.

Abril – Realizou avaliação clínica e Rx de tórax, o qual demonstrou doença ativa. Recebeu medicação. Neste mês, iniciou com a medicação contra a AIDS.

Conduta do ACS: Foi visitá-lo na casa da irmã e verificou a “nova” medicação que o paciente teria que tomar junto àquela contra TBC. Novamente, o ACS incentivou o uso regular da medicação e estimulou-o a não desistir do tratamento, agora em grande quantidade. ACS refere que o paciente começou a ganhar peso.

Maió– Foi avaliado pelo especialista, fez baciloscopia, com resultado negativo.

Conduta do ACS: O ACS acompanhou-o à consulta com especialista, pois o paciente referia não ter escarro para realizar o exame. O ACS preocupou-se com uma possível interrupção do tratamento. Neste mês, retornou à casa da mãe.

Junho – Foi novamente avaliado pelo especialista, com resultado negativo para o exame de baciloscopia.

Conduta do ACS: ACS refere ter feito a visita rotineira e constatou que o paciente estava em melhor estado de saúde, já estava cozinhando e voltou a receber visitas dos amigos. Refere apenas ter verificado seu estado de saúde e estimulado o término do tratamento contra a TBC, pois era o último mês.

Julho – Realizou avaliação clínica e recebeu “alta por cura”. Foi solicitado Rx de tórax e baciloscopia para controle. A baciloscopia foi negativa e o Rx acusou reinfecção por TBC. A conduta médica foi a de manter a ‘alta por cura’ do paciente.

Conduta do ACS: Novamente, o ACS constatou que o estado de saúde do paciente era bom, elogiou-o pela persistência e por estar consciente de que ele próprio havia sido o responsável por estas doenças, e, por isso, ter concluído o tratamento corretamente. Estimulou-o a não retornar ao uso de drogas ilícitas.

Impressões do pesquisador: ACS com conduta elogiável. Demonstrou ter assimilado satisfatoriamente a capacitação, uma vez que centrou seu acompanhamento na continuidade do tratamento, tornando-se até repetitiva. Não se descuidou do risco de transmissão da doença, ao aconselhá-lo a não compartilhar o chimarrão, apesar de restringir os cuidados a apenas este hábito. Soube motivar o paciente e acompanhá-lo em momentos cruciais de sua doença, recorrendo ao auxílio médico sempre que o estado de saúde do paciente piorava. Soube também usar recursos da própria comunidade, ao solicitar a ajuda da irmã

no acompanhamento do paciente, garantindo assim seu trabalho e a continuidade do tratamento, e, conseqüentemente, a cura do paciente em relação a TBC.

Doente D

Histórico

Masculino, branco, 45 anos, casado, mora com a esposa e dois filhos acima de 15 anos. Possui o 2º grau completo. Trabalha como representante comercial. Viaja bastante. Não fuma e bebe cerveja moderadamente em fins de semana, quando joga futebol com os amigos. Não possui outras doenças associadas. Foi encaminhado ao serviço de TBC do município pelo médico plantonista do Pronto Socorro local, onde consultou por sentir falta de ar após uma partida de futebol, fato incomum antes do surgimento da doença. Teve o diagnóstico para tuberculose confirmado em 02 de fevereiro de 2000. Dois dias após ter consultado o especialista, iniciou o tratamento.

Refere estar realizando exames mensais (baciloscopia) para o controle da doença e sente-se assustado, rejeitado, depressivo e com dúvidas a respeito da doença (cita a separação dos utensílios como exemplo), apesar de relatar estar recebendo apoio da família.

A esposa realizou avaliação clínica com especialista e baciloscopia de escarro, apresentando resultado negativo. Como problemas advindos da patologia, o paciente refere ter ficado sem trabalhar em torno de 1 mês e sentiu-se rejeitado por parte de uma cunhada, que não visitou mais a família.

Considera o serviço de atenção à tuberculose oferecido em Lajeado “Excelente”, pois “o atendimento é ótimo e a auxiliar de enfermagem que o atendeu é competente.”

Em relação ao acompanhamento, refere que o ACS visita mensalmente e, às vezes, quinzenalmente, recebendo orientações referentes à separação dos utensílios de uso pessoal e que existiam outros casos de doença além do dele. Preencheu seu formulário relacionado à patologia e não fez nenhum encaminhamento. Referiu também que o ACS não trouxe material explicativo sobre a doença, quando sentia-se mais inseguro. Refere que o acompanhamento efetuado pelo ACS foi importante, pois manteve sigilo sobre sua doença. Em relação ao trabalho, o paciente destaca o primeiro contato com o agente como bastante po-

sitivo, pois ele orientou-o sobre o serviço oferecido na unidade sanitária, sobre os medicamentos e a própria doença.

Descrição do momento pesquisado

Fevereiro – Realizou avaliação clínica, fez baciloscopia, a qual apresentou resultado positivo. Foi preenchido o BIP e o cartão do paciente. Recebeu medicação.

Conduta do ACS: Realizou a visita domiciliar mensal e encontrou apenas a esposa do paciente em casa, que comunicou ao ACS a doença do marido. Referiu que o mesmo tinha muito medo de que os vizinhos ficassem sabendo e o rejeitassem. Orientou a esposa sobre outros assuntos e preencheu a ficha B-TBC em casa.

Março – Retornou à unidade para fazer avaliação clínica e retirar medicação. Não foram solicitados exames.

Conduta do ACS: Realizou a visita domiciliar mensal e conversou com o casal. O ACS questionou se o paciente estava usando a medicação regularmente, reforçando a importância do uso contínuo. Acrescentou que se apresentasse reações à medicação, deveria logo procurar o médico, mas sem interromper o uso e que deveria alimentar-se bem. Segundo a esposa, o médico orientou que mantivessem relações sexuais com preservativo e evitassem se beijarem. Essa recomendação causou certa estranheza ao ACS, que, porém, reforçou as orientações médicas. O ACS relatou que neste mês entregou “folder” explicativo sobre a doença ao paciente. Novamente o ACS preencheu a ficha B-TBC em casa.

Abril – Realizou avaliação clínica, fez baciloscopia, com resultado negativo e recebeu medicação.

Conduta do ACS: Realizou visita domiciliar e orientou o paciente que seguisse o tratamento sem interrupções. Preencheu a ficha B-TBC em casa.

Maior – Realizou avaliação clínica e duas baciloscopias: a primeira apresentou resultado negativo e a segunda, positivo. Recebeu medicação.

Conduta do ACS: Encontrou novamente a esposa em casa. Apenas questionou se o paciente seguia o tratamento. Orientou a esposa sobre outros assuntos. A ficha B-TBC foi preenchida em casa.

Junho: Realizou avaliação clínica e repetiu a baciloscopia com resultado positivo. Paciente segue o tratamento.

Conduta do ACS: Encontrou somente a esposa em casa. Ela referiu que o paciente estava ganhando peso. Orientou outros assuntos. A ficha B-TBC foi preenchida em casa.

Julho – Realizou avaliação clínica e recebeu medicação. Não há registro de exame baciloscópico no prontuário.

Conduta do ACS: Realizou duas visitas domiciliares. Na primeira, conversou somente com a esposa. Na segunda, encontrou o paciente em casa, ‘abatido e pálido’. Porém, este referiu sentir-se bem. Prossegue com o tratamento e espera concluí-lo no período previsto.

Impressões do pesquisador: O ACS demonstrou clara insuficiência no fornecimento de informações ao paciente. Orientou-o pessoalmente sobre a doença apenas três vezes. Nas outras vezes conversou com a esposa sobre assuntos diversos. O paciente acompanhado possui bom nível de escolaridade e apresentou interesse maior na patologia, se comparado aos pacientes anteriores. Desejava obter informações extras sobre a doença logo após o diagnóstico. E, segundo ele, não as obteve. O ACS encontrou o paciente três vezes durante o tratamento e não retornou outras vezes à sua casa, no mesmo mês, para conversar pessoalmente com ele. Preenchia a ficha B-TBC ao retornar à sua própria casa. Estas condutas contrariam as orientações do PACS, uma vez que a ficha deve ser preenchida na presença do paciente. Para que o ACS possa atingir a totalidade dos pacientes de sua área de abrangência, deve retornar às suas casas até encontrá-los. Nas vezes em que encontrou o paciente, fornecia orientações corretas, porém, mostraram-se insuficientes sob a ótica do paciente. Este segue corretamente o tratamento, porém, o ACS teve pouca participação neste processo.

Doente E

Histórico

Masculino, branco, 29 anos, reside com a companheira e com os dois filhos dela. Estudou até a 3ª série do ensino fundamental. Não possui ocupação remunerada. Apenas recebe o auxílio-doença em função de estar com AIDS. Esteve no presídio por assalto a mão armada, porém, como estava com sintomas da AIDS, foi liberado para ser cuidado em casa.

Não aceitou falar comigo. Ficou sentado no pátio em frente à casa enquanto eu conversava com sua companheira, que forneceu as informações. Era usuário de drogas injetáveis, através dos quais, segundo ela, foi infectado pelo HIV. Não fuma nem bebe no momento, mas antes “Bebia de tudo”, segundo a companheira. Não tem freqüentado roda de amigos, apenas convive com sua família.

Teve o diagnóstico para tuberculose em 23 de fevereiro de 2000. É o primeiro tratamento para TBC que realiza. Segundo a companheira, o paciente adquiriu a doença no presídio, onde esteve após ter sido condenado por assalto a mão armada. Realiza exames para controle das doenças quando internado, o que já ocorreu 4 vezes, desde novembro de 1999. Foi encaminhado ao serviço de TBC pelo médico que o atendeu na sua primeira internação hospitalar, após ter saído do presídio. Mesmo assim, demorou 20 dias para procurar o serviço após a alta, e 1 semana para iniciar efetivamente o tratamento de 2ª linha. No momento da entrevista, observei que estava abatido e desanimado.

A família o tem apoiado durante os tratamentos (AIDS e TBC), através da busca de medicamentos na unidade, transporte do paciente para o hospital e à unidade de saúde, bem como, através de alimentação adequada.

A companheira realizou avaliação clínica com o especialista. Fez Rx de tórax, o qual não demonstrou a presença da tuberculose. Também moram na casa duas meninas de 7 e 12 anos, com vacinação BCG em dia.

A informante refere que as doenças trouxeram dificuldades financeiras à família. O paciente isola-se de todos, inclusive do ACS. Só aceita auxílio da companheira. Está bastante emagrecido. Às vezes nega-se a tomar a medicação. Mas prossegue com os tratamentos (HIV e TBC).

O conceito da companheira em relação ao serviço de TBC é “Bom, pois o [paciente] foi bem atendido e recebeu a medicação”.

Em relação ao atendimento prestado pelo ACS, refere que ele visita a família semanalmente, e que as instruções de como proceder com o paciente vieram reforçar o que o médico já havia orientado: separação dos objetos nas duas primeiras semanas de tratamento; uso regular do medicamento; manutenção da casa arejada, além de evitar respirar próximo do paciente. Porém, refere não ter feito a separação dos utensílios, por não ter preconceitos.

Sua opinião sobre o trabalho do ACS é “(...) acho bom, está sempre disposta a ajudar, mas a senhora vê eu ganho R\$120,00 por mês e tenho dois filhos para sustentar e tenho todos os remédios para comprar. Ele não aceita qualquer comida, quer fruta, salada, repolho e isso tudo eu não tenho, pedi na STHAS (Secretaria da Habitação e Ação Social) e ganhei rancho, já terminou, ontem ganhei arroz e feijão.”

Descrição do momento pesquisado

Fevereiro – Realizou avaliação clínica, fez Rx de tórax, que demonstrou doença ativa. Foi preenchido o BIP e o cartão do paciente. Recebeu medicação referente à 2ª linha.

Conduta do ACS: Realizou a visita domiciliar e soube que o paciente havia sido encaminhado ao serviço de TBC por existir suspeita de estar infectado. Aguardou confirmação. Orientou sobre outros assuntos.

Março – Realizou avaliação clínica, fez Rx de tórax, o qual demonstrou doença ativa. Recebeu medicação.

Conduta do ACS: Antecipou a visita domiciliar do mês e, ao saber do resultado positivo para TBC, orientou toda a família quanto à separação dos utensílios de uso pessoal do paciente por duas semanas, à necessidade de realizar o tratamento sem interrupções durante 6 meses, (apesar de ter ficado com dúvidas se as orientações eram as mesmas para pacientes HIV+ ou -) . Questionou ainda se a menina de 7 anos estava com a vacina BCG em dia, recebendo resposta afirmativa e orientou a companheira de que ela também deveria realizar avaliação clínica com o especialista. Preencheu a ficha B-TBC.

Abril – Foi à unidade sanitária e recebeu avaliação clínica. Não possuía escarro para exame. Recebeu medicação. Paciente apresentou febrícula (37.2 C).

Conduta do ACS: Foi recebida pela companheira do paciente que mostrou seu Rx de tórax normal. Questionou quanto ao uso da medicação e orientou novamente que ela ajudasse o paciente a não interromper o tratamento. Preencheu a ficha B-TBC.

Mai – Realizou avaliação clínica, baciloscopia com resultado negativo e retirou medicação.

Conduta do ACS: Questionou sobre o estado geral de saúde do paciente à companheira e se estava realizando os tratamentos corretamente (AIDS e TBC). Afirmou que o paciente precisaria alimentar-se melhor. Providenciou transporte para o paciente consultar um especialista, pois estava bastante emagrecido. Preencheu a ficha B-TBC.

OBS: Paciente separou-se da companheira e foi morar com um irmão em outro bairro.

Junho - Foi avaliado pelo clínico e recebeu medicação.

Conduta do ACS: Realizou visita ao paciente na casa de outro irmão seu, no mesmo bairro onde morava anteriormente, pois estava lá “passando uns dias”. O ACS foi acompanhado pelo médico generalista que atua no posto deste bairro. Todas as orientações dadas anteriormente pelo médico especialista em TBC foram reforçadas pelo médico do bairro. O ACS escutou as orientações e preencheu a ficha B-TBC.

Julho – Realizou avaliação clínica e recebeu medicação. Consta no prontuário “Paciente sem queixas”.

Conduta do ACS: retornou à casa do irmão que mora em outro bairro. Lá está sendo acompanhado pela equipe do Programa de Saúde da Família em conjunto com outro ACS.

Impressões do pesquisador: Este paciente possui outra doença associada a TBC (AIDS) e vive um drama familiar. É bastante dependente de outras pessoas (esposa e irmãos). Apesar destes fatores complicadores, o ACS desempenhou adequadamente seu trabalho, fornecendo à esposa as orientações (inclusive referentes à AIDS) e acompanhando regularmente o paciente. Auxiliou ainda na continuidade do tratamento através do transporte que levou o paciente até a unidade sanitária. Em função do estado debilitado do paciente, o médico logo iniciou tratamento com a 2ª linha, o que irá estender-se durante 12 meses.

*Doente F**Histórico*

Masculino, branco, 59 anos, casado, reside apenas com sua esposa. Filho, nora e 2 netos residem em casa separada, nos fundos de seu pátio. Estudou até a 4^a série do ensino fundamental. Está aposentado, mas trabalha como pedreiro em construções. Após o surgimento da TBC, realizou perícia médica e parou de trabalhar por dois meses, quando passou a receber benefício da Previdência Social. Possui 5 colegas trabalhando com ele no momento. Parou de fumar há 1 ano. Sua bebida preferida é o vinho. Ingeria duas garrafas por dia até iniciar o tratamento.

Freqüentava cancha de bocha nos finais de semana antes de diagnosticar a doença. Não possui outras doenças associadas. Foi encaminhado ao serviço de TBC pelo médico que o atendeu no hospital, pois há 7 dias, sentia fraqueza, com falta de ar e depressão, o que o levou a consultar no Pronto Socorro local. Iniciou o tratamento 3 dias após a consulta com o médico do serviço de TBC.

Feito os exames (clínico, baciloscópico e radiológico) para efetuar o diagnóstico, o resultado da doença saiu em 20 de março de 2000. Deixou de trabalhar em função da doença.

A esposa realizou avaliação clínica com o especialista junto com o marido, sendo descartada a hipótese de também estar com a doença. O filho, com quem o pai trabalha, também foi examinado. Fez baciloscopia, cujo resultado foi negativo. Os netos, uma menina de 8 anos e um menino de 1 ano, possuem vacinação BCG em dia. A nora não foi examinada, pois não possui convívio muito estreito com os sogros.

O paciente recebe bastante apoio da esposa e do filho.

Sobre o serviço de atenção a TBC, o paciente refere achá-lo “Bom”, pois “não foi preciso ficar na fila de madrugada para pegar ficha”.

Sobre o trabalho do ACS, o paciente refere receber mensalmente visitas, mas agora, devido à doença, as visitas são mais freqüentes, chegando a ser semanais. Recebeu orientações referentes à doença: que ela tem cura; que é preciso separar os utensílios de uso pessoal por um mês para não transmitir a doença para aos outros. Verificou se a vacina do

neto estava em dia e, por fim, relatou: “Não me lembro estava interessada mas ela me orientou tanto.” Sobre o trabalho em geral comentou: “Muito bom, pois se tem acesso a informações. É um alívio.”

Descrição do momento pesquisado

Março – O paciente realizou avaliação clínica com especialista, fez baciloscopia de escarro e Rx de tórax. Ambos comprovaram a existência da doença. Recebeu medicação e foi preenchido o BIP e o cartão do paciente.

Conduta do ACS: O ACS relata que o paciente estava com muita tosse há 2 meses. Orientou-o de que “Isso não era normal” e que deveria procurar “recursos médicos” para descobrir do que se tratava. Retornou à casa do paciente para verificar o diagnóstico e orientou-o para separar seus objetos de uso pessoal dos da esposa durante um mês, principalmente o chimarrão, e não deveria tossir próximo aos familiares ou beijá-los durante este período. Verificou seu cartão de vacinação e constatou que a BCG estava atualizada. Preencheu a ficha B-TBC,

Abril – Realizou avaliação clínica e baciloscopia com resultado negativo. Recebeu medicação.

Conduta do ACS: Realizou a visita domiciliar mensal, preencheu a ficha B-TBC. A esposa informou que o paciente esteve hospitalizado por alguns dias, por sentir-se muito fraco. Orientou-o a continuar separando os utensílios de uso pessoal, principalmente o chimarrão. Orientou ainda que evitasse pegar o neto no colo. Recomendou que não ingerisse vinho, pois anularia o efeito do medicamento.

Maior: Realizou avaliação clínica e baciloscopia com resultado negativo. Recebeu medicação.

Conduta do ACS: Realizou a visita domiciliar mensal, atualizou a ficha B-TBC. Questionou se estava seguindo as orientações dadas pelo médico e pelo próprio ACS nos meses anteriores.

Junho: Realizou avaliação clínica e baciloscopia com resultado negativo. Recebeu medicação.

Conduta do ACS: Realizou a visita domiciliar mensal, atualizou a ficha B-TBC, questionou quanto ao uso regular dos medicamentos e se estava conseguindo evitar a ingestão de vinho, pois verificou que o paciente estava apresentando tosse, falta de ar e indisposição. O paciente respondeu que não estava ingerindo bebida alcoólica.

Julho – Foi à unidade de saúde para retirar medicação. Fez baciloscopia de escarro, com resultado negativo.

Conduta do ACS: Realizou a visita domiciliar mensal, atualizou a ficha B-TBC, questionou-o se estava melhor, se estava fazendo exames, se não estava ingerindo vinho e se estava tomando a medicação regularmente.

Impressões do pesquisador: O ACS demonstrou perspicácia ao perceber que a tosse inicial e persistente do paciente poderia estar associada a alguma patologia, encaminhando-o para avaliação médica. Apresentou grande preocupação com a transmissibilidade da doença, ao orientar que o paciente isolasse seu material de uso pessoal por mais de dois meses. Não se descuidou da atenção ao neto, ao conferir o cartão de vacinação e orientar as medidas de precaução. Por saber que o paciente gostava de vinho, alertou-o de que não ingerisse durante o tratamento. O paciente encaminha-se para a cura da TBC no próximo mês, sendo a atuação do ACS foi extrema importância para isto.

Doente G

Histórico

Masculino, branco, 47 anos, casado, mora com a cōnjuge e dois filhos adolescentes. Estudou até a 4ª série do ensino fundamental. Aposentado, cuida do lar enquanto a esposa trabalha fora como empregada doméstica e os filhos trabalham e estudam. É fumante de palheiro. Segundo a esposa, “passa os dias fumando e tomando chimarrão”. Não ingere bebida alcoólica. Sai de casa apenas para ir ao mercado e ao médico.

Possui gastrite crônica e teve deslocamento de vértebra, pois foi servente de pedreiro. Fez cirurgia para correção, porém não se curou, pois ainda sentia dor nas costas.

Recebeu o diagnóstico de tuberculose em 29 de março de 2000. É a primeira vez que se trata dessa doença.

Foi encaminhado ao serviço de TBC pelo médico do Pronto Socorro local. Foi consultar “para a garganta” e fez Rx de tórax, o qual revelou a doença. Fez exame clínico e baciloscópico para confirmar o diagnóstico. Refere estar fazendo mensalmente o exame de secreção pulmonar. Refere não estar apresentando sintomas da TBC ao consultar no PS, porém o paciente encontra-se bastante emagrecido. Demorou 1 mês para iniciar o tratamento para a TBC .

Tem dificuldade em realizar as consultas. Marca e não comparece, o que requer nova marcação. Não toma a medicação ou toma dosagem inferior à recomendada pelo médico. Refere sentir náuseas quando ingere o medicamento. Relata estar se tratando também com um preparado à base de “babosa” que comprou na farmácia. Também que solicitou ao farmacêutico que preparasse outra medicação à base de ‘alfavaca’, erva medicinal, para continuar o tratamento. Diz ser ‘dependente’ de Lorax 2mg, o qual já toma há vários anos.

Refere ainda não ter apoio da família em casa. Estava revoltado e depressivo por ocasião da entrevista. O casal demonstra ter problemas conjugais, pensando, inclusive, em separação. Porém, a esposa demonstrou estar preocupada com a doença do marido. Percebi haver dúvidas entre o casal referentes à forma como o paciente havia adquirido a doença. O paciente acusa a esposa de tê-lo contaminado. Possui um filho casado que mora no mesmo bairro. O neto foi proibido por seus pais de visitar o avô.

Relata ainda que o maior problema decorrente da doença é o medo da família, de também contraí-la, o que o deixou isolado.

A esposa realizou avaliação clínica com especialista, fazendo Rx de tórax, com resultado negativo para a doença. Os filhos não realizaram avaliação clínica. O neto está com a BCG em dia.

Considera “bom” o serviço de atenção à TBC do município. Não justificou sua resposta.

Sobre o acompanhamento efetuado pelo ACS, refere ter sido visitado semanalmente e informado sobre a separação dos utensílios de uso pessoal e sobre os cuidados com a tosse. Acredita que as orientações recebidas o ajudaram a prevenir a contaminação dos familiares. Considera que o trabalho do ACS é “100 % + 1” , ou seja, gosta, “porque conversa e dá atenção”.

Março – Realizou avaliação clínica, Rx de tórax, que demonstrou doença ativa. Foi preenchido BIP e cartão do paciente. Recebeu medicação.

Conduta do ACS: O ACS refere ter sido visitado em sua casa pela esposa do paciente, à noite, quando foi informado do encaminhamento do paciente ao serviço de TBC, feito pelo médico plantonista do PS local. Como o doente não procurou o serviço, a esposa solicitou ao ACS que marcasse a consulta para ele. Neste momento, o ACS entregou três folhetos explicativos sobre a TBC, um para a esposa e um para cada filho, para serem lidos em casa. O ACS marcou a consulta, mas não o acompanhou neste momento.

Abril – consultou duas vezes neste mês. Em ambas as vezes, realizou avaliação clínica. Por ocasião da primeira consulta, fez baciloscopia com resultado negativo. Na segunda vez, repetiu a baciloscopia, agora com resultado positivo. Refez o Rx de tórax, o qual novamente demonstrou doença ativa. Recebeu medicação.

Conduta do ACS: Realizou a visita domiciliar e refere ter orientado o paciente quanto à patologia, transmissão, tratamento e exames, com base no polígrafo que recebeu na capacitação sobre tuberculose. Encaminhou os demais membros da casa para proceder à coleta de material para baciloscopia. Deixou seis recipientes, 2 para cada integrante da família, próprios para a coleta de material para avaliação médica.

Após esse encaminhamento, procurou-me para relatar que o paciente não estava realizando corretamente o tratamento. Sugerí-lhe que marcasse nova consulta com o especialista e solicitasse o carro da secretaria para levá-lo, o que foi feito. Aproveitou ainda para esclarecer algumas dúvidas sobre a doença. O ACS acompanhou-o nas duas consultas realizadas. Preencheu a ficha B-TBC.

Mai – Consultou com o especialista e relatou não estar tomando a medicação. Foi aconselhado a reiniciar o tratamento.

Conduta do ACS: O ACS realizou a visita domiciliar semanal, atualizou a ficha B-TBC e constatou que o paciente não estava tomando a medicação. Orientou-o novamente sobre a importância e necessidade de efetuar corretamente o tratamento, bem como sobre os riscos de transmissão da doença. Encaminhou-o para nova consulta com o especialista, porém não o acompanhou nesta consulta. O paciente referiu ao ACS que havia comprado um preparado à base de ‘babosa’ e encomendado outro à base da erva ‘alfavaca’, pois, se-

gundo um livro de medicina alternativa que o paciente tem em casa, ambos estão indicados no combate à tuberculose.

Junho – Família relatou ao médico que o paciente não está tomando o medicamento.

Conduta do ACS: O ACS realizou a visita domiciliar e constatou novamente que o paciente não estava tomando a medicação. Comunicou-o à unidade de saúde. Tentou novamente convencer o paciente da necessidade do uso dos medicamentos para o combate à doença, mas sem sucesso.

Julho – Não há registros no prontuário do paciente, sugerindo que o mesmo não compareceu à unidade de saúde.

Conduta do ACS: Visitou o paciente normalmente, preencheu a ficha B-TBC. Constatou que o paciente estava tomando os medicamentos naturais, mas não havia retomado o tratamento prescrito pelo especialista. Aceitou a conduta do paciente e sugeriu-lhe que, após a conclusão do tratamento ‘natural’, fizesse uma baciloscopia para verificar o resultado do mesmo. Comunicou-me o fato e orientei-lhe que avisasse o especialista.

Impressões do pesquisador: O ACS teve conduta adequada. Orientou o paciente e a sua família sobre a separação dos objetos de uso pessoal, sobre a investigação dos comunicantes e sobre a importância do tratamento. Porém, o paciente mostrou-se pouco colaborativo em relação ao tratamento. Prefere comprar produtos à base de ervas medicinais, que acredita serem mais eficazes, que os medicamentos convencionais para o tratamento da TBC, existentes na unidade sanitária. Apesar de o ACS ter tido uma boa atuação junto ao paciente estimulando-o a realizar o tratamento e acompanhando-o às consultas médicas, o paciente não aderiu ao tratamento. Casos como este também requerem intervenção de outros membros de equipe multiprofissional, como assistente social, ou mesmo encaminhá-lo para avaliação com psiquiatra, pois, frente a desajustes familiares, a resistência do doente em realizar o tratamento pode estar sendo usada como forma de despertar a atenção da família ou como forma de abreviar sua vida.

*Doente H**Histórico*

Masculino, negro, 56 anos, casado, 6 filhos casados que residem em casas diferentes. Estudou até a 4ª série do ensino fundamental e trabalha como servente de pedreiro junto com o paciente F. Possui, atualmente, outros 3 colegas de trabalho. Não fuma, não bebe, nem frequenta roda de amigos. Não possui outras doenças associadas. É a primeira vez que se trata para TBC. Refere estar realizando exames clínico e baciloscópico mensalmente.

Foi encaminhado à unidade de saúde por uma suspeita da própria esposa, pois o paciente estava com muita tosse e era colega do paciente F, que havia iniciado tratamento para TBC no mês anterior. Além disso, já houve outro caso da doença na família. Uma filha do casal, casada e moradora em outro bairro, já teve TBC há 1 ano atrás. Por isso já haviam sido orientados sobre a doença. Porém, a esposa refere que o paciente já apresentava sintomas 2 meses antes de procurar atendimento. Iniciou o tratamento logo após a consulta médica.

Refere sentir-se isolado, cansado, às vezes, com dispnéia para caminhar e trabalhar. Tem recebido muito apoio da família, através de estímulo para que se alimente bem e de fornecimento de vitaminas por parte das filhas.

A esposa consultou com o médico que atende no serviço de TBC, descartando possibilidade de também estar infectada, através de baciloscopia com resultado negativo.

Considera o serviço de TBC oferecido no município “Excelente, atendem bem, não precisa ficar na fila e tem remédio de graça.”

Em relação ao trabalho do ACS, refere receber visitas mensais e orientações como: separar talheres, xícaras, pratos, chimarrão (“separar tudo”) durante o primeiro mês de tratamento. Afirma que as orientações do ACS reforçaram o que o médico havia recomendado anteriormente, como uso regular dos medicamentos, separação dos utensílios, entre outros. Pensa que o trabalho do ACS é “Muito bom. Orienta, traz chá, ensina como prepará-lo. Precisa alguém assim no bairro para ver a gente”.

Descrição do momento pesquisado

Abril – Recebeu o diagnóstico para tuberculose em 20 de abril de 2000. O paciente realizou avaliação clínica, fez baciloscopia, com resultado negativo e recebeu medicação.

Conduta do ACS: Ao realizar a visita domiciliar, ficou sabendo da suspeita da esposa, em relação ao marido. Ofereceu 2 potes para coletar secreção pulmonar e realizar baciloscopia. Porém, a esposa preferiu pegá-los diretamente na unidade de saúde. O ACS orientou-a, então, de como deveria proceder. No final do mês, retornou à casa para confirmar o diagnóstico e preencher a ficha B-TBC.

Maio – Fez nova avaliação clínica. O exame baciloscópico apresentou resultado positivo. Recebeu medicação.

Conduta do ACS: Preencheu o formulário de controle de pacientes com TBC, ficha B-TBC próprio do ACS. Orientou-o quanto à separação dos utensílios de uso pessoal, principalmente o chimarrão durante 1 mês e, ainda, para não ingerir álcool durante o tratamento. Preferiu não orientar quanto ao uso do medicamento por não sentir-se segura quanto à posologia correta, tampouco recorreu ao polígrafo usado na capacitação sobre TBC para tirar suas dúvidas..

Junho - Realizou avaliação clínica e recebeu medicação.

Conduta do ACS: Atualizou os dados da ficha B-TBC e questionou quanto ao uso regular dos medicamentos, orientando-o para que assim continuasse e para que se alimentasse bem.

Julho – Realizou avaliação clínica, recebeu medicação. Há registro no prontuário de “dispnéia e cansaço ao esforço”.

Conduta do ACS: Atualizou a ficha B-TBC, questionou quanto à alimentação, reforçando a importância de alimentar-se bem e se estava tomando os medicamento regularmente.

Impressões do pesquisador: Este ACS é o mesmo que acompanhou o paciente F. Refere ter apresentado dúvidas em relação à terapia medicamentosa, mas não procurou saná-las. Porém, atuou corretamente junto ao paciente oferecendo os recipientes para coleta de secreção pulmonar. Orientou quanto à separação dos objetos de uso pessoal e in-

centivou a continuidade do tratamento. O ACS agiu adequadamente, porém o sucesso do tratamento deve-se muito à esposa do paciente, que já possuía informações sobre TBC e tem colaborado significativamente para que o doente obtivesse a cura no próximo mês.

Caso especial

Há ainda outro paciente que possui residência na área e cobertura do PACS, mas que, por não morar na casa e ser andarilho, não foi possível receber o acompanhamento do ACS. Paciente alcoólatra.

Iniciou o tratamento para a tuberculose em junho de 1999, realizando-o corretamente até agosto. Nos meses de setembro e outubro, compareceu alcoolizado às consultas médicas. Em dezembro, a baciloscopia foi positiva e foi iniciado tratamento referente à 2ª linha. Nos meses seguintes, não compareceu às consultas médicas. Em março, o médico responsável fez a seguinte anotação no prontuário do paciente: “Paciente sem residência fixa. Procurado pelo serviço de saúde, não encontrado”. Em abril, o paciente compareceu à unidade, onde realizou avaliação clínica e reiniciou tratamento com a 1ª linha. Depois disso, não há mais registros no prontuário do paciente. Segundo informações colhidas junto a funcionários da unidade de saúde onde foi iniciado o tratamento, este paciente faleceu no mês de maio.

6 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

6.1 A contribuição das ações dos agentes comunitários de saúde na atenção primária a portadores de tuberculose: a aderência ao trabalho dos ACSs

Neste capítulo, serão apresentados os dados passíveis de comparação entre os dois grupos de doentes estudados.

Grupo 1 será aquele cujo acompanhamento retrospectivo ou histórico dos doentes não contou com a participação dos ACS e que se encontra com o tratamento concluído ou com a situação da doença definida perante o Serviço de Atenção à Tuberculose. O grupo 2 será aquele cujo acompanhamento contemporâneo possui doentes com alta, que seguem o tratamento ou que o interromperam, que receberam ou ainda estão recebendo o acompanhamento dos ACS.

Os critérios de análise dos resultados seguem os itens definidos na metodologia, que são: efetividade do serviço, eficácia da medicação e aderência dos pacientes ao tratamento e orientações recomendados; tempo previsto para atingir a cura da doença; retorno mensal do paciente ao serviço; realização dos exames prescritos; uso regular da medicação e implementação das precauções universais.

O quadro 3 resume a evolução dos pacientes.

Quadro 3: evolução comparativa entre os dois grupos estudados.

Fator Observado/Comparado	Grupo 1	Grupo 2
Atendimento pelo serviço de TBC (consulta médica, medicamentos, exames)	Sim	Sim
Acompanhamento pelos ACS	Não	Sim
Aderência: N° de pacientes curados no período observado	6	2
N° médio de meses necessários para atingir a cura	6	9
Média geral de meses de tratamento dos curados e não curados	6,75	7,12
Abandono do tratamento	1	0
Interrupção do tratamento	0	2
Efeitos colaterais/complicações durante o tratamento	2	1
Óbito durante o tratamento	1	0
Doenças associadas (Câncer, AIDS, gastrite)	1	3
Pacientes que fizeram tratamento anterior para TBC	2	1
Média de idade dos pacientes	48,5	45,75
Pacientes que seguem o tratamento (foram incluídos após o início da pesquisa e não completaram o período previsto para a conclusão do tratamento)	0	4
Média referente à realização da consulta mensal	100 %	81,5 %
Média referente à realização de exames mensais	87,5 %	82,3 %
Média referente ao uso regular da medicação	100 %	87,5 %

• A todos os doentes estudados foi oferecido atendimento especializado pelo serviço de atenção à tuberculose do município, que consta de consulta médica mensal ou de acordo com as necessidades apresentadas pelo doente; medicamentos distribuídos pelo Plano Nacional de Combate à Tuberculose; realização de exames diagnósticos também de acordo com o estado e necessidade do doente (baciloscopia e Rx de tórax); e atendimento de enfermagem, relacionado à entrega de medicamentos e solicitação de baciloscopias na ausência do médico, uma vez que há padronização nacional quanto à terapia medicamentosa e à realização mensal do exame de secreção pulmonar.

Estes fatos caracterizam a *efetividade* e a *eficácia* do serviço de atenção à tuberculose. São relevantes por serem legítimos o acesso e a utilização de rotinas e medicamentos no combate à doença, porém não dependem e não estão ligados diretamente à atuação dos ACS.

Entretanto, destaco a não realização da consulta de enfermagem pela enfermeira que atua no serviço. Mesmo possuindo outras atribuições, como vacinação infantil e atendimento a pacientes com Hanseníase, a consulta de enfermagem deveria ser rotina do serviço, pois, além de ser uma das atribuições do enfermeiro, contribuiria sobremaneira no controle da evolução da TBC, da mesma forma como a realização de consulta mensal com o médico.

Desta forma, muitas dúvidas e inseguranças do doente ou do próprio ACS em relação a alguma complicação apresentada no quadro clínico, bem como, casos de interrupção do tratamento poderiam ser minimizados com o auxílio deste profissional de larga experiência no serviço.

Para tanto, creio ser necessário redistribuir as tarefas delegadas a esta enfermeira, dividindo-as com o outro enfermeiro que atua nesta unidade ou elevar o número de profissionais enfermeiros que atuam no Serviço, pois todas as atividades que a referida enfermeira desempenha são importantes e requerem a supervisão e participação de um enfermeiro.

- Em relação à terapia medicamentosa, esta ainda é considerada eficaz no combate a tuberculose apesar de

“o bacilo vir sofrendo mutações para formas mais resistentes, que demandam longo período de tratamento e complicam o controle da doença. Nessa linha já surgiu o bacilo resistente a múltiplas drogas, o qual não responde às terapias convencionais e, mesmo com o uso de medicação especial, apresenta alta letalidade. A resistência bacteriana é fruto, na maioria das vezes, de tratamentos irregulares com grandes percentuais de abandono”. (Brasil, 1999, p. 9).

- Quanto à *aderência* dos pacientes ao tratamento médico e às ações desenvolvidas pelos ACS, as quais visaram a continuidade do tratamento, a prevenção da disseminação da doença, a vacinação infantil, podemos verificar que:

1. Observando o quadro anterior, constatamos que no grupo 1, referente ao estudo retrospectivo, ocorreram 6 pacientes que se curaram no período previsto para tratamento com a 1ª linha, ou seja, 6 meses (pacientes 1, 2, 4, 5, 6, 8). Destes, apenas 2 pacientes apresentaram efeitos colaterais ou complicações, como hemoptise e hepatite medicamentosa, pelo uso da medicação (pacientes 6 e 7). Porém, o primeiro seguiu normalmente o tratamento e o segundo acabou indo a óbito devido a câncer de esôfago.

No segundo grupo, apenas 2 pacientes curaram-se, o paciente A e o C. Um já havia iniciado o tratamento 7 meses antes de iniciar o período da pesquisa e o outro curou-se no prazo estabelecido para o uso de medicação de 1ª linha, ou seja, 6 meses, mesmo tendo AIDS associado, o que não representou, para este paciente e neste momento, um fator complicador

de seu tratamento contra a tuberculose. Existem ainda 4 pacientes que não concluíram o tratamento, mas foram incluídos nesta pesquisa por apresentarem a doença dentro do prazo estipulado para a realização da mesma. Porém, seguem o tratamento corretamente e possuem a perspectiva de se curarem no prazo determinado.

Os dois pacientes curados são os melhores exemplos para afirmar a aderência dos pacientes ao trabalho dos ACS, embora os quatro citados anteriormente estejam seguindo as orientações adequadamente. O primeiro entre os curados já estava recebendo acompanhamento desde o início de sua terapia medicamentosa. O acompanhamento para ambos pode ser traduzido em visitas domiciliares diárias ou freqüentes, em atitudes como desenvoltura e despreendimento ao buscar recursos na própria comunidade que auxiliassem na continuidade do tratamento, em presença firme, motivadora e positiva junto ao paciente.

A paciente A já havia realizado tratamento contra a tuberculose em duas ocasiões anteriores e o desafio colocado ao ACS que a acompanha é que o 3º tratamento, recém concluído, não seja comprometido pelo marido que interrompeu seu próprio tratamento, ou seja, permanece o desafio de mantê-la sem a tuberculose.

Em relação ao paciente C, é provável que venha a apresentar novos problemas de saúde decorrentes da AIDS, porém ter vencido a tuberculose é uma grande vitória, sendo o auxílio do ACS importante para alcançá-la. A continuidade das visitas domiciliares do ACS e as orientações acertadas poderão contribuir para elevar sua qualidade de vida.

A importante diferença apresentada no número de pacientes que obtiveram a cura da doença entre os dois grupos investigados pode estar relacionada à determinação social da doença relacionada ao comportamento dos pacientes, o que pode resultar em desfechos mais ou menos favoráveis. Grupos diferentes da mesma comunidade estão expostos a riscos diferentes e a incidência de fatores externos também ocorreu de maneira diferenciada sobre as pessoas. Conforme Vaz (1995), desta maneira é possível apreender o caráter social da tuberculose nos diferentes perfis patológicos que os grupos sociais apresentam.

2. Em relação à média de meses para concluir o tratamento, o grupo 1 necessitou dos 6 meses previstos, enquanto a média do grupo 2, mesmo com apenas dois pacientes, foi de 9

meses. Isto porque, enquanto o paciente C obteve alta com 6 meses, a paciente A levou 12 meses para concluir o tratamento, uma vez que utilizava medicamentos da 2ª linha terapêutica, o que elevou a média.

3. Outro dado diz respeito ao número médio de meses que os pacientes levaram para se curarem ou, no caso daqueles que ainda estão em tratamento, utilizaram para realizar o tratamento até o momento. No primeiro grupo, incluindo os curados, óbito e abandono do tratamento, a média foi de 6,75 meses de tratamento. No segundo grupo, considerando o número de meses que os curados, aqueles que interromperam o tratamento e os que estão em tratamento utilizaram até o momento, a média foi de 7,12 meses. De qualquer modo, o segundo grupo apresentou novamente números superiores em termos de tempo para obter a cura.

Ao se buscar uma explicação para estas diferenças à luz da epidemiologia social, os fatores determinantes para esta constatação estariam relacionados ao tipo de vida dos integrantes do 2º grupo: 100% dos pesquisados possuem baixo nível sócio-econômico, alguns, em condições extremas de pobreza, estando, portanto, mais expostos e suscetíveis a diversos riscos, como uso de álcool e drogas ilícitas, nos casos dos pacientes B, C, E, e sua associação com a AIDS, nos pacientes C e E; pouco acesso a informações anteriores ao contágio das doenças, no caso da paciente A que realizou o tratamento pela 3ª vez, moradia e alimentação precária; o exercício profissional com colegas que possuem doenças transmissíveis, como o paciente H e, de modo geral, condições precárias de saúde. Estes fatores isolados ou associados estiveram presentes no histórico dos pacientes estudados e contribuíram para que a doença surgisse ou recrudescesse em alguns casos.

Para reforçar este ponto de vista, a própria escolha das áreas de abrangência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no município dá-se basicamente em função do nível sócio-econômico da população, ou seja, o programa deve privilegiar as pessoas de baixa renda. Desta forma, as áreas de cobertura do Programa condensam maior complexidade de situações, com difíceis soluções.

4. Em relação a abandono do tratamento, temos um caso no grupo 1. O paciente 3 mudou-se de cidade, havendo registros sobre a conclusão da terapia.

No grupo 2, isso não ocorreu, apesar de haver 2 pacientes, B e G, que interromperam o tratamento. Nesses casos, não foi verificada a aderência dos pacientes ao trabalho desenvolvido pelos ACS.

No caso do paciente B do grupo 2, verifica-se que, mesmo sendo a primeira vez que realiza o tratamento e fazendo uso contínuo dos medicamentos, desde o início da terapia os exames apresentavam resultado positivo e o tratamento demorava-se, demonstrando baixa aderência às orientações médicas e do ACS.

O ACS que o acompanha é o mesmo da paciente A, que está curada. Há suspeitas de que o paciente esteja ingerindo bebida alcoólica. O ACS, apesar de ter tido conduta adequada no caso A, não obteve o mesmo resultado com o paciente B, indicando que, quando existem fatores intervenientes como o álcool, a situação agrava-se ainda mais. O paciente B deveria ter sido encaminhado para avaliação com assistente social ou médico psiquiatra. Esta situação foge do alcance das ações dos ACS e exige a multidisciplinaridade. Neste caso, o enfermeiro instrutor/supervisor, quando detecta a interrupção do tratamento, deveria realizar o encaminhamento.

Porém, o ACS é orientado durante suas capacitações, a encaminhar a outros profissionais os casos de pacientes em que sua ação não tem demonstrado resultados positivos, mas isso não ocorreu, ou então ela aguarda o apoio do Serviço de TBC do município.

5. O paciente G, do grupo 2, não iniciou corretamente o tratamento. Talvez por causa da gastrite crônica. Os medicamentos considerados irritantes à mucosa gástrica, podem ter provocado efeitos desagradáveis, que inibiram seu uso. Este fator parece ter sido pouco explorado pelo especialista que o atendeu no início do tratamento, talvez por causa da baixa frequência às consultas médicas. Este paciente prefere medicamentos “naturais”, manipulados em farmácias especializadas, seguindo a cultura popular presente na sua família. Neste caso, a aderência foi comprometida devido às implicações culturais do paciente estarem intimamente associadas à tuberculose, o que motivou o paciente a optar por um tratamento “natural”.

Apesar da não aderência ao tratamento médico, o ACS teve um desempenho correto frente ao caso. Foi persistente, forneceu orientações com a ajuda do material recebido na capacitação, marcou consultas médicas, providenciou transporte para levá-lo à consulta médica, em mais de uma tentativa de fazer o paciente aderir ao tratamento, enfim, utilizou todos os recursos que conhecia junto ao serviço de saúde para realizar seu trabalho. Por fim, combinou com o paciente que, ao final de seu tratamento “natural” com a erva “carne de vaca ou alfavaca”, ele realizaria baciloscopia de escarro para verificar o resultado da terapia. Esta atitude demonstra, por um lado, o respeito do ACS pela cultura popular e, por outro, que uma intervenção profissional deve ser implementada imediatamente, para evitar a disseminação da doença. Novamente, a ajuda de outros profissionais seria a indicada: psiquiatra, assistente social.

6. No grupo 1, foi verificado 1 óbito, em função do paciente apresentar câncer de esôfago. No grupo 2, até o momento, não ocorreram óbitos.

Outro aspecto envolvendo estes dois pacientes refere-se à importância da presença tanto do enfermeiro instrutor/supervisor, como do serviço de saúde e de toda a estrutura municipal, para garantir a retaguarda necessária aos encaminhamentos realizados pelo ACS. Ou seja, não basta o ACS apenas levantar problemas ou encaminhar pacientes a outros profissionais ou a outros níveis de atendimento entre os serviços prestados pelo município. É preciso que ele esteja preparado para responder adequadamente aos mesmos. Desta forma, o trabalho dos ACS será efetivo e a aderência dos pacientes será maior.

Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 1999), uma vez que a doença está fortemente associada à deflagração de crises sociais ou à pobreza da população, os índices apresentados medem não somente a qualidade dos serviços de combate à tuberculose, mas também o estágio de desenvolvimento econômico e social do Brasil. Neste sentido, o PACS colabora realmente para a reorganização dos serviços, porém é preciso que também haja vontade política para viabilizá-lo.

O desenvolvimento econômico e social do Brasil nos remete à situação da persistência da TBC nos perfis epidemiológicos em todas as regiões do País. Possas (1989) afirma que o desenvolvimento econômico, por ter caráter excludente, não permitiu avanço similar no desenvolvimento social.

A forma heterogênea como ocorreram as modificações nos padrões de morbimortalidade, havendo persistência ou recrudescimento de antigas endemias, paralelo à consolidação de novos problemas, demonstram a fragilidade do setor saúde e a presença de um “balanço líquido negativo” na evolução das enfermidades. (Barreto e Carmo, 1995; Monteiro; Iunes; Torres; 1995).

- O fator “realização de tratamento prévio” contra a TBC parece não ter tido grande influência neste estudo. Os 2 pacientes, 5 e 8, do grupo 1, que já haviam realizado tratamento anterior, curaram-se no tempo previsto. A paciente A, do grupo 2, tratou-se corretamente pela terceira vez, num período de 12 meses, pois utilizou medicamentos relativos à segunda linha. Uma observação, no entanto, deve ser feita em relação ao paciente 8 do grupo 1, estudo retrospectivo. Consta em seu prontuário a realização de um primeiro tratamento com cura no ano de 96/97. Um segundo diagnóstico foi efetuado dois meses após o término do primeiro tratamento. Porém, não consta no prontuário um segundo tratamento imediatamente após o diagnóstico de reinfecção, indicando que não foi realizado neste período. O paciente, provavelmente, ficou 2 anos transmitindo a doença antes de procurar novo auxílio, em 18/05/99. Se um caso como este ocorresse numa área de cobertura dos PACS, provavelmente este paciente seria orientado a reiniciar imediatamente o tratamento.

- Outro fator passível de comparação, mas que também demonstrou não interferir na análise dos dados, é a idade dos pacientes. No primeiro grupo, a média das idades foi de 48,5 anos e nos pacientes do segundo grupo, foi de 45,75 anos. Estes dados apenas demonstram a equivalência dos grupos na faixa etária acometida pela doença.

- Em relação ao desfecho clínico, verificamos que no grupo 1 todos os pacientes estão com a situação definida; 06 obtiveram a cura; 01 abandonou o tratamento e mudou-se de cidade e o último faleceu devido a câncer. Entre os pacientes do grupo 2, 4 continuam o tratamento: pacientes D, E, F, H. O paciente E, se continuar o tratamento como vem fazendo, irá concluí-lo em fevereiro de 2001, utilizando medicação referente à 2ª linha. Os demais deverão concluir o tratamento nos próximos meses, uma vez que estão apresentando comportamento regular frente ao mesmo, ou seja, consulta mensal, realização de exames e uso contínuo dos medicamentos. De qualquer maneira, não se sabe se continuarão sem a doença, haja vista a evidência de riscos maiores de contaminação.

- Em relação aos 3 últimos critérios apresentados no quadro 3, para verificar a aderência dos pacientes acompanhados, observou-se que o grupo 1 apresentou médias superiores em todos os critérios, obtendo níveis mais baixos apenas no item ‘realização de exames mensais’. Um dos pacientes não realizou, durante dois meses consecutivos, as baciloscopias solicitadas. Já no grupo 2, as médias foram consideradas boas, porém todas inferiores ao grupo 1. Em todos os itens, pacientes deixaram de realizar alguma etapa da seqüência do tratamento.

- Quanto à “implementação das medidas de precaução orientadas pelo ACS aos pacientes” do grupo 2 para a prevenção da disseminação da doença, em apenas um caso houve referência de que não haviam sido realizadas.

- Pôde-se verificar ainda que não houve casos novos a partir da intensificação do trabalho dos ACS junto à clientela. Não foram detectados casos novos imediatamente após a capacitação dos Agentes, como resultado de um despertar frente ao problema tuberculose.

- Ainda podemos estabelecer outra comparação entre os dois grupos. Refere-se ao número de pacientes com TBC em relação à população da área de abrangência do PACS e o número de pacientes com TBC em relação à população restante do município.

Ou seja: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos do grupo 1}}{\text{População do grupo 1}}$ e $\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos do grupo 2}}{\text{População do grupo 2}}$

$$\frac{0008}{39.661} = 0,0002$$

$$\frac{0008}{18.851} = 0,0004$$

População total de Lajeado = 58.512 habitantes¹;

Área coberta pelo PACS - 8 pacientes com TBC para 18.851 pessoas²;

Restante do município - 8 pacientes com TBC para 39.661 pessoas;

¹ Segundo dados do IBGE, senso de 1996, (www.ibge.gov.br);

² Dados coletados junto a Secretaria de Saúde e Meio Ambiente de Lajeado referentes às pessoas cadastradas no PACS;

Através destes índices, observa-se que o número de pacientes com tuberculose na área de abrangência do PACS é idêntico ao do restante do município, demonstrando que o risco de adoecer é maior na área atendida pelo PACS, se compararmos a proporção de habitantes que o programa atinge e aquela que não é coberta pelo Programa, o que representa menos da metade da população do município no primeiro caso. De outro modo, podemos afirmar que a população pertencente à área de cobertura do PACS possui o dobro de possibilidade de adoecer, o que, em uma linguagem epidemiológica, diz-se que os dados indicam que a população circunscrita à área do PACS tem o dobro de risco de adoecer por tuberculose do que o restante da população do município de Lajeado.

Dessa forma, pode-se dizer que no município, a cada 1.000 pessoas que adoeceram fora da área do PACS, 2 foram acometidas de tuberculose, enquanto que, a cada 1.000 pessoas que adoeceram na área de cobertura do Programa, 4 tiveram como causa a tuberculose, o que demonstra que não é apenas a efetividade do serviço e a atuação dos ACS que determinam os resultados apresentados na cura e prevenção da doença, mas que há um contexto social que parece ser o grande determinante desta situação. Este contexto também contribuiu com a diminuição da aderência dos pacientes às orientações fornecidas pelos ACS e, conseqüentemente, ao tratamento contra a TBC.

Hipoteticamente, avaliamos que os padrões culturais e econômicos da população não coberta pelo Programa são melhores do que os padrões da população atendida pelo PACS, o que pode ter contribuído para elevar a aderência dos pacientes ao tratamento. Esta hipótese nos leva a questionar se os resultados seriam diferentes, se os padrões culturais e econômicos fossem diferentes na área do PACS. Ou, se nas áreas de maior risco não houvesse o trabalho do ACS, como seria a situação real de risco desta população? Se ações como as desenvolvidas pelos ACS não tivessem sido implementadas, como estariam os números da doença em Lajeado? Quantos casos novos teríamos? Entendo que o trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários junto à população assistida gera uma diferença a favor destas pessoas. A aderência dos pacientes ao trabalho dos ACS não é a desejada teoricamente, porém é uma contribuição prática para a melhoria da qualidade de vida das pessoas acompanhadas, uma vez que desenvolvem estratégias de controle sobre o indivíduo, ou seja, verificam se ele vai

às consultas, se toma a medicação ou não, se há crianças não vacinadas na casa, se há comunicantes próximos, além de orientarem cuidados aos familiares para não adquirirem a doença. Estes são alguns exemplos das ações implementadas pelo ACS.

De acordo com o referencial pesquisado, as condições de saúde apresentadas pelos pacientes com tuberculose podem estar diretamente relacionadas ao estilo de vida que eles levam. Fatores como má alimentação, falta de exercícios, hábito de fumar ou beber, más condições de moradia, entre outros, aumentam o risco de ocorrência das doenças. Portanto, as condições de saúde estão diretamente relacionadas à estrutura social existente, sendo consequência do modo de reprodução presente na sociedade. (Fonseca, 1994)

Os dois grupos poderiam estar sujeitos a estas situações colocadas, porém, de acordo com a Organização Panamericana de Saúde (1983), diferentes grupos da população têm características específicas determinadas pelos fatores do ambiente biológico, físico, social, cultural e econômico que moldam suas condições de vida e seus níveis de bem-estar. Neste caso, a cultura dos pacientes, a falta de informações, a presença de outras doenças como a AIDS, aumentam o grau de exposição destes grupos humanos a riscos associados, de diferentes tipos e magnitude e condicionam estes grupos a diferentes perfis de saúde.

No caso dos pacientes acompanhados pelos ACS, verifica-se que as desigualdades sociais, apontadas por Rouquayrol, Veras, Façanha (1999), caracterizadas pelo empobrecimento da população, pela decadência urbana e pelas precárias condições de saneamento básico são fatores determinantes dos processos de saúde-doença, representando grande influência no surgimento de doenças infecciosas.

Autores como Possas (1989) relacionam os fatores acima com as condições específicas do desenvolvimento capitalista brasileiro, sendo, portanto, necessário também avaliar seus determinantes sob esta ótica.

A utilização da epidemiologia social foi decisiva para a discussão dos dados coletados, uma vez que demonstrou a importância e a necessidade de compreender os fenômenos da saúde à luz de um referencial teórico que analise criteriosamente as diferenças sociais e, portanto, possibilite a compreensão de tais fenômenos também como fenômenos sociais,

como faz a epidemiologia social. Aos profissionais da saúde, foi apontado que a competência técnica perpassa a capacidade crítica do profissional no encaminhamento das soluções dos complexos problemas de saúde, não os eximindo, porém, da criação de estratégias que possam ir além das políticas preconizadas, numa luta constante e persistente que pauta-se em uma competência profissional.

6.1.1 Novas propostas em saúde pública - Novos desafios para a enfermagem

Para finalizar, trago à discussão algumas questões que permearam o desenvolvimento deste estudo, uma vez que foram as motivadoras de sua realização. São questões ligadas à minha condição de profissional pertencente à enfermagem e, ao mesmo tempo, de instrutora/supervisora do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Neste sentido, senti a necessidade de relacionar o objeto em estudo com minha inserção na enfermagem.

A evolução dos modelos assistenciais e a organização dos serviços de saúde nos últimos anos têm demonstrado, claramente, que o modelo assistencial privatista, sustentado pela previdência social, do setor privado nacional como produtor de serviços médicos assistenciais e do setor privado internacional, como produtor de insumos e equipamentos biomédicos, vem apresentando sérias dificuldades desde o final dos anos 70.

Neste contexto de deterioração do sistema de saúde, ganha força a retomada de propostas alternativas de assistência, baseadas em experiências ocorridas e divulgadas nos anos 60, como o emprego de agentes não profissionais no processo de trabalho em saúde. Como exemplos, podemos citar os médicos de pés descalços na China, os assistentes médicos e o movimento de medicina comunitária, nos Estados Unidos, destinados a populações pobres, urbanas e rurais, surgidos como resposta às tensões surgidas nos movimentos dos direitos civis e conflitos sociais da época. (Martins; Oliveira; Rodrigues; 1996).

O aproveitamento de Agentes de Saúde em comunidades rurais e periurbanas ganhou impulso nos últimos 20 anos na América Latina, como estratégia de extensão de cuidados básicos de saúde. No Brasil, foi criado, em 1975, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PREPS), enfatizando a preparação de agentes comunitários leigos, não pertencentes ao quadro institucional dos serviços de saúde. Desde então, vêm sendo desenvolvidas experiências em vários estados, incorporando os Agentes Comunitários de Saúde no processo de reformulação do modelo assistencial vigente, visando à melhoria da realidade sanitária. Estas experiências têm sido estimuladas, não apenas por instituições vinculadas ao Estado, mas também, por outros organismos, como a Pastoral da Criança, a Pastoral da Saúde, que vêm contribuindo para sua difusão no país. (Solla; Medina; Dantas; 1996).

Porém, a proposta de descentralização das ações do SUS, cujo objetivo é atingir um

modelo assistencial gerido pelos municípios, traz para o espaço local paradoxos como a construção de um sistema de saúde público de qualidade e a incorporação de trabalhadores não qualificados para esse sistema; a utilização de recursos disponíveis ao mesmo tempo em que valoriza a população que estará participando da gestão dos serviços de saúde. Outra questão diz respeito às metas traçadas pelas políticas de saúde, como totalidade e integralidade, enquanto uma proposta de abordagem para a qualidade do trabalho, quando, na prática, são utilizados trabalhadores sem qualificação específica.

Por outro lado, a implantação do PACS em diversos municípios brasileiros criou um vasto campo de trabalho para o enfermeiro em Saúde Pública, onde muitos municípios não contavam com os serviços deste profissional e, portanto, não o conheciam. Destaca-se, entretanto, a inconformidade inicial dos enfermeiros com a inserção de trabalhadores não qualificados (ACS) no sistema de saúde e sob a sua supervisão.

A proposta do Ministério da Saúde de dar ênfase às ações de promoção da saúde, através do trabalho do ACS, nos remete a fatores ligados a esta questão, como o aumento da oferta de trabalho, condições adequadas de moradia e saneamento básico, transporte, entre outros, reconhecidos pelo conceito de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde. Este conceito surgiu de reflexões e discussões de vários grupos representativos que estiveram presentes nesta Conferência, como dirigentes sindicais, representantes de comunidade, políticos, membros do governo, entre outros, que refletiram sobre a situação de miséria, exclusão social, alta concentração de renda — aspectos que determinam uma perspectiva de desenvolvimento social extremamente desfavorável.

Por outro lado, se sabe que grande parte dos problemas de saúde poderiam ser atendidos numa atenção primária mais resolutiva. A complexidade da atenção terciária, além de gastar desproporcionalmente os recursos, oferece, por si só, limites a um atendimento da demanda espontânea dos serviços de saúde. Por isso tudo, o âmbito de discussão da VIII Conferência foi de questionamento e de proposição de mudança do Sistema de Saúde.

Entretanto, não basta apenas ampliar nossa concepção de saúde sem que medidas institucionais acompanhem tal processo de mudança. É preciso unir vontade política com participação e controle popular, ambos integrados às demais políticas econômicas e sociais, garantindo assim o suporte necessário para a saúde.

A população em geral, por sua vez, absorveu, no decorrer de anos, a concepção de sa-

úde que contempla uma prática de acesso a medicamentos, exames diagnósticos, internações hospitalares, cirurgia, consultas médicas, como se somente essas fossem as suas necessidades de saúde, bem direcionadas pela forma de assistência à saúde praticada em nosso país.

Gonzaga (1992) coloca que a forma de atendimento individual à pessoa doente realizada pelos profissionais da saúde, privilegia a doença e não a saúde, pois tem o objetivo “(...) de recuperar corpos doentes.” E continua: “o atendimento individual se dá, não por considerar o lugar específico que o indivíduo ocupa na sociedade e que determina a forma própria dele perder a saúde, perceber e reagir à doença, mas, por ser a doença tomada individualmente, não como produto social, mas como produto de um corpo biológico.” (p 9).

Essa compreensão de saúde, que reforça a dimensão curativa, tende à exclusão das causas sociais, além de retirar do indivíduo o compromisso de compreender e de promover sua saúde, ao institucionalizá-la.

O PACS, por sua vez, exige que os enfermeiros instrutores/supervisores se capacitem em relação às políticas de saúde, de modo a subsidiar uma discussão mais aprofundada sobre o Programa e sobre os problemas sociais com os quais convivemos diariamente e que interferem diretamente no processo saúde-doença, pois servimos a um modelo de atenção à saúde que privilegia o tratamento das doenças em detrimento da prevenção das mesmas.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, norteada pelos princípios da Reforma Sanitária, leva-nos a rever as funções exercidas pelo enfermeiro. A proposta de um atendimento integral no que se refere à promoção, proteção e recuperação da saúde implica humanização do atendimento, a partir de uma visão global do homem como cidadão. Nesta perspectiva a formação do enfermeiro e das demais categorias do setor enfermagem deve estar vinculada às premissas básicas da conferência.

O enfermeiro com competência técnico-científica está apto a atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde. Porém, esta formação precisa estar respaldada em um corpo de conhecimentos que contemple a realidade concreta apresentada pelo cidadão brasileiro. Ao mesmo tempo em que está preparado técnico-cientificamente, o enfermeiro também necessita desenvolver sua competência política, ou seja, o desenvolvimento de uma consciência mais crítica, que se refletirá, em uma ação participativa e transformadora nas práticas de saúde. (Freitas, Michima e Rocha, 1989).

Ao enfermeiro cabe uma profunda reflexão sobre sua prática, lançando um olhar crítico às normas e rotinas, de modo a promover uma práxis impulsionada pelas necessidades e crenças das pessoas. Entendo que o enfermeiro deva refletir continuamente sobre a sua função dentro da equipe de saúde, para proporcionar um cuidado mais abrangente, holístico, cultural e solidário, promovendo a conscientização de sua equipe de trabalho e valorizando, quando for o caso, o saber popular, de modo a alcançar uma saúde mais plena.

Por outro lado, o enfermeiro que, durante muitos anos, colaborou (ou colabora) na manutenção da hegemonia do modelo médico é colocado à prova neste Programa. Cabe-lhe assumir a responsabilidade por uma capacitação comprometida com a prevenção de doenças e agravos à saúde e ainda inserir o ACS no desempenho consciente de suas tarefas dentro da equipe de saúde.

Da mesma forma, o enfermeiro é o “elemento-chave” deste Programa. Através de sua ação e formação, assegura o sucesso das atividades propostas. No entanto, somente isto não é suficiente, pois, ao mesmo tempo em que ao enfermeiro são delegadas funções tão importantes frente ao PACS, o município precisa proporcionar condições adequadas de trabalho a este profissional.

“O instrutor/supervisor deve ser a pessoa de referência para a atuação do ACS, orientando as suas atividades; alguém que o forma, recicla, atualiza. Trata-se, enfim, de um profissional que, possuindo uma formação muito mais abrangente, é capaz de dar ao ACS segurança para o desenvolvimento das intervenções necessárias. Deve também ser o sujeito facilitador da integração do ACS com o serviço de saúde, o elemento orientador e coordenador das decisões importantes a serem tomadas pelo Programa no nível municipal, adequando-se às características epidemiológicas e sócio-econômicas verificadas na população-alvo, indicando prioridades a serem assumidas.” (Solla, Medina e Dantas, 1996, p. 13).

Como se pode depreender, as atividades referidas ao enfermeiro instrutor/supervisor são de uma complexidade que implica uma capacidade técnica, política e humanista que o desafiam a uma constante formação em serviço. Neste sentido, também o desempenho satisfatório dos Agentes Comunitários está intimamente associado a um processo de supervisão permanente, realizado pelo enfermeiro, de modo a garantir não somente o êxito de suas ações, mas também para assegurar que os próprios ACS desempenhem apenas as tarefas determinadas pela Portaria 1886 de 18 de dezembro de 1997, que regulamenta suas atividades. Ao ACS cabe um papel bem definido no desenvolvimento de ações básicas de

saúde, mas o cuidado à saúde, de maneira geral, requer também o desenvolvimento de ações em outros níveis mais complexos, envolvendo os profissionais da área, aos quais o trabalho do ACS precisa estar articulado.

A inserção de programas como PACS e PSF no sistema de saúde colaboram para reafirmar a função da saúde pública, que é evitar doenças e prolongar a vida, através do desenvolvimento de medidas que visem à saúde física e mental. Prioritariamente, ocorre na saúde pública a Atenção Primária à Saúde, cuja finalidade reside na organização dos serviços de saúde com base nos níveis de atenção, o que não significa restrição a um nível mínimo, mas a incidência sobre todos os níveis de atenção, devendo possuir todos os recursos e abranger toda a população. Por isso a saúde pública é denominada Rede Básica de Saúde e tornou-se a porta de entrada da população aos serviços de saúde.

A prática da saúde pública

“não deixa de ser uma prática de intervenção social planejada e, como tal, uma parte ponderável de suas ações é resultante de decisões pessoais ou colegiadas, é limitada pela estrutura socio-econômica então vigente e é determinada por uma multiplicidade de fatores não científicos, entre os quais se alinham a ideologia, a decisão política, as conveniências contingentes, o nível de autoridade de pessoas ou grupos, a experiência de vida de seu agentes e a falta ou presença de bom censo. (Rouquayrol e Goldbaum, 1999, p. 25)

Portanto, esta prática também está além das questões profissionais corporativistas, determinando, inclusive, espaços a serem ocupados pelos mesmos.

Creio que os enfermeiros precisam lançar um novo olhar sobre Programas como PACS e PSF, pois estes, além de gerar um vasto campo de trabalho para o enfermeiro, representam ainda uma ótima oportunidade para que ele mostre sua importância dentro da equipe de saúde.

Teixeira (1999) afirma que o processo de municipalização da saúde tem favorecido a enfermagem, abrindo novas oportunidades a esta categoria, seja no âmbito técnico, pois exige qualificação técnica para atuar diretamente junto aos programas e estratégias, seja do ponto de vista ‘político-administrativo’, em que o enfermeiro assume a gerência de serviços e de sistemas de saúde. São muitos os casos de enfermeiros que ocupam postos de direção de unidades e de secretarias municipais de saúde.

Em relação à municipalização da saúde, Teixeira (1999) coloca que ocorre um processo de unificação e descentralização da gestão político-institucional, através da implantação das Normas Operacionais Básicas, como a de 1993 e de 1996, que transferem funções e responsabilidades da União para as secretarias estaduais e municipais. No contexto do Sistema Único de Saúde, “multiplicam-se os programas de controle de agravos e ações de vigilância epidemiológica e sanitária”, que, segundo a autora, levam muitos municípios a enfrentar o desafio de “transformar o modelo de atenção à saúde” (p. 90).

Através da Norma Operacional Básica 001/96, foram criados fatores de estímulo à implantação de ações e programas, Programa de Saúde da Família, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, bem como a definição de recursos financeiros para cada município habilitado para exercer ações básicas de saúde.

Os instrumentos financeiros como o Piso Assistencial Básico, fixo e variável, a Programação Pactuada Integrada (PIP), o PACS, o PSF, as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, podem ser usadas pelo município na elaboração de propostas que construam um modelo de atenção à saúde voltado para a vigilância à saúde.

“O que importa ressaltar é que, hoje, o município tem condições de articular o conjunto de propostas, programas e estratégias que vem sendo definidas no nível federal e, em vários estados, para desencadear, em seu âmbito, um processo de reorientação do modelo assistencial do SUS que não signifique a mera reprodução do modelo médico Assistencial Privatista, subordinado ao modelo Sanitarista, ou seja, a chamada inampização”. (Teixeira, 1999, p. 90).

Porém, o sistema de saúde que existe atualmente em nosso país reflete a disputa entre a manutenção do modelo médico assistencial privatista e o modelo assistencial sanitaria.

O enfermeiro, na busca constante da auto-afirmação e reconhecimento profissional, precisa estar consciente de todas as questões aqui colocadas, mas, sobretudo, de suas responsabilidades frente ao PACS, para que as desempenhe de forma comprometida com a comunidade e com sua categoria profissional. O compromisso com esses princípios ajudará o enfermeiro a atuar demarcando claramente seu espaço e contribuindo significativamente para a melhoria das condições de saúde da população.

A proposta do Governo Federal de atenção primária à saúde, através da criação do PACS, lança uma modalidade de atendimento, de baixo custo. No entanto, verificamos que as ações tomadas no passado com o intuito de solucionar os problemas nessa área não alcançaram o êxito necessário na melhoria das condições de saúde da grande maioria da população, uma vez que sempre estiveram subjugadas a uma política econômica voltada às minorias, pois os pequenos avanços conseguidos apenas atenuaram os conflitos sociais existentes.

Sob este ângulo, ações ou programas de saúde aplicados de forma isolada são insuficientes, pois esbarram no modo de vida de grande parcela da população. São necessárias medidas integradas às demais políticas públicas que interajam com as políticas de saúde, visto esta ter “(...) claros limites impostos pela realidade de nossa sociedade.” (Cohn, 1996, p. 40), conforme demonstra este estudo.

Cabe ainda ressaltar que a percepção dos usuários acerca de programas que intervenham na saúde está relacionada a fatores que extrapolam o próprio setor. A experiência de vida dos indivíduos, especialmente em relação ao acesso aos serviços de saúde, a disponibilidade de informação, muitas vezes determinada pela educação formal ou pela falta dela, o acesso aos meios de comunicação, entre outros, são fatores importantes na definição da conduta pessoal do usuário do sistema de saúde, o que pode comprometer o resultado de uma intervenção. É necessário registrar ainda que o desenvolvimento do PACS tem ocorrido prioritariamente em áreas carentes, onde a população tem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, seja através de consulta médica, exames ou medicamentos.

O trabalho dos ACS gera uma grande demanda de pessoas aos serviços de saúde e conduz para a “(...) reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar” (Brasil, 1997) para cuja viabilização o Ministério da Saúde reconhece no PACS uma importante estratégia. Quanto aos municípios, são levados a avaliar e reprogramar sua forma de assistência à saúde, uma vez que a viabilização do PACS requer retaguarda técnica e institucional por parte de todos os serviços oferecidos pelo município. Caso contrário, o papel social do ACS de ser o elo de comunicação entre a comunidade e os serviços, encaminhando a estes os casos que requerem atuação profissional, será prejudicada.

“A avaliação sobre o desenvolvimento das atividades e o desempenho do ACS no seu trabalho põe necessariamente em foco a questão da retaguarda institucional para o funcionamento do Programa. Particularmente, ressalta-se o papel imprescindível da supervisão para assegurar este funcionamento”.(Solla; Medina; Dantas; 1996, p.11).

A conjugação de supervisão sistemática e efetiva por parte do enfermeiro instrutor/supervisor, aliado ao funcionamento adequado dos serviços municipais, é que proporcionarão as condições necessárias ao desenvolvimento com qualidade do Programa.

Com o Programa de Saúde da Família, também financiado pelo Ministério da Saúde, o trabalho dos ACS é fortalecido, pois prevê a inclusão do médico de família e de auxiliar de enfermagem na equipe de saúde, realizando um trabalho integrado e abrangente de forma a privilegiar a promoção da saúde em detrimento à cura.

Talvez aqui esteja a maior dificuldade em viabilizar o PACS nos municípios. Ou seja, a integração de todas as políticas públicas (intersectorialidade) em função de uma política de saúde (multidisciplinaridade). E, cabe a nós, enfermeiros, instrutores/supervisores ou não, que atuam nos municípios, saber articular nossa melhor inserção para cada contexto. Fica o desafio.

6.2 Diretrizes para melhoria dos resultados alcançados pelos Agentes Comunitários de Saúde junto à população assistida e de Estruturação do Serviço de Atenção à Tuberculose de Lajeado

6.2.1 Agentes Comunitários de Saúde

Parecem ter sido evidenciados, no decorrer deste estudo, em especial durante a apresentação do acompanhamento dos pacientes realizado pelos ACS, alguns aspectos básicos ligados à melhoria dos resultados alcançados através da atuação dos ACS.

- ◆ O primeiro deles diz respeito à importância da multidisciplinaridade e da intersetorialidade para o sucesso das ações dos Agentes, bem como para maior resolutividade sobre os problemas de saúde levantados. Sem estes fatores, o PACS será inviabilizado.

O ACS recebe capacitação para atuar de forma simplificada junto à população assistida, através do fornecimento de orientações relacionadas à saúde. Atua como uma espécie de ‘veículo’ que conduz informações importantes que complementam o trabalho da equipe de saúde e que, de forma indireta, são igualmente importantes para os demais setores envolvidos, em relação a diferentes fatores que influenciam a saúde das pessoas.

O PACS precisa ser compreendido como um programa do Sistema Único de Saúde. Portanto, suas ações não devem ser vistas como externas ou alheias aos serviços, muito embora sejam executadas em espaço exterior às unidades de saúde. Neste sentido, a articulação com órgãos e serviços extra-setoriais precisa ser implementada na busca de infraestrutura necessária e suficiente para atender à demanda levantada através do trabalho do ACS. Recursos humanos, materiais e financeiros precisam estar disponíveis e serem ofertados de forma regular.

- ◆ Para o processo de implementação do PACS, faz-se necessário um sistema de avaliação, supervisão e acompanhamento sistemático do trabalho dos ACS. Este sistema é coordenado pelo enfermeiro instrutor/supervisor que precisa atuar de forma integrada com os demais membros da equipe, de modo a encaminhar as situações levantadas para um direcionamento que conduza a uma solução. Neste sentido, o enfermeiro precisa ser um “bom articulador”.

Este é um aspecto considerado primordial para o bom andamento do Programa, pois deverá indicar o foco de atenção das ações de saúde e a necessidade de ampliação das mesmas, a necessidade de reciclagem e educação continuada, além de garantir o repasse das informações aos outros níveis que participam na coordenação do mesmo e a qualidade do serviço, entre outros aspectos que poderão ser levantados a partir do processo de avaliação.

No contexto deste estudo, foi demonstrado em alguns momentos a necessidade de apoio de outros profissionais, como psiquiatra, assistente social, psicólogo que atuariam no sentido de complementar e reforçar o trabalho inicial realizado pelo ACS, melhorando a resolutividade de suas ações, além de proporcionar o atendimento às necessidades do paciente, quando as ações do ACS não atingiram o paciente.

Caso contrário o PACS e, talvez o PSF, resultarão em intervenções mal conduzidas, conforme relato da história das políticas de saúde, de autoria do Governo Federal, pelos poderes estadual e municipal e pelos profissionais que atuam na saúde sendo, portando, ineficientes.

É preciso o empenho de todos, pois não há condições de o PACS sozinho atender à demanda da área da saúde. Ele necessita estar integrado às demais políticas públicas. Requer ainda o empenho dos profissionais que são chamados a atuar de forma mais dinâmica, mudando velhas concepções a respeito da saúde e invertendo o foco de atenção para a prevenção das enfermidades.

◆ Outro aspecto detectado é a clara necessidade de compreensão dos profissionais da área da saúde sobre a influência dos determinantes sociais no resultado das intervenções implementadas junto aos pacientes. Foi demonstrado que não basta existir um serviço de saúde estruturado, a atuação competente de profissionais e ACS, a oferta de medicamentos e exames complementares para haver resultados satisfatórios em relação à implementação de terapias junto aos pacientes. As condições sociais, entendidas como aquelas descritas no conceito de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde, a cultura e a presença de outras patologias associadas são fatores importantes que precisam ser levados em consideração ao se proceder a análise dos resultados de uma intervenção. Isto, sem dúvida, exige maior dispêndio e criatividade dos profissionais.

6.2.2 Serviço de Atenção à Tuberculose de Lajeado

- ♦ O Serviço de Atenção à Tuberculose está estruturado de acordo com as normas previstas no Plano Nacional de Combate à Tuberculose. Possui rotinas e funções claramente definidas para cada um de seus membros, que as desenvolvem no dia-a-dia.

Entretanto, com a intenção de melhorá-lo ainda mais, sugiro que seja acrescida às tarefas executadas pela enfermeira do Serviço a consulta de enfermagem, para proporcionar um atendimento mais completo aos doentes. Se for necessário, solicita-se ao gestor municipal o remanejamento de tarefas realizadas por esta profissional entre os outros membros da equipe, ou, então a contratação de mais profissionais enfermeiros nesta unidade de saúde.

Em relação aos pacientes que estão fora da área de cobertura do PACS e que exigem acompanhamento mais intensivo por parte do Serviço, como nos casos em que é necessária a busca ativa de faltosos, por exemplo, sugiro a utilização dos meios de comunicação locais para auxiliar na busca destas pessoas e a utilização do serviço social do município para que auxilie nesta tarefa. Também pode ocorrer a ampliação do PACS no município e a implantação de novas equipes de PSF.

- ♦ Quanto à persistência de índices elevados de TBC em Lajeado, sugiro incrementar o Plano Nacional de Combate à Tuberculose através de educação para a saúde dirigida a toda a comunidade lajeadense, divulgando nos meios de comunicação a forma de transmissão da doença, formas de prevenção e sua associação com a AIDS. Produzir *folders* explicativos sobre a doença e distribuí-los nas escolas, acompanhados de palestras sobre o tema. Este trabalho pode ser realizado em parceria com outros setores presentes do município, como Secretaria da Educação, Serviço Social, PACS e PSF.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde junto a pacientes portadores de tuberculose contribuem para a prevenção, tratamento e cura da doença, além de sugerirem um controle na expansão da doença, uma vez que atuam em regiões de maior risco para adquirir tanto a TBC quanto outras doenças. As orientações que o ACS fornece aos doentes e seus familiares quanto a medidas de precaução referentes ao isolamento dos objetos de uso pessoal, cuidados com a saliva, contatos íntimos como beijo, demonstram que o ACS possui conhecimentos adequados sobre tuberculose e é alguém que está bastante próximo das pessoas, estimulando-as a continuar o tratamento e orientando-as prontamente no caso de desistência ou surgimento de efeitos adversos.

Entre os critérios utilizados para proceder à avaliação dos resultados das ações dos ACS e colocados como objetivos, o perfil sócio-sanitário dos ACS ajudou a demonstrar que sua concepção sobre saúde contempla aspectos biológicos, mentais e culturais pertinentes à função que executa, não possuindo hábitos ou crenças que poderiam produzir interferências e comprometer ou colocar em risco a saúde das pessoas atendidas. A capacitação que recebe continuamente do enfermeiro é fator determinante para que isso ocorra.

A iniciativa de um ACS em negociar com um paciente a substituição da medicação oferecida na unidade de saúde utilizada no combate à tuberculose por um preparado feito à base de ervas naturais demonstra a habilidade que teve, pois, mesmo reconhecendo a terapia alopática como indicada para a doença, o ACS optou por aceitar esta conduta do paciente, uma vez que ele não aderiu à terapia indicada pelo médico, acertando que, ao final da terapia natural, ele realizaria o exame baciloscópico, para verificar o resultado da mesma. Esta forma, apesar de não ser a mais indicada, foi a que o ACS encontrou para encaminhar a situação, na tentativa de atingir a aderência frente às constantes recusas do doente em consultar com o médico ou mesmo ingerir a medicação.

Face a esta situação, é de se perguntar qual a ingerência de um serviço de saúde sobre o vontade privada de um indivíduo? No caso em questão, uma negociação não seria o caminho mais viável?

O perfil sócio-sanitário também demonstrou que os ACS possuem condições adequadas de moradia, ou seja, não vivem sob condições precárias de saneamento. O nível de escolaridade colabora para um razoável entendimento sobre as doenças e encaminhamentos que deve realizar. Esta constatação é relevante para o estudo, uma vez que a inserção social do ACS certamente contribuiu para que orientasse adequadamente os pacientes. Acredito que estes aspectos devam ser preservados no momento da seleção dos candidatos ao Programa, pois, como não há exigência legal de que o mesmo possua capacitação específica, que se opte por pessoas com o nível sócio-cultural o mais elevado possível.

A capacitação realizada com os ACS é um pré-requisito para que seu trabalho seja efetivo, ou seja, é necessária para que se avalie seu desempenho, uma vez que, sem ela, não se pode proceder a avaliações. O pré-teste demonstrou que o ACS possuía conhecimentos anteriores sobre TBC e que a capacitação implementada veio reforçar sua condição prévia e ajudar nas orientações, de modo a conduzir uma evolução positiva da doença. De acordo com o relato de um ACS, a capacitação serviu como ferramenta para a melhor execução de seu trabalho.

O histórico e funcionamento do Serviço de Atenção à Tuberculose demonstraram que há oferta de consulta médica com especialista, medicamentos ou exames diagnósticos. Não foi registrada a falta destes itens em algum momento. Inclusive, são oferecidos atendimentos adicionais no mesmo mês, de acordo com a demanda e a triagem e o preparo de pacientes para consulta médica. No entanto, foi detectado que não houve busca ativa em um caso pesquisado, localizado fora da área de abrangência do PACS, o que pode significar a continuidade da proliferação da doença naquela comunidade e, ainda, a não realização da consulta de enfermagem no Serviço.

Entendo que a consulta de enfermagem deve ser priorizada no referido Serviço, pois poderia contribuir de maneira efetiva para a continuidade do tratamento, minimizando o abandono, através de orientações claras e precisas, uma vez que o enfermeiro é capacitado para isso. Em relação ao período de férias do especialista, poderia ser designado outro médico para realizar as consultas aos pacientes. Assim, a continuidade no atendimento médico estaria garantida.

O bom desenvolvimento do PACS requer a ampliação da equipe de saúde, uma vez que há uma grande demanda de serviços. Esta medida oportunizaria novos espaços e cam-

pos de trabalho para profissionais ainda ausentes nas equipes, como psicólogo, dentistas, assistentes sociais, entre outros.

A aderência de pacientes acompanhados pelos ACS foi menor do que o esperado teoricamente, porém não totalmente desfavorável, uma vez que dois pacientes curaram-se e outros quatro prosseguem o tratamento, com boa perspectiva de cura ao final do período estipulado. Entretanto, a situação social apresentada pelos pacientes demonstrou o quanto esta interfere na determinação do processo de adoecimento e cura, podendo comprometer significativamente os resultados.

Neste sentido, o referencial utilizado a partir da epidemiologia social mostrou-se pertinente dentro deste estudo, uma vez que reforçou a Teoria da Determinação Social da Doença, constituindo-se em contribuição valiosa para a pesquisa epidemiológica. Auxiliou na compreensão de que, mesmo existindo um serviço eficiente de atendimento ao paciente e da oferta de medicamentos considerados eficazes no combate à tuberculose, o contexto social de produção/reprodução da tuberculose foi decisivo nos resultados alcançados sofrendo a interferência de um risco maior sobre a população atendida pelo PACS para o adoecimento, bem como na efetividade do tratamento.

Entretanto, a aderência não demonstrou ser suficiente para avaliar a contribuição das ações dos ACS, pois não parece ser o bastante atingir a aderência e a cura da doença, se, em pouco tempo, o paciente adquire novamente. Há, portanto, que se repensar os parâmetros de efetividade e, através do referencial, verificar o juízo de valor das ações desenvolvidas pelo ACS.

Os resultados alcançados podem ser atribuídos à associação entre o trabalho da equipe de saúde e a atuação dos ACS, na medida em que houve pacientes que se curaram no tempo previsto, às visitas sistemáticas aos doentes com orientação aos familiares na prevenção do contágio, havendo, inclusive, vigilância dos doentes que não cumpriam a terapia recomendada pelo médico. Isto parece ter contribuído para diminuir o número de casos novos. Entretanto, a necessidade de multidisciplinaridade e de intersetorialidade destacaram-se como condições importantes para melhorar a resolutividade sobre os problemas de saúde levantados, bem como os índices apresentados pelo trabalho dos ACS.

Tomando-se como base o grupo de pacientes já curados, os critérios estabelecidos para verificar a aderência dos pacientes às orientações dos ACS mostraram resultados su-

periores a 80% na realização da consulta médica e exames mensais, bem como no uso diário da medicação. Estes resultados, face às condições sócio-econômicas discutidas na transcorrer deste estudo, podem ser considerados satisfatórios.

Além disso, outras considerações podem ser feitas em relação ao PACS.

Em primeiro lugar, a proposta do Governo Federal em lançar mão do PACS para auxiliar na atenção primária pode ser considerada, na minha opinião, uma “boa estratégia”. O “perfil social” de que o ACS seja um integrante da própria comunidade, conheça a sua realidade de trabalho e tenha habilidade para reunir as pessoas em busca de melhorias comuns são aspectos positivos relacionados a este Programa. Por estar mais próximo da cultura da comunidade, ou seja, “falar a mesma linguagem”, o ACS acaba desempenhando a função de “mediador social” entre os serviços de saúde e a própria comunidade. Isto pode ser compreendido como algo que traz mais benefícios do que males à comunidade.

Por outro lado, o ACS pode ser visto como parte essencial das obrigações devidas pelo Estado aos cidadãos brasileiros, através da ampliação de seus direitos sociais. Assim como cabe ao Estado garantir o fornecimento de equipamento e insumos ao setor, cabe-lhe também prover recursos humanos adequados às condições de vida das pessoas e necessários à promoção de seu bem-estar. Visto desta forma, o ACS seria um recurso simplificado e tecnologicamente adequado, utilizado para alcançar os fins de uma política de “bem-estar” nas comunidades carentes. Entendido desta forma, o ACS está adequado cultural, econômica e tecnologicamente à proposta implementada pelo PACS. Deste modo, o ACS é um trabalhador extraído da comunidade, porém posto a serviço do Estado.

A partir destas colocações, o ACS pode ser considerado, de acordo com Nogueira; Silva; Ramos (1999) “um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade, entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas, entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde, entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado.” (p.11)

O acompanhamento de pacientes com tuberculose demonstrou que, na maioria dos casos, o ACS desempenha adequadamente o trabalho a ele designado pela portaria 1886, e, por estar mais próximo das pessoas de sua comunidade, possui fácil aceitação e aderência por parte da mesma. Acredito ainda que seu trabalho junto a doentes com tuberculose pode ser

ampliado de acordo com a Resolução Ministerial nº 284 (Brasil, 1999), que prevê a administração dos medicamentos sob supervisão direta, em complementação à educação para a saúde. Isto, de certa forma, já ocorreu com os dois primeiros doentes acompanhados pelos ACS neste estudo.

Por outro lado, o sucesso da promoção à saúde depende não somente da ação adequada dos profissionais e ACS. Para atingir integralmente a população, as ações preventivas devem começar ao nível da estrutura sócio-econômica, a qual deve ser anterior à ação dos especialistas. Desta forma, a prevenção de doenças consiste na conquista de condições dignas de trabalho, moradia, educação, alimentação, transporte, lazer, ou seja, todas as condições incluídas no conceito ampliado de saúde, proposto pela VIII Conferência nacional de Saúde. O setor saúde, enquanto dever do Estado, precisa assumir uma política coerente com a realidade brasileira e integrada às demais políticas econômicas e sociais. Para isso ocorrer, é necessária a participação ativa da população, através do controle social, entendido como controle do processo de reformulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas.

Neste sentido, a intervenção aqui apontada implica também o fortalecimento de programas de educação para a saúde, que tenham como estratégia a formação dos indivíduos para a adoção de práticas positivas em relação à própria saúde. Neste sentido, é desta forma que os ACS são chamados a atuar prioritariamente junto às pessoas, lembrando-as de seu compromisso com sua própria saúde.

Dúvidas ainda permanecem sobre o real trabalho do ACS, sobre como o mesmo tem sido operacionalizado em outros estados e municípios, se a maneira como está sendo conduzido em Lajeado é a mais correta e se têm sido realizados outros estudos que demonstrem ou não se a estratégia do PACS tem contribuído para melhorar os níveis de saúde da população. O ACS tem realizado procedimentos de enfermagem em municípios mais desfavorecidos? Ele se converterá no extinto Atendente de Enfermagem, realizando procedimentos de enfermagem sem base científica? De acordo com a portaria 1886, de 18 de dezembro de 1997, que regulamenta o trabalho dos ACS, isso não ocorrerá.

Cabe ao enfermeiro instrutor/supervisor cumpri-la, para que não venha a ser alvo de suas próprias críticas.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Introdução a epidemiologia moderna. Belo Horizonte, Salvador, Rio de Janeiro: COOPMED, 1992.
- AKKERMAN, M; NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.361-5, out./dez. 1992.
- BARROS, S. IX Conferência Nacional de Saúde. Revista Baiana de Enfermagem. Salvador, v.5, n.1, p. 95-95, out. 1992.
- BARROS, S. M. P. F.; SILVA, N. F. Brasil — Sistemas locais de saúde-enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 43, n. 1, 2, 3, 4, p. 126-30. Jan./dez. 1990.
- BARRETO, M. A. ; CARMO, E. H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C. A. Velhos e novos males da saúde no Brasil. A evolução do país e suas doenças. São Paulo: Hucitec, 1995.
- BRASIL. Portaria 1886 de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, Brasília, 1997, mimeo.
- BRASIL. Resolução nº 284 de 06 de agosto de 1998. Estabelece que a tuberculose é um problema prioritário de saúde no Brasil. In: Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília. Ministério da Saúde. 1999.
- BRASIL. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde, Brasília, 1996, mimeo.
- BREHIL, J. Reprodução Social e Investigação em Saúde Coletiva. In: COSTA, D.C. (org.) Epidemiologia Teoria e Prática, 2.ed., Hucitec-Abrasco, 1994.
- CARVALHO, J. M. P. L. Entre a zona canavieira e o sertão de Pernambuco: Um projeto de educação e saúde. In: Minayo, M. C. de S. A saúde em estado de choque. 3. ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1986.
- CASTIEL, L. D. Considerações acerca da utilização da epidemiologia na avaliação dos sistemas de saúde. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.2, n.2, p. 184-190, abr/jun.1996.
- CASTIEL, L. D. Inefetividade e ineficiência: reflexões sobre a epidemiologia e os serviços de saúde em um Estado de mal-estar social. Cadernos de Saúde Publica, Rio de Janeiro, v.6, n.1, jan./mar. 1990.
- CERETTA, L. B., VIEIRA. I. Do sanitarismo companhista ao Programa de Saúde da Família: Considerações sobre a operação de um processo social em construção. Tubarão: Centro de Pós-Graduação e Educação Permanente da UNISUL, 1996, 86 p. (Monografia, Especialização em Planejamento e Gerência de Serviços de Saúde).

- CESAR, C. L.G.; TANAKA, O .Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.12 (supl. 2), p. 59-70, 1996.
- CHIANCA, T. C. M. O Sistema Único de Saúde: A proposta de viabilização e a inserção da enfermagem. Saúde em Debate. n.44, p. 48-53, set.1994.
- CINTRA, F. A .; COSTA, V. P.; TONUSSI, J. A . G.; JOSÉ, N.K. Avaliação de programa educativo para portadores de glaucoma. Revista de Saúde Pública, v.32, n.2, p.172-7, 1998.
- COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A; ELIAS, P. E. Saúde no Brasil. São Paulo: Cortez, 1996, 117 p.
- COELHO, E. B. S.; WESTRUP, M. H. B.; VERDI, M. Da velha à nova república: a evolução das políticas de saúde no Brasil. Florianópolis, UFSC, 1995. (Não publicado).
- CONTANDRIOPOULOS, A . P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A . Avaliação em saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- CRETELLA JUNIOR, J. Constituição Brasileira 1988. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.
- DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 103-7, jan./mar. 1997.
- DOMINGUEZ, B. N. R. O Programa de Saúde da Família: como fazer. Belo Horizonte: Milenium, 1998.
- DUCHIADE, M. P. População brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO, M. C. S. Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1999.
- DUNCAN, B. B.; SCHIMDT, M. I. Medicina embasada em evidências. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- DUNCAN, B. B.; SCHIMDT, M. I. Métodos epidemiológicos em pesquisas clínicas. Pós-graduação em Enfermagem. Dpto. de Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina, 1987, mimeo.
- FACCHINI, L. A . Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: ROCHA, L.E; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P.(org) Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994.
- FLEURY, S. Equidade e reforma sanitária: Brasil. Saúde em Debate. N. 43, v. 44-52, jun., 1994.
- FONSECA, R. M. G. S. da. A vigilância epidemiológica no contexto histórico-metodológico da epidemiologia social. Revista Texto e Contexto. v. 3, n. 2, p. 58-79. Florianópolis, jul/dez. 1994.

- FONSECA, R. M. G. S. da; BERTOLOZI, M. R. A epidemiologia social e assistência à saúde da população. In: FONSECA, R.M.G.S. da et al. O uso da epidemiologia social na enfermagem de saúde coletiva. Brasília: ABEN, 1997, p. 7-46.
- FORTES, P. A. de C. Ética e saúde: Questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudos de caso. 1. ed., São Paulo, EPU, 1998.
- FREITAS, D. M. V; MICHIMA, S.; ROCHA, S. M. M. A formação do enfermeiro frente às políticas de saúde. In: Jubileu de ouro do curso de graduação em enfermagem da Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1989. Anais... p. 23-29.
- GELAIN, I. Deontologia e enfermagem. São Paulo, EPU, 1987.
- GIL, C. R. R. Avaliação em saúde. Olho Mágico, ano 5, n.19, 1999.
- GONZAGA, F. R. S. R. Para além do cotidiano: reflexões acerca do processo de trabalho de educação em saúde. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1992, 132 p. (Dissertação, Mestrado em Enfermagem).
- GOMES, D. L. S. A epidemiologia para o enfermeiro. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v.2, n.1, p.31-39, jan.1994.
- HARTZ, Z. M. de A. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- HARTZ, Z. M. A. CAMACHO, L. A. B. Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.13-20, 1996.
- HEIMANN, L. S. *et al.* O município e a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Anuário Estatístico do Brasil, 1992.
- KIRCHHOF, A. L. C. Tendências temáticas sobre a relação trabalho e saúde: A contribuição dos estudos acadêmicos brasileiros (1990-1994). Florianópolis: Escola de Enfermagem da UFSC, 1997. 214 p. (Tese de doutorado em Filosofia da Enfermagem).
- MARTINS, C. L; OLIVEIRA, L. S. S; RODRIGUES, M. A et al. Agentes Comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão. Saúde em Debate. Londrina. n. 51, p. 38-43, jun. 1996.
- MENDES, E. V. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed., Hucitec, 1995.
- MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento. 5. ed. São Paulo e Rio de Janeiro: Hucitec, 1998.
- MONTEIRO, C. A. ; IUNES, R. F.; TORRES, A. M. A evolução do país e suas doenças: síntese, hipótese e implicações. In: MONTEIRO, C. A. Velhos e novos males da saúde no Brasil. A evolução do país e suas doenças. São Paulo: Hucitec, 1995.
- NIGHTINGALE. F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. 1 ed. São Paulo: Cortez editora, 1989. 174 p.
- NOGUEIRA, R. P; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis, o Agente Comunitário de Saúde. São Paulo, fev. 2000 (mimeo).

- NORMA TÉCNICA OPERACIONAL. Programa de Controle da Tuberculose, Porto Alegre, 1997.
- NOVAES, H. M. D. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.12 (supl.2), p.7-12, 1996.
- PAIM, J. S. Reforma sanitária e os modelos assistenciais: A epidemiologia na organização dos serviços de saúde. Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2, Belo Horizonte: Abrasco, 1994, Anais...
- PALOMBINI, B. C.; HETZEL, J. L.; SILVA, L. L. C. Tuberculose. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIULIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária, 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- PEREIRA, S. M. O processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS em Florianópolis – 1989 – 1994. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1997, 170p. (Dissertação, Mestrado em Sociologia Política).
- PORTO, L. A.; MOURA, R. M. F.; MASCARENHAS, E. S. Enfoque epidemiológico na programação das ações de saúde. Revista Baiana de Enfermagem. Salvador, v. 6, n. 2, p. 48-77, 1993.
- POSSAS, C. Epidemiologia e sociedade: Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1989.
- Programas e projetos. www.saude.gov.br
- Projeto Aprendiz. Conferência da Unesco. www.aprendiz.com.br
- Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 1994.
- Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 1997.
- RATTNER, D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. Cadernos de Saúde Pública, v.12 (supl. 2), p.21-32, 1996.
- REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.50-61, jan/mar, 1990.
- Rio Grande do Sul. Secretaria de Saúde e Meio Ambiente. Manual das unidades sanitárias da SSMA. Porto Alegre, 1985.
- ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- ROUQUAYROL, M. Z.; VERAS, F. M. F.; FAÇANHA, M. C. Doenças transmissíveis e modo de transmissão. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 80-91, jan-mar, 1994.

- SOLLA, J. J. S.; MEDINA, M. G. ; DANTAS, M. B. P. O PACS na Bahia: Avaliação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Saúde em debate. Londrina, n. 51, p. 4-15, jun., 1996.
- SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. Epidemiologia clínica e a medicina baseada em evidências. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- SOUZA, M. de L. de, PRADO, M. L. A epidemiologia como suporte para a assistência de enfermagem contribuição ao debate. Texto e Contexto, Florianópolis, v. 2, n. 1. p. 93-99, jan.-jun. 1993.
- TANAKA, O. Y.; ROSEMBERG, C. P. A análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria de Saúde do município de São Paulo, SP (Brasil). Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.24, n.1, p.60-8, 1990.
- TEIXEIRA, C. F. Situação do sistema de saúde no Brasil e as perspectivas do trabalho do pessoal da enfermagem. In: 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Salvador, 1998. Anais...p.88-93.
- VASCONCELOS, E. M. Educação popular nos serviços de saúde, 3. ed., Hucitec, 1997.
- VAZ, M. R. C. A epidemiologia social como saber tecnológico: Um ensaio, Texto e Contexto, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 33-40, jan./jun. 1995.
- VAZ, M. R. C. Conceitos e práticas de saúde ilustrado através da tuberculose. Pelotas, ed. Universitária/UFPel, 1997.
- XAVIER, I. M.; GARCIA, C. L. L; NASCIMENTO, M. A. de L. A reforma sanitária e a participação do enfermeiro. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 41, n. 314. p. 190-198, jul-dez., 1998.

Anexo 1

Caro ACS:

As questões colocadas abaixo foram formuladas com o objetivo de conhecer o perfil social e sanitário dos ACS que atuam em Lajeado.

Por favor responda a todas as questões e em caso de dúvida consulte a enfermeira.

- 1) Nome:
- 2) Sexo: Masc. Fem.
- 3) Estado Civil: Solt. Casado Separado Outro
- 4) Escolaridade: 1º Grau até série: _____
(do ACS) 2º Grau até série: _____
 3º Grau compl incompl.
- 5) Idade: -20 20 a 30 31 a 40
(do ACS) 41 a 50 51 a 60 60 ou mais
- 6) Religião Católica
 Evangélica
 Outra _____
- 7) Tempo de serviço no PACS
 1 ano
 2 anos
 3 anos
- 8) Filhos: Sim Não
Quantos: 1 a 2 3 a 4 5 ou mais
- 9) Idade: -10 11 a 20 21 a 30
(dos filhos) 31 a 40 41 a 50 51 ou mais
- 10) Escolaridade: 1º Grau até série: _____
(dos filhos) 2º Grau até série: _____
 3º Grau compl incompl

- 11) Filiação em partido político
 sim
 não
- 12) Atuação em grupos organizados na comunidade
 Associação de moradores
 Igreja
 Escola
 Clube de mães
 outro: _____
- 13) Possui casa própria
 Sim Não
 Mora com os pais Mora com parentes aluguel
- 14) Possui água tratada sim
 não
- 15) Possui rede de esgoto fossa
 céu aberto
- 16) Destino do lixo: coleta pública
 queimado
 enterrado
 céu aberto
- 17) Renda familiar: até 2 salários
 de 2 a 4 salários
 mais de 5 salários
- 18) Situação econômica na família
 provedor
 contribuinte
- 19) Além do salário de ACS você possui outra renda (material ou financeira)?
 Sim Não
Qual? _____
- 20) Morbidade
 Diabete Hipertensão
 TBC Hipercolesterolemia outros: _____

- 21) Do que mais vocês adoecem em sua família? Qual a frequência?
- 22) Qual a(s) doença(s) mais grave(s) que houve em sua família nos últimos dois anos?
- 23) Hábitos Fumar Beber Tomar chimarrão
 outros: _____
- 24) Lazer
 Escutar rádio Passear
 Tomar chimarrão outros: _____
- 25) Quais alimentos você e sua família costumam consumir? (Relacionar a frequência de consumo em uma escala de 1 a 4)
- | | | | |
|---------------------------------------|--|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> leite | <input type="checkbox"/> suco de fruta | <input type="checkbox"/> ovos | <input type="checkbox"/> alface |
| <input type="checkbox"/> refrigerante | <input type="checkbox"/> suco artificial | <input type="checkbox"/> galinha | <input type="checkbox"/> rúcula |
| <input type="checkbox"/> cerveja | <input type="checkbox"/> água | <input type="checkbox"/> carnes | <input type="checkbox"/> cenoura |
| <input type="checkbox"/> vinho | <input type="checkbox"/> outros | <input type="checkbox"/> fígado | <input type="checkbox"/> beterraba |
- 26) Como você definiria uma pessoa saudável (com saúde)?
- 27) Para você o que é doença?
- 28) Como vê a tua contribuição como ACS para a saúde das pessoas da comunidade em que trabalhas?
- 29) Você acha possível realizar as tarefas propostas ao ACS pela portaria 1880?
Quais são as dificuldades?
Quais são as facilidades?

Anexo 2

Instrumento para coleta de dados sobre informações que o ACS possui a respeito da tuberculose (pré e pós- teste):

1) Você sabe o que é TBC?

Sim Não

2) Você acha que uma pessoa com TBC possui alguma característica especial por ter a doença?

Sim Não Qual? _____

3) Como a TBC é transmitida?

4) Como você descreveria uma pessoa com TBC?

5) Que orientações você transmite ao portador de TBC?

6) Que orientações você transmite à família da pessoa com tuberculose?

7) Você percebe alguma relação entre TBC e AIDS? Qual?

Anexo 3

Instrumento para entrevista do doente com tuberculose pelo enfermeiro:

- 1) Nome: _____
- 2) Sexo: Masc. Fem.
- 3) Coabitação: Esposa 1 a 2 filhos 3 a 4 filhos
 Mais de 4 filhos Outros: _____
- 4) Idade: Menos de 20 anos 20 a 30 anos
 31 a 40 anos Mais de 41 anos
- 5) Escolaridade: 1º Grau até série _____
 2º Grau até série _____
 3º Grau incompleto
 3º Grau completo
- 6) Possui ocupação remunerada? _____
- 7) Local(is) de trabalho _____
Número de colegas que trabalham no mesmo setor (local) _____
- 8) É fumante? Sim Não
- 9) Qual sua bebida preferida:
 Cerveja vinho
 cachaça uísque
 outro _____
Quantos copos/garrafas consome por dia? _____
- 10) Freqüente roda de amigos? Sim Não
Em caso afirmativo, qual freqüência:
 diário 1 a 2 vezes outro _____
- 11) Outras doenças associadas:
 AIDS Hipertensão
 Diabetes Outras: _____
- 12) Forma clínica da TBC:
 Pulmonar Extrapulmonar Onde _____

- 13) Esquema atual de tratamento: RH H E
 Z S M
- 14) Realização de tratamento anterior: p/TBC Sim Não
- 15) Quem o encaminhou ao serviço de TBC de Lajeado?

- 16) Realização de exames: Clínico
 bacilosκόpico
 Rx de tórax
 outro
- Frequência: mensal
 bimestral
 outro
- 17) Tempo decorrido entre o aparecimento de sintomas à primeira consulta:

- 18) Tempo decorrido entre a primeira consulta e o início do tratamento: _____
- 19) Como se sente em relação à doença? _____
- 20) Recebe apoio da família? Como?
- 21) Mais alguém na família possui a doença? Quem? _____
- 22) Os comunicantes foram testados? Houve necessidade de tratamento?
- 23) O que a TBC trouxe de problemas para o(a) senhor(a)?
- 24) Na sua opinião o serviço de TBC oferecido em Lajeado é
 excelente bom ruim
 Justifique: _____

- 25) O ACS orientou-o(a) quanto a sua doença (TBC)?
 sim não
- 26) Quais orientações/informações/encaminhamentos o ACS realizou a respeito da TBC?

27) As orientações do ACS em relação a sua doença (TBC) o(a) ajudaram? Justifique _____

28) Com que frequência o ACS o visita?

semanalmente

quinzenalmente

mensalmente

outro: _____

29) O que o(a) senhor(a) pensa do trabalho do ACS? _____

Anexo 4

Termo de Consentimento do Paciente

Eu, _____, estou sob acompanhamento do Serviço de Atenção à Tuberculose do município de Lajeado e, após a exposição livre e esclarecida do objetivo geral do projeto de pesquisa “A Contribuição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Lajeado, RS, para a população assistida: a tuberculose como doença-índice para avaliação”, aceito fazer parte da amostra selecionada para a referida pesquisa, porém tendo a possibilidade de retirar-me da mesma a qualquer tempo.

Lajeado, ____ de _____ de _____.

Paciente

Pesquisador

Anexo 5

Termo de Consentimento do ACS

Afirmo, através deste, conhecer a proposta do projeto de pesquisa “A Contribuição do PACS-Lajeado/RS para a melhoria do nível de saúde da população assistida — a TBC como doença-índice para avaliação” e aceito fazer parte da mesma, colaborando para o bom andamento dos trabalhos.

Lajeado, ____ de _____ de 1999.

Agente Comunitário de Saúde

ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

Identificação	Sexo	Idade		Meses												Outras Informações		
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Nº de Comunicantes	Comunicantes < 5 anos	
Nome			Data da visita do ACS															
			Toma medicação diária															
			Reações indesejáveis															
			Data da última consulta															
			Exame de escarro															
			Comunicantes examinados															
			< 5 anos com BCG															
Nome			Data da visita do ACS															
			Toma medicação diária															
			Reações indesejáveis															
			Data da última consulta															
			Exame de escarro															
			Comunicantes examinados															
			< 5 anos com BCG															
Nome			Data da visita do ACS															
			Toma medicação diária															
			Reações indesejáveis															
			Data da última consulta															
			Exame de escarro															
			Comunicantes examinados															
			< 5 anos com BCG															
Nome			Data da visita do ACS															
			Toma medicação diária															
			Reações indesejáveis															
			Data da última consulta															
			Exame de escarro															
			Comunicantes examinados															
			< 5 anos com BCG															