



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE

ÁUREA CRISTINA ACCACIO DE OLIVEIRA

**A CIRANDA DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO
DA TUBERCULOSE: a construção do conhecimento em roda com
Agentes Comunitários de Saúde.**

NITERÓI

2013

ÁUREA CRISTINA ACCACIO DE OLIVEIRA

**A CIRANDA DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO
DA TUBERCULOSE: a construção do conhecimento em roda com
Agentes Comunitários de Saúde.**

Defesa da dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional de Ensino na Saúde, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa pela Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Educação Permanente.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marilda Andrade

-NITERÓI-

2013

ÁUREA CRISTINA ACCACIO DE OLIVEIRA

**A CIRANDA DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA
TUBERCULOSE: a construção do conhecimento em roda com Agentes
Comunitários de Saúde.**

Defesa da dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional de Ensino na Saúde, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa pela Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Educação Permanente.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marilda Andrade – (Orientadora/Presidente)
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - UFF

Prof^a. Dr^a. Dalvani Marques (1º Examinador)
Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Prof. Dr. Audrey Vidal Pereira (2º Examinador)
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - UFF

Prof^a. Dr^a. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza (Suplente)
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO

Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Abrahão da Silva (Suplente)
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - UFF

-NITERÓI-

2013

Dedicatória

Esse trabalho é dedicado a todos aqueles que se esforçam diariamente para construir uma educação criativa, original, questionadora, crítica e transformadora, na incessante ciranda do aprender e ensinar.

Agradecimentos

A Deus, que nas cirandas da vida sempre esteve ao meu lado, me amparando em todos os momentos. Quando achei que desistiria, você mais uma vez me ergueu e me fez ver que tudo na vida tem um momento certo e que com fé, garra e perseverança as barreiras são transpostas. Sem você nada disso seria possível. Obrigada, meu Deus, força maior e infinita!

A minha Mãe que foi o início de tudo, a pedra fundamental do meu caminhar.

A meu Marido. Sem palavras para descrever sua enorme paciência, generosidade, amor e dedicação. Te amo!

A Marilda. Mestre, orientadora, amiga, parceira nessa trajetória. O encontro perfeito de idéias imperfeitas, que geraram o mais que perfeito: a ciranda do ensino, com trocas de experiências e aprendizados. Conseguimos chegar juntas ao final desta ciranda. Muito obrigada por girar de mãos dadas comigo!

A Dalvani por todas as vezes que insistiu para que eu iniciasse essa trajetória. Você é um exemplo de pessoa e profissional.

A Carminha, minha metade criativa, Saulo, minha metade tecnológica, Marcos, minha metade disciplina e organização, Márcia, minha metade enfermeira e Ricardo, minha metade otimista. Como descrever a importância dessas metades em minha vida? Palavras nunca serão suficientes. Obrigada por fazerem parte de mim. Amo vocês!

A Enzo e Rafael. Sobrinhos, quase filhos. Sempre enxergo melhor a vida quando penso em vocês. Vocês dão luz e brilho a minha existência.

A Ozzy meu salsicha preferido e Bela, minha linda “labra-lata”. Vocês não poderiam ficar de fora, pois muito contribuíram, até na hora de largar o estudo para limpar a bagunça que vocês fazem. Amo vocês!

A Rose, Flávia, Luana, e Leandra. Mais do que equipe, parceiras de trabalho. Aprendi e aprendo muito com vocês. Obrigada por tudo!

Aos Agentes Comunitários de Saúde, pelas lições e pelo aprendizado diário!

Aos Colegas da turma. Pequenos encontros e grandes momentos. Obrigada a todos!

Aos Professores. Esse caminho foi trilhado com a ajuda de vocês. Muito obrigada!

“Natural é interpretar a realidade. Extraordinário é formular métodos para transformá-la. Natural é ter consciência social. Extraordinário é desenvolver a consciência política. Natural é cooperar em todos os sentidos. Extraordinário é forjar e desenvolver novos seres humanos. Natural é fazer pressão. Extraordinário é criar referências permanentes no tempo e no espaço. Natural é a convivência social. Extraordinário é desenvolver valores. Natural é alfabetizar. Extraordinário é educar transformando. Natural é tomar decisões. Extraordinário é implementar princípios que dão sustentação às decisões. Natural é criar instâncias e fazer parte delas. Extraordinário é exercer direção coletiva. Natural é formular normas para manter a ordem. Extraordinário é a disciplina consciente. Natural é apegar-se a ídolos. Extraordinário é constituir símbolos e desenvolver a mística”.

(Bogo, 1999)

RESUMO

O Estudo focaliza a educação permanente com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose (TDO). Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, tendo como objetivos: descrever e analisar as dificuldades e as facilidades propostas em roda pelos ACS no Tratamento Diretamente Observado da tuberculose; descrever e analisar as estratégias adotadas pelos ACS para realizar o Tratamento Diretamente Observado da tuberculose; propor a reestruturação das ações de educação permanente no Tratamento Diretamente Observado da tuberculose. A coleta de informações foi desenvolvida em duas oficinas de trabalho com dez ACS em uma unidade de saúde da família do município de Itaboraí, no estado do Rio de Janeiro, RJ. Os dados foram coletados a partir de uma oficina, onde foram realizadas dinâmicas e atividades em uma roda de conversa. As oficinas foram transcritas na íntegra e os participantes identificados com pseudônimos de forma aleatória. Após a transcrição, as falas foram lidas exaustivamente, destacadas com cores diferentes e agrupadas por temas comuns com base nos objetivos do estudo, criando as categorias: O vínculo, o afeto e o comprometimento no Tratamento Diretamente Observado da tuberculose; O tratamento em si, o trabalho e as dificuldades; TDO: o jogo da “amarelinha” como estratégia para melhoria da assistência; Capacitação e educação permanente: rodas que giram em sentidos opostos. Os dados coletados na oficina foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo na modalidade temática. O estudo apontou que os ACS possuem diversas dificuldades na realização do Tratamento Diretamente Observado e estas superam em muito as facilidades na realização de seu trabalho. O conceito de Educação Permanente em Saúde, apesar de bastante difundido, é desconhecido pelos agentes, assim como sua aplicação na prática de trabalho, mas eles descrevem de forma clara e objetiva que desejam um espaço de troca e levantamento de problemas, onde suas idéias possam ser ouvidas e aplicadas. A Educação Permanente é levantada como uma necessidade por eles, mesmo não havendo o conhecimento formal dessa estratégia. Destaca-se ainda a capacitação como meio de transmissão mais utilizado no ensino na saúde, porém pouco esclarecedora para os agentes, não sendo capaz de instrumentalizá-los e subsidiá-los para o trabalho.

Palavras-chave: Educação continuada, PSF, Agente Comunitário de Saúde, tuberculose.

ABSTRACT

The study focuses on continuing education with community health agents in Directly Observed Treatment of Tuberculosis. It is a descriptive qualitative approach aimed at: describe and analyze the difficulties and the facilities proposed in the ACS runs on directly observed treatment of tuberculosis; describe and analyze the strategies adopted by ACS to perform the directly observed treatment of tuberculosis, proposing the restructuring of permanent education actions in directly observed treatment of tuberculosis. Data collection was conducted in two workshops with ten of an ACS unit family health Itaboraí in the state of Rio de Janeiro, RJ. The data collected in the workshops were transcribed in full and the participants identified with pseudonyms. After transcribing the speeches were read thoroughly, highlighted with different colors and grouped by common themes based on the study objectives by creating the following categories: bonding, affection and commitment in directly observed treatment of tuberculosis, the treatment itself, the work and difficulties, the hopscotch strategies for improving the directly observed treatment, training and continuing education: wheels that rotate in opposite directions. The data collected in the workshop were analyzed using the technique of content analysis in thematic. The study pointed out that the ACS have many difficulties in the treatment directly observed and these far outweigh the facilities in carrying out their work. The concept of EPS although widespread, is unknown to the agents, as well as its application in practical work, but they describe in a clear and objective wanting a swap space and lifting problems, where your ideas can be heard and applied. Continuing Education is raised as a need for them, even with no formal knowledge of this strategy, highlighting the training as the transmission medium used in teaching more health, but hardly enlightening, not being able to implement and support professionals to job.

Keywords: Continuing Education, PSF, Community Health Agent, tuberculosis.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DOTS	<i>Direct Observed Therapy Short Course</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

<i>RESUMO</i>	p. 07
<i>ABSTRACT</i>	p. 08
<i>I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS</i>	p. 12
✓ Motivação para o tema	p. 13
✓ Questões norteadoras	p. 19
✓ Objeto do Estudo	p. 19
✓ Objetivos do estudo	p. 19
<i>II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</i>	p. 20
✓ A Estratégia de Saúde da Família e o papel do Agente Comunitário de Saúde no tratamento diretamente observado da tuberculose	p. 21
✓ A Educação Permanente em Saúde: a ciranda do saber, aprender e fazer	p. 25
✓ A Educação Popular entra na roda: o desafio da construção do conhecimento	p. 30
<i>III - PERCURSO METODOLÓGICO</i>	p. 34
✓ Caracterização do estudo	p. 35
✓ Cenário do Estudo	p. 36
✓ Participantes do Estudo	p. 37
✓ Coleta e tratamento das Informações	p. 37
✓ Organização e análise das informações	p. 39
<i>IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</i>	p. 41
✓ O vínculo, o afeto e o comprometimento no tratamento diretamente observado da tuberculose	p. 44
✓ O tratamento em si, o trabalho e as dificuldades	p. 47

✓ TDO: o jogo da amarelinha como estratégia para melhoria da assistência	p. 56
✓ Capacitação e educação permanente: rodas que giram em sentidos opostos	p. 58
<i>V – CONSIDERAÇÕES FINAIS</i>	p. 63
<i>VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	p. 66
<i>VII – ANEXOS</i>	p. 75
✓ Autorização do Município para realização do estudo	p. 76
✓ Autorização do CEP	p. 77
✓ Mapa dos Estabelecimentos de Saúde do Município de Itaboraí	p. 78
✓ Mapa das áreas contempladas pelas equipes do Estudo	p. 79
✓ Produção dos Agentes Comunitários durante as oficinas	p. 80
✓ Cartazes produzidos pelos Agentes Comunitários de Saúde nas oficinas	p. 83
<i>VIII – APÊNDICES</i>	p. 85
✓ Imagem criada e utilizada na camisa confeccionada para a oficina de Educação Permanente	p. 86
✓ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	p. 87
✓ Capa do Produto	p. 89

I - Considerações Iniciais

“Um homem terá pelo menos dado a partida para a descoberta do sentido da vida humana quando começar a plantar árvores frondosas sob as quais sabe muito bem que jamais se sentará”.

(Elton Trueblood)

A Motivação para o tema desenvolvido nesse estudo surgiu ao longo da minha trajetória profissional como enfermeira na Estratégia de Saúde da Família no município de Itaboraí.

Desde o início do trabalho, comecei a perceber que no município os casos de tuberculose (TB) eram, em grande número, o que me fazia refletir constantemente sobre as estratégias empregadas no controle da doença, assim como a eficácia das mesmas.

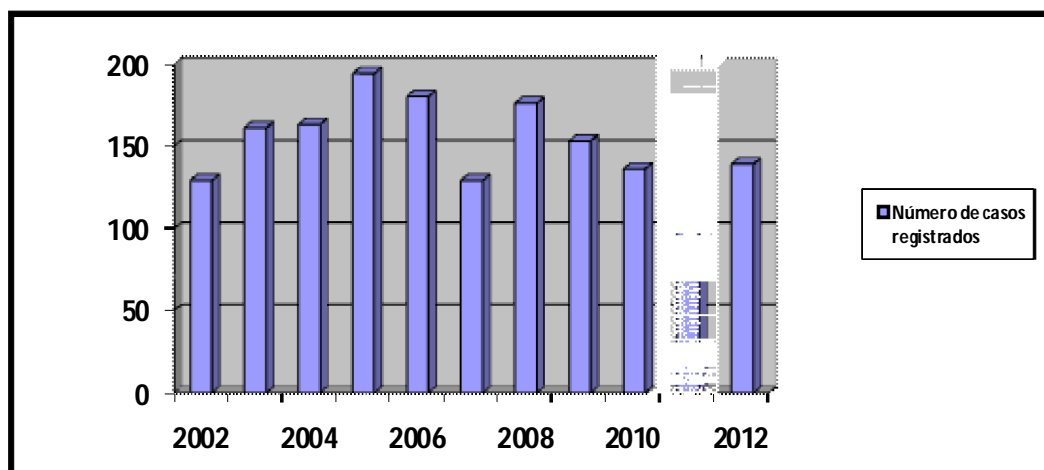
Segundo o Ministério da Saúde (2011):

“O Brasil é um dos 22 países priorizados pela Organização Mundial de Saúde que concentram 80% da carga mundial de TB. Em 2009, foram notificados 72 mil casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38/100.000 habitantes. Destes, 41mil foram bacilíferos. Esses indicadores colocam o Brasil na 19ª posição em relação ao número de casos e na 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência.”

A distribuição dos casos de tuberculose está concentrada em 315 dos 5.564 municípios do País, correspondendo a 70% da totalidade dos casos. Só no estado do Rio de Janeiro, onde se encontram os piores indicadores nacionais, estima-se 900 óbitos a cada ano, com 13 mil novos casos e uma das maiores incidências do país (90 / 100.000 habitantes), o dobro da média nacional (BRASIL, 2010), estando o município de Itaboraí entre os 32 municípios prioritários do estado.

A figura 1 abaixo destaca o número de casos de tuberculose em Itaboraí do ano de 2002 ao ano de 2012, demonstrando o alto índice da doença no município.

Fig. 1 – Número de casos por ano no Município de Itaboraí



Fonte: (Dados fornecidos pela Vigilância Epidemiológica do Município de Itaboraí).

De acordo com o censo 2010 do IBGE o município de Itaboraí possui uma extensão territorial de 430, 374 km². É dividido em cinco distritos: Itaboraí, Cabuçu, Itambi, Porto das Caixas, Sambaetiba, não figurando os distritos de Manilha, Pacheco e Visconde de Itaboraí, divisão territorial esta datada de 2001, assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007. Possui uma população de 218.008 habitantes, contando com a maior parte de sua rede de saúde municipalizada.

Até o ano de 2002 o município de Itaboraí contava apenas com vinte por cento de cobertura da estratégia de saúde da família, sendo neste mesmo ano a cobertura ampliada para setenta por cento.

Com o aumento do número de equipes, esperava-se um aumento do número de casos de tuberculose identificados e tratados, porém ainda pouco se falava de casos de tuberculose na área de abrangência das unidades de saúde da família, pois a maioria dos casos diagnosticados tinham como porta de entrada o hospital municipal, e estes após diagnosticados não eram acompanhados por essas equipes.

Souza et al (2010) destacam que a Política de Controle da Tuberculose no país deve estar voltada para o estabelecimento de uma rede descentralizada de diagnóstico e tratamento, integrada à Atenção Primária à Saúde, com a finalidade de estimular as atividades de vigilância, prevenção e controle da doença, destacando as atribuições das equipes da Estratégia Saúde da Família, considerada, na perspectiva da Atenção Primária à Saúde, como a porta de entrada do sistema de saúde.

Percebendo a necessidade de ter como porta de entrada desse sistema a atenção primária, as equipes de saúde da família do município passaram por diversos processos de atualizações e capacitações técnicas, o que deveria contribuir no processo de aprimoramento dos profissionais e refletir diretamente no aumento do número de casos identificados pelas equipes, assim como maior número de pacientes tratados e aumento no percentual de cura.

Mesmo após capacitações e orientações técnicas direcionadas aos profissionais, ainda ficava evidente a dificuldade das equipes de saúde da família na identificação, acompanhamento e cura desses pacientes.

O Tratamento Diretamente Observado já havia sido preconizado anteriormente pelo ministério da saúde e desenvolvido por outros municípios desde 1999, como no caso do Rio de Janeiro, porém só em 2004 o município de Itaboraí deu o pontapé inicial para desenvolver essa estratégia.

Então, a partir de 2004, com base nas recomendações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde, o município adotou a descentralização do tratamento do programa central de tuberculose para as equipes de saúde da família, e a implantação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) como estratégia para acompanhar os casos de tuberculose, reduzir os índices de abandono e aumentar o número de cura.

Santos (2007) destaca que o Ministério da Saúde em 1999 já havia formalizado a recomendação da implantação da estratégia do Tratamento Supervisionado denominado no Brasil como TS-DOTS e atualmente TDO. Porém, em função de mudanças no setor de saúde ocorridas nos diversos cenários políticos e administrativos naquele período, a implantação não se tornou um fato no país, onde só a partir 2003, após a tuberculose ter sido colocada na agenda de prioridades das políticas públicas do Brasil, e com a pactuação do fortalecimento da estratégia TS-DOTS com as demais esferas de gestão como principal instrumento para alcançar as metas internacionais de controle da tuberculose, os municípios passaram aderir o tratamento como estratégia de grande importância para o controle da doença.

De acordo com o Fundo Global¹, o esquema TDO se diferencia das formas tradicionais de abordagem por oferecer ao paciente um tratamento mais humanizado, que leva em consideração as condições socioeconômicas e as dificuldades que as pessoas encontram para fazer o tratamento até o final, formando um conjunto de ações de detecção, acompanhamento e cura de casos de tuberculose.

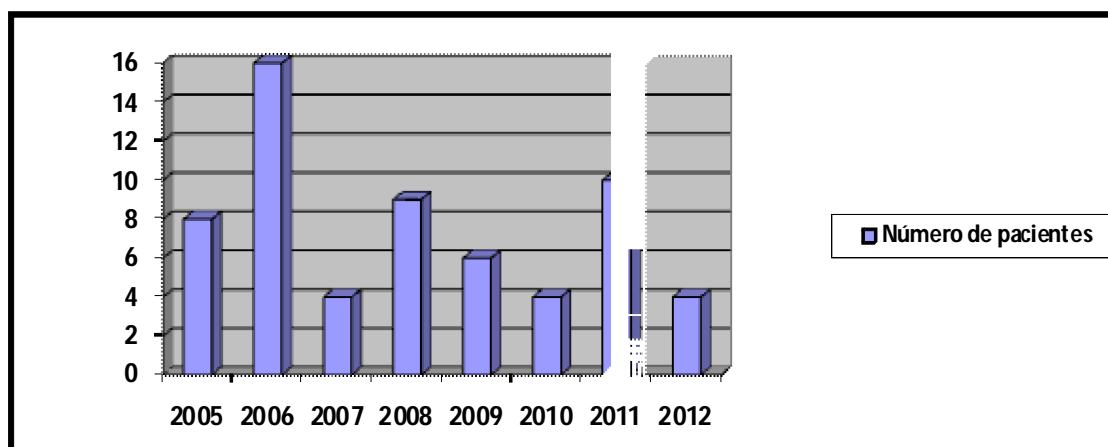
No DOTS, o paciente tem garantido o fornecimento regular de medicamentos, o acompanhamento do tratamento por pessoas habilitadas para este fim (seja no serviço de saúde, seja no domicílio) e o registro de informações que permitam o monitoramento e a avaliação sistemática de sua adoção onde, a pouca valorização do contexto sócio-cultural do doente, para o desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais, singularizados, somada à debilidade ou mesmo a ausência do vínculo com os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) e a pouca produção de acolhimento têm cooperado para o abandono do tratamento da TB (SOUZA et al, 2010).

1 - Organização [financeira](#) internacional que tem como objetivo "atrair e distribuir recursos adicionais para prevenir e tratar HIV/[AIDS](#), [tuberculose](#) e [malária](#).

Em 2005, com base na atuação das equipes da saúde da família, o município de Itaboraí passa a ter um aumento expressivo no número de pacientes acompanhados e tratados, evidenciando a melhoria dos índices de cura e abandono, o que demonstrava a importância do Tratamento Diretamente Observado como estratégia fundamental para a melhoria do serviço assim como a atuação da ESF neste contexto.

Mas especificamente na unidade de saúde, onde desenvolvo até hoje minhas atividades como enfermeira, o Tratamento Diretamente Observado pode-se dizer que refletiu de maneira expressiva na melhoria dos indicadores, visto que no ano de 2005 chegamos a um total de oito pacientes acompanhados e curados, ficando o ano de 2006 marcado como o ano com maior número de pacientes, totalizando dezesseis acompanhados pela unidade e com sucesso na realização do tratamento e cura como demonstrado na figura 2.

Fig. 2 – Número de pacientes com tuberculose acompanhados pela USF do estudo.



Fonte: (Dados fornecidos pelo Programa Central de Tuberculose do município de Itaboraí)

Torna-se importante destacar que nos anos de 2002, 2003, 2004 e início do ano de 2005 não há registro no livro de registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose no programa central por equipe de Saúde da Família, o que inviabilizou a demonstração de dados dos anos anteriores, e só após a descentralização do tratamento para USF os pacientes puderam ser identificados de acordo com sua área de abrangência.

Souza et al (2009) destacam que a alta adesão ao tratamento, conseqüentemente, com altos percentuais de cura, funcionam como marcador da qualidade do serviço prestado na unidade, traduzindo o cumprimento do protocolo e o nível de competência.

Diante do aumento expressivo do número de pacientes identificados na área de abrangência da unidade, estratégias de enfrentamento da doença, antes não desenvolvidas, passaram a ser adotadas como forma de melhoria e manutenção adequada do serviço com vias à melhoria da assistência e melhor aproximação e acolhimento dos pacientes.

As consultas de enfermagem com pacientes de tuberculose tornaram-se uma realidade positiva, demonstrando a importância do enfermeiro no acompanhamento e orientação dos pacientes. Os contatos intra domiciliares ganharam importância e também passaram a ser acompanhados e investigados, assim como o Tratamento Diretamente Observado estendido aos pacientes de quimioprofilaxia.

No mesmo ano, o grupo de pacientes com tuberculose também se tornou uma realidade, a participação dos agentes comunitários de saúde (ACS) ganha destaque e passa a ser essencial no tratamento, tendo como necessidade primordial vincular esses pacientes à unidade e à equipe, demonstrando assim, de forma ímpar, os ACS como integrantes de grande importância no acompanhamento dos pacientes com tuberculose.

Silva e Dalmaso (2002) traduzem bem a importância do Agente de saúde, pois destacam que apesar desses atores terem sido introduzidos no cenário brasileiro como sujeitos de viabilização de políticas de saúde e preenchimento de lacunas antes não exploradas nas comunidades, seu trabalho ultrapassou a barreira do atendimento às necessidades, passando estes atores a cuidar do indivíduo de forma ampliada, promovendo assistência na vida comunitária, deslocando o cuidado para o território onde está inserida a população adstrita, guardando uma relação de pertencimento e solidariedade para com a comunidade de origem, assim como no caso do TDO da tuberculose.

Sob a ótica da Política Nacional de Atenção Básica, a construção de vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade adstrita é de extrema importância, pois estabelece a manutenção do cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo e cria uma postura pró-ativa em face aos problemas de saúde-doença, fazendo com que as responsabilidades sejam partilhadas (BRASIL, 2006).

Nos anos subsequentes à descentralização, capacitações foram realizadas frequentemente, com uma abordagem de ensino baseada em números e indicadores, onde pouco se falava das necessidades e dificuldades reais do trabalho local e interlocução de saberes da prática, ficando em sua maioria, capacitações restritas às mudanças técnicas e atualização do tratamento medicamentoso.

Em 2007, após anos anteriores de sucesso no acompanhamento e cura dos pacientes, e sem nenhum abandono, o número de pacientes identificados e acompanhados pela unidade cai assustadoramente e a taxa de abandono, antes nunca vista, começa a ser evidenciada, despertando assim, dúvidas a respeito da eficácia e eficiência das práticas de trabalho desenvolvidas naquela unidade, assim como questionamentos sobre o real papel das capacitações desenvolvidas anteriormente.

Segundo informações que constam em publicações referentes à Atenção Básica, caderno nº 03, com foco na Educação Permanente, não se pode conceber a reorganização das práticas de atenção à saúde, sem que, de forma concomitante, se invista em uma política de formação e num processo permanente de capacitação dos recursos humanos, onde o profissional da equipe da saúde da família deve ser estimulado a atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, sendo essas desenvolvidas de forma dinâmica, e de forma permanente, e não apenas de forma a repassar conhecimentos, como no caso dos cursos e capacitações técnicas (BRASIL, 2000).

Para suprir as lacunas do processo de ensino na saúde destaca-se assim a Educação Permanente, que propõe a transformação, um processo de criação e recriação, desenvolvendo a reflexão crítica sobre a prática e o trabalho, ou seja, a Educação Permanente se baseia na aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, o que implica em aprendizagem significativa e possibilidade de transformar as práticas profissionais (BRASIL, 2009).

Após perceber a redução do número de pacientes acompanhados pela unidade, o aumento expressivo do número de abandonos, entendendo a tuberculose como doença de ação emergencial e controle imediato, a importância do Agente Comunitário de Saúde como elo fundamental e estratégico no Tratamento Diretamente Observado da tuberculose, a necessidade da transformação do processo de trabalho, assim como o

número reduzido de trabalhos que abordam a temática, foram elaboradas as seguintes questões para nortear o estudo:

- *Quais as dificuldades e facilidades encontradas pelos ACS na realização do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose?*
- *Quais estratégias adotadas pelos ACS na realização do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose?*
- *Como a educação permanente pode contribuir no aprendizado dos ACS para uma prática de trabalho efetiva no Tratamento Diretamente observado da Tuberculose?*

Diante dos questionamentos realizados foi traçado como **objeto do estudo** “a educação permanente dos ACS no Tratamento diretamente observado da Tuberculose no município de Itaboraí”.

Diante da escassez de trabalhos que abordem a temática e a necessidade de propor a educação permanente como fonte de transformação e aprimoramento das equipes de saúde, principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde, por ser o elo com a comunidade e um dos principais atores na transformação das práticas cotidianas, torna-se de vital importância a identificação das dificuldades e produção de conhecimento desses atores, assim como propor ações para superação dos problemas encontrados no cotidiano destes profissionais.

Sendo o enfermeiro integrante fundamental da Estratégia de Saúde da Família e o profissional responsável pela facilitação do aprendizado dos Agentes Comunitários de Saúde, foram traçados os seguintes **objetivos**:

- *Descrever e analisar as dificuldades e as facilidades propostas em roda de conversa pelos Agentes Comunitários de Saúde no Tratamento Diretamente Observado da tuberculose.*
- *Descrever e analisar as estratégias adotadas pelos Agentes Comunitários de Saúde para realizar o Tratamento Diretamente Observado da tuberculose.*
- *Propor a reestruturação das ações de educação permanente no Tratamento Diretamente Observado da tuberculose na Unidade de Saúde da Família.*

II – Fundamentação Teórica

“A leitura de um bom livro é um diálogo incessante: o livro fala e a alma responde”.

(André Marouis)

Neste capítulo é apresentado um levantamento de obras e publicações científicas tendo como base livros, periódicos, teses, dissertações, e indicadores que abordam o assunto, com a finalidade de embasar o estudo e elucidar os resultados encontrados na pesquisa, assim como demonstrar a necessidade do trabalho para o meio científico, acadêmico e profissional.

Com o intuito de selecionar algumas obras foi realizada uma busca efetiva sobre o assunto na Biblioteca virtual de saúde (BVS), utilizando como base os descritores tuberculose, educação continuada, agente comunitário de saúde e PSF. Poucas obras foram encontradas, na correlação dos descritores, demonstrando que o tema é pouco explorado e discutido no meio acadêmico. É importante relatar que na BVS não consta o descritor educação permanente, e os estudos utilizam o descritor educação continuada para descrever ações de educação permanente, que apesar de próximos, apresentam significados e propostas diferentes.

A Estratégia de Saúde da Família e o papel do Agente Comunitário de Saúde no Tratamento Diretamente Observado da tuberculose.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui-se estratégia única e inovadora de reorganização da prática assistencial e do serviço de saúde no Brasil. Pode-se dizer que seu início foi em 1991 com a implantação do Programa dos Agentes comunitários de Saúde (PACS), onde sua efetivação e ampliação foi registrada no ano de 1994 com a finalidade de compreender as necessidades da família e como proposta à valorização das ações de promoção e prevenção da saúde individual e coletiva, baseando-se na iniciativa dos municípios em implementá-la de acordo com as características da comunidade e suas necessidades.

Nas últimas décadas, o Agente Comunitário de Saúde representou um segmento efetivo do trabalho em saúde e se tornou um novo ator político no cenário da assistência à saúde e de sua organização. A razão do protagonismo desse ator foi a expansão em âmbito nacional e, em especial, em áreas metropolitanas, da Estratégia de Saúde da Família, que se sustenta em bases já conhecidas de extensão de cobertura, mas cuja pretensão se baseia em levar a equipe de serviços de saúde para ações diretas na comunidade, envolvendo os diversos profissionais com uma atenção de qualidade aos usuários do programa (SILVA e DALMASO 2002).

Segundo a Constituição Federal de 1988, a saúde é definida como:

Um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Apesar da saúde ser um direito de todos, nem sempre há uma estrutura de serviços e cuidados de saúde garantido a todos segmentos da sociedade, principalmente aos que sofrem com as desigualdades sociais. Logo, a saúde da família foi introduzida como porta de entrada no cenário assistencial e como estratégia fundamental de reestruturação da atenção básica e inclusão desse segmento sem acesso a todos os níveis de atendimento.

A unidade de saúde da família é habilitada e responsável por desenvolver ações contínuas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, dispondo de uma equipe multiprofissional capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde da comunidade, prestando um atendimento de qualidade, evitando assim internações hospitalares desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população, com base em princípios de responsabilidade social, interdisciplinaridade, intersetorialidade e vigilância em saúde (COSTA e CARBONE, 2004).

Ciancarullo, Gualda e Silva (2011) descrevem que a observação de alguns indicadores possibilita a identificação das famílias a serem assistidas, priorizando suas necessidades, exigindo maior flexibilidade dos serviços que precisam se desvincular dos procedimentos cristalizados e tradicionais, a fim de adotar uma forma de interação inovadora, contextualizada e comprometida com os valores das famílias. A ESF se propõe a cumprir esse papel e os ACS constituem a ponta de inserção de toda e qualquer ação de saúde nas comunidades e municípios que aderiram à saúde da família, sendo uma prática voltada para um novo olhar em relação ao contexto em que se processam as ações de saúde, pressupondo uma busca ativa de problemas, preservando e potencializando as necessidades da comunidade atendida, e entre essas necessidades encontra-se a tuberculose.

Segundo o Manual de recomendações para o controle da tuberculose, a doença continua sendo mundialmente um importante problema de saúde, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública. É transmitida por via aérea em

praticamente todos os casos e a infecção ocorre a partir da inalação de partículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro do doente com tuberculose ativa de vias respiratórias (pulmonar ou laríngea). Os doentes bacilíferos, isto é, aqueles cuja baciloscopia de escarro é positiva, são a principal fonte de infecção (BRASIL, 2011).

Diagnosticar e tratar correta e prontamente os casos de TB pulmonar são as principais medidas para o controle da doença. Esforços devem ser realizados no sentido de encontrar precocemente o paciente e oferecer o tratamento adequado, interrompendo a cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2011).

A tuberculose constitui modelo clássico de doença infecciosa de curso lento e insidioso e, mais do que recursos biomédicos, depende, para seu enfrentamento, de serviços de saúde resolutivos, ágeis e comprometidos com a saúde pública, profissionais dedicados, atuando em equipes multidisciplinares, apoiados por sistemas de informação adequados, equipes com atuação nas comunidades e não exclusivamente no âmbito das próprias unidades de saúde, e providas de recursos diagnósticos e medicamentos necessários à instituição e manutenção de terapias de primeira e segunda linha, mas também de manejo eficiente de casos mais complexos (BOARETTO; BASTOS; NATAL, 2012, p. 136).

No atual cenário da luta mundial contra a tuberculose o abandono do tratamento é um dos principais desafios, pois se correlaciona com aumento do número de óbitos e casos de tuberculose multidrogas resistentes (BRASIL, 2011).

Segundo Ferreira, Silva e Botelho (2005) os fatores relacionados ao abandono podem ser inúmeros e podem estar associados ao doente, à modalidade de tratamento empregado e à operacionalização do serviço de saúde, e as respostas devem ser pensadas a fim de promover a equidade, garantindo o acesso aos pacientes, visando não apenas o seu atendimento e bem-estar, mas, em sentido mais amplo, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em suas diretrizes, sejam por readequação do sistema de saúde no atendimento dos pacientes, redefinição de procedimentos, das missões institucionais de entidades da sociedade civil e pela busca de alternativas para equacionar o problema (BRASIL, 2011).

Muniz et al (2005) relatam que o plano de controle da tuberculose no Brasil introduz novas possibilidades de intervenção, contando com a Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde e tal parceria pode vir a contribuir para expansão do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), tendo a família e o domicílio como estratégias de trabalho, nesta perspectiva a atuação dos ACS e ESF como instrumento para melhorar a adesão terapêutica.

A Lei nº10. 507/2002, que cria a profissão do Agente Comunitário de Saúde e o decreto nº 3.189/1999, que fixa as diretrizes para o exercício da atividade do Agente Comunitário de Saúde podem ser considerados o pontapé inicial para o estabelecimento deste profissional no Sistema Único de Saúde e seu envolvimento e articulação nesse cenário.

Para Moreira et al (2011) o ACS possui o papel de articular e integrar os profissionais de saúde e a comunidade, na medida em que são pessoas oriundas da própria comunidade, ou seja, são o elo entre o saber científico dos profissionais e o saber popular da comunidade, sendo eles os próprios representantes deste saber popular, uma vez não haver a necessidade de formação específica desta atividade. É responsável pelo cadastramento das famílias e pelo levantamento de seus perfis socioeconômico e epidemiológico, sendo responsável por uma micro área e por um número determinado de pessoas (FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

O envolvimento dos profissionais de saúde da família potencializa a adesão do usuário ao tratamento da tuberculose, devendo esses profissionais estar sensibilizados para conhecer as necessidades do usuário a fim de desenvolver a corresponsabilização na assistência, onde o vínculo constitui um importante princípio do cuidado, estabelecendo relação de confiança, diálogo e respeito entre o profissional e o paciente, que passa a compreender a significância de seu tratamento mantendo assim as orientações terapêuticas (SÁ et al, 2007).

Com base nas recomendações da Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde lançou a proposta do Tratamento Supervisionado ou Tratamento Diretamente Observado (TDO) com a perspectiva de aumentar o número de pacientes curados assim como a redução do número de abandonos, melhorando e otimizando o tratamento da tuberculose. Embora a estratégia DOTS, na qual está inserida o Tratamento Diretamente Observado, tenha sido proposta oficialmente, no Brasil, em 1998/1999 com o Plano Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT, têm-se observado, contudo, problemas de implantação ou implementação dessa estratégia, variando de região, de Estado, de cidades e mesmo entre uma ou outra área de abrangência. Entre as dificuldades identificadas, reconhece-se que é preciso fortalecer o processo de trabalho na atenção básica, uma vez que as ações de controle da tuberculose devem ser amplamente difundidas nesse nível de atenção (SILVA, 2006).

O TDO enquanto “tecnologia de gestão do cuidado” para o controle da tuberculose constitui um conjunto de atividades voltadas para o planejamento do tratamento do doente com tuberculose e da família. Ele é feito por uma equipe de saúde onde é realizada a avaliação do perfil sociocultural e econômico do doente e sua participação no plano terapêutico e adesão ao tratamento, observação da ingestão da medicação pelo profissional de saúde ou responsável pela supervisão, suporte psicológico ao doente e família, busca de sintomáticos respiratórios, entrega de incentivos, monitoramento do estado de saúde do doente através dos dados registradas no sistema de informações em saúde, onde além de favorecer a adesão e conclusão do tratamento, também colabora para a reorganização do serviço de saúde e introduz novas formas de gerenciamento dos recursos materiais, humanos e do sistema de registro e informação (GONZALES et al, 2008).

Pensando na operacionalização dos serviços de saúde, a Estratégia de Saúde da Família em articulação com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde constitui um eixo fundamental no controle da tuberculose, visto que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos/famílias de forma integral e contínua, o que significa o atendimento das necessidades dessas famílias de maneira a desconstruir os processos tradicionais de cuidado, adotando de forma inovadora o envolvimento do contexto dos sujeitos, tendo como base crenças e valores destas famílias e o cenário em que estão inseridas.

A Educação Permanente em saúde: a ciranda do saber, aprender e fazer.

A formação e a capacitação dos profissionais de saúde tem sido de forma geral conduzidas por um modelo biomédico e tecnicista centrada em profissionais unitários e individualistas que não estão preparados para atender as demandas da família de maneira a abranger todas as suas necessidades e o mundo atual, destacado por tecnologias, onde a transformação do conhecimento exige dos profissionais uma constante atualização e novas atividades educativas.

Desde 1976, já se observava que os sistemas educacionais eram insatisfatórios, o que contribuía para a formação de uma elite intelectual, sendo insuficiente para uma civilização cuja característica marcante era a mudança, não havendo apenas a necessidade de preparar jovens e adultos para um ofício determinado para melhorar a

mobilidade profissional, mas sim suscitar um permanente desejo de aprender, destacando-se a educação permanente como o processo capaz de modificar esse quadro, sendo iniciado pelo indivíduo na infância e continuado por toda sua vida (Collet, 1976).

Em virtude da própria natureza humana, uma vez que o homem é um ser inacabado e incompleto, a educação quer espontânea ou sistemática não pode ser considerada conclusiva, mas sim um processo permanente.

A idéia de educação como necessidade permanente surgiu em 1919 na Comissão Governamental Britânica de Estudos Pedagógicos (COLLET, 1976). Segundo a autora, durante muito tempo a tarefa do aperfeiçoamento do trabalho ficou a cargo do indivíduo, que deveria descobrir por conta própria seus meios para fazê-lo. Após esse período coube às empresas empenhadas no treinamento e reciclagem de seu pessoal interessar-se por esse aperfeiçoamento.

“O saber fazer bem tem uma dimensão técnica, a do saber e do saber fazer, isto é do domínio dos conteúdos de que o sujeito necessita para desempenhar o seu papel, aquilo que se requer socialmente, articulado com o domínio das técnicas, das estratégias que permitem que ele dê conta do recado em seu trabalho, competência (RIOS, 2011 p. 59).”

Na era da informação, da comunicação e do conhecimento, a escola não detém o monopólio do saber. O professor deixou de ser o único transmissor do saber, onde se reconhece a não existência do conhecimento sem aprendizagem, e que a informação sendo uma condição necessária para o conhecimento, não se faz o suficiente, havendo a necessidade de uma organização com um sistema aberto, pensante e flexível, aberto sobre si mesmo e aberto à comunidade em que se insere (ALARCÃO, 2011).

Segundo Collares, Moysés e Geraldi (1999) os profissionais em algum momento são convocados à “qualificação”, ora porque uma nova lei foi promulgada, ora porque um novo governo assume para tudo mudar, ora porque a formação inicial é submetida a uma avaliação negativa, enfim, os profissionais são constantemente convocados a se atualizarem participando de cursos, capacitações, qualificações, porém nem sempre essas atualizações são propostas baseadas nas necessidades dos indivíduos diante dos acontecimentos e de seu trabalho, mas sim diante das necessidades governamentais de ditarem ou estabelecerem novas “regras”.

Desde que foi criado em 1988, o Sistema Único de Saúde já provocou profundas mudanças nas práticas de saúde, mas ainda não o suficiente para que as ações voltadas à

população e profissionais sejam resolutivas e impactantes. É necessário haver profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área, mudando a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros por intermédio de modificações nos modos de ensinar e aprender (BRASIL, 2005).

A escolha da Educação Permanente em Saúde como ato político de defesa do trabalho no SUS decorreu do desafio para que o setor da saúde correspondesse às necessidades da população, conquistasse a adesão dos trabalhadores, constituísse processos vivos de gestão participativa e transformadora e seduzisse docentes, estudantes e pesquisadores à mais vigorosa implementação do SUS (CECCIM, 2005).

Para o autor, ela pode corresponder à Educação em Serviço, quando coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos na formação técnica, submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente às multiplicidades da realidade de vivências profissionais em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino (CECCIM, 2004).

Tradicionalmente, falamos da formação como se os trabalhadores pudessem ser administrados como um dos componentes de um espectro de recursos, como os materiais, financeiros, infraestruturais etc, e como se fosse possível apenas “prescrever” habilidades, comportamentos e perfis aos trabalhadores do setor para que as ações e os serviços sejam implementados com a qualidade desejada. As prescrições de trabalho, entretanto, não se traduzem em trabalho realizado sob realização (CECCIM, 2005 p. 163).

Neste contexto a educação permanente mostra-se como uma proposta de reconstrução das práticas pedagógicas adotadas no cotidiano do trabalho, tomando para si a responsabilidade de efetuar relações diretas entre o ensino e o serviço, considerando as especificidades locais, as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sem desconsiderar as condições e capacidade já existentes, onde a capacitação em serviço ou a formação permanente dos profissionais de saúde se torna de fundamental importância para o fortalecimento dos indivíduos e seu comprometimento com mudanças e melhorias no serviço, onde deve haver uma

formação problematizadora com o envolvimento de aspectos da realidade, e não apenas reduzida aos aspectos técnicos e a ações programáticas.

A educação permanente em saúde passa pela compreensão de que diversos saberes e práticas se cruzam, possibilitando o pensar e fazer de forma inovadora, onde o aprendizado e a formação dos sujeitos envolvidos gerem ações concretas com a transformação das relações sociais.

Sem dúvida, a oportunidade de reflexão, posterior aos acontecimentos, melhor os enquadra, mas certamente é no acontecimento que se é criativo, porque se está diante e no processo da vida. Em certo sentido, a reflexão, porque exige distanciamento, propicia um momento artificial relativamente às exigências do cotidiano, mas também torna o que se passou algo que nos aconteceu. A criação e a invenção no cotidiano somente são reconhecidas como tais na reflexão (COLLARES; MOYSÉS; GERALDI, 1999 p.203).

A educação permanente é um processo contínuo de desenvolvimento individual que se realiza, não só na escola, mas em todos os setores da sociedade, que tenham de algum modo, função educativa e que se integram nos projetos de desenvolvimento sócio-cultural de um determinado país ou região, com a finalidade de provocar uma transformação da política educacional em resposta às necessidades presentes e futuras dos indivíduos (COLLET, 1976). Ela procura valorizar o indivíduo e sua competência possibilitando uma reflexão crítica, contribuindo para novas maneiras de olhar o trabalho, assim como seu enfrentamento diário.

É a reflexão que nos fará ver a consistência até de nossa própria conceituação, e que é articulada à nossa ação, estará permanentemente transformando o processo social, o processo educativo, em busca de uma significação mais profunda para a vida e para o trabalho (RIOS, 2011 p. 83).

Nas referências ao aprender surgem verbos como agir, questionar, tocar, examinar, praticar, relacionar. Verbos que implicam movimento, dúvida, possibilitando articulação e resposta às situações do cotidiano, demonstrando que, para haver o processo da Educação Permanente, é necessário que haja envolvimento, comprometimento e implicação do indivíduo no seu contexto histórico cultural para construção de modos singulares e únicos do conhecimento na transformação das relações e práticas cotidianas, produzindo auto-interrogação de si mesmo no agir

produtor do cuidado, colocando-se ético politicamente em discussão no plano individual e coletivo do trabalho (MERHY, 2005).

Propõe a análise do cotidiano, a problematização do processo de trabalho e ensino através de espaços coletivos que privilegiam a participação de todos os atores envolvidos, através de estratégias a serem desenvolvidas com planejamento das ações, fortalecendo a prática e o aprendizado levando em conta os problemas e dificuldades, desconstruindo idéias com base nos conhecimentos, relações interpessoais e a cultura institucional.

Ceccim (2005) destaca que ao analisar um problema institucional, regional ou nacional de maneira contextualizada, descobre-se a complexidade de sua explicação e a necessidade de intervenções articuladas e que as capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas já estabelecidas – tanto de gestão, como de atenção e de controle social – por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos e não na troca, onde a Educação Permanente em Saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde.

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho para que tenha lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde, permitindo constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola, dando evidência ao trabalho da saúde, um trabalho que requer trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromissos de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento (CECCIM, 2005).

A Educação popular entra na roda: o desafio da construção do conhecimento.

A educação popular teve sua origem em locais diferentes da escola, mediante a necessidade da população e organizações se estabelecerem em uma sociedade excludente, onde as transformações sociais e econômicas delimitavam o poder do ter e do saber. Falar de educação popular é falar do conflito que move o ser humano nas relações sociais concretas na disputa do poder (PEREIRA e PEREIRA, 2010).

Seus fundamentos encontram-se nos trabalhos educativos nos anos 50-60, ligados à União Nacional dos Estudantes e à Juventude Universitária Católica, no qual dentre estas experiências se destaca o Centro de Cultura Popular (CPC) e o Movimento de Educação de Base (MEB) que vinculavam a educação à construção de uma sociedade mais justa e democrática (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009).

Segundo Tavares et al (2009) apud VALLA (1986) a educação nunca foi pensada para a população brasileira como um todo, mas sim para aquele segmento que hoje se conhece como “camadas populares” e com as formas de educação que se desenvolvem para, ou com, essas camadas.

Os agentes comunitários como profissionais residentes na própria comunidade, representam o espelho da educação popular, pois para sua incorporação ao serviço é exigido apenas que seja domiciliado na área onde atuará, não havendo exigências de uma formação específica para a ocupação do cargo e desempenho de sua atividade. Seu conhecimento e saber popular juntamente com o vínculo com a comunidade se destacam como estratégias essenciais para o trabalho, desprezando assim a reprodução do conhecimento e enfatizando o saber presente na prática social, como traduzido muito bem por Paulo Freire, que destaca uma educação pautada no empoderamento e Victor Valla, na construção de uma educação popular valorizando a cultura do trabalho, da ação e da reflexão.

Apesar de seu processo de profissionalização ser marcado pelo conflito, disputas ideológicas e políticas, o ACS mostra-se como uma força de trabalho expressiva em todo país, onde seus processos e condições de trabalho são ainda pouco conhecidos na sua pluralidade e estão sujeitos às rápidas mudanças em função dos contextos políticos locais, de sua cultura e da própria dinâmica das comunidades às quais estão vinculados (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009).

A potencialidade do processo de trabalho do ACS reside em uma mediação entre saberes e lógicas distintas, capaz de apontar para a superação da dicotomização das relações entre profissionais de saúde e população, no qual a educação popular tem gerado reflexões com vias à compreensão sobre as formas de viver da população (STOTZ; DAVID; UN, 2005).

À Educação Popular, desde então, pode ser atribuído ao reconhecimento, a partir da vivência no trabalho na comunidade, de que a educação está presente não apenas como um componente das práticas, mas como eixo estruturante de uma proposta de mudança de modelo de atenção. Daí também, certo entendimento corrente de que Educação Popular e PACS/PSF estão naturalmente atrelados ou até mesmo de que Educação Popular é questão exclusiva do nível da Atenção Básica, e do trabalho em comunidade do PACS/PSF, não sendo, portanto, de interesse ou importância para os níveis de maior complexidade de atenção (STOTZ; DAVID; UN, 2005).

Compreende-se a educação popular como uma concepção de educação, realizada por intermédio de processos contínuos e permanentes de formação, na qual há intencionalidade de transformar a realidade a partir da ação dos sujeitos (FREIRE, 2011).

O Campo Popular, embora nem sempre de forma explícita nos textos, decorre de um pressuposto de análise da realidade que compreende a sua dinâmica como sendo posta em movimento pela inter-relação entre uma quantidade significativa de forças que são políticas e culturais e se articulam conformando campos sociais, que sempre guardam relação com a esfera da economia. Estes campos possuem “visões sociais de mundo” que orientam tanto as teorizações da realidade, quanto as ações” (BRASIL, 2006).

Em 2003, o Ministério da Saúde lança uma área técnica que torna os princípios teóricos, políticos e metodológicos acumulados no campo da Educação Popular em Saúde como orientadores de suas ações e de seu projeto político, um espaço formalizado onde haja a participação de sujeitos sociais, ativos, criativos, transformadores no apoio ao desenvolvimento de práticas que fortaleçam a constituição desses sujeitos, processo este que encontra-se estritamente vinculado ao movimento de reflexão crítica, ressignificação e (re)descoberta de outras práticas de educação no âmbito dos serviços e dos movimentos populares.

Em 2007, é lançado pelo Ministério da Saúde o “Caderno de educação popular e saúde” com a proposta de promover o diálogo para a construção da autonomia e

emancipação dos grupos populacionais que historicamente foram excluídos em seu modo de entender a vida, em seus saberes e nas oportunidades de participar dos rumos da sociedade brasileira, ou seja, trazer a educação popular para um plano institucional na construção do SUS, permitindo um trabalho com integralidade de saberes e de práticas, proporcionando o encontro com espaços, agentes e tecnologias a favor da vida e da dignidade, qualificando a relação entre os cidadãos como sujeitos ativos de seu processo de saúde e doença. (BRASIL, 2007).

Pensar em Educação popular é pensar no conflito que move a humanidade; é falar dos sonhos e ao mesmo tempo dos sofrimentos humanos. É falar de uma perspectiva de educação cujo ponto de partida é a realidade social, realidade esta vivenciada pelos agentes comunitários, na qual acredita-se que um outro mundo é possível por meio de novas formas de participação social, rumo à construção de uma sociedade mais justa e mais humana (PEREIRA e PEREIRA, 2010).

A educação popular procura construir uma relação dialógica entre educador e educando. O diálogo é o caminho para o conhecimento, pois por meio dele, inicia-se a construção de vínculos mais verdadeiros entre as pessoas envolvidas. O educador busca problematizar a situação em questão, estimulando o educando a observar pontos que não havia percebido, a olhar um mesmo tema por outro ângulo, a comparar situações semelhantes ou divergentes (PEREIRA e PEREIRA, 2010).

Segundo Pereira e Pereira apud Freire (2005) é por experimentação do homem no mundo, e vice-versa, que se adquire conhecimento e se cria o inédito viável, motivo pelo qual a educação popular, desde seu nascimento, não concebe o educando como recipiente vazio, mas como um ser pensante, curioso e criativo.

A relação entre educador e educando vai se consolidando por meio de trocas mais significativas e verdadeiras, capazes de acordar o potencial criador silenciado dentro dos dois. O educador não é somente um transmissor de conhecimentos, e o educando não é somente um receptor; o que deve existir entre eles é uma relação de colaboração e troca de saberes, na qual os saberes presentes na comunidade são reconhecidos e validados. Com esse trabalho, as experiências locais de participação popular se fortalecem, e um outro mundo possível vai se configurando, na medida em que criamos novos territórios de experimentações capazes de dar sustentação para a construção de um projeto histórico nacional voltado para a criação de uma sociedade justa e igualitária, enfatizando a solidariedade de todos os setores que possam compartilhar e colaborar com esse projeto (PEREIRA e PEREIRA, 2010).

Os espaços de educação popular apresentam-se como espaços de práticas criativas e inovadoras partindo-se do princípio de que a cultura pessoal será a base para novas descobertas e relações entre os sujeitos ativos das ações.

Para Tavares et al apud VALLA (1994), a cultura popular deve ser pensada como cultura, como conhecimento acumulado, sistematizado, interpretativo e explicativo, e não como cultura barbarizada, forma decaída da cultura hegemônica, mera e pobre expressão do particular, assim como no caso dos agentes comunitários de saúde.

O ACS, por ser oriundo e trabalharem na comunidade, tem a possibilidade de identificar as dificuldades e perceber as práticas adotadas por essa mesma comunidade. As escolhas são individuais e feitas pelas pessoas, independente da condição de vida, cultura ou história, porém cabe a esse profissional estabelecer uma relação com a população e ajudá-la a superar ou ajustar essas escolhas (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009).

O ajuste ou adaptação dessas escolhas devem se basear em uma concepção ampliada de saúde, na qual o sujeito será ativo na transformação de suas necessidades, não apenas um mero receptor ou depositário de informações, conforme dito por Paulo Freire. Espera-se a atuação de um ACS cujo enfrentamento diário do trabalho seja baseado, não a partir de suas concepções educativas e prescritivas, mas sim numa atuação onde se proponha a troca de experiências, o saber comum, história de vida e cultura não individual, mas coletiva e integradora.

Há a necessidade da incorporação de práticas pedagógicas que abordem não só a doença, mas também os determinantes dos problemas por parte de todos os profissionais e ainda o reconhecimento do ACS como educador e sua inserção como mediador do trabalho, o considerando como sujeito popular e ao mesmo tempo vinculado ao serviço, demonstrando que a reprodução hierárquica das práticas de saúde inerentes ao modelo biomédico evidencia a fragilidade desse ator e, olhá-lo como educador na perspectiva da educação popular em saúde, redefine seu papel mediador na transformação das práticas de saúde (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009).

III - Percurso Metodológico

“Acreditamos que a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda”.

(Paulo Freire)

Com a finalidade de uma maior aproximação do contexto estudado, considerando o objeto deste estudo “*a Educação Permanente dos ACS no Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose no município de Itaboraí*”, propõe-se um estudo descritivo com uma abordagem qualitativa.

A metodologia utilizada em um estudo assim como o cenário e os sujeitos escolhidos refletem de forma ímpar as características de uma pesquisa, pois segundo Minayo (2011) o trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador da realidade e estabelece uma interação com os atores que conformam a realidade, construindo assim um conhecimento empírico.

A pesquisa descritiva está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los a fim de conhecer a sua natureza, sua composição, processos que o constituem ou nele se realizam (RUDIO, 2009).

Ainda para Minayo (2011), a pesquisa qualitativa utiliza o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Ela tenta capturar não só a aparência do fenômeno como também sua essência, buscando as causas da existência dele, procurando explicar sua origem, relações, mudanças e suas consequências para a vida (TRIVIÑOS, 1987).

Para viabilidade da pesquisa, o estudo foi enviado à Secretária Municipal de Saúde de Itaboraí e aprovado pela Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família com emissão de consentimento para sua realização (ANEXO 1). Posteriormente, foi enviado ao Comitê de ética e pesquisa de acordo com a resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que se fundamenta nas diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos.

Sob a ótica do indivíduo e das coletividades, existem quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado, enfatizando desta forma, a importância da aprovação da pesquisa pelo comitê de ética, constando data de aprovação em 30 de Julho de 2012 sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 02411712.2.0000.5243, (ANEXO 2).

Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família no Município de Itaboraí, no Estado do Rio de Janeiro.

Composta de três equipes, a unidade situa-se na divisa com o Município de São Gonçalo, o que por si só caracteriza a área de abrangência das equipes com um grande número de casos de tuberculose, visto a grande incidência de casos da doença no município vizinho.

A unidade possui três equipes multiprofissional, sendo a equipe 33 composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde e a equipe 34 composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e três agentes comunitários de saúde. O cenário do estudo ainda conta com duas recepcionistas e dois auxiliares de serviços gerais.

Importante destacar que, das três equipes existentes na unidade, apenas duas participaram do estudo, ou seja, as equipes 33 e 34, visto que a lotação das três equipes em uma mesma unidade só se tornou realidade há cerca de um ano, devido a uma redistribuição do território entre os municípios de Itaboraí e São Gonçalo, o que culminou com a lotação das três equipes na mesma unidade.

A escolha das equipes 33 e 34 para realização do estudo não ocorreu de forma aleatória, mas sim devido às mesmas atuarem juntas, na mesma unidade há quase dez anos e, respondendo juntas, pelos casos de tuberculose, descritos anteriormente, por igual período, assim como pelo processo de capacitação e atualização. A equipe 35 só se integrou a unidade há apenas um ano, o que também foi utilizado como critério de inclusão das equipes e exclusão da terceira.

As duas áreas de abrangência (ANEXO 4) contam com treze micro-áreas, totalizando a cobertura de 2500 famílias de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica preenchido mensalmente pelas equipes. Devido a demissões anteriores, as treze micro-áreas que deveriam contar com treze agentes de saúde contam atualmente apenas com nove, o que dificulta o trabalho dos profissionais e a qualidade do atendimento prestado à população assistida.

A unidade funciona de segunda a sexta-feira, das oito às dezessete horas. Diariamente são desenvolvidas diversas atividades e atendimentos à população como

pré-natal, puericultura, vacinação, curativos, grupos educativos, visitas domiciliares, consultas a pacientes com hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, entre outros.

Participantes do Estudo

Os participantes deste estudo foram os Agentes Comunitários de Saúde que atuam nas equipes 33 e 34 da Estratégia de Saúde da Família do Município de Itaboraí.

A equipe 33 conta atualmente com 06 agentes comunitários de saúde. Já a equipe 34 conta com apenas 03 ACS, totalizando nove agentes comunitários nas duas equipes. Torna-se importante destacar que o estudo foi realizado com dez (10) agentes comunitários de saúde, visto que a atual recepcionista da unidade, anteriormente ACS, também foi inserida, pois atuou durante muito tempo como agente comunitária da equipe 33e permanece realizando o Tratamento Diretamente Observado como integrante da equipe e só está desenvolvendo a atual função por ter sido retirada do cargo devido mudanças políticas no município.

É importante relatar que foram utilizados como critérios para inclusão dos participantes: a concordância do profissional em participar do estudo, assim como a capacidade de verbalizar, interagir e responder a perguntas, estar atuando ou ter atuado como Agente Comunitário de Saúde e ter realizado o TDO com pacientes de tuberculose ou quimioprofilaxia.

Duarte (2001) afirma que critérios segundo os quais serão selecionados os sujeitos que vão compor o universo de investigação é algo primordial, pois interfere diretamente na qualidade das informações a partir das quais será possível construir a análise e chegar à compreensão mais ampla do problema delineado.

Coleta e Tratamento das Informações

A coleta de informações foi realizada em oficinas de trabalho através de dois encontros, nos dias 23/11/12 e 07/12/12 e intitulados como: “1ª Oficina de Educação Permanente para Agentes Comunitários de Saúde” (APENDICE 1), com a finalidade de aproximação do contexto que os cerca, a fim de descrever mais detalhadamente as características de seu trabalho, suas facilidades e dificuldades no tratamento da tuberculose. Cada encontro teve a duração de cerca de duas horas e meia.

Antes de iniciar a oficina, foi realizada a leitura do projeto, propósito do estudo e do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 2) para que os profissionais que realmente desejassem participar pudessem autorizar o uso de suas falas e materiais criados durante as oficinas.

No início da oficina, os ACS estavam apreensivos e curiosos, pois não sabiam ao certo como a oficina seria desenvolvida e, como seria sua participação e contribuição neste processo, que até o momento lhes parecia inédito.

Para “quebrar o gelo” do momento e oferecer uma maior aproximação entre os profissionais, a oficina foi iniciada com uma dinâmica, que consistia na realização de um desenho ou escrita a respeito do que aqueles profissionais pensavam sobre o tratamento da tuberculose, sua importância e o papel do agente neste processo, devendo realizar esta tarefa em 30 segundos e após esse tempo deveriam passar o papel onde estavam expondo suas idéias ao colega da esquerda, assim sucessivamente até que o papel retornasse. Para isso as cadeiras foram dispostas em “roda” e solicitado que cada um colocasse seu nome na folha. Ao término dessa “ciranda,” cada um se apresentou e explicou o que havia sido colocado em seu papel.

Após a dinâmica, foi iniciada uma discussão a respeito das dificuldades e facilidades encontradas pelos agentes de saúde na realização do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose. Para isso os agentes se dividiram em trios e duplas, e com a disposição de cola, folha branca, papel pardo, hidrocor, tesoura, canetas, lápis e revistas foi proposto que eles elaborassem cartazes a fim de expor suas idéias.

Posteriormente foram feitas apresentações dos cartazes com discussão do exposto.

Ao final do dia, foi proposto que no segundo encontro, com base nas dificuldades e facilidades apresentadas por eles, fosse feita uma pesquisa e um levantamento de estratégias individuais ou coletivas que pudessem contribuir para melhoria do TDO. Em seguida foi realizado o sorteio de uma camisa com o tema da oficina e oferecido um lanche para que os participantes pudessem compartilhar e expor o contentamento ou não com a tarde de discussão em grupo, expondo suas idéias, angústias, tristezas, alegrias, facilidades e dificuldades.

A segunda etapa da oficina foi iniciada com a discussão das estratégias trazidas pelos agentes, como proposto no primeiro encontro. Foi explicado por eles que ao invés de trazerem estratégias individuais, eles se reuniram um dia antes da oficina e, em

conjunto, colocaram em um papel pardo suas estratégias, aspirações e desejos para melhoria do TDO. É importante destacar que a iniciativa de se reunir em um dia extra e realizar a discussão coletiva para levar para a oficina partiu dos próprios agentes, fato este que demonstrou a valorização daquele momento para eles.

Após descreverem e debaterem todas as estratégias trazidas, foi iniciada uma dinâmica onde eles escreveram o que gostariam que fosse noticiado nos jornais, caso as estratégias propostas por eles para melhoria do TDO fossem alcançadas. As supostas “notícias” foram colocadas em tiras de papel e posteriormente coladas em um jornal e em seguida lidas por uma agente comunitária.

Ao término da dinâmica, um lanche de agradecimento foi oferecido e, em seguida, entregue aos agentes um certificado pela participação na oficina e contribuição com suas idéias e saberes para melhoria do serviço.

Organização e análise das informações


As informações coletadas nas oficinas foram gravadas em meio digital e posteriormente organizadas e digitadas na íntegra.

A fala dos participantes foram identificadas com pseudônimos a fim de preservar a identidade dos mesmos, como preconizam as normas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos.

Os cartazes elaborados pelos agentes foram fotografados, catalogados, analisados e correlacionados com as falas das oficinas.

Após a transcrição das oficinas, as mesmas foram lidas exaustivamente, destacadas com cores diferentes e agrupadas por temas comuns com base nos objetivos do estudo criando as seguintes categorias:

 ***O vínculo, o afeto e o comprometimento no Tratamento Diretamente Observado da tuberculose;***

 ***O tratamento em si, o trabalho e as dificuldades;***

 ***TDO: o jogo da “amarelinha” como estratégia para melhoria da assistência;***

 ***Capacitação e educação permanente: rodas que giram em sentidos opostos.***

Os dados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo na modalidade temática, que, segundo Bardin (2011), se caracteriza como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.

A análise por categorias temáticas tenta encontrar “uma série de significações que o codificador detecta por meio de indicadores que lhe estão ligados; codificar ou caracterizar um segmento é colocá-lo em uma das classes de equivalências definidas, a partir das significações em função do julgamento do codificador, o que exige qualidades psicológicas complementares como a fineza, a sensibilidade, a flexibilidade, por parte do codificador para apreender o que importa (PÊCHEUX *apud* CAREGNATO E MUTTI 2006).

Após a análise, as categorias foram discutidas com base na revisão de literatura e à luz de autores que abordam o assunto, assim como nas reflexões pessoais sobre o tema em questão.

IV - Apresentação e Discussão dos Resultados

“Ler significa reler, compreender e interpretar. Cada um lê com os olhos que tem e interpreta a partir de onde os pés pisam”.

(Leonardo Boff)

Ciranda cirandinha, vamos todos cirandar...

Lembrando da infância e de como era bom brincar de roda, assim como é bom estar em conjunto debatendo um assunto, este capítulo traz como proposta a apresentação e discussão dos resultados obtidos a partir das oficinas realizadas com os Agentes Comunitários de Saúde, tendo como base as dinâmicas e os cartazes elaborados, assim como a fala dos profissionais ao narrar suas dificuldades, facilidades e estratégias utilizadas no Tratamento Diretamente Observado da tuberculose. Como as oficinas foram realizadas em roda², os sujeitos foram identificados com pseudônimos, com nomes de cantigas de roda de forma aleatória, o que também gerou o título do estudo.

Para melhor identificar as falas, abaixo propõe-se uma ciranda onde é feita a correlação das cantigas de roda aos participantes do estudo.



2 - S.f. Objeto mais ou menos circular; círculo. /Fig. Giro feito por pessoa ou coisa; volta, rodada. / Grupo de pessoas dispostas em círculo: brincar de roda. / As pessoas que vivem habitualmente em torno de alguém; grupo de pessoas (Aurélio Buarque de Holanda Ferreira).

Na primeira oficina foi realizada uma dinâmica inicial, onde através de desenhos, palavras ou textos os ACS deveriam expor o significado, dificuldades, facilidades e perspectivas do TDO (ANEXO 5).

Abaixo destaca-se um quadro com as dificuldades e facilidades que foram descritas pelos ACS durante a primeira oficina, demonstrando que as dificuldades são em maior número quando comparadas às facilidades.

Quadro 01- Dificuldades e facilidades descritas pelos ACS na realização do TDO.

<u>Dificuldades</u>	<u>Facilidades</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de comprometimento dos profissionais. - Adequação do TDO ao horário de trabalho dos pacientes. - Tempo prolongado de tratamento. - Grande quantidade de medicação. - Etilismo, tabagismo e uso de drogas pelos pacientes. - Falta de saneamento e habitações inadequadas. - Pobreza. - Exames demorados. - Acolhimento inadequado. - Preconceito - Falta de participação dos médicos no acompanhamento do paciente e nos problemas da equipe. - Divisa com o município de São Gonçalo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proximidade com a comunidade. - Disponibilidade e fácil acesso à medicação. - Participação da família no tratamento. - Participação do enfermeiro no tratamento. - Conhecimento sobre a doença, transmissão e sintomas.

É importante destacar que quatro entre dez agentes elegem a falta de comprometimento dos profissionais como uma grande dificuldade para o acompanhamento do doente com tuberculose. Sete entre dez elegem a proximidade com

a comunidade como a maior facilidade, assim como sete entre dez elegem o diálogo, a informação, o esclarecimento e a orientação como as estratégias mais importantes na realização do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose.

Traçadas as dificuldades e facilidades do tratamento, percebendo o comprometimento e a relação de proximidade com a comunidade como fatores essenciais descritos pelos agentes, assim como enfatizados em grande parte das falas, destaca-se a seguir a primeira categoria identificada.

O vínculo, o afeto e o comprometimento no Tratamento Diretamente Observado da tuberculose.

Esta categoria descreve as dificuldades e facilidades do tratamento tendo como destaque o envolvimento do profissional, seu relacionamento e comprometimento no acompanhamento da doença, pacientes e seus familiares.

Na busca por conseguir e produzir novas formas e modelos de saúde, o agente comunitário foi introduzido no cenário da saúde brasileiro como eixo de grande importância na aproximação da família e o serviço de saúde, destacando esse integrante da equipe como fundamental para formação de laços afetivos com a comunidade na prática diária do cuidado, laços esses traduzidos por zelo, preocupação, atenção, como exemplificados nas falas a seguir:

Sra. Fui no Itororó (03) - “(...) aí colocamos: posso ter um amigo. Porque são seis meses de tratamento. Não dá para não ser amigo de uma pessoa que você tá todo dia na casa dele”.

Sra. Pirulito que bate bate (10) - “Eu queria completar que quando a gente vai fazer o DOT a gente vai também levando muito amor. O paciente tá lá com medo, a gente vai de braços abertos pra pessoa aceitar o tratamento e a nossa visita todos os dias lá.”

Sra. Fui no Itororó (03) - “O ACS, o paciente e a parceria né, como se tivessem de mãos dadas, porque são seis meses de tratamento, então é de mão dada, é juntinho, casar, fazendo parte da família mesmo.”

Sra. Onde está a Margarida (07) - “Respeito pelo paciente, ética, amor, DOTS e companheirismo que eu acho que seja mais importante na tuberculose.”

Sra. O cravo e a rosa (08) - “A gente faz um laço de amizade com esse paciente e às vezes eles tem um pouco de receio de falar com a gente, e muita gente consegue quebrar essa coisa e colocar um elo de amizade.”

Filgueiras e Silva (2011) destacam que o agente apresenta características especiais, uma vez que atua na mesma comunidade onde vive, tornando mais forte a relação entre trabalho e vida social, o que pode ser demonstrado por diversas falas envolvendo a necessidade do vínculo desses profissionais com os pacientes que realizam o tratamento, assim como o vínculo com seus familiares.

Sra. O cravo e a rosa (08) - “Tinha paciente que no final eu ia tomar café com ele. Tinha um senhorzinho que eu ia à casa dele fazer o DOT e tinha que sentar com ele pra tomar café. Todo dia eu ia lá, o meu café praticamente tava lá, e seu saísse de lá sem tomar café ele se sentia magoado, aí eu tinha que tomar lá, era muito engraçado.”

Sra. Ciranda cirandinha (09) - “Tratamento humanizado... Acho que assim... Valorizar o ser humano, porque assim a gente vai longe”.

Sra. Fui no Itororó (03) - “É necessário que exista entre a comunidade e os profissionais de saúde relação de confiança, atenção e respeito.”

Ainda para Filgueiras e Silva (2011), o cuidado em saúde resulta de processos de trabalho individuais e coletivos, institucionalizados ou não. Além disso, envolve relações entre as pessoas, trocas afetivas e de saberes, comunicações e inúmeros atos associados entre si, em que os cuidadores - sejam eles profissionais, semi-profissionais, quase profissionais, ‘trabalhadores’ ou práticos - passam a produzir modos de agir para interferirem no processo saúde-doença, mantendo e restaurando a vida, utilizando para tanto, diferentes tecnologias do cuidado, do campo científico e também empírico, onde o ACS necessita exercitar um contínuo ir e vir entre a racionalidade técnica e a racionalidade prática. A racionalidade técnica apoiada em argumentos e informações

voltadas para a afirmação da eficácia de intervenções, comportando a pretensão de que os meios escolhidos são os mais adequados para os fins propostos. A racionalidade prática fundamentada nas experiências vividas e nas opiniões e valores que circulam nas redes informais de comunicação (DANTAS; SILVA; FELICIANO, 2010).

Durante os discursos dos profissionais, o comprometimento e envolvimento com vias a um bom trabalho se destacam, demonstrando que para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade não se faz necessário apenas meios técnicos e vontade política, mas o comprometimento dos atores envolvidos no processo, fato este que se mostrou frequente em grande parte das falas.

Sra. Eu entrei na roda (01) - “Eu acho que no tratamento de tuberculose tem que ter realmente muito comprometimento de quem recebe o paciente e a família, e às vezes o sucesso do tratamento depende mais da gente do que dele, porque a gente é o incentivo (...).”

Sra. Eu entrei na roda (01) - “É um tratamento que é longo, podia ser muito complicado, mas pra gente é até fácil porque a gente é comprometido com esse, não só com esse, mas estamos tratando disso aqui, com esse tipo de tratamento e o sucesso sim é o comprometimento de toda a equipe, é muito bom.”

Sra. Ciranda cirandinha (09) - “Se sabe que no meio do caminho muitos abandonam, mas o comprometimento do ACS na busca dessas pessoas aqui consegue levar até o final. O comprometimento do Agente Comunitário de Saúde, da equipe, na realidade, né, com o paciente.”

Souza et al (2009) destacam que a descentralização das ações de controle da TB para a porta de entrada dos sistemas municipais de saúde tem sido dificultada pelos mesmos obstáculos postos à expansão da Estratégia Saúde da Família, corroborando a fala dos sujeitos, onde observa-se que fragilidades na produção do cuidado ao doente de TB têm contribuído para a ocorrência da interrupção do tratamento devido à pouca valorização do contexto sócio-cultural do doente e à falta de projetos terapêuticos singularizados, somada à debilidade do vínculo com os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) e à pouca produção de acolhimento, cooperando assim para o abandono do tratamento da TB.

Assim como o comprometimento com o trabalho e com o paciente é destacado pelos agentes como uma facilidade, a falta de comprometimento de alguns profissionais, mesmo que não sejam do mesmo local de trabalho, também é destacada como dificuldade e entrave no acompanhamento dos pacientes.

Sra. Pirulito que bate bate (10) - “A gente chega na casa do paciente e ele tá com tosse. Aí os agentes de saúde pedem o exame e ele fala que é fumante, que a tosse é por causa do cigarro, mas não é. Infelizmente a tosse é porque tá com tuberculose. Então eu acho que se não há o compromisso de alguns agentes não tem tratamento. Infelizmente falta o compromisso de alguns agentes de saúde, que é uma dificuldade também.”

Sra. A canoa virou (02) - “Os agentes tem que ter mais compromisso com as visitas.”

Sra. Ciranda cirandinha (09) - “Tem muitos profissionais que não têm o compromisso na realidade com a comunidade. A maioria é só funcionário. Eles vem, fazem à hora deles e vão embora. O resto que ficar, ficou. Se tiver tuberculose o problema é dele.”

Silva e Dalmaso (2002) traduzem o agente como um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão com a comunidade dos problemas de saúde, de apoio ao auto-cuidado numa “dimensão mais ético-comunitária” e o agente como fomentador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão, numa dimensão de transformação social. Contudo, destaca-se que este ator não atua sozinho na reorientação desta prática, sendo necessário o envolvimento de toda equipe de saúde, assim como a participação da comunidade e políticas locais, pois caso não exista a interlocução de todos os saberes, não haverá a efetividade do trabalho, assim como demonstrado na próxima categoria.

O tratamento em si, o trabalho e as dificuldades

Durante as oficinas realizadas, os ACS narraram por diversas vezes as dificuldades que possuem ao realizar o TDO no tocante às barreiras e entraves

encontrados no dia a dia de trabalho, assim como à adequação do tratamento a cada paciente.

Percebe-se que as maiores dificuldades são em criar estratégias a fim de que o doente siga o tratamento de maneira correta até o final, sendo enfatizado por esses agentes que não se faz necessário apenas sua vontade ou competência, mas sim com o envolvimento de toda equipe, dos familiares, pacientes, política local e de toda sociedade.

No cenário atual da luta contra a tuberculose, um dos principais aspectos e de maior desafio para os profissionais é o abandono do tratamento por parte dos pacientes, e este muitas vezes está relacionado aos aspectos comportamentais e sócioeconômicos dos pacientes, a aceitação da doença por eles e seus familiares e a organização e estrutura dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Sra. Pirulito que bate bate (10) – “O acolhimento nos hospitais é muito ruim. Chega lá bate só um RX pra ver como tá o pulmão do paciente. Manda pra cá só com um xarope, e às vezes o paciente ta com tuberculose e eles nem se dão conta.”

Sra. Ciranda cirandinha (09) – “O Raio X pelo menos tem que estar consertado, porque muitas vezes a gente chega lá e ele não funciona, tem que ficar esperando uma nova oportunidade ou então fazer particular.”

Sra. Atirei o pau no gato (05) – “Acho que teria que ter um hospital especializado ou um lugar próprio, porque lá fica todo mundo junto, e quando a pessoa chega com os sintomas fica todo mundo no mesmo lugar, respirando o mesmo ar, no mesmo local todo fechado. Acho ainda que tinha que ter mais supervisão e fiscalização dos postos e mais exames.”

Sra. Ciranda cirandinha (09) – “Exame, tem que ter com mais rapidez, porque os exames são muito demorados no hospital, e lá tem que ter uma parte geral e uma parte mais específica pra esse pessoal.”

Clementino e Miranda (2010) destacam que as dificuldades para alcançar o sucesso terapêutico da tuberculose estão relacionadas a problemas operacionais e técnicos dos serviços de saúde, assim como às condições e modo como a equipe de

saúde se organiza para desenvolver seu trabalho, o que dificulta o acesso e adesão do doente ao tratamento.

Já Sá et al (2007) descrevem que alguns fatores fragilizam a obtenção do sucesso terapêutico, destacando-se as representações negativas relacionadas à doença, o etilismo, o tabagismo, o uso de drogas, os problemas socioeconômicos, o longo tempo de tratamento e problemas relacionados ao trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde como uns dos principais fatores, corroborando a fala dos agentes quando descrevem algumas dificuldades para a realização do Tratamento Diretamente Observado.

Sra. Pirulito que bate bate (10) – “A dificuldade é que o paciente quando ta doente, ele tem medo de morrer. Tuberculose, aquela doença do século passado que as pessoas morriam rapidamente, entendeu?”

O alcoolismo, as drogas e a prostituição. Esses são outros problemas muito sérios. Eu mesmo tenho um paciente que ele é drogado. Eu já pedi para ele fazer o exame de escarro e ele não colheu, ta até no livro. Ele usa mesmo heroína, cocaína, ele usa tudo. “Há muito tempo que eu tô atrás dele pra ele fazer esse exame e eu não consigo.”

Sra. Ciranda cirandinha (09) – “Os hábitos e a situação social, isso é muito difícil, porque muitas pessoas são alcoólatras, viciadas.”

Sra. Pirulito que bate bate (10) – “Existe também o problema do cigarro. A gente chega na casa do paciente e ele tá com tosse há muito tempo. Aí os agentes pedem o exame e o paciente fala que é fumante e que a tosse é por causa do cigarro, mas infelizmente não é pode ser tuberculose. Então eu acho que também falta do compromisso de alguns agentes de saúde em tentar vencer essa barreira.”

Ainda no tocante ao processo de organização e à forma como os serviços de saúde desenvolvem o tratamento, o fornecimento do medicamento e o acompanhamento dos doentes com tuberculose é descrito pelos ACS como uma barreira para a realização do TDO.

Sra. Alecrim dourado (04) – “É, tem outro lugar que faz o DOT, e eles dão o remédio pro paciente pra um mês, porque aí

eles não tem que ter aquela pessoa pra ir lá todo dia na casa do paciente. Você vê, eles saem do posto daqui pro posto de Alcântara que é em outro município, porque eles dizem que é mais fácil:

- Ah! Eu não fico presa aos agentes de saúde, eu não fico presa ao posto, todo dia tem que bater na minha porta pra dar um comprimidinho. Lá em Alcântara faz isso, dá remédio pra um mês e ninguém supervisiona nada, por isso prefiro lá.”

Santos (2007) destaca que para melhorar a qualidade dos serviços de tuberculose e acelerar a expansão do DOTS é essencial convencer as autoridades municipais a ampliar sua abordagem ao doente com tuberculose, inclusive aumentando o espectro de prestadores de serviços implicados nesse tratamento, destacando que a maioria dos serviços de saúde municipais não ofertam o DOTS assim como sua implicação para melhoria dos índices de cura doença.

Sra. Eu entrei na roda (01) – *“Normalmente o paciente faz o diagnóstico, a gente encaminha ao programa, ele vai pegar a medicação por quinze dias, aí, normalmente o que eu vejo muito com meus pacientes é assim. Depois desses quinze dias ele vai pro posto, mas não é explicado a ele lá no Programa Central que ele vai fazer um DOTS, é dito que ele vai vir no posto e ele acha que ele vai chegar aqui, vai pegar a medicação toda e vai embora pra casa, não é esclarecido a ele lá, nós é que explicamos, e pra mudar isso é muito difícil.”*

Segundo Brasil (2011) a escolha da modalidade de TDO a ser adotada deve ser decidida em conjunto entre a equipe de saúde e o paciente, levando em consideração a realidade e a estrutura de atenção à saúde existente, sendo desejável que a tomada observada seja diária. No entanto, se para o doente a opção de três vezes por semana for a única possível, deve ser exaustivamente a ele explicada a necessidade da tomada diária, incluindo os dias em que o tratamento não será observado, ou seja, a maneira como as unidades fornecem a medicação também pode ser considerado um entrave à continuidade ou conclusão do tratamento, onde neste caso destaca-se a importância do Agente Comunitário de Saúde como articulador fundamental desta orientação e tratamento diário do paciente.

O Tratamento Diretamente Observado é mais que ver a deglutição dos medicamentos. É a construção de um vínculo entre o doente, o profissional e o serviço

de saúde, tornando-se necessário remover as barreiras que impedem a adesão, utilizando estratégias de reabilitação social, melhora da auto-estima, qualificação profissional e outras demandas sociais (BRASIL, 2011).

Sra. Eu entrei na roda (01) – “A responsabilidade de estar explicando e inserindo o paciente nesse DOTS é nossa. É toda do posto, é do enfermeiro, do agente de saúde, do médico. Nem falo tanto assim do médico, que às vezes o médico nem se envolve tanto com o tratamento, com o paciente, quem se envolve mais é o enfermeiro e o agente de saúde, porque no caso é dito que o DOTS é feito por toda uma equipe, mas assim, as consultas são mais com os enfermeiros. O enfermeiro tá mais próximo. Quando a gente tem algum problema de resistência, quem vai primeiro na residência com a gente é o enfermeiro, a gente vai lá pra conversar. Então acho que teria que ter, assim, esse esclarecimento já teria que vir, a partir do momento que ele teve a primeira consulta lá no programa, ele já teria que ter um certo esclarecimento sobre isso, e ele não ia vir com a ilusão que “eles deixam eles com essa ilusão” de que vai ser igual lá, você sai com remédio para 15 dias em casa e depois você vai no posto, e ele acha que ele vai vir no posto vai pega o remédio e vai levar pra casa.”

Outro aspecto destacado pelos Agentes comunitários de saúde como dificultador no tratamento é a falta de estrutura física dos domicílios, assim como a ausência de saneamento básico em grande parte das residências.

Sra. Pirulito que bate bate (10) – “Eu coloquei vários desenhos com as janelas abertas é porque a gente vai em algumas casas que não tem janela, ai ta lá só um quartinho e o banheiro isso aí é inadequado porque ali ocorre a tuberculose.”

Sra. Ciranda cirandinha (09) – “Nunca tive dificuldade como ACS, nunca tive problemas, mas o ambiente residencial... É complicado ajudar esse tipo de paciente. Como é possível sem saneamento. As pessoas moram no meio do lixo. Um cômodo só, um banheirinho, sem janela, sem ventilação.”

São abundantes as evidências de que a superpopulação, a má circulação de ar e instalações sanitárias pouco higiênicas, que comumente caracterizam os grupos carentes aumentam a probabilidade da infecção pela tuberculose, assim como dificultam o

tratamento, pois as pessoas que vivem em comunidades de baixa renda também são mais atingidas pelos custos ocultos de diagnóstico e tratamento da doença e, em consequência, têm menos possibilidade de acesso aos serviços (SANTOS, 2007).

Assim como o saneamento a falta de alimentação também é destacada como um entrave.

Sra. Ciranda cirandinha (09) – “Muitas pessoas tem muitas dificuldades de alimentação, e também tomam muita medicação. A alimentação ajuda e a falta prejudica. A quantidade de medicação eles reclamam (é muito comprimido, muito comprimido), acaba assim enjoando com a quantidade de medicação.”

O horário para a observação da tomada da medicação também foi evidenciado em várias falas como uma dificuldade, visto que os pacientes necessitam trabalhar, além do mais, residem em locais distantes de seus trabalhos, saindo muito cedo de casa para conseguir chegar no horário correto e concluir sua carga horária de trabalho. Sendo o início do horário de trabalho dos ACS às oito horas, muitas vezes os agentes quando chegam à residência do paciente este já saiu para o trabalho, criando acordos e adaptações para que a tomada da medicação seja observada em um melhor horário, conforme nas falas abaixo.

Sra. Atirei o pau no gato (05) - “O que a gente encontra dificuldade é no horário que as pessoas saem para trabalhar cedo e você fica sem horário, tem que ir depois da hora ou antes do horário para o paciente não ficar sem a medicação. No começo foi passado que a medicação tinha que ser em jejum, então as pessoas começaram a passar mal, não conseguiam tomar a medicação, vomitavam. Vomitavam muito. Então nós conversamos com a nossa enfermeira e a pessoa passou a fazer a medicação após o café da manha e depois que passava um tempinho tomava e conseguia segurar a medicação, mas pra isso eu tinha que chegar no horário que a pessoa fosse tomar o café.”

Sra. Ciranda cirandinha (09) – “Tenho dificuldade no horário do DOTS. Às vezes, a pessoa está trabalhando. Tem o horário de trabalho e tem que conciliar os horários de trabalho do paciente, e a alimentação também.”

Sra. O cravo e a rosa (08)- “Às vezes oito horas da noite por causa da medicação dela, eu ia pra casa dela, e ela não queria. Falava que a medicação fazia mal, falava que não tava se alimentando, que a comida fazia mal, que ela começava a tomar a medicação ela não conseguia comer, ela falava que ela tinha que optar, aí, ela comia ou tomava a medicação. A gente a encaminhou lá pra cima, ela começou a fazer lá em cima, e depois ela ficou nesse vai e vem, entendeu? Ela infelizmente veio a óbito por causa do HIV, mas, assim, eu tenho consciência de que tudo o que eu podia eu fiz, entendeu?”

BRASIL (2011) preconiza que atenção especial deve ser dada ao tratamento de grupos especiais, entre estes idosos, pessoas em mau estado geral, alcoolistas, pessoas infectadas por HIV e pessoas em uso de medicações especiais.

Outros fatores apontados por estes agentes são o preconceito e o estigma da doença, além da dificuldade de aceitação dos pacientes, o que muitas vezes gera o isolamento do doente do meio social assim como o afastamento de familiares e amigos.

Sra. O cravo e a rosa (08) – “A pessoa, às vezes, não tem informação sobre a doença e ela acha que o mundo todo vai ser contaminado. Os talheres, ter que separar a pessoa, botar a pessoa pra fora de casa.”

Sra. Ciranda cirandinha (09) – “Em relação ao isolamento do paciente... Porque, às vezes, o paciente por saber que tá com tuberculose quer se isolar, tem medo que vai morrer, aquela coisa toda. Quando acontece tudo isso é porque a pessoa não conhece esse tipo de doença, não tem nenhuma informação.”

Sra. Atirei o pau no gato (05)- “E até esses que estão trabalhando na volta é difícil, têm medo de alguém no trabalho saber, de sofrer, da pessoa ficar falando, discriminando, de se afastar, como aconteceu com um paciente meu. Ele conversou muito comigo sobre isso. Na volta dele ao trabalho, ele teve essa dificuldade. Ele não queria voltar porque ele tava com medo das pessoas saberem da doença e ser discriminado, das pessoas se afastarem dele.”

Clementino et al (2011) destacam que há claramente a preocupação do doente de TB em ocultar ou silenciar o seu diagnóstico para os colegas de trabalho, a fim de evitar situações constrangedoras, pois as representações de estar com tuberculose

aparecem entrelaçadas ao medo de ter que conviver com sua identidade deteriorada pelos colegas.

Sra. O cravo e a rosa (08)– “A minha dificuldade foi uma paciente que não queria o tratamento. Ela não aceitava que tinha tuberculose.”

Sra. Atirei o pau no gato (05)– “A pessoa quando descobre a doença fica até envergonhada, até mesmo por já conhecer a gente há muito tempo, por a gente fazer o acompanhamento da família. Quando a pessoa descobre, fica com vergonha, porque, às vezes, não tem uma boa informação, não tem esclarecimento, a pessoa fica envergonhada às vezes não deixa a gente fazer o DOTS.”

Souza et al (2007) destacam que na estratégia DOTS o profissional de saúde, representado principalmente pelo visitador domiciliar, neste contexto o agente comunitário de saúde, é identificado pelos doentes de TB e seus familiares como fonte de cuidado, atenção e incentivo para o tratamento, sendo o inverso também verdadeiro, pois o profissional reconhece sua responsabilidade sobre o cuidado deste paciente, havendo, desta maneira, uma relação de vínculo e co-responsabilidade. Ao mesmo tempo este doente pode se afastar deste profissional, caso suas necessidades e demandas não sejam atendidas fazendo com que este doente abandone o tratamento.

Destaca-se também como de extrema importância a fala dos agentes ao narrar as dificuldades relacionadas à aceitação da comunidade sobre seu trabalho, uma vez que este profissional é residente e domiciliado na mesma área onde atua, não possui formação específica, além de seu saber ser advindo deste mesmo espaço onde ele está inserido, o saber popular.

Sra. Alecrim dourado (04)– “A minha dificuldade na minha área foi só com as mães das crianças, por achar que o agente de saúde não podia ajudar no tratamento”.

Sra. Eu entrei na roda (01)– “Dificulta ainda mais, e, às vezes, quando é um paciente que não tem o hábito de usar a unidade de saúde, não nos conhece, aí a resistência é maior, porque ele não sabe o que fazemos, que temos que ter ética profissional, que ninguém vai dizer pra todo mundo que ele tá tomando remédio pra tuberculose, porque a gente visita o vizinho, o pai, a mãe, a sogra, entendeu, a gente não vai contar pra ninguém.”

Sra. Alecrim dourado (04) – “Às vezes, eles acham que o agente de saúde não sabe nada, só porque não fez faculdade não vale nada, muitas vezes eles falam assim.”

Apesar de seu processo de profissionalização marcado por conflitos e disputas ideológicas e políticas, o ACS constitui-se, força de trabalho expressiva, com mais de 200 mil profissionais atuando em todo país. Seus processos e condições de trabalho, ainda são pouco conhecidos na sua multidimensionalidade, e tendem a sofrer mudanças rápidas, em função dos contextos políticos locais, das novas regras jurídico-administrativas e da própria dinâmica das comunidades às quais estão vinculados (STOTZ, DAVID e BORNSTEIN, 2009).

TAVARES et al (2009), ao debaterem a educação popular pautada nas idéias de Victor Valla, destacam que existe o preconceito de que as pessoas mais “humildes, pobres, moradoras da periferia” são incapazes de produzir conhecimentos válidos assim como iniciativas coerentes e que são entendidos como classes subalternas, fato este que leva à falta de credibilidade no trabalho do ACS.

Quando o ACS é incorporado ao grupo de profissionais da saúde, novas implicações são envolvidas, pois sem a qualificação denominada “técnica”, pois são pessoas da comunidade e sem formação especializada, estes encontram-se mais vulneráveis ao senso comum, impregnado de representações históricas enraizadas de diversas práticas discursivas. Entretanto, sua aproximação cultural com a comunidade assistida e seu lugar potencial nas redes de sociabilidade primária constitui também uma poderosa ação multiplicadora do trabalho de prevenção e promoção da saúde (AGUIAR et al, 2010).

A proximidade e divisa com municípios que não realizam o Tratamento Diretamente Observado, também são descritas como dificuldades, uma vez que o doente encontra informações contraditórias em relação ao tratamento, assim como deve ser realizado.

Sra. Eu entrei na roda (01) – “Uma das coisas que eu vejo que de repente pode ter contribuído para diminuir o número de paciente e ter gerado todo esse problema foi a divisão da área, porque a gente tá numa área, no caso que é divisa com São Gonçalo, que, além do risco, por lá ter muitos casos, eles são

totalmente contrários ao DOTS que a gente faz, entendeu? Essa é uma grande dificuldade, o sistema de tratamento do local.”

Sra. Eu entrei na roda (01) – “Em São Gonçalo, o paciente recebe o remédio e leva pra casa e se o paciente tomar ou não o remédio é problema dele, o problema é que é divisa, ta dentro da minha micro área e se o paciente da minha área achar que eu to enchendo o saco dele quando eu to dando o remédio ele vai pra lá, entendeu? De repente, na cabeça dele, ele não ta abandonando o tratamento, ta só se mudando. O problema é que ele acha que é uma estratégia mais fácil pra ele, mas não sabe que não é tão eficaz quanto o DOTS que a gente sabe que é uma coisa eficaz.”

O trabalho do ACS toma como base a vinculação e o conhecimento dos hábitos e modos de vida da população, com o intuito de se aproximar no espaço mais íntimo da família e de identificar naquele espaço os riscos e as necessidades de saúde, onde a produção do cuidado é desenvolvida em diferentes contextos, contando com várias abordagens diagnóstico-terapêuticas, na qual o agente busca facilitar o processo de cuidar uma vez que ele pertence à mesma comunidade que o paciente recebe o cuidado dispensado por este agente (SILVA e FILGUEIRAS, 2010).

TDO: o jogo da amarelinha como estratégia para melhoria da assistência

Até pouco tempo, os destaques para o tratamento da tuberculose, baseavam-se na doença em si e medicamentos utilizados. Diante da necessidade do envolvimento e comprometimento da sociedade, estratégias foram introduzidas no cenário mundial para o enfrentamento e combate à doença.

Muniz et al (2005) destacam que o plano de controle da tuberculose no Brasil introduz novas possibilidades de intervenção, contando com as Estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. Tal parceria pode vir a contribuir para expansão do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), tendo a família e o domicílio como estratégias de trabalho e a atuação dos ACS como instrumento para melhorar a adesão terapêutica. Têm-se observado, contudo, problemas de implantação ou implementação dessa estratégia, variando de região, de Estado, de cidades e mesmo entre uma ou outra área de abrangência, pois com base na educação permanente, as estratégias de intervenção para melhoria dos serviços devem ser baseadas nas

necessidades destacadas pelos sujeitos envolvidos nos processos de trabalho, não adiantando propostas verticalizadas e doutrinárias que imponham ideias préconcebidas sem antes conhecer a realidade de cada localidade assim como suas dificuldades para articular o processo.

De maneira simples, como se fosse brincadeira de criança, mas com o comprometimento e vontade de profissionais dispostos a mudar o atual quadro da doença na comunidade, destaca-se o jogo da “amarelinha” com estratégias consideradas pelos agentes como essenciais para o enfrentamento da tuberculose, a fim de se alcançar o sucesso do tratamento e cura da doença.

Esse jogo consiste em pular de estratégia em estratégia sobre um desenho riscado com giz no chão. Tira-se na sorte quem vai começar, nesse caso identifica-se o paciente com sintomas respiratórios e solicita-se o exame de escarro. Cada jogador, ou cada ACS, joga uma pedrinha. Inicialmente na casa de número 1 ou na visita domiciliar, devendo ser realizada diariamente. Em seguida pula, em um pé só nas casas isoladas e com os dois pés nas casas duplas, evitando a que contém a pedrinha.

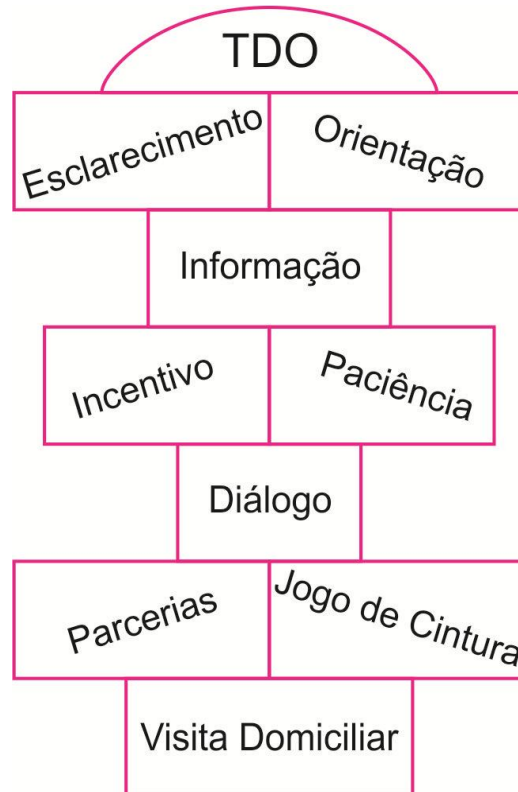


Fig.3 - Amarelinha das estratégias.

Já no caso da “amarelinha” contra tuberculose, anda-se sempre com os dois pés bem firmes no chão, e nunca deve-se isolar nenhuma casa, utilizando-se todas as estratégias na busca por possíveis doentes ou no acompanhamento dos doentes já identificados.

Chegando ao céu, ou ao TDO, mantém-se os dois pés bem firmes e retorna-se pulando em todas as casas, sempre lembrando a importância de todas as estratégias, sem perder o equilíbrio ou o jogo de cintura, fazendo com que o paciente não desista do tratamento e surja o abandono. Se perder o equilíbrio, a Educação Permanente poderá ajudar e retomar do ponto onde se “errou” até que os problemas sejam solucionados. Ganha o jogo quem primeiro alcançar o céu.

Nesse caso ganha-se o jogo com a cura do paciente, redução dos índices de tuberculose a conquista do aprendizado e troca diária.

Muniz, Villa e Pedersolli (1999) destacam que apesar, da finalidade terapêutica do TDO, alguns profissionais no desempenho diário de suas atividades, conseguem ir além do ato de medicar, ampliando sua capacidade de olhar e responder à realidade na qual se inserem, onde o momento da visita favorece o desencadeamento de orientações enfocando aspectos relacionados à doença, hábitos de higiene do indivíduo, da moradia, do ambiente, visando bloquear a transmissão da doença, sendo a educação em saúde um instrumento privilegiado para esse alcance.

Logo, da visita domiciliar, perpassando por parcerias, jogo de cintura, diálogo, incentivo, paciência, esclarecimento e informação, os ACS conseguem chegar ao TDO, criando uma aproximação com o doente de tuberculose e aumentando as chances da manutenção do tratamento e cura da doença, onde através desta “amarelinha” problemas conseguirão ser enfrentados, estratégias agregadas e desafios vencidos.

Capacitação e Educação Permanente: rodas que giram em sentidos opostos.

Esta categoria propõe uma discussão referente à prática da capacitação, muito difundida para os Agentes Comunitários de Saúde como forma de informação, mas pouco elucidativa como forma de troca e aprendizado e enfatiza a Educação Permanente como meio para reestruturação das ações de educação na saúde, destacando nas falas dos ACS a necessidade da “ciranda da educação” como interlocução de saberes, não como transmissão vertical de conhecimentos, como observado nos depoimentos abaixo:

Sra. Eu entrei na roda (01) – “Paciente da minha área com HIV e tuberculose vai pro Hospital Municipal e a médica o proíbe de tomar o remédio de tuberculose. Que integração é essa de profissional? Quem tá capacitando esses profissionais? Acho que não capacita porcaria nenhuma. Então o paciente liga do hospital pra você e diz: - Eu to aqui internado, mas tem cinco dias que eu não tomo o remédio da tuberculose. E a minha cara fica aonde que digo pra ele que ele tem que tomar o remédio todo dia? Você informa o programa que ele tá internado, ninguém do programa vai lá e o hospital proíbe ele de tomar o remédio. Quer dizer, que capacitação é essa? Capacitação de quê? Eu sou mais o que eu aprendo na minha unidade, que eu aprendo no meu dia a dia e as informações que eu troco com meus colegas de trabalho, com os pacientes, isso realmente interessa, isso que é educação. Fazem um slide bonito, que não serve pra nada.”

Sra. Ciranda cirandinha (09) – “Na realidade, por exemplo, eles chamam para capacitação de hanseníase, chega lá tem um profissional que dá uma palestra, joga em cima de você a informação e você vai pra rua, mas ninguém pergunta o que você fez ou faz sobre aquilo. Aqui a gente tem a facilidade das enfermeiras estarem sempre no pé da gente incentivando a fazer, mas tem unidade que a gente sabe que nada acontece. Essa capacitação deve ser todos os dias, é a partir daí que surgem as dificuldades. O que acontece é que não tem o que se precisa e com quem aprender e trocar, aí você deixa pra lá.

Sra. Eu entrei na roda (01) – “Nas capacitações quem tá lá capacitando tem que deixar de fazer, de mostrar o número do IBGE e mostrar algo diferente. Eles fazem bolsinha, camiseta, botam um monte de número pra gente, botam na sala e apresentam. Fica tudo muito bonito pra inglês ver. Teve uma vez que fizeram um café da manhã, botaram uns biscoitos, porque o povo tá mais preocupado com o biscoito do que com a capacitação. Você piscou não tem mais ninguém sentado, não tem mais nada. Um sai, outro vai fumar, aí acabou a capacitação, mas sabe por quê? Porque a capacitação não prende atenção, não tá ali para te acrescentar em nada, está ali pra maquiar o programa e mostrar número para platéia, entendeu? Não tá se importando com meu trabalho, não quer ouvir, não quer saber o que eu passei, a dificuldade que eu tive, como a gente tá.”

As necessidades de implantação de novos programas e ações de serviços bem como respostas às novas demandas dos usuários e das necessidades de atualização dos

profissionais têm gerado a concepção de que as mudanças para estas instituições se alcançam através da acumulação da informação, transmissão e difusão de informações, fato este que gera descontentamento dos profissionais assim como a falta de estímulo para desenvolver as atividades de trabalho (DAVINI apud RIBEIRO, MOTTA, 1999) .

Sra. Ciranda cirandinha (09) – “Você pode até ser capacitado, mas se você não conseguir colocar em prática, “praticamente” não vai valer de nada. Deveria ter mais entrosamento entre os ACS em espaços próximos, fazer as capacitações pra gente colocar em prática, tipo essa oficina mesmo, com outras unidades.”

Ceccim (2005) enfatiza como fundamental que haja diálogo com a prática, assim como a capacidade de problematizá-la, de construir novos pactos de convivência que aproximem os serviços dos conceitos de atenção integral, humanização e qualidade.

Ribeiro e Motta (1999) destacam que nos cursos de atualização, os profissionais são levados à proposta de como deveria ser a “verdade do conhecimento científico” acumulado e atualizado, mas quando retornam aos serviços se vêem confrontados em suas realidades cotidianas com a impossibilidade da aplicação do conhecimento adquirido, não havendo correlação entre teoria e prática.

Ainda para Ribeiro e Motta (1999), a hegemonia dos programas de capacitação verticalizados e dirigidos a distintas categorias profissionais excluem os próprios sujeitos agentes das práticas das possibilidades de reconstrução dos processos de trabalho.

É necessário que haja interrogação, mobilização e reflexão de questões que afetam o dia a dia de trabalho, pressupondo envolvimento, construção, inserção e troca de saberes entre todos os atores envolvidos, o que não ocorre nos cursos de capacitação.

Segundo Brasil (2000) a produção de conhecimento caracteriza-se como um processo gerado no trabalho, de forma fundamentalmente participativa, pois resulta da confrontação de diferentes e complementares experiências entre a equipe e a comunidade, de maneira que o processo educativo não seja considerado um momento particular e único, mas sim um investimento na formação para o trabalho, definindo, assim, as demandas educacionais.

Sra. Eu entrei na roda (01) – “Eu acho assim. Às vezes, não é nem que as coisas viram meio uma rotina, é que falta, às vezes, é aquilo que a gente conversa. A educação permanente reacende a vontade de você querer fazer as coisas, faz você parar pra pensar naquilo que tá errado.”

Neste contexto se insere a Educação Permanente em saúde com a proposta de transformação do processo de trabalho frente às condições reais dos próprios serviços, valorizando e destacando a troca de saberes e aprendizagem como foco de sua atuação, envolvendo as questões das esferas organizacional, técnica e humana, guardando relação com a possibilidade de que aconteçam intervenções necessárias à transformação do problema (RIBEIRO e MOTTA, 1999).

Sra. Eu entrei na roda (01) – “É o que eu tô vendo aqui. Tem que ter a didática e saber trocar antes de você passar pras pessoas. Se não tiver uma dinâmica você não vai conseguir passar nada, porque você não se permitiu trocar, e as pessoas que tem vem nos capacitar não estão interessadas no dia a dia. Aí fica difícil, né?”

Sra. Eu entrei na roda (01) – “A gente precisa de mais educação. Quando eu pesquiso na internet, eu penso muito nas outras ações que acontecem em outros lugares, em outras comunidades, o que eles fazem. De repente a gente acha que o que a gente faz é muito bom, mas a gente tem que ter um parâmetro pra melhorar.”

Ribeiro e Motta (1999) destacam que as informações serão incorporadas pelos sujeitos se forem adequadamente comunicadas a eles, isto é, se tornarem relevantes e significantes em seu mundo de representações, dando ao processo educativo uma dimensão de via de mão dupla, sendo necessário conhecer o outro, indo de encontro à racionalidade que orienta seu pensamento e sua ação. Isso significa que as informações geradas nos serviços são resultantes da relação que os trabalhadores estabelecem com os usuários, entre si e com os gestores.

A área de formação não é mais um lugar secundário, mas sim um lugar central, finalístico na qual retira os trabalhadores da condição de recursos humanos para serem atores sociais das reformas, do trabalho e das lutas por direitos e ordenamento das práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e atenção à saúde. Logo, a educação

permanente seria a estratégia fundamental de recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social na saúde (CECCIM, 2005).

Ainda para Ceccim (2005), a condição indispensável para haver mudança ou incorporação de novos elementos à prática é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer e pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho.

Sem dúvida, a oportunidade de reflexão, posterior aos acontecimentos, melhor os enquadra, mas certamente é no calor do acontecimento que se é criativo, porque está diante e no processo da vida (COLLARES, MOYSES, GERALDI, 1999).

Sra. Nesta rua (06) – “Eu acho que nós precisamos é de mais trocas, mais parcerias, junto com a comunidade, pedir ajuda à comunidade, com os postos mais próximos.”

Colocar a Educação Permanente em Saúde como primordial para o SUS pôs em nova evidência o trabalho da saúde, um trabalho que requer: trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromissos da gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento (CECCIM, 2005).

V - Considerações Finais

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.”

(Chico Xavier)

Atuberculose, doença transmissível de controle urgente, amplamente difundida, é apontada no meio científico de diversas formas no tocante ao tratamento medicamentoso, resistência da doença, dificuldades de operacionalização dos serviços, entre outros. Porém, pouco se fala de estratégias que possam contribuir para o enfrentamento das dificuldades encontradas pelos profissionais, principalmente quanto ao processo de capacitação a que estes são submetidos, sem que haja valorização dos seus saberes, dificuldades e problemas enfrentados com o doente, tratamento, familiares e resistência para a realização do Tratamento Diretamente Observado.

O estudo apontou que os ACS possuem diversas dificuldades na realização do Tratamento Diretamente Observado e estas superam em muito as facilidades na realização de seu trabalho. As dificuldades apontadas são permeadas por diversos atores e cenários, não estando exclusivamente nas mãos desses agentes como resolvê-las, mas sim no entrelaçamento de diversos campos e saberes, e que por intermédio da Educação Permanente, pode-se construir algumas estratégias de enfrentamento, como realizado nas oficinas.

No tocante ao processo de troca e interlocução de saberes, a Educação Permanente em Saúde destaca-se como estratégia de extrema importância no processo de ensino-aprendizagem dos profissionais, apesar dos ACS descreverem a capacitação técnica como forma mais difundida no dia a dia de trabalho, sendo esta considerada por eles pouco eficaz como meio de aprendizado, mas sim como forma de transmissão de conhecimento, não havendo aplicação na prática como desejado por eles.

O conceito de EPS, apesar de bastante difundido, é desconhecido pelos agentes, assim como sua aplicação na prática de trabalho, mas eles descrevem de forma clara e objetiva que desejam um espaço de troca e levantamento de problemas, onde suas idéias possam ser ouvidas e, quem sabe, aplicadas de forma individual ou coletivas, ou seja, a EP é levantada como uma necessidade por eles, mesmo não havendo o conhecimento formal dessa estratégia.

As atividades de educação desenvolvidas no âmbito do SUS como práticas transversais proporcionam a articulação entre todos os níveis do sistema. Representam estratégias essenciais para as ações no serviço, devendo ser valorizadas, contribuindo cada vez mais para a afirmação do SUS como a política pública, proporcionado, assim,

maior inclusão social e apropriação do significado de saúde enquanto direito, por parte da população e a promoção da cidadania.

O estudo possibilitou respostas às questões antes interrogadas, agora elucidadas, destacando a capacitação como meio de transmissão mais utilizado no ensino na saúde, sendo esta pouco esclarecedora, através da qual os ACS não se sentem instrumentalizados e “capacitados” para atuar, evidenciando a educação permanente como estratégia essencial e vital para a construção do conhecimento, não só na ciranda do Tratamento Diretamente Observado, mas em todas as práticas do cuidado e assistência desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família.

Para tanto, torna-se necessário o desenvolvimento de ações de educação permanente numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribuam para a qualificação do trabalho e autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar maneiras de cuidado mais humanizadas, compartilhadas e integrais.

Nesse sentido, o ACS e a educação popular em saúde, participantes reais deste processo de mudança, apresentam-se como potenciais transformadores das práticas tradicionais em práticas diferenciadas, com vias à melhoria da qualidade da assistência para redução dos índices da tuberculose.

Logo, a ciranda de frases de Paulo Freire, traduzem em palavras a representação deste estud

Ensinando e aprendendo de sentido o que fazemos a cada instante. (Paulo Freire)

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção, pois ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.

VI - Referências Bibliográficas

“Um país se faz com homens e livros”.

(Monteiro Lobato)

AGUIAR, Vitoria Fang et al. Educação permanente com agentes comunitárias de saúde. VIII Congresso Iberoamericano de Ciência, Tecnologia e Gênero. Paraná: Universidade Tecnológica Federal do Paraná, 2010.

ALARCÃO, Isabel. *Professores Reflexivos em uma escola reflexiva*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011. – (Coleção questões da nossa época, v.8).

Apresentação de Trabalhos Monográficos de conclusão de curso/Universidade Federal Fluminense. – 10. ed. rev. e atualizada por Estela dos Santos Abreu e José Carlos Abreu Teixeira. – Niterói: EdUFF, 2012.

BARBAN, Eduardo Galvão; OLIVEIRA, Angélica. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, Paraná: v. 14, n. 01, 2007. Disponível em: < http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/v14-1.htm>. Acesso em Janeiro de 2012.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. 1ª ed. Revista e ampliada. Lisboa: Edições 70, 2011.

BOARETTO, Cristina; BASTOS, Francisco Inácio; NATAL, Sônia. Os desafios para o controle da tuberculose e novas perspectivas. *Caderno de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: v. 20, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_135-136.pdf>. Acesso em: 19 de abril de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2site_31_05_2011.pdf>. Acesso em: 03 de novembro de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde, v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.160 p. (Serie B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/copasems/portaria_648.doc>. Acesso em: 20 de Julho de 2012.

BRASIL, Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade do Ministério da Educação Secad / MEC) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Educação Popular na América Latina: diálogos e perspectivas / Pedro Pontual, Timothy Ireland (organizadores). – Brasília: Ministério da Educação: UNESCO, 2006, 264 p. – (Coleção Educação para Todos, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. 6. ed. rev. e ampl. . Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10507.htm>. Acesso em: 20 de março de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família, caderno 3: Educação Permanente. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Decreto nº 3.189, de 10 de abril de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Decreton3.189.pdf>>. Acesso em: 20 de março de 2013.

BRASIL. Portaria nº. 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de agente Comunitário e do Programa de saúde da Família e dá outras providências. Disponível em: < http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/>. Acesso em: 08 de março de 2013.

BRASIL. Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 12 de Novembro de 1996.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de Conteúdo. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis: v. 15, n.04, 2006.

CAVALCANTE, Solange Cesar et al. Community randomized Trial of enhanced DOTS for tuberculosis control in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, Reino Unido: v.14, n. 02, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>> Acesso em: 18 de abril de 2013.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro: v.9, n.16, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>> Acesso em: 18 de abril de 2013.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência saúde coletiva*, Rio de Janeiro: v.10, n.4, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020>. Acesso em 19 de abril de 2013.

CECCIM, Ricardo; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: v. 14, n. 01, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em 18 de setembro de 2013.

CLEMENTINO, Francisco de Sales, MIRANDA, Francisco Amoldo Nunes. Acessibilidade: Identificando Barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de Saúde da Família. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro: v. 18, n. 04, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a14.pdf>> Acesso em: 18 de setembro de 2013.

CLEMENTINO, Francisco de Sales et al. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. *Revista de enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro: v. 19, n. 04, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a23.pdf>>. Acesso em 18 de setembro de 2013.

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow, GUALDA, Dulce Maria Rosa, SILVA, Gilberto Tadeu Reis da. *Saúde na Família e na Comunidade*. São Paulo: Icone, 2011.

COLLET, Heloisa Gouvêa. *Educação Permanente: uma abordagem metodológica*. Rio de Janeiro, SESC, 1976.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; GERALDI, João Wanderley. Educação continuada: a política da descontinuidade. *Educação e Sociedade*, Campinas: n. 68, 1999. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/es/v20n68/a11v2068.pdf>>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2013.

COSTA, Elisa Maria Amorim; CARBONE, Maria Herminda. *Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

KLEBA, Maria Elisabeth, COMERLATTO, Dunia; COLLISELLI, Liane. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. *Texto e Contexto de Enfermagem*, Florianópolis: v. 16, n.2, 2007.

DANTAS, Maria Beatriz Pragana; SILVA, Maria Rejane Ferreira da; FELICIANO, Virgínia de Oliveira. Subjetividade e diálogo na educação em saúde: práticas de agentes comunitários em equipe de saúde da família. *Revista APS*, Juiz de Fora: v. 13, n. 4, 2010. Disponível em: < <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/942/389>>. Acesso em: 14 de abril de 2013.

DUARTE, Newton. As pedagogias do “aprender a aprender” e algumas ilusões da assim chamada sociedade do conhecimento. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro: Set/Out/Nov/Dez, n.18, 2001. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/rbe/rbe/rbe.htm>>. Acesso em: 18 set. 2013.

FELICIANO, Kátia Virginia de Oliveira et al. Avaliação continuada da educação permanente na atenção à saúde da criança na estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, Recife: v.8, n. 01, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1519-3829&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 de janeiro de 2012.

FERREIRA, Silvana Margarida Benevides; SILVA, Ageo Mario Candido; BOTELHO, Clovis. Abandono do Tratamento de tuberculose pulmonar em Cuiabá – MT – Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Brasília: v.31, n. 5, 2005. Disponível em: <<http://www.jornaldepneumologia.com.br/sumario.asp?ed=56>>. Acesso em: 17 de abril de 2012.

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: v. 21, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000300008&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 de março 2013.

FRANCO, Camilla Maia; KOIFMAN, Lilian. Produção do cuidado e produção pedagógica no planejamento participativo: uma interlocução com a educação permanente em saúde. *Interface – Comunicação Saúde Educação*, São Paulo: v.14, n. 34, 2010.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 42.^aed, 2005.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 50.^aed., 2011.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra, 43.^aed., 2011.

GONZALES, Roxana Isabel Cardozo et al. Indicadores de desempenho do DOT no domicílio para o controle da tuberculose em município de grande porte, SP, Brasil. *Revista Latino americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto: v. 16, n. 01, 2008.

HIJJAR, Miguel Aiub. et al. Retrospecto do Controle da tuberculose no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo: v. 41, (Supl. 1), 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800008>. Acesso em: 25 de março de 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA – IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>> 2012.

LAVADO, Mylene Martins et al. Avaliação do processo de trabalho médico no programa da saúde da família: uma ferramenta para educação permanente. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Santa Catarina: v. 36, n. 02, 2007. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/485.pdf>>. Acesso em: 20 de abril de 2012.

LIMA, Josiane Vivian Camargo et al. A Educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. *Trabalho educação saúde*, Rio de Janeiro: v.08, n. 02, 2010. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r296.pdf>> Acesso em: 10 de setembro de 2013.

MANCIA, Joel Rolim; CABRAL, Leila Chaves; KOERICH, Magda Santos. Educação Permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília: v. 57, n. 5, 2004.

MARSIGLIA, Regina; SILVEIRA, Cássio, CARNEIRO JR., Nivaldo. Políticas sociais: desigualdade, universalidades e focalização na saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo: v. 14, n. 2, maio/agosto 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7148>>. Acesso em 20 de novembro de 2012.

MEIER, Marcos; GARCIA, Sandra. *Mediação da Aprendizagem: contribuições de Feuerstein e de Vygotsky*. 2.ed. Curitiba: Edição do Autor, 2007.

MERHY, Emerson. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface – Comunicação Saúde Educação*, São Paulo: v.9, n.16, set.2004/fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a15.pdf>>. Acesso em: 13 de abril de 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, DESLANDES, Suely Ferreira, GOMES, Romeu. *Pesquisa Social: teoria, metodologia e criatividade*. 30. Ed. Petrópolis, Vozes, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, HUCITEC, 2008.

MOREIRA, Janine et al. O Papel educativo de Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: o desafio da educação libertadora. Pesquisa desenvolvida pelo Grupo de pesquisa cadastrado no CNPQ “Educação, Saúde e Meio Ambiente”. 2011. Disponível em <<http://www.anped.org.br/33encontro/app/webroot/files/file/Trabalhos%20em%20PDF/GT06-6245--Int.pdf>>. Acesso em: 19 de abril de 2013.

MUNIZ, Jordana Nogueira, et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo: v.10, n. 02, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200009>. Acesso em 25 de março de 2012.

MUNIZ, Jordana Nogueira; VILLA, Tereza Cristina Scatena; PEDERSOLLI, César Eduardo. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde. *Boletim de Pneumologia Sanitária* v.7 n.1 Rio de Janeiro jun. 1999.

OLIVEIRA, Sônia Aparecida da Cruz et al. Serviços de Saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto: v. 17, n. 03, 2009.

PEREIRA, Dulcinéia de Fátima Ferreira; PEREIRA, Eduardo Tadeu. Revisitando a História da Educação Popular no Brasil: em busca de um outro mundo possível. *Revista HISTEDBR On-line*, Campinas: n.40, p. 72-89, 2010. Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/revista/edicoes/40/art05_40.pdf>. Acesso em 14 de abril de 2013.

RIBEIRO, Eliana Cláudia de Otero, MOTTA, José Inácio Jardim. Educação Permanente como estratégia de reorganização dos serviços de saúde. *Boletim da Universidade Estadual de Londrina*, ano 5, n. especial, 1999.

RIOS, Terezinha Azeredo. *Ética e Competência*. 20. Ed. São Paulo: Cortez, 2011. – (Questões da Nossa Época, v. 7).

ROMANO, Valéria Ferreira. A Busca de uma identidade para o médico de família. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v. 18, n. 1, 2008. <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000300008&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 de março 2013.

RUDIO, Franz Victor. *Introdução ao projeto de pesquisa científica*. 34^a Ed., Petrópolis: Vozes, 2009.

RUFFINO-NETO, Antônio, VILLA, Teresa Cristina Scatena (org.). *Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil histórico e peculiaridades regionais*. Instituto do Milênio Rede TB, 2006.

SÁ, Lenilde Duarte de et al. Tratamento da Tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis: v.16 n. 4, 2007.

SÁ, Lenilde Duarte de et al. Intersectorality and Bonding in tuberculosis control in family health. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto: v.19, n.02, 2011.

SANTOS, Joseney. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo: v. 41 (Supl. 1), 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800012>. Acesso em 19 de abril de 2013.

SILVA, Ana Cristina de Oliveira. *O Tratamento Supervisionado da Tuberculose: percepções do Enfermeiro do programa saúde da família de João Pessoa*. Paraíba, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006. Disponível em: <<http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/dissertacoes2006/dissertacaoanacristina.pdf>>. Acesso em: 20 de março de 2013.

SILVA, Ricardo; VOIGT, Rafael. Por uma educação profissional realizadora do ser humano. *Educação profissional: ciência e tecnologia*, Brasília: v. 04, n. 01, edição especial, 2010. Disponível em: <<http://revista.facsenac.com.br/index.php/edupro/index>>. Acesso em 18 de setembro de 2013.

SILVA, Thais Lacerda. *Contribuição ao processo da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador*. Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública e Meio Ambiente) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana Silvia Whitaker. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

SOARES, Ademilson de Sousa. *A educação profissional e o professor: fazeres e saberes necessários*. Centro Universitário de Belo Horizonte, Belo Horizonte: 2005.

SOUZA, Fabiana Barbosa Assumpção et al. Peculiaridades do controle da tuberculose em um cenário de violência urbana de uma comunidade carente do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Brasília: v. 33, n. 03, 2007. Disponível em: <<http://www.jornaldepneumologia.com.br/sumario.asp?ed=66>>. Acesso em: 17 de setembro de 2013.

SOUZA, Karén Mendes Jorge de et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. *Revista Escola de Enfermagem USP*, Ribeirão Preto: v. 44, n. 04, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400007>. Acesso em 20 de abril de 2013.

SOUZA, Márcia São Pedro Leal et al. Características dos Serviços de Saúde Associados à adesão ao tratamento de tuberculose. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo: v. 43, n. 6, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/11.pdf>>. Acesso em: 20 de março de 2013.

STOTZ, Eduardo Navaro; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; BORNSTEIN, Vera Joana. O Agente Comunitário de Saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. *Revista APS*, Rio de Janeiro: v. 12, n. 4, 2009. Disponível em: < <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/615>>. Acesso em 18 de setembro de 2013.

STOTZ, Eduardo Navaro; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; UN, Julio Alberto Wong. Educação Popular e Saúde – Trajetória, Expressões e Desafios de um Movimento Social. *Revista APS*, Rio de Janeiro: v.8, n.1, 2005. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/EducacaoPopular.pdf>>. Acesso em 16 de setembro de 2013.

TAVARES, Maria Tereza Goudart; FLEURI, Reinaldo Matias; VASCONCELOS, Eymard Mourão; ALGEBAILLE, Eveline Bertino. A contribuição de Victor Valla ao pensamento da educação popular. *Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro*: v. 14, n. 12, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782009000300013&script=sci_arttext>. Acesso em 14 de março de 2013.

VALLA, Victor Vincent. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. *In: REUNIÃO ANUAL DAANPED*, 17., Caxambu, 1994. *Anais* Rio de Janeiro: ANPED, 1994. 1. CD-ROM.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo: v.11, n.22, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/04.pdf>>. Acesso em: 11 de março de 2013.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em questão*. São Paulo: Atlas, 1987.

VILLA, Teresa Cristina Scatena; RUFFINO-NETO, Antônio. Tuberculose: pesquisas operacionais. 1.ed. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing. Geneva, 2008/2009. Disponível em: < <http://www.who.int/es/index.html>>.

VII – Anexos

“A vida é uma peça de teatro que não permite ensaios. Por isso, cante, chore, dance, ria e viva intensamente, antes que a cortina se feche e a peça termine sem aplausos”.

(Charles Chaplin)

1 – Autorização do Município para realização do estudo.**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ**
Secretaria Municipal de Saúde

Ofício n.º006/CPSF/SMS/012.


Itaboraí, 16 de julho de 2012.

Ao Comitê de Ética da Universidade Federal Fluminense

Srº responsável

Venho por meio deste autorizar Aurea Cristina Accacio de Oliveira a realizar a pesquisa na Estratégia de Saúde da Família no município de Itaboraí campo de prática para o desenvolvimento do mestrado profissional em Ensino na Saúde, linha de Pesquisa em Educação Permanente sob o título: Educação Permanente em Saúde no Tratamento Supervisionado da Tuberculose: Um Estudo Descritivo.

Atenciosamente,


Rosângela Martins Gomes
Coordenadora do Programa de Saúde da Família
Matricula – 23.883.

2 – Autorização do Comitê de Ética

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense/ FM/ UFF/ HU Antônio Pedro

PROJETO DE PESQUISA

Título: Educação permanente em saúde: reconstrução do processo de aprender a cuidar no tratamento supervisionado da tuberculose.

Área Temática:

Pesquisador: Áurea Cristina Accacio de Oliveira

Versão: 2

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense/ HU Antônio Pedro

CAAE: 02411712.2.0000.5243

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 63309

Data da Relatoria: 02/08/2012

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho tem relevância no âmbito do serviço de saúde, pois pretende aprimorar ou melhorar o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde dentro da Estratégia de Saúde da Família.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento é adequado com linguagem simples e de fácil compreensão por parte dos sujeitos da pesquisa, contemplando também os principais itens da Resolução 196/96

Recomendações:

Projeto aprovado após cumprimento das pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

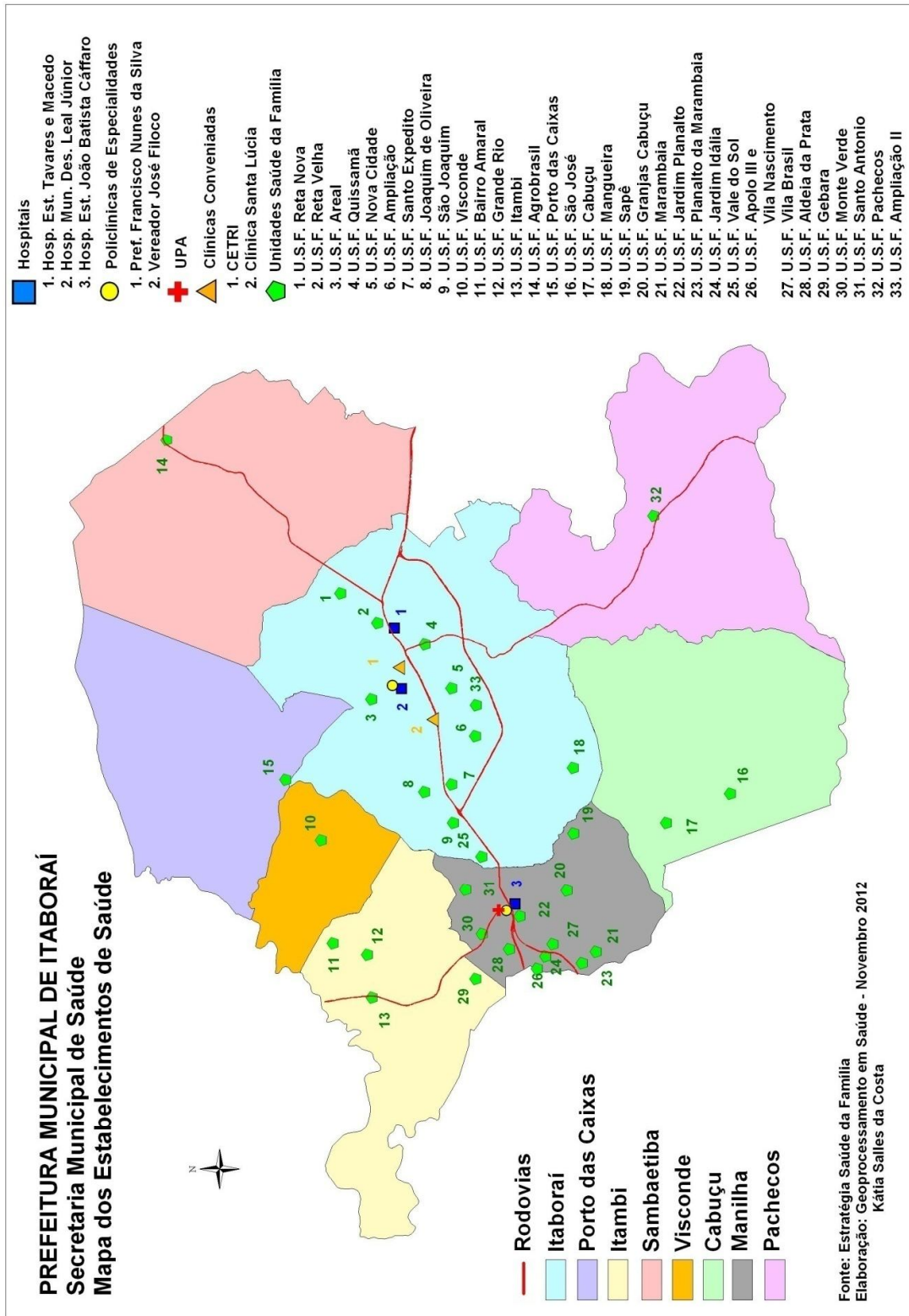
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado

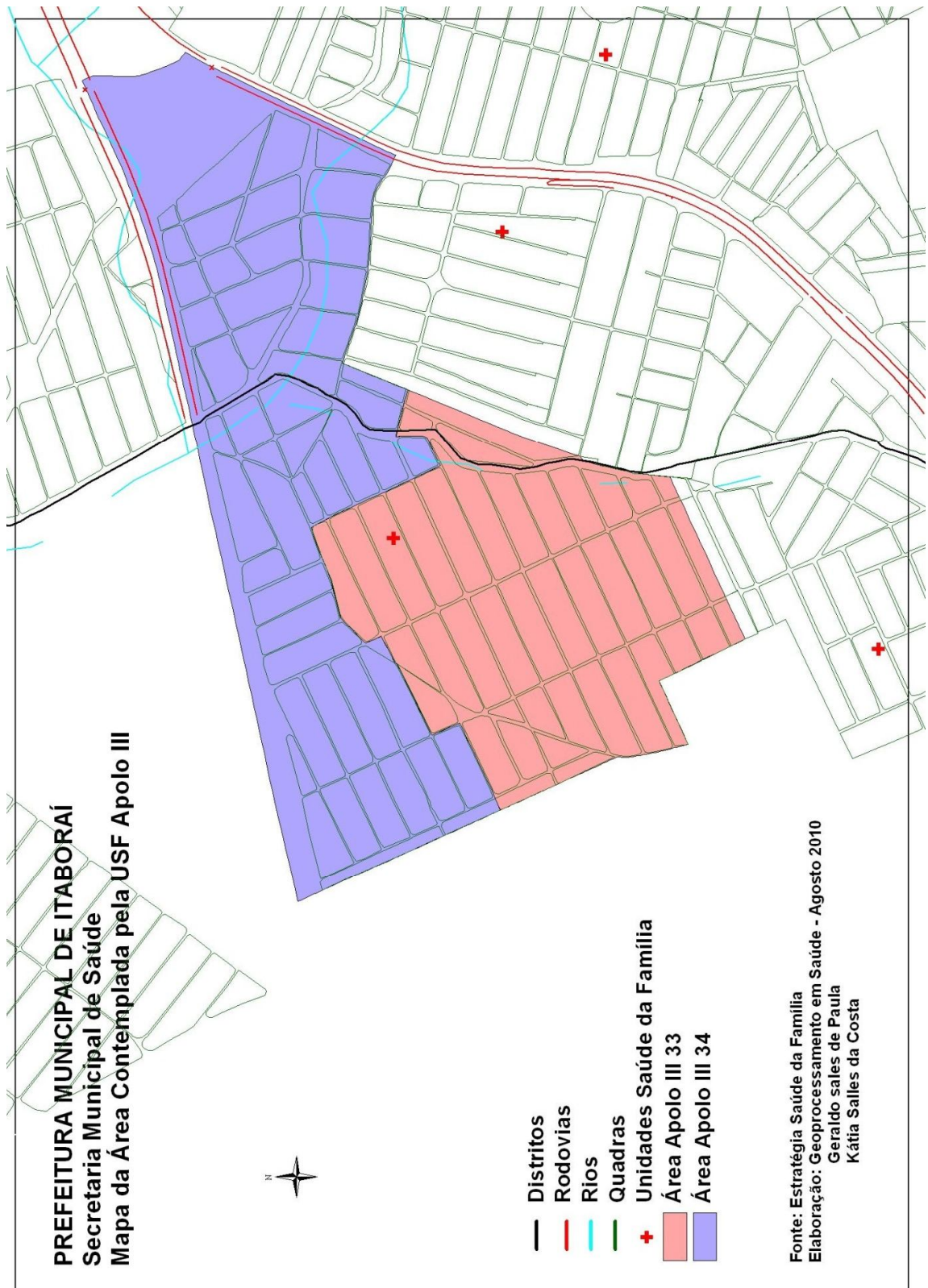
30 de Julho de 2012

Assinado por:
ROSANGELA ARRABAL THOMAZ

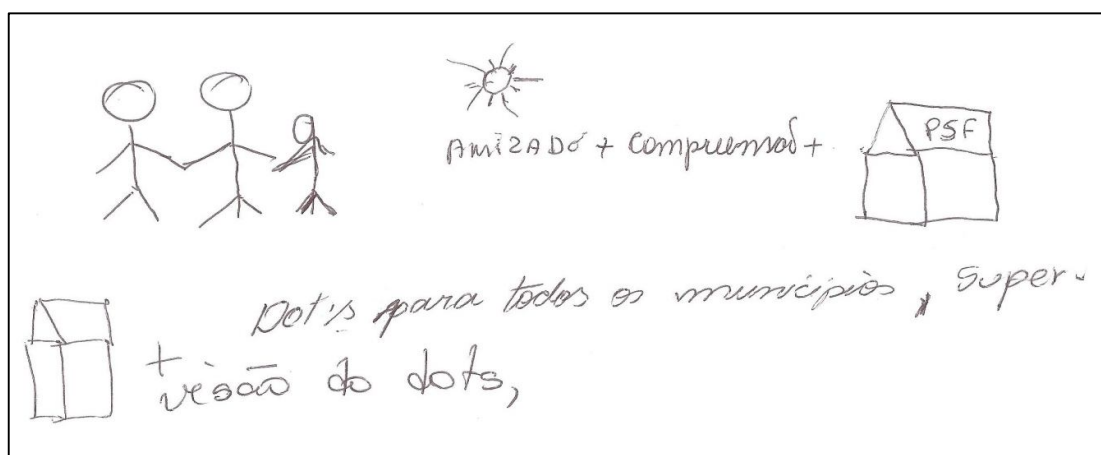
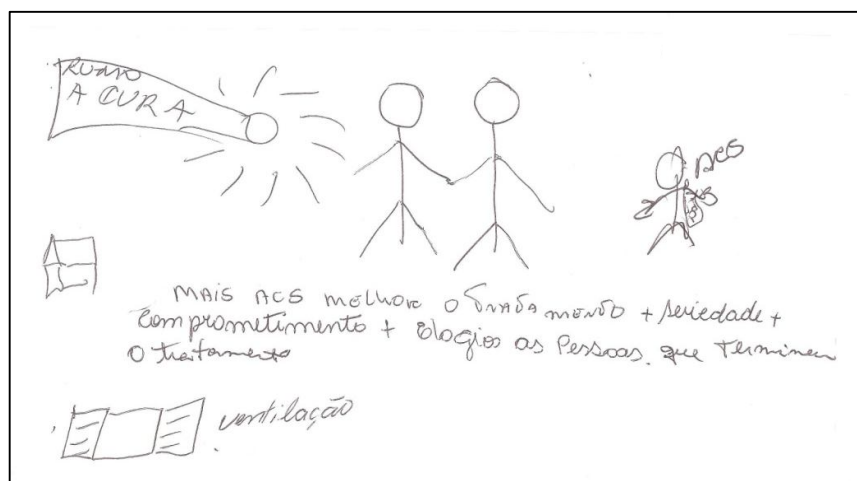
3 – Mapa dos Estabelecimentos de Saúde do Município de Itaboraí



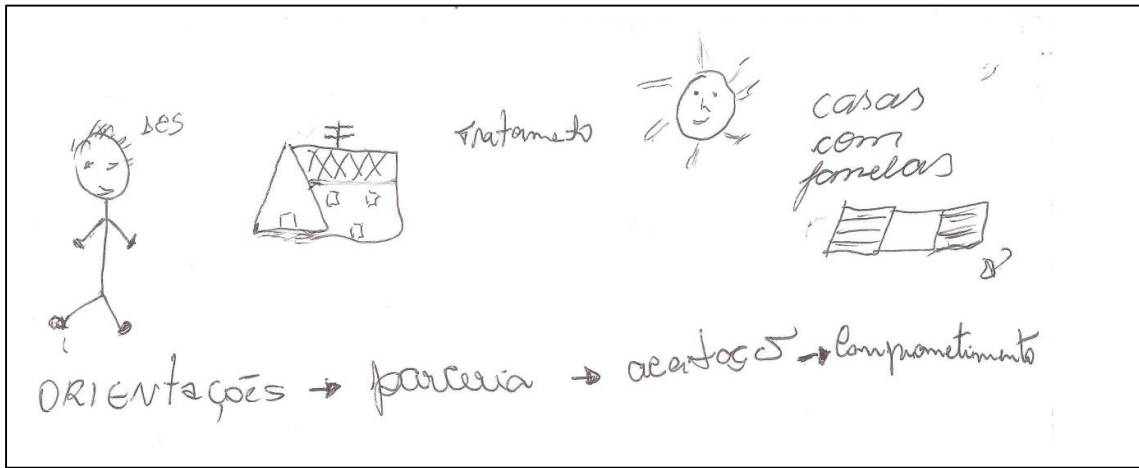
4 – Mapa das Áreas contempladas pelas Equipes do Estudo



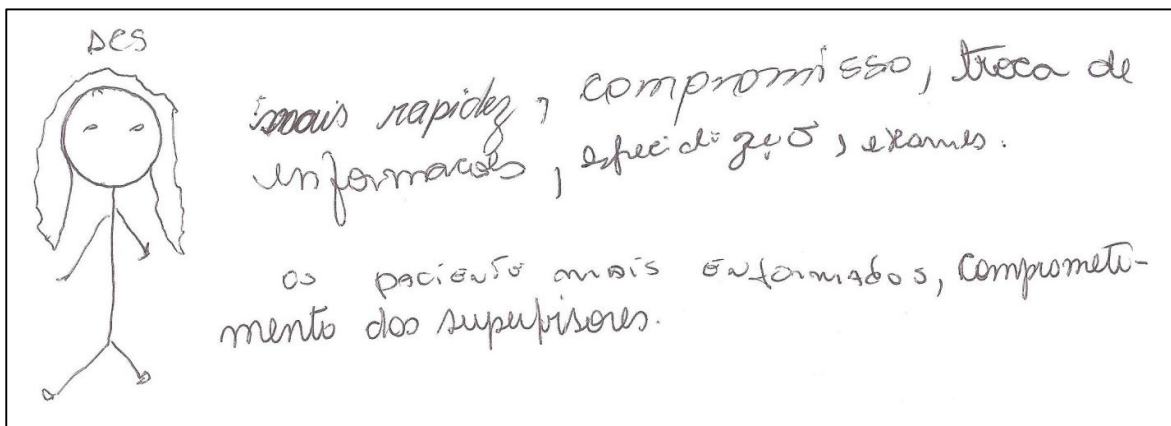
5 - Produção dos Agentes Comunitários de Saúde na dinâmica da primeira oficina



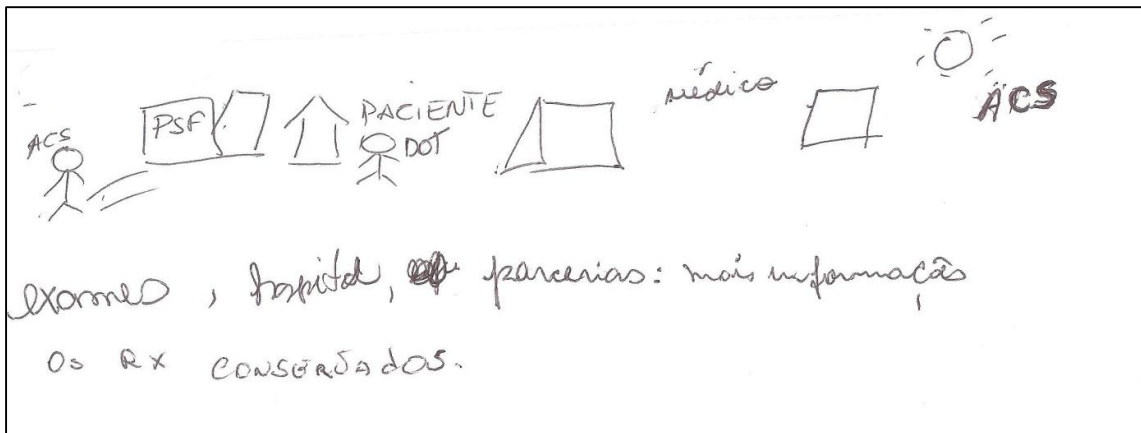
coletados com orientações, orienta, exames + recíprodo (reault), parceiros + responsáveis com Sua Saúde, + visitas os ACS



hospital especializado. mais exames.
 mais supervisão + solidariedade + fiscalização + acompanhamento
 respeito como paciente, ética e amor. dots,
 Comprometimento

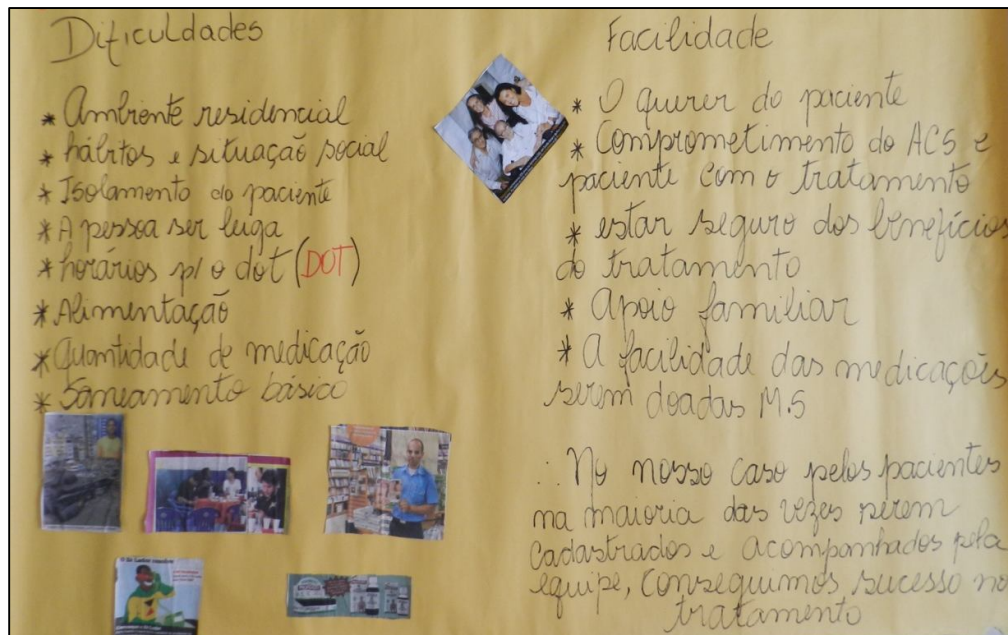
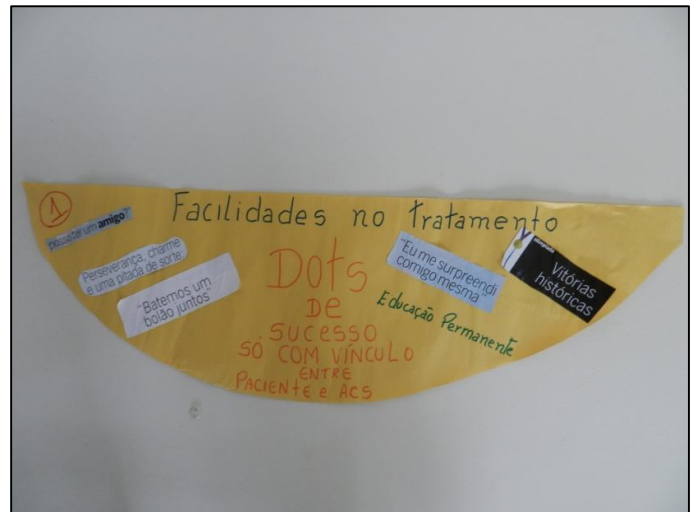
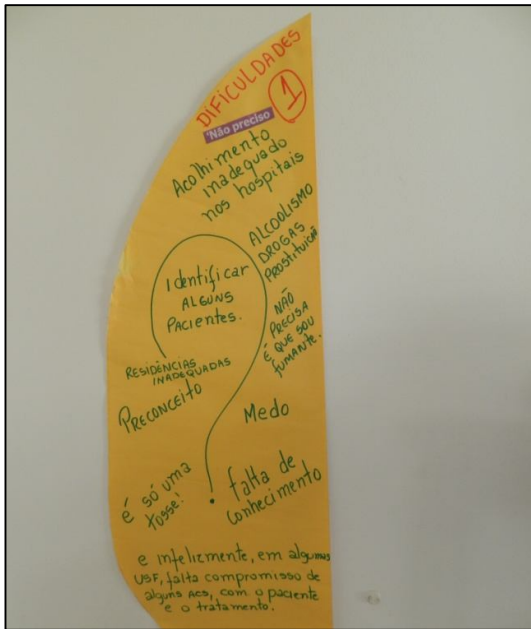


Seriedade + comprometimento + proximidade + Unanimidade
 melhoria ~~na~~, sem preconceito, orientações ao
 paciente e aos comunicantes. Dito,
 as parcerias dos pets q' n' querem.





Exames, PSF, parceria, aceitação do paciente
 comprometimento - do ACS mais organizado + controle + observação
 as pacientes que terminam o tratamento direitinho.

6 – Cartazes produzidos pelos Agentes Comunitários de Saúde nas oficinas.



3 Colocações da família

“É com a cara e a coragem”

“Meu trabalho”

envêrgonhada


Informações e esclarecimento

Difficultades

- horário
- o paciente não aceita o do/1 em casa preferê realizá-lo na unidade

Facilidades

- aceitação do paciente
- colocações da família
- o vínculo com a família



4 DIFICULDADES

A semana foi difícil para...

Mães

Que não aceitava o DOTS feito pelo ACS

Grupos de Apoio

“Tudo fica mais bonito”

Dependência de aceitar o tratamento

Após o Tratamento!





VIII– Apêndices

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”.

(Cora Coralina)

1 - Imagem criada e utilizada na camisa confeccionada para a oficina de Educação Permanente



2 – Consentimento Livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Título do projeto: Educação permanente em saúde: reconstrução do processo de aprender a cuidar no tratamento supervisionado da tuberculose.

Pesquisadora Responsável: Áurea Cristina Accacio de Oliveira

Instituição das Pesquisadoras: Universidade Federal Fluminense

Nome do Voluntário (a): _____

Idade do voluntário: _____ anos **RG:** _____

O Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do Projeto de Pesquisa **Educação permanente em saúde: reconstrução do processo de aprender a cuidar no tratamento supervisionado da tuberculose**, de responsabilidade dos pesquisadores **Áurea Cristina Accacio de Oliveira e Marilda de Andrade**, a qual se propõe a identificar as *dificuldades e facilidades no tratamento supervisionado da tuberculose diante de uma prática efetiva de educação permanente*. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras ou com a Instituição de Origem.

Os objetivos gerais desse estudo são:

- *Descrever as dificuldades e as facilidades encontradas pelos Agentes Comunitários de Saúde no tratamento supervisionado da tuberculose.*
- *Discutir as estratégias adotadas pelos Agentes Comunitários de Saúde para realizar o tratamento supervisionado da tuberculose.*
- *Propor ações efetivas de educação permanente para os ACS no tratamento supervisionado da tuberculose.*

Quanto ao procedimento de coleta de dados informo que sua participação se restringirá a responder um questionário, no qual os dados fornecidos serão de caráter confidencial.

Pesquisadora:

E-mail:

Eu, _____, RG nº. _____
declaro que entendi os objetivos do meu consentimento para a realização da pesquisa acima
descrita e concordo em participar, como voluntário (a).

Niterói, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do voluntário.

3 – Capa do Produto

