

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY**

IVANEIDE LEAL ATAIDE RODRIGUES

**O TEMOR QUE AFASTA, O CUIDADO QUE APROXIMA: representações
sociais de enfermeiros sobre a tuberculose**

RIO DE JANEIRO

2011

IVANEIDE LEAL ATAIDE RODRIGUES

**O TEMOR QUE AFASTA, O CUIDADO QUE APROXIMA: representações
sociais de enfermeiros sobre a tuberculose**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Maria Catarina Salvador da Motta

Co-orientadora: Prof^a Dr^a. Márcia de Assunção Ferreira

RIO DE JANEIRO

2011

IVANEIDE LEAL ATAIDE RODRIGUES

O TEMOR QUE AFASTA, O CUIDADO QUE APROXIMA: representações
sociais de enfermeiros sobre a tuberculose

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em: 15 de dezembro de 2011.

Dr^a. Maria Catarina Salvador da Motta – EEAN - UFRJ

Presidente

Dr^a. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza – EEAP - UNIRIO

1^a Examinadora

Dr^a. Angela Maria Silva Arruda – IP - UFRJ

2^a Examinadora

Dr^a. Maria Helena do Nascimento Souza – EEAN - UFRJ

3^a Examinadora

Dr^a. Márcia de Assunção Ferreira – EEAN - UFRJ

4^a Examinadora

Dr^a. Elizabeth Teixeira – EEMB - UEPA

Suplente

Dr^a. Ana Beatriz Azevedo Queiroz – EEAN - UFRJ

Suplente

Dedico esta tese à minha querida mãe Benedita Ataíde, sempre grande incentivadora na busca pelos saberes e que, mesmo à distancia, nos meus períodos de estudos no Rio de Janeiro, sempre se fez presente com seu carinho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, mentor maior de nossa existência, por sempre me amparar nesta jornada terrena.

Ao Ataíde, meu companheiro de todas as horas, por sua paciência nas horas difíceis e na compreensão da necessidade de minhas ausências, além de, nesses momentos, administrar a vida doméstica com muita competência. Obrigada, também, por usar seus saberes profissionais na revisão gramatical da tese.

Ao Theo, filho querido, por sua ajuda preciosa, sempre comigo, “varando as madrugadas” nas transcrições das entrevistas e tradução de textos. Obrigada por seu apoio e carinho.

À Nilda, filha do coração, por seu carinho e por ter cuidado de tudo com muito desvelo para que eu pudesse ter a tranquilidade necessária em meus estudos no Rio de Janeiro.

Aos queridos irmãos Ivan, Idalva e demais familiares, pelo carinho, incentivo e apoio incondicional.

À Universidade do Estado do Pará que, na busca pela oportunidade de qualificação de seus docentes, disponibilizou o DINTER com a EEAN.

À Secretaria de Saúde do Município de Belém, por acreditar no potencial do estudo e permitir o acesso às Unidades Municipais de Saúde onde atuam os enfermeiros que dele fizeram parte.

Aos colegas enfermeiros que em mim confiaram e tão gentilmente aceitaram o convite para participar como sujeitos deste estudo.

À Prof^a Maria Catarina Salvador da Motta, orientadora desta tese, por compartilhar seus conhecimentos na área da saúde coletiva e por seu jeitinho carinhoso e acolhedor para comigo.

À Prof^a Márcia de Assunção Ferreira, por sua co-orientação tão valiosa e atenta que, com sua sabedoria e cuidado, guiou-me pelos meandros da Teoria das Representações Sociais.

À Prof^a Maria da Soledade Simeão dos Santos, coordenadora EEAN do DINTER por seu apoio nas demandas acadêmicas e no trato carinhoso com o “grupo do Pará”.

Às professoras Fabiana Assumpção de Souza, Angela Arruda, Maria Helena Nascimento Souza e Elizabeth Teixeira por aceitarem compor a banca examinadora e por suas valiosas contribuições, desde a etapa de qualificação do projeto de tese, bem como à Prof^a Ana Beatriz Queiroz, por aceitar participar nesta etapa final.

À Sônia Xavier e Jorge Anselmo, Secretaria Acadêmica da Coordenação de Pós-graduação e Pesquisa da EEAN, pela atenção e simpatia que sempre me dispensaram.

Às colegas da UEPA e do DINTER por todos os momentos compartilhados nesta jornada, em especial: Elizabeth Rassy, Heliana, Goreth, Fátima e Ingrid, “vizinhas” queridas, por todo apoio, carinho e cuidado em todas as horas, de *stress* e de lazer. Valeu meninas!

À companheira Laura Nogueira, um agradecimento especial por seu apoio incondicional, desde minha vinda para o Rio de Janeiro no primeiro ano, nas providências de instalação e durante esses três anos de convivência, sempre disponibilizando toda ajuda para tornar essa jornada menos árdua. Valeu amiga!

A todos, meus sinceros agradecimentos!

Já fui sacudido, forte
De bom aspecto, sadio
Como os rapazes do esporte
Hoje sou lívido e esguio
Quem me vê pensa na morte

O meu mal é um mal antigo
Aos dezoito anos de idade
começou a andar comigo
E esta sensibilidade
põe minha vida em perigo!

Já sofri a dor secreta
de não ser ágil e vivo
Mas, enfim, eu sou poeta
Tenho nervos de emotivo
e não músculos de atleta [...]

(Canção de Manuel Bandeira - Ribeiro Couto)

RESUMO

RODRIGUES, Ivaneide Leal Ataíde. **O temor que afasta, o cuidado que aproxima:** representações sociais de enfermeiros sobre a tuberculose. Rio de Janeiro, 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011.

Este estudo tem como objeto as representações sociais sobre a tuberculose por enfermeiros que atuam na atenção básica em Belém do Pará. Seus objetivos são: Descrever as representações sociais de enfermeiros que atuam na atenção básica sobre a tuberculose; Caracterizar os modos de lidar de enfermeiros com a doença e o doente; Discutir as políticas e a inserção dos enfermeiros nas práticas institucionais de saúde voltadas ao controle da tuberculose e atendimento dos doentes, tomando como base suas representações sociais sobre a doença. Os sujeitos foram 52 enfermeiros que atuam em 23 Unidades Básicas de Saúde no município de Belém-Pará, sendo 26 no atendimento de doentes com tuberculose e 26 em outros setores das Unidades. Para a produção de dados utilizou-se a técnica de entrevista individual e para análise as técnicas de análise de conteúdo temática. O mapeamento analítico do conteúdo gerou três grandes linhas temáticas organizadoras do discurso dos sujeitos, as quais se referem à doença, ao doente e aos modos de lidar com a doença e o doente. Essas linhas foram denominadas: A tuberculose e o ambiente: o medo do contágio; O doente com tuberculose: estereotipado e temido; e Lidar com a doença e o doente: as escolhas. As representações sociais sobre a tuberculose organizam-se mediante os sentidos que as enfermeiras atribuem à doença, centrada na ideia de contágio, ao ambiente das unidades de saúde, considerado por elas, insalubre e ao doente classificado como estereotipado e perigoso. Essas ideias orientam suas ações no campo da assistência e reverberam em suas escolhas de atender ou não esses doentes. Os resultados mostram que, quanto a inserção dos enfermeiros no setor de tuberculose, cabe refletir sobre dois aspectos: no seu preparo, que deve levar em conta aspectos psicossociais além dos epidemiológicos e sua preferência em atuar com esse grupo de pessoas. Aponta, também, para a necessidade de fomentar estratégias que privilegiem a integração entre a sociedade civil e os serviços de saúde, com vistas à redução do estigma e discriminação social que cercam a doença e os

doentes, facilitando-se, assim, oportunidades de mobilizar elementos que possam mediar a reinterpretação da realidade que ajuda a desmistificar a doença, favorece o vínculo entre as enfermeiras e os doentes e adesão à terapêutica, os quais podem repercutir, favoravelmente, nos indicadores epidemiológicos.

Descritores: Tuberculose. Enfermagem. Psicologia Social.

ABSTRACT

RODRIGUES, Ivaneide Leal Ataíde. **The fear that distances, the care that approximates:** nurses' social representations about tuberculosis. Rio de Janeiro, 2011. Doctoral Dissertation in Nursing. Anna Nery School of Nursing, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011.

This study looks at the social representations about tuberculosis among nursing working in primary health care in Belém do Pará. Its aims are: To describe the social representations about tuberculosis among nurses working in primary health care; To characterize the nurses' ways of dealing with the disease and the patient; To discuss policies and nurses' inclusion in institutional health practices aimed at tuberculosis control and patient care, based on their social representations about the disease. The subjects were 52 nurses working at 23 Primary Healthcare Units in Belém-Pará, 26 in care delivery to tuberculosis patients and 26 in other sectors at the Units. Individual interviews were used to produce the data and thematic content analysis for data analysis purposes. Analytic content mapping produced three main thematic lines that organized the subjects' discourse, which refer to the disease, the patient and ways of dealing with the disease and the patient. These lines were called: tuberculosis and the environment: fear of contagion; The tuberculosis patient: stereotyped and feared and Dealing with the disease and the patient: the choices. The social representations about tuberculosis are organized through the meanings the nurses attribute to the disease, centered on the idea of contagion; the health unit environment, which they consider unhealthy; and the patient, classified as stereotyped and dangerous. These ideas orient their care actions and affect their choice to deliver care to these patients or not. The results show that, with regard to the nurses' inclusion in the tuberculosis sector, two aspects should be taken into account: their preparation, which should consider psychosocial and epidemiological aspects, and their preference to work with this group of people. They also appoint the need to enhance strategies that privilege integration between the civil society and health services with a view to reducing the stigma and social discrimination surrounding the disease and patients. This facilitates opportunities to mobilize elements that can mediate the reinterpretation of reality, which helps to demystify the disease, enhancing bonding between

nurses and patients and treatment adherence, which can favorably affect epidemiological indicators.

Descriptors: Tuberculosis. Nursing. Social Psychology.

RESUMEN

RODRIGUES, Ivaneide Leal Ataíde. **El temor que aleja, el cuidado que aproxima:** representaciones sociales de enfermeros sobre la tuberculosis. Rio de Janeiro, 2011. Tesis (Doctorado en Enfermería). Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011.

El objeto de este estudio son las representaciones sociales sobre la tuberculosis por enfermeros que actúan en la atención básica en Belém do Pará. Sus objetivos son: Describir las representaciones sociales de enfermeros que actúan en la atención básica sobre tuberculosis; Caracterizar los modos de lidiar de los enfermeros con la enfermedad y el enfermo; Discutir las políticas y la inserción de los enfermeros en las prácticas institucionales de salud dirigidas al control de la tuberculosis y atención a los enfermeros, basado en sus representaciones sociales sobre la enfermedad. Los sujetos fueron 52 enfermeros que actúan en 23 Unidades Básicas de Salud en el municipio de Belém-Pará, siendo 26 en la atención a enfermos con tuberculosis y 26 en otros sectores de las Unidades. Para la producción de datos fue utilizada la técnica de entrevista individual y para el análisis las técnicas de análisis de contenido temático. El levantamiento analítico del contenido generó tres grandes líneas temáticas organizadoras del discurso de los sujetos, que se refieren a la enfermedad, al enfermo y los modos de lidiar con la enfermedad y el enfermo. Esas líneas fueron denominadas: La tuberculosis y el ambiente: el miedo del contagio; El enfermo con tuberculosis: estereotipado y temido y Lidiar con la enfermedad y el enfermo: las elecciones. Las representaciones sociales sobre la tuberculosis se organizan mediante los sentidos que las enfermeras atribuyen a la enfermedad, centrada en la idea de contagio, al ambiente de las unidades de salud, considerado por ellas insalubre y al enfermo clasificado como estereotipado y peligroso. Esas ideas orientan sus acciones en el campo de la atención y reverberan en sus elecciones de atender o no a esos enfermos. Los resultados muestran que, respecto a la inserción de los enfermeros en el sector de tuberculosis, cabe reflejar sobre dos aspectos: su preparación, que debe considerar aspectos psicosociales además de los epidemiológicos, y su preferencia en actuar con ese grupo de personas. También indica la necesidad de fomentar estrategias de privilegien la integración entra la sociedad civil y los servicios de salud con vistas a la

reducción del estigma y discriminación social que cercan la enfermedad y los enfermos, facilitándose así oportunidades de movilizar elementos que puedan mediar la reinterpretación de la realidad que ayuda a desengañar la enfermedad, favorece el vínculo entre las enfermeras y los enfermos, y la adhesión a la terapéutica, que pueden influenciar favorablemente los indicadores epidemiológicos.

Descriptores: Tuberculosis. Enfermería. Psicología Social.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	16
Objeto de estudo.....	16
Aproximação com o tema.....	17
Justificativa.....	19
.	21
Objetivos.....	21
Contribuições do estudo.....	
CAPÍTULO II - TUBERCULOSE: A TRAJETÓRIA SOCIAL E AS POLÍTICAS PARA SEU CONTROLE.....	24 29
Trajetória social da tuberculose.....	33
As políticas para o controle da tuberculose no Brasil.....	35
A dinâmica do atendimento da tuberculose em Unidades Básicas de Saúde...	37
O controle da tuberculose no Pará.....	
	37
CAPÍTULO III - REFERENCIAL TEÓRICO E PERCURSO METODOLÓGICO.....	
A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUA APLICABILIDADE A ESTE ESTUDO.....	37 41
METODOLOGIA.....	41
.	42
Cenários do estudo.....	43
Sujeitos do estudo.....	45
Produção de dados.....	46
Análise dos dados.....	
Aspectos éticos.....	
CAPÍTULO IV - ACESSANDO AS CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS SOCIAIS	48
O perfil sociodemográfico.....	48
CAPÍTULO V - PRIMEIRA LINHA TEMÁTICA - A TUBERCULOSE E O AMBIENTE: O MEDO DO CONTÁGIO.....	57
Vertente Clínico epidemiológica: o contágio.....	57
Vertente Social: Estigma e preconceito.....	59
O simbolismo do ambiente das Unidades Básicas de Saúde no contexto das representações sociais sobre a tuberculose.....	
	65
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS ENFERMEIRAS SOBRE A TUBERCULOSE E SUAS RELAÇÕES COM AS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NO TRATAMENTO DA DOENÇA.....	70
CAPÍTULO VI – SEGUNDA LINHA TEMÁTICA – O DOENTE COM TUBERCULOSE: ESTEREOTIPADO E TEMIDO.....	73

Características físicas.....	73
Características psicológicas.....	75
Características sociais.....	78
O doente perigoso.....	82
A figura-tipo do doente com tuberculose.....	86
A FIGURA-TIPO DO DOENTE E SUA REPERCUSSÃO NO CONTEXTO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DAS ENFERMEIRAS NO CONTROLE DA TUBERCULOSE.....	88
CAPÍTULO VII – TERCEIRA LINHA TEMÁTICA – LIDAR COM A DOENÇA E O DOENTE: AS ESCOLHAS.....	92
Comportamentos que denotam a aplicação de conhecimentos reificados.....	93
Comportamentos significantes.....	96
Comportamentos significantes e uma possível aproximação com representações alternativas.....	100
A enfermeira idealizada para cuidar de doentes com tuberculose: a construção de uma figura-tipo.....	102
Os atributos da figura-tipo.....	103
A dimensão afetiva no funcionamento das representações sociais das enfermeiras sobre a tuberculose.....	106
Domadoras e babás: representações sociais sobre a enfermeira que atende doentes com tuberculose.....	110
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICES.....	130
ANEXOS.....	136

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo tem como objeto as representações sociais sobre a tuberculose por enfermeiros que atuam na atenção básica em Belém do Pará.

A tuberculose chega ao século XXI como importante causa de morbimortalidade em todo o mundo. Sua relevância epidemiológica é traduzida em dados veiculados pela Organização Mundial de Saúde mostrando que, embora a patologia concentre-se nos países em desenvolvimento, existem aproximadamente 2 bilhões de infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis* em todo o mundo, isso propicia a ocorrência de cerca de 9 milhões de casos novos a cada ano. Em que pesem os últimos avanços mundiais no controle da doença que mostram redução de taxas de incidência e número de mortes em algumas regiões do mundo (WHO, 2011a), a tuberculose permanece como um dos grandes desafios à saúde mundial.

No panorama global o Brasil está entre os 22 países que detêm a maior carga da doença, ocupando o 19º lugar, essa posição mais favorável nesse contexto, embora demonstre o resultado de esforços governamentais reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde, traz ainda números expressivos no que concerne à incidência e controle da patologia (WHO, 2011a). Em 2010 foram notificados no país 70.997 casos novos de tuberculose com coeficiente de incidência de 37.2/100.000 habitantes. Os resultados de tratamento, considerando-se os indicadores de cura e abandono, mostram percentuais de 72,5% e 10,43% respectivamente (BRASIL, 2010a), o que evidencia ainda estarmos distantes do alcance das metas pactuadas na Declaração do Milênio a serem alcançadas até 2015 que são: detectar 70% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados, reduzindo a prevalência em 50% e a mortalidade em 2/3 tendo como parâmetro o ano de 1990 (WHO, 2006).

Para o alcance dessas metas é necessário implantar e implementar o Programa de Controle da Tuberculose em 100% dos 5.565 municípios brasileiros, com a reestruturação da rede de serviços e o investimento na gestão de pessoas. Sempre com especial atenção aos 181 municípios considerados prioritários por concentrarem aproximadamente 70% dos casos do país.

No Pará a situação do controle da tuberculose não difere da realidade brasileira. A população do estado é 7.581.051 habitantes distribuídos em 144 municípios. Destes, sete são considerados prioritários para o controle da doença por notificarem, juntos, aproximadamente 60% dos casos. São eles: Abaetetuba, Ananindeua, Belém, Bragança, Castanhal, Marituba e Santarém. No ano de 2010 foram notificados 3.549 casos novos com taxa de incidência de todas as formas de 46.8/100.000 habitantes. O índice de cura dos casos é de 66,5% e o de abandono de tratamento é 7.8%. (PARÁ, 2011).

O município de Belém tem as ações de controle da tuberculose implantadas em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS). É responsável por aproximadamente 40% do total de casos do estado sendo que no ano de 2010 foram notificados 1.312 novos casos de tuberculose. Os índices de cura e abandono nesse ano foram respectivamente, 74% e 9.8%, resultados ainda distantes daqueles desejáveis para assegurar um bom controle do agravo na comunidade (BELÉM, 2011).

A tuberculose é doença curável, porém, por ter um tratamento longo, agrega algumas dificuldades para seu controle. Considerando as características geográficas do Pará, um estado com grandes distâncias e dificuldades de acesso, essas podem ser ainda maiores. Nesse sentido, é relevante que sejam feitos esforços conjuntos nas três esferas de governo com vontade política que assegure serviços de qualidade mediante o repasse regular de insumos, o monitoramento das ações e estratégias de controle, além da qualificação de profissionais, não só no Pará, como em todos os estados brasileiros.

Aproximação com o tema

Há mais de duas décadas desempenho atividades como enfermeira da área de saúde coletiva. Inicialmente na assistência direta aos doentes com tuberculose e, alguns anos depois, na coordenação de ações referentes ao controle dessa patologia, onde atuo até hoje, tais como: planejamento, monitoramento, supervisão, avaliação e capacitação de recursos humanos, em âmbito Federal, Estadual e Municipal.

Na assistência, o atendimento aos clientes pautava-se na construção de vínculo que, segundo Ferreira (2008, p.761), significa “o que liga duas ou mais pessoas ou instituições; relacionamento”. Portanto, por meio do vínculo, procurei sempre manter

com eles uma relação de ajuda no sentido de favorecer o diálogo nos momentos em que julgava ser necessário, procurando informá-los ao máximo sobre a doença e dando-lhes apoio, dentro do possível, no enfrentamento desta. Na UBS onde por muito tempo exerci atividades de assistência, a equipe multiprofissional era muito integrada. Os profissionais, em particular as enfermeiras, dedicavam-se na busca de estratégias que pudessem facilitar a adesão dos doentes ao tratamento e estabelecer uma relação de apoio aos seus familiares. Os resultados desse trabalho integrado traduziam-se em índices muito baixos de abandono de tratamento nessa UBS.

Essa experiência, que considero positiva, somada às oportunidades de estudos sobre a tuberculose, levou-me a escolher as ações relativas ao controle deste agravo como parte principal de minhas atividades na assistência, diferente de outros colegas que, nessa lida cotidiana, sempre que era possível, optavam por atender pacientes de outras áreas, a exemplo de saúde da mulher ou da criança, e demonstravam pouco interesse pelo tema tuberculose.

Nas atividades acadêmicas, como docente, desenvolvo e oriento estudos de natureza qualitativa e quantitativa que discutem o problema da tuberculose em várias vertentes, a exemplo de causas do abandono de tratamento, a associação da tuberculose com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), tuberculose multirresistente e a atuação de profissionais de saúde no seu controle.

A docência também propicia o contato com outras categorias profissionais, participação em eventos científicos e acesso às discussões em torno do tema. De modo geral, nessas oportunidades, veiculam-se informações que destacam que entre os problemas relativos à baixa adesão ao tratamento da doença estão, na maior parte das vezes, aqueles relacionados a questões que se referem ao atendimento que é dispensado aos clientes nas UBS. Dalcolmo (2008, p.21), reforça esse aspecto quando diz que “não existe paciente difícil de ser tratado, como um fenômeno social isolado, existe serviço ineficiente”.

Justificativa, objetivos e contribuições do estudo

Os problemas para o controle da tuberculose em nosso estado estão evidenciados nos elevados índices de abandono já mencionados, que resultam no crescimento de casos resistentes aos esquemas padronizados. Esse crescimento é

constatado pelo registro de 360 casos de tuberculose multirresistente notificados no período de 1994 a 2010 pelo Hospital Universitário João de Barros Barreto, que é de referência regional e responsável pelo controle desses casos no Pará¹.

O contexto descrito mostra que, embora o acesso ao tratamento seja assegurado por estar disponível em todas as UBS, o estabelecimento do vínculo entre doentes e profissionais pode ser o elo frágil dessa corrente. Segundo Sá (2007, p.87), essa relação é “impregnada pelo discurso da técnica e de dominação sobre o corpo do outro. Encobre o que é essencial do cotidiano assistencial: a relação profissional-pessoa doente”. A experiência no trato com pacientes e com os profissionais que os atendem, permitem-me inferir que os pensamentos e atitudes de uns e de outros também devem ser considerados no âmbito da análise sobre o sucesso ou insucesso no controle dessa grave patologia.

Por conviver permanentemente com essa realidade, direcionei minha produção acadêmica para estudos tendo como tema a tuberculose. Em pesquisa feita no Mestrado, a dissertação evidenciou as representações sociais de clientes em tratamento de tuberculose sobre a doença e, com base nestas, o pensamento e a ação desses clientes em relação a ela vieram à tona (RODRIGUES; SOUZA, 2005). Os resultados mostraram que, à luz das representações sociais dos clientes, o comportamento dos profissionais de saúde tem um papel relevante no contexto do sucesso ou fracasso do controle da tuberculose.

Evidenciou-se, então, que os clientes, ao pensarem sobre a doença e seu tratamento, trazem a figura do profissional para o universo de seu saber. Em se tratando da Teoria das Representações Sociais (TRS), os saberes do senso comum sobre um objeto têm forte ligação com as práticas dos sujeitos. Se a figura do profissional emerge como elemento importante nas representações sociais dos clientes sobre a doença, isto indica que o entendimento das práticas dele, em relação ao cliente, é um elemento a ser considerado para melhor compreender as questões ligadas ao tratamento e seu processo como um todo. Então, no sentido de aprofundar o conhecimento das representações sociais sobre a tuberculose e considerando os resultados do estudo desenvolvido no mestrado é que, desta vez, decidi desenvolver esta pesquisa-tese junto aos enfermeiros.

¹ Informação da Coordenação do Sistema de Vigilância TBMR do HUJBB.

Embora a atenção ao doente com tuberculose seja desenvolvida por uma equipe multiprofissional, entendo como importante acessar as representações sociais de enfermeiros, pois a história do controle da doença em nosso país é permeada pela atuação da enfermagem.

Ressalta-se a atuação das enfermeiras desde os primeiros movimentos governamentais e não governamentais para combater a doença. Em 1921 foi implantado no Rio de Janeiro o primeiro Dispensário de Tuberculose da Saúde Pública onde se estabeleceu um corpo de enfermeiras visitadoras como principal elemento da vigilância e educação sanitária (NASCIMENTO, 2005). Quando da criação da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT) em 1946, elas assumiram o papel de supervisoras e instrutoras em trabalhos pioneiros de organização de serviços de tuberculose de Norte a Sul do país, assim atuaram por trinta anos e “com sua práxis participaram diretamente da construção da história da Enfermagem na CNCT” (BARREIRA, 1993, p.07).

Atualmente, graças aos avanços tecnológicos que permitem o diagnóstico precoce e o tratamento ambulatorial, entende-se o trabalho dos enfermeiros como relevante na construção de uma atenção humanizada com o cliente e na integração com a equipe multiprofissional, o que pode favorecer, sobremaneira, a adesão ao tratamento.

Nesse contexto, evidenciar sua compreensão sobre a tuberculose é fundamental, pois, de acordo com o campo teórico de abordagem deste estudo, essa compreensão está diretamente ligada à sua ação de cuidar dos doentes, já que o pensar e agir estão intimamente relacionados à familiarização que construímos ao nos depararmos com os fenômenos sociais. Assim, esse pensar mobiliza afetos e suscita atitudes que podem propiciar aproximação e maior cuidado com o paciente, ou atitudes de afastamento. Estas podem estar permeadas por representações sociais sobre a tuberculose, cristalizadas ao longo do tempo e que circulam com a forte marca do estigma e do medo. Muitas vezes, essas atitudes geram juízo de valor de seus pares, configurando-se no discurso do (des)compromisso profissional.

Considerando-se que, pela organização do controle da tuberculose nas UBS, o enfermeiro, em geral, permanece em contato com o paciente ao longo de todo seu tratamento e a forma como ele lida com esses doentes pode ser o diferencial para que

estes estabeleçam, ou não, a adesão ao tratamento, é que se definiu como questão central a ser respondida nesta pesquisa:

- Quais são as representações sociais de enfermeiros da atenção básica sobre a tuberculose?

Em face dela, as questões secundárias que norteiam este estudo são:

- Que sentidos os enfermeiros que atuam na atenção básica atribuem à tuberculose?
- Que práticas tais sentidos sugerem e como eles incidem na escolha dos enfermeiros por cuidar ou não de pacientes com tuberculose?

Como forma de respondê-las, traçou-se como **objetivos**:

- Descrever as representações sociais de enfermeiros que atuam na atenção básica sobre a tuberculose;
- Caracterizar os modos de lidar de enfermeiros com a doença e o doente;
- Discutir as políticas e a inserção dos enfermeiros nas práticas institucionais de saúde voltadas ao controle da tuberculose e atendimento dos doentes, tomando como base suas representações sociais sobre a doença.

Para Jodelet (2001), as representações sociais, por seu caráter prático, orientam a ação dos indivíduos com o mundo. Assim, os estudos que aplicam a TRS favorecem identificar e compreender como uma representação social atua na motivação das pessoas interferindo em suas escolhas. No caso deste estudo, decidir-se por cuidar ou não de doentes com tuberculose. Essa discussão leva à possibilidade do estabelecimento de estratégias que melhorem a qualidade da assistência oferecida a esses doentes, considerando-se que é decisiva a adesão do profissional para o bom andamento do tratamento. Dessa forma, é possível contribuir para o sucesso dos tratamentos padronizados que têm uma excelente relação custo-benefício, além do forte impacto social com a redução do sofrimento humano que a doença causa.

No campo da pesquisa entendo que, ao discutir aspectos que tratam da subjetividade desse tema, principalmente em relação ao profissional, será possível estimular outros estudos da mesma natureza. A tuberculose tem sido bastante explorada em estudos quantitativos. Este fato é demonstrado por Kristski et al (2007)

em análise sobre o estado da arte das publicações que abordam a tuberculose nas últimas duas décadas. Os autores mencionam que os estudos de abordagem qualitativa encontrados foram minoria e alertam que, pesquisas dessa natureza, são necessárias para compreender alguns aspectos importantes da problemática da tuberculose, inclusive aquelas que dizem respeito ao paciente, familiares e profissionais de saúde. Existe, pois, um espaço fértil para investigações qualitativas.

Em buscas nas bases de dados LILACS, MEDLINE, BDNF, no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPE) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) encontrou-se estudos com abordagem das representações sociais trazendo temas como: ensino, família, envelhecimento, idoso, práticas de saúde, cuidado, transtorno mental, sexualidade, relações interpessoais. No campo das doenças, as pesquisas que trazem a tuberculose como tema, o fazem, na maioria, focalizando como sujeitos os pacientes ou tratam de contextos históricos. Ao buscar estudos que tratem de representações sociais de enfermeiros encontram-se os que versam sobre ensino, pesquisa, saúde e distúrbio mental, trabalho hospitalar, proteção à saúde de profissionais, entre outros. Esse levantamento aponta a importância de se buscar conhecimentos no que se refere às representações sociais de enfermeiros sobre a tuberculose, na ótica da atenção a ser dada ao doente.

No campo do ensino, estudar as questões subjetivas relativas à tuberculose, diretamente ligadas ao enfermeiro, possibilita contribuir na formação de futuros profissionais, favorecendo aprofundar conhecimentos, desenvolver atitudes, assim como aumentar o interesse e engajamento destes no controle dessa importante endemia que, embora venha ceifando vidas ao longo dos séculos, parece merecer pouca relevância nos conteúdos acadêmicos.

Dalcolmo (2008, p.21), diz que um dos grandes desafios para combater a patologia começa pela precariedade no ensino da tuberculose nas academias. Menciona que “há cursos médicos que, em seis anos, dão duas horas de tuberculose”. Essa realidade não é diferente no curso de enfermagem na Universidade do Estado do Pará (UEPA) onde também a tuberculose é tema de carga horária exígua já que, no semestre em que é

abordado, é desenvolvido em aproximadamente 16 horas de conteúdo teórico-prático. Este fato é particularmente preocupante em se tratando da enfermagem, pois o enfermeiro tem um merecido destaque no controle da doença no Brasil, estando nele engajado em todo o país, tanto nas áreas meio como na execução das ações (ALMEIDA FILHO; MONTENEGRO; SANTOS, 2009). No que se refere à tuberculose, Sá (2007), sugere que a academia, além de ampliar a carga horária teórico-prática dos cursos de enfermagem sobre o tema, deveria ajustar seus conteúdos aos preconizados pelo Ministério da Saúde, “estimulando práticas integradoras com os Serviços de Saúde”. (SÁ, 2007, p.93).

Mediante o contexto apresentado até o momento e por ser este estudo uma pesquisa que discute seu objeto à luz da TRS, entende-se como necessária uma melhor compreensão da tuberculose sob variados aspectos: como objeto psicossociológico, o contexto epidemiológico no qual se insere, e as políticas para seu controle no Brasil de onde emanam as normas que norteiam as ações em todo o território nacional. Além das políticas de controle no estado do Pará, razão pela qual o próximo capítulo será dedicado à contextualização do objeto em questão.

CAPÍTULO II

TUBERCULOSE: A TRAJETÓRIA SOCIAL E AS POLÍTICAS PARA SEU CONTROLE

Trajetória Social da tuberculose

A tuberculose esteve presente em todo o desenvolvimento da história humana. E se, no pensamento capitalista, a história da humanidade é descrita pela história das classes dominantes, a trajetória da tuberculose, em parte e de forma controversa, também pode ajudar a ilustrar esse aspecto. Digo de forma controversa, pois a doença atravessa a história sendo considerada como um agravo predominante naqueles menos favorecidos de condições socioeconômicas. Em que pese essa marca social que carrega, vê-se que, desde a antiguidade, a informação possível de ser obtida sobre os doentes diz respeito a classes sociais mais altas. Lesões causadas por tuberculose foram identificadas em vértebras de múmias egípcias em aproximadamente 3.700 a.C. Os achados revelam que muitos faraós e altos sacerdotes foram acometidos por tuberculose. O faraó Amenophis IV e sua esposa Nefertiti são dois exemplos (ROSEMBERG, 1999).

Ao longo do tempo muito se escreveu e destacou em relação às vítimas ilustres da tuberculose e pouco se disse dos dramas de milhares de desvalidos que por ela foram acometidos. Destacam-se nas principais enciclopédias, pelo menos, 364 doentes célebres, entre 16 reis e imperadores, 02 rainhas, 53 com titulação de nobreza, 101 escritores, 08 filósofos, 110 poetas, 16 músicos, 09 pintores e 09 santos católicos. Mediante esse grupo moldou-se a tuberculose à história cultural de criatividade e dramaticidade que a cercam. Mas, além desses, inúmeros talentos nacionais ou estrangeiros permaneceram ao longo de décadas, padecendo do mal e trazendo nas mais variadas manifestações artísticas a sua história de vida e morte, ajudando a escrever em prosa e verso a história da doença. Além dos ilustres, milhares de anônimos figuraram e continuam a figurar nas tristes estatísticas sobre a doença. Dentre os doentes ilustres, encontra-se Florence Nightingale, que mesmo tendo adoecido aos 30 anos, viveu até os 90 e mereceu destaque por ter trabalhado ativamente em prol da luta contra a tuberculose na Europa (ROSEMBERG, 1999).

A propagação da doença no mundo se efetivou pelo contágio inter-humano, com maior tendência nas aglomerações. Daí a sua implantação nos grandes centros industrializados, a exemplo do continente europeu de onde o bacilo causador da doença avançou para as demais regiões do globo. Esse fato aconteceu no Brasil com a chegada dos colonizadores portugueses, muitos com tuberculose, para cá mandados em busca de cura por conta do clima tropical (ROSEMBERG, 1999).

Por conta disso, a tuberculose também faz parte da história da sociedade brasileira. À época do descobrimento do Brasil a doença era desconhecida da população nativa. Os padres jesuítas Manoel da Nóbrega e José de Anchieta foram os primeiros doentes conhecidos que no Brasil aportaram (BERTOLLI FILHO, 2001). Os seus trabalhos de catequese junto aos indígenas promoveram maciça infecção e morte, pois essa população que não tinha experiência imunológica com o bacilo, uma vez infectada, adoecia e morria rapidamente com doença aguda e disseminada. Provavelmente por essa razão, embora os mecanismos de contágio fossem então totalmente desconhecidos, os indígenas temiam os religiosos e diziam que a fala dos mesmos era capaz de matá-los (AZEVEDO, 2001). Assim, as explicações para o fenômeno do adoecimento se faziam conforme as pertencas de cada grupo, que lhe davam significação e sentidos específicos: para os indígenas os jesuítas eram os causadores da doença, embora não “parecessem” doentes. Para os jesuítas o adoecimento dos índios era castigo divino, enquanto que o seu próprio era explicado mediante um meio de purificação (BARREIRA, 1993).

O impacto da tuberculose segue, durante os séculos, alimentado pela ausência de explicações lógicas para seu aparecimento e permanência. A doença não é apenas um conjunto de sintomas, um acontecimento individual que acomete as pessoas, e sim uma estranheza que ameaça a sociedade. Não é, portanto, apenas uma entidade biológica, mas um fenômeno social que deixa profundas marcas nos indivíduos e nos grupos sociais. Representada como a Peste Branca, em contraponto à Peste Bubônica, acreditava-se ser uma doença hereditária pela sua capacidade de dizimar famílias inteiras.

Ante a ausência de um modelo explicativo para o adoecimento, multiplicavam-se as “invencionices” transfiguradas de terapêuticas tais como: usar infusões de repolhos,

de pó de casca de caranguejo, de pulmão de raposa e de fígado de lobo em vinho tinto. Uso de leite de jumenta, cabra, fêmeas de elefante e de camelo. Além de sangrias, purgativos, ventosas, eméticos e sanguessugas, essas nem eram exclusivas da terapêutica em voga para a tuberculose. Usava-se ainda, pétalas de rosas vermelhas a serem espalhadas para que o enfermo caminhasse sobre elas, ou secá-las e espalhar seu pó nos quartos dos doentes. Enfim, um arsenal de métodos que foram utilizados ao longo dos séculos e que se mostraram paliativos, inócuos ou nocivos, servindo apenas para fortalecer os mitos sobre a doença. (ROSEMBERG, 1999).

Remonta ao século XIX a representação social da tuberculose como mal romântico. Na mitologia que a cercava cria-se que a doença era a causa ou consequência de sentimentos de paixão exacerbados (SONTAG, 1984). Dessa forma, a doença era, para o senso comum, “uma expressão física de sentimentos” (GONÇALVES, 2000, p.311), o produto de amores frustrados e desejos não realizados, sobretudo de almas voluntariosas e inquietas, às quais a ocorrência de alguma contrariedade poderia ter como consequência o adoecimento ou seu agravamento e morte. Dentre essas marcas que, do ponto de vista social carregavam os consuntivos, havia também a da resignação, porquanto, após o adoecimento e com o progresso da enfermidade os doentes tornavam-se resignados, provavelmente por conta da espera de um desfecho, não dito, mas considerado anunciado.

A ideia circulante de que a tísica causava umidade nos pulmões e era necessário “secá-los”, pode ser a base da crença de que os bons ares podiam curar a doença. Essa crença pode ter sido a razão que levava os médicos a recomendarem aos doentes as viagens aos lugares altos e secos, como montanhas e desertos (SONTAG,1984). Concebe-se assim, o movimento do tratamento climático que estabelece os sanatórios. Esses tiveram um papel relevante na história social da tuberculose, pois findaram por promover uma ruptura na inserção social dessas pessoas: por um lado a “liberação” de seus deveres sociais, que estavam muito bem delineados de acordo com o gênero. Aos homens, trabalhar, prover a família, servir à pátria, entre outros; às mulheres, casar, servir ao marido, engravidar seguidamente, criar os filhos, além de outras tarefas peculiares. Assim, libertos dessas pressões sociais, poderiam dedicar-se às artes, às lutas políticas, favorecendo as atividades

intelectuais. Também a crença de que o doente com tuberculose tinha sua criatividade e sexualidade exacerbadas pode ter explicação, pela urgência em vivenciar as experiências e o desapego às convenções sociais experimentados por essas pessoas que viam-se condenadas a morrer jovens (BARREIRA, 1993).

Em contrapartida, nessas Instituições, fazia-se necessário enfrentar o isolamento social, a deterioração de vínculos familiares provocada pelos longos períodos de afastamento e a convivência com uma “sociedade própria”. Tais condições colocavam em cheque a identidade pessoal dos doentes por meio de uma intervenção que não se fazia somente no biológico, mas principalmente no social, com exigências estigmatizadoras a exemplo do que menciona Bertolli Filho (2000,p.497): “padronização exigida de comportamentos e dos trajes, a cobrança policial de apresentação de atestado de saúde e do porte de escarradeiras de bolso”.

Tinham os sanatórios uma dinâmica peculiar, com rotinas tediosas que faziam os dias serem sempre iguais. No sanatório suíço descrito por Thomas Mann no clássico “A Montanha Mágica”, ocupado por doentes abastados, as medidas higieno-dietéticas previam seis refeições diárias e muitas horas de repouso e sono obrigatórios, aproximadamente 17 horas, o que fazia com que os doentes se autodenominassem “os horizontais”. Nos sanatórios brasileiros essas medidas também prevaleciam, além da prática do pneumotórax, recurso utilizado em todos os países, e que, embora fosse um procedimento que trazia esperança aos doentes, não impedia que, de forma jocosa, denominassem aos submetidos a ele de “sociedade do meio pulmão” (BARREIRA,1993).

A partir da descoberta do agente causador da doença, o *Mycobacterium tuberculosis*, em 1882 pelo médico e pesquisador alemão Robert Koch, o caráter contagioso da tuberculose fica confirmado e com isso alteram-se as representações sociais sobre a doença e o doente. Agora deixa de ser a tuberculose o mal romântico para configurar-se no flagelo social. Assim, passa a ser alvo de uma luta estritamente baseada no modelo biomédico e em ideias moralizadoras, pois as suas causas são atribuídas ao descaso com a higiene das classes populares o que é sinal de degradação e imoralidade (ADAM, HERZLICH, 2001).

A descoberta do bacilo trouxe a certeza do contágio e reforçou a ideia da segregação social do doente, pois isto deixava evidente ser ele um perigo real para a sociedade. Dessa forma, ganhou força a prática do isolamento nos sanatórios que apontava dois desdobramentos: favorecer o doente, com a possibilidade de cura por meio das medidas higieno-dietéticas conjugadas a outros procedimentos e favorecer a sociedade com a redução do risco de contágio. Mediante essa nova realidade toma força também o poder médico, já que não havendo medicamentos específicos para curar a doença, ela dependia do estágio em que se encontrava e da capacidade orgânica do doente em combatê-la, portanto, era necessária a cooperação e dedicação tanto do médico quanto do doente.

Nesse contexto, ao doente cabia assumir o papel de submissão para aderir às imposições médicas ou rebelar-se e continuar mantendo seu estilo de vida na convicção de que, se as mudanças não trariam a cura, não havia por que adotá-las. Seguia, assim, no imaginário e no cotidiano das pessoas a representação da doença como incurável e causadora de morte e do doente como alguém que poderia escolher o seu papel social: vítima inocente de um flagelo ou um desregrado inconsequente. A marca social da tuberculose permanecia indelével e até o seu nome trazia uma carga negativa e deixava de ser pronunciada, objetivava-se a doença por eufemismos como “mancha”, “ponto”, “caverna”, “fraqueza” como forma de expressar a dificuldade social de lidar com a doença estigmatizadora e com o doente estigmatizado por sua capacidade de contágio (GONÇALVES, 2000).

Os progressos científicos trouxeram as explicações clínico-epidemiológicas, além de alternativas resolutivas de tratamento e cura para a tuberculose, em especial com a descoberta de quimioterápicos extremamente eficazes. Dessa forma, propiciaram que alguns mitos fossem por terra e se “modernizassem” as representações sociais sobre ela. Ainda assim, em contraponto a uma das metáforas da tuberculose, do ritmo “galopante” da doença pulmonar, o contexto social modifica-se a passos lentos.

À época do total desconhecimento sobre os mecanismos de adoecimento, tratamento e cura da tuberculose cristalizaram-se representações sociais marcadas pela figura da morte iminente, social e física. Sendo que a morte física, adiada por muitos anos pelas características de cronicidade da doença, era antecipada pela morte

social que acontecia rapidamente, tão logo se desvendasse, por meio dos sinais evidentes, que ali estava um “doente do peito”: tosse, emagrecimento progressivo, palidez e o súbito e emblemático sangramento. Essa condição exigia o afastamento desse indivíduo de seu meio social fortalecendo o estigma e o medo que cerca tudo aquilo que, em geral, não conseguimos explicar.

Nesse processo histórico, as representações sociais sobre a tuberculose firmam-se ou modificam-se mediante os insucessos ou progressos para desvendá-la e explicá-la sob os aspectos clínico-epidemiológicos e sociais. A doença, entendida aqui como a pluralidade de agravos é, no dizer de Sontag (1984, p.7), “o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa”. Essa metáfora ilustra bem, já na singularidade da tuberculose, o alto preço que pagaram, e pagam até hoje, em que pesem os progressos científicos e sociais relativos a ela, aqueles que ao longo da história da humanidade tiveram a desdita de ver-se acometido pelo “mal que não perdoa”. Embora muito explicada, a tuberculose não parece de todo decifrada e segue, não se sabe ainda por quanto tempo, afligindo populações, estimulando imaginários e suscitando representações.

As políticas para o controle da tuberculose no Brasil

A história da organização para o controle da tuberculose no Brasil inicia-se após a proclamação da República com o movimento filantrópico, onde grupos de especialistas, influenciados pelo desenvolvimento dos sanatórios na Europa e Estados Unidos, criaram as Ligas contra a Tuberculose nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia e Pernambuco, entre outros. Apesar dessa influência que colocava os sanatórios como base do controle da doença, o que primeiro se concretizou no Brasil foi a criação, em 1902, do Dispensário da Liga Brasileira Contra a Tuberculose. Embora essa organização fosse importante em busca de mecanismos para controlar esse flagelo, findou por contribuir para acentuar o estigma que já cercava a doença, pois, sob sua influência, criaram-se leis que disciplinavam e puniam o comportamento das pessoas e particularmente dos doentes, a exemplo da área da educação onde aconteciam as aposentadorias precoces de professores e cancelamento de matrículas de alunos doentes (BARREIRA, 1993).

Em 1927, o médico e professor Arlindo de Assis, aplica pela primeira vez a vacina BCG oral em recém-nascidos, introduzindo no Brasil a vacina contra a tuberculose, descoberta em 1921 pelos cientistas franceses Albert Calmette e Camille Guérin. Em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) com a responsabilidade de estudar os meios de ação profiláticas e assistenciais relativos aos problemas da patologia (RUFFINO NETTO, 2002).

Em 1946, instalou-se a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT) para atuar em coordenação, supervisão, assistência, ensino, pesquisa, educação e ação social em todo o território nacional. Nesse momento, dois medicamentos passam a ser utilizados para o tratamento da tuberculose: a streptomina e o ácido para-aminosalicílico, sendo que este foi associado à streptomina que, até então, era o medicamento disponível. Essa associação mostrou-se bem sucedida por evidenciar um aumento na negatificação de baciloscopias e redução no aparecimento de resistência (HIJJAR et al, 2007).

Na década de 50, foi demonstrada a viabilidade de tratamento ambulatorial da tuberculose o que permitiu o retorno dos doentes ao convívio familiar, favorecendo o aspecto psicossocial com a possível redução do estigma que resistia às explicações do universo reificado quanto as suas causas (BARREIRA,1993). Em 1966, a comissão técnica da CNCT instituiu uma segunda recomendação para esquemas de tratamento utilizando Isoniazida, estreptomina e pirazinamida com duração de 12 meses e indicados para pacientes virgens de tratamento (HIJJAR et al, op cit).

Na década de 70 ocorre a instalação da Divisão Nacional de Tuberculose (DNT) em substituição ao antigo SNT. Em 1971 é criada a Central de Medicamentos (CEME) com a responsabilidade de assegurar a distribuição de tuberculostáticos para todo o país. Em 1976 a vacina BCG, que já fora implantada em 1973, torna-se obrigatória para todas as crianças menores de um ano. Nesse mesmo ano, organiza-se a Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS) o que levou a certa perda de autonomia do DNT (RUFFINO NETTO, 2002).

Ainda nessa década, implanta-se no Brasil, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) que ampliou as ações de combate à doença com a descentralização de ações de diagnóstico e tratamento para as UBS, além da utilização

de esquemas padronizados, com o intuito de promover a desospitalização. Em 1979, foi instituído o esquema de curta duração utilizando rifampicina, isoniazida e pirazinamida e com duração de seis meses (BARREIRA, 1993). Esse esquema demonstrou ser o mais eficaz até o início do século XXI, quando o desenvolvimento de estudos para analisar a resistência do bacilo aos fármacos utilizados no mesmo, mostraram aumento de resistência quando comparados a estudos realizados na década de 90 (BRASIL, 2011a).

Na década 80, com a o início da pandemia da aids, aconteceu uma associação mortífera que elevou o risco de adoecimento de infectados e reacendeu o preconceito e o medo ao juntar, do ponto de vista epidemiológico e social, dois agravos que carreavam sentimentos negativos. A tuberculose por ter uma longa e conhecida trajetória em produzir sofrimento físico e isolamento social e a aids, por se revelar, naquela década, como a novidade assustadora e estigmatizante. Essa associação perigosa, em que pesem os avanços no controle dos dois agravos, permanece como uma séria ameaça aos co-infectados. Aliado a isso, contribuem para esse cenário de manutenção dos índices da tuberculose, as históricas más condições de vida em algumas Regiões do país, a exemplo da Região Norte, e a baixa resolutividade dos serviços de saúde demonstrada nos índices pouco favoráveis ao controle da doença.

Em 1994, com o intuito de fortalecer o controle da doença, o Ministério da Saúde elaborou o Plano Emergencial de Combate à Tuberculose, efetivado em 1996, que estabeleceu as seguintes metas: desenvolver ações de controle em 80% das UBS, descobrir pelo menos 90% dos casos esperados e curar pelo menos 85% deles. Nesse plano o repasse de recursos aos Estados e Municípios foi assegurado por meio de convênios (HIJJAR et al, 2007). O Plano vigora até 1998, sendo que, em 06 de agosto, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) estabelece a resolução nº 284. Esta, mediante a situação do agravo e a favorável relação custo/benefício para seu controle no país, define que o Plano requeria ajustes e ampliações (RUFFINO NETTO, 2002). Dessa forma, em outubro de 1998 foi lançado o Plano Nacional de Combate à Tuberculose, com as metas de reduzir a incidência da doença em 50% até 2007, os índices de mortalidade em aproximadamente 70% e implantar a estratégia DOTS, sigla em inglês para Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (*Directly Observed Treatment Short Course*).

A estratégia DOTS compreende um conjunto de medidas definidas e recomendadas pela OMS, baseadas em cinco pilares: compromisso político no controle da tuberculose, disponibilidade de diagnóstico por baciloscopia, abastecimento regular dos medicamentos, eficiente Sistema de Informação e tratamento diretamente observado (TDO) (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002).

Essa estratégia foi indicada para o Brasil mediante os resultados favoráveis descritos em diversos países que apresentavam taxas de cura abaixo de 50%, a exemplo de China, Peru e Bangladesh. Nesses países, a adoção dessa estratégia elevou as taxas para índices entre 80% a 95% (RUFFINO NETTO, 2006). Também a modalidade TDO é considerada uma potencialidade, pois, favorece nos serviços de saúde o acolhimento ao paciente com tuberculose e o estabelecimento de vínculo entre este e a equipe que o atende. Dessa forma, possibilita o envolvimento de outros atores sociais no contexto do tratamento não responsabilizando unicamente o paciente pelo desfecho do mesmo (SILVA et al, 2007; GONZALES et al, 2008).

Em novembro de 2001, o Ministério da Saúde redirecionou o Plano Nacional de Combate à Tuberculose passando a denominá-lo Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações de Controle da Tuberculose, revendo as estratégias de organização e mobilização definidas anteriormente. Em 2004, a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) no organograma do Ministério da Saúde buscou reestruturar o combate à doença, uma vez que une todas as ações de vigilância, controle e prevenção, possibilitando a integração entre as várias áreas, tais como: Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Controle das DST/aids, Assistência Farmacêutica, entre outros. Além de inserir a tuberculose entre as 16 prioridades do Ministério. Fez também a revisão dos municípios prioritários para o controle da doença, que são os que concentram 60% dos casos em todo o país ampliando seu número de 230 para 315 (BRASIL, 2004). Mais recentemente, em 2009, esse número foi redimensionado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose para 181 municípios considerando os seguintes critérios: ser capital; ter população acima de 100.000 habitantes; ter incidência maior que 32/100.000 habitantes ou taxa de mortalidade maior que 2,5/100.000 habitantes (BRASIL, 2010a).

É visível que o problema da tuberculose é uma preocupação constante. As dificuldades de acesso ao diagnóstico e adesão ao tratamento permanecem como uma

realidade no país, embora se tenham obtido avanços na descentralização de serviços para a atenção básica tanto na modalidade de Unidades de Saúde tradicionais como na Estratégia Saúde da Família (SCATENA et al, 2009). Frequentemente são pensadas e implementadas novas estratégias ou mesmo estratégias antigas são retomadas, a exemplo do TDO que, sob a denominação de tratamento supervisionado, foi realizado na década de 60 no país por profissionais de enfermagem da Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) e que é retomada pela OMS (RUFFINO NETTO, 2002). Todas essas estratégias são elaboradas e operacionalizadas no sentido de diagnosticar precocemente novos casos, tratá-los adequadamente e garantir a adesão ao tratamento.

Os progressos obtidos no controle da doença no início do Século XX levaram a acreditar que até o final desse século a doença estaria erradicada. Hoje, já no século XXI, um dos desafios é, até 2050, eliminar a doença como problema de saúde pública, ou seja, limitá-la a 01 caso por milhão de habitantes. A história tem mostrado que, para as mesmas perguntas, novas respostas precisam ser dadas e para isso é necessário unir esforços políticos, técnicos, operacionais e, principalmente humanitários na luta contra a tuberculose.

A dinâmica do controle da tuberculose em Unidades Básicas de Saúde.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, estabelece um elenco de atividades para serem desenvolvidas nas UBS tais como: busca de casos, diagnóstico, tratamento diretamente observado, disponibilidade de medicamentos específicos em estoque suficiente para cada doente em tratamento, ações educativas junto à clientela das UBS e comunidade em geral, visita domiciliar sempre que necessária, atividades de programação e avaliação das ações, entre outras (BRASIL, 2011).

O diagnóstico da tuberculose pulmonar, a forma mais frequente, deve ser realizado por meio da baciloscopia de escarro, exame preciso, por permitir visualizar o bacilo, além de rápido e de baixo custo. Os casos negativos à baciloscopia e os suspeitos de formas extrapulmonares devem ser encaminhados à Referência Especializada para diagnóstico e posteriormente retornar à UBS para dar continuidade ao tratamento. A assistência ao doente com tuberculose é responsabilidade de equipes

multiprofissionais, compostas basicamente por enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem que devem ser ampliadas, sempre que possível, com a participação de assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos (BRASIL, 2011).

No momento do diagnóstico recomenda-se que o cliente seja atendido pelo maior número possível de profissionais, no intuito de reforçar orientações e esclarecer o máximo possível suas dúvidas em relação à doença e ao seu tratamento. A partir desse primeiro atendimento, o cliente tem suas consultas agendadas de acordo com seu tratamento, mas deve ter acesso assegurado ao serviço a qualquer momento em que necessite, quando houver intercorrência ou mesmo para fazer qualquer outro esclarecimento (BRASIL, 2010b).

O tratamento para tuberculose é padronizado com fármacos e dosagens específicas de acordo com normas preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose e até 2009 utilizava os seguintes esquemas: Esquema I (EI) com rifampicina, isoniazida, pirazinamida, recomendado para pacientes sem tratamento anterior ou que utilizaram por menos de um mês os tuberculostáticos; Esquema I Reforçado (IR) usado nos casos de recidiva - novo adoecimento após cura - ou readmissão após abandono, com as mesmas drogas do EI acrescidas do Etambutol, esses esquemas tinham duração de seis meses. O esquema II (EII) para meningite tuberculosa, com as mesmas drogas do EI e duração de nove meses. Para os casos de falência aos Esquemas I, II e IR recomendava-se o Esquema III (EIII) com estreptomicina (injetável), pirazinamida, etambutol e etionamida e duração de doze meses (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, realizou importantes alterações nos esquemas vigentes, sendo que a primeira mudança consistiu na introdução do etambutol como quarto fármaco na primeira fase, dois primeiros meses, do tratamento com EI. Essa mudança deveu-se à constatação do aumento da resistência primária isolada à isoniazida, de 4,4% para 6% e a resistência à isoniazida associada à rifampicina que passou de 0,9% para 1,4%. Esses índices foram constatados no II Inquérito Nacional de Resistência aos Fármacos anti-TB realizado no país no período 2007- 2008, quando comparados com os resultados do I Inquérito Nacional, realizado no período de 1995 -1997.

A segunda mudança é a utilização da apresentação de dose fixa combinada dos quatro fármacos, em um único comprimido a ser utilizado para a fase intensiva do tratamento e em dois comprimidos para a fase de manutenção. Com essas mudanças o Brasil acompanha a tendência mundial de esquema básico com quatro fármacos, que tem apresentado excelentes resultados para melhorar a adesão ao tratamento e evitar o aumento de casos de multirresistência (BRASIL, 2011).

Ressalte-se que constam neste capítulo os esquemas anteriormente utilizados para tratamento por ser com eles que as depoentes deste estudo conviveram nas últimas décadas em sua rotina nas UBS. Portanto, tais esquemas formam parte do contexto do tratamento ao qual se referem os enfermeiros deste estudo. Desta forma, tais conteúdos devem ser considerados nas representações sociais que organizam sobre a tuberculose.

Em todo o país a padronização dos esquemas de tratamento facilita, sobremaneira, a assistência ao paciente, inclusive no que diz respeito à atuação dos enfermeiros, pois assegura maior autonomia no acompanhamento dos casos em UBS. As atribuições dos enfermeiros no controle da tuberculose nas UBS abarcam: ações educativas junto à comunidade no que diz respeito à prevenção, controle e principais sintomas da patologia, realização de prova tuberculínica, identificação do sintomático respiratório com solicitação de baciloscopia de escarro, notificação dos casos de tuberculose positivos ao exame de baciloscopia, tratamento e acompanhamento mensal dos pacientes, encaminhamento à consulta médica dos casos que apresentarem intercorrência, controle de contatos de todos os casos de tuberculose, encaminhamento para Referência Secundária ou Terciária, conforme necessidade, avaliação para encerramento de casos (alta) e a realização, em conjunto com a equipe da UBS, das ações de planejamento tais como: programação das metas anuais de sintomáticos respiratórios e descoberta de casos. Bem como as atividades de avaliação, por meio de análises de Coorte trimestrais, dos casos que encerram tratamento, utilizadas como um importante indicador da qualidade do controle da tuberculose nas UBS (BRASIL, 2011).

O controle da tuberculose no Pará

Como parte da Política para o controle da tuberculose no Brasil, a Política Estadual de Controle da Tuberculose do Pará está integrada à rede de serviços de

saúde e é desenvolvida por intermédio de ações unificadas executadas em conjunto em 86% dos municípios paraenses. Das 830 UBS existentes no Estado, o controle da tuberculose está implantado em 503, o que equivale a 60.6% de cobertura. Os sete municípios prioritários para o controle da doença no estado dispõem de 221 serviços de saúde com ações de controle implantadas em 100% deles.

Seguindo as diretrizes nacionais, o controle da tuberculose no Pará tem padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos, além de desenvolver ações preventivas. Visa o fortalecimento da integração do controle da tuberculose com a atenção básica, incluindo as Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento.

Realiza atividades de programação, acompanhamentos e avaliação das ações junto aos municípios, com ênfase nos considerados prioritários. Além de promover e/ou apoiar os municípios na capacitação de recursos humanos para as ações de diagnóstico e controle da tuberculose. Além disso, enfatiza a necessidade do envolvimento de organizações não governamentais e de parcerias com Instituições tais como universidades públicas e privadas, Sociedade Paraense de Pneumologia e Tisiologia, Fundação Nacional de Saúde e Superintendência do Sistema Penal, buscando fortalecer a disseminação de informações sobre a doença para a população em geral e entre estudantes e profissionais de saúde. Bem como assegurar a integração com as instituições responsáveis pelo controle do agravo em populações vulneráveis como indígenas e população privada de liberdade (PARÁ, 2009).

CAPÍTULO III

REFERENCIAL TEÓRICO E PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo tem o propósito de apresentar os meios utilizados para desenvolver esta pesquisa, bem como destacar a Teoria das Representações Sociais (TRS) e sua aplicabilidade à mesma.

A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUA APLICABILIDADE A ESTE ESTUDO

A TRS ajuda a desvendar fenômenos do conhecimento do universo consensual dos sujeitos, como também suas práticas frente a eles. Dessa forma, aplica-se a este estudo que propõe acessar os saberes do senso comum de enfermeiros sobre a tuberculose, considerando que as representações sociais são uma modalidade de conhecimento adequada à compreensão de fenômenos que têm relevância social. Nesse contexto, a tuberculose tem um vasto *currículum* de seguir, ao longo dos séculos, provocando estranhezas, inquietações, suscitando metáforas e alterando comportamentos sociais. Wagner (1998, p.4), chama a essa capacidade de produzir imagens e metáforas compartilhadas socialmente de “visão distributiva” das representações sociais.

Ao propor a TRS, Moscovici (1978, p.27), caracterizou as representações sociais como sendo, “alternativamente, o sinal e a reprodução de um objeto socialmente valorizado”, reprodução dita aqui, não no sentido de “cópia”, mas de um rearranjo cognitivo dos elementos desse objeto à luz da visão de mundo dos sujeitos, das informações que circulam no seu meio e da posição social em relação ao objeto que esses sujeitos ocupam. Assim, as representações sociais, ainda que sobre um mesmo objeto, não são as mesmas para todos na sociedade, uma vez que estão na dependência/influência dessas condições de produção.

As representações sociais possuem também a dimensão do afeto, a assim chamada “bagagem” cultural do sujeito, posto que ele projeta no objeto elementos que permeiam a sua própria história e considerando-se que, em geral, os sujeitos sociais constroem representações sociais sobre aquilo que de alguma forma os afeta, mediante o objeto os afetos podem ser mobilizados. Segundo Arruda (2009, p.91), eles “estão na base da construção das representações sociais”, pois, argumenta a autora tomando como base o pensamento de Moscovici, o primeiro contato com o não familiar “desperta

o fluxo de afetos” (ARRUDA, 2009, p 92) que acompanharão o trabalho do pensamento e mostrarão inseparáveis cognitivo e afetivo. Portanto, as representações sociais trazem a marca do sujeito e a interferência das trocas e compartilhamento de ideias e informações que ele faz com o meio social, a dimensão social, por isso são ditas psicossociais. E é nesse campo que se processam os elementos que repercutirão em sua ação frente ao objeto.

Mediante esse aspecto é possível explicar, ao longo da história da humanidade, como a tuberculose foi percebida ou vivenciada pelos grupos sociais, incorporada ao discurso da saúde, e como os enfermeiros engendram suas representações sociais sobre a doença e assim orientam a forma de lidar com ela. Vale ressaltar que o saber social não é uma evolução do saber leigo ao científico como se houvesse uma hierarquia entre saberes, é o campo onde eles coexistem, se completam e estruturam a maneira de lidar com a novidade em uma sociedade em permanente transformação.

Dessa forma, as representações sociais são o processo que impulsiona esse frenético movimento e são também o que finalmente resulta dele, para novamente se articularem e se redefinirem em um vai e vem incessante que caracteriza a sociedade contemporânea. Esse processo mostra a capacidade do ser humano de assimilar e produzir conhecimento, mas, sob a égide das ciências sociais, esse conhecimento só será um saber social no momento em que se aplica como uma experiência prática da ação humana.

Os profissionais de saúde, no seu cotidiano laboral, ocupam o espaço privilegiado dos detentores do saber que está marcado pelo discurso biomédico da ascendência sobre o outro, no caso o doente. Esse status também é assumido pelos enfermeiros e merece importância neste estudo, pois se entende que eles são difusores de informação. Os momentos da consulta de enfermagem são, na sua relação com o doente, um campo fértil para estabelecer-se a intersubjetividade dos saberes, momento em que cada um, com suas “bagagens”, interagem nos diálogos que podem propiciar elementos ao doente, favorecedores ou não, à compreensão da tuberculose e ao sucesso ou fracasso do tratamento.

Baseada na experiência profissional e em observações no convívio com colegas enfermeiros entendo que muitas vezes estes assumem o papel, quase involuntário, de protagonistas das ações que transcorrem durante o tratamento dos pacientes com

tuberculose. Dessa forma, sucessos ou insucessos, traduzidos em cura da doença ou abandono de tratamento, respectivamente, são assumidos por esses profissionais em um contexto que, provavelmente, não leva em conta as vulnerabilidades sociais e individuais do doente, sobre o qual esses enfermeiros não têm governabilidade. Assim, sentimentos de frustração podem emergir, o que muitas vezes favorece atitudes de desânimo no cotidiano profissional, com uma demarcação na identidade do grupo, o qual se pode classificar em “comprometido” e “não comprometido”. Mas, essa afiliação esbarra no que Wagner (1998) define como o critério de holomorfose das representações sociais, o que assegura a relação social harmônica, o chamado comportamento “normal” frente ao objeto de representação. E como compreender ou explicar que profissionais de saúde tenham comportamentos e atitudes de “não-compromisso” frente a um doente? Com o intuito de responder a questões dessa natureza é que a abordagem da TRS aplica-se a esta pesquisa.

Os processos pelos quais o sujeito social forma suas representações sociais são denominados de objetivação e ancoragem. Objetivar é, no dizer de Moscovici (1978, p.111), “reabsorver um excesso de significações materializando-as”. É transplantar para o nível de observação “o que era apenas inferência ou símbolo”. Dessa forma, no seu imaginário, os sujeitos buscam dar uma forma “concreta”, uma imagem, ao que até aquele momento era apenas uma ideia ou um conceito. Com essa operação mental é possível tirá-lo da estranheza e naturalizá-lo. Já a ancoragem diz respeito à integração cognitiva do objeto representado ao “arsenal” de conhecimentos já existentes e às transformações que daí advém. Jesuíno (2001) menciona que os processos de ancoragem e objetivação traduzem a imbricação do psicológico ao social, são “molduras conceituais” que sintetizam operações muito complexas. A integração cognitiva que acontece no processo de ancoragem permite que a novidade aninhe-se a outros elementos já existentes no repertório mental do sujeito, que Jesuíno chama de camadas conceituais, pois pressupõe a existência não apenas de um único contexto pré-existente ao objeto de representação. Sendo que, algumas vezes, esses elementos não estão manifestos e esse aspecto pode resultar em representações sociais que parecem, à primeira vista, surpreendentes e contraditórias.

A esse fenômeno de aparente contradição Moscovici denominou polifasia cognitiva, ao identificar, no estudo que deu origem a TRS, que os dados analisados

sugeriam a presença de diferentes racionalidades na construção de representações sobre a psicanálise (JOVCHELOVITCH, 2008). Entretanto, longe de ser contraditória, a existência de elementos diferentes nas representações, sejam do sujeito ou do grupo, só ajudam a fortalecer a ideia de que, não excepcionalmente, as representações sociais permitem a coexistência de sistemas cognitivos e reforçam a pluralidade dos saberes, no entendimento que, os diferentes conhecimentos originam-se de diferentes contextos e servem a diferentes situações em que o sujeito ou grupo possa deles fazer uso (JOVCHELOVITCH, op. cit, 2011; WAGNER; HAYES, 2011).

A reflexão de Moscovici (1978) seguiu na compreensão de que os conhecimentos são plurais, constroem-se nos grupos, criam e reforçam sua identidade grupal, ao tempo em que influenciam em suas práticas que por sua vez re-estruturam seus pensamentos. No que concerne à tuberculose, é clássica a sua ancoragem como “peste” enquanto perdurou o desconhecimento sobre seu mecanismo de adoecimento bem como as possibilidades de cura e sua objetivação, mantida até os dias atuais para alguns grupos, na figura do “tísico” com suas características físicas de emagrecido, pálido e “tossidor”. Essa imagem de fragilidade, construída socialmente para as pessoas acometidas por tuberculose, marca essa identidade grupal a qual Moscovici se refere, além de reforçar a ideia de que as pessoas com aparente vigor físico estariam imunes à doença, demonstrando claramente a pertença grupal.

Reforço a ideia de que a TRS aplica-se bem a estudos que têm como tema/objetos fenômenos que estão marcadamente impregnados no meio social por (pré)conceitos, significados, estigmas que transcendem e atravessam o tempo e as explicações científicas que possam ser dadas para tais fenômenos. Daí a adequação a pesquisas que visam compreender os significados das doenças para determinados grupos, contribuindo para o estabelecimento de nexos com a adesão ao tratamento, ao comportamento social, às relações com as pessoas, principalmente se considerarmos que as representações sociais de algumas doenças estão fortemente ancoradas no estigma social que as mesmas ainda carregam, como no caso a tuberculose.

Buscar a compreensão do universo do doente, quando no mestrado, apontou possibilidades de contribuições para as discussões sobre o problema do controle da tuberculose no cotidiano dos serviços de saúde. Ao finalizar o estudo e aplicar as conclusões nesse cotidiano percebi que, embora a compreensão que este propiciou

tenha possibilitado a melhoria do cuidado aos doentes, elas não bastavam. Aliado a isso, identifiquei que se fazia necessário buscar a compreensão daqueles que cuidam desses doentes, que lidam com ele no dia-a-dia do seu fazer profissional, e que também estão inseridos em um contexto psicossocial, político, econômico e histórico. Dessa forma, a TRS mostra seu potencial de abordagem no entendimento de como os enfermeiros constroem o seu conhecimento, suas representações sociais sobre a doença, e como orientam suas ações, pois pela funcionalidade prática das representações sociais é possível, ao conhecê-las, entender-lhes o comportamento. E essa compreensão é crucial se pensarmos que cuidar de doentes com tuberculose é uma ação complexa que requer conhecimentos que vão além de habilidades técnicas específicas.

METODOLOGIA

Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa descritiva no entendimento que acessar as representações sociais dos sujeitos, a partir da aplicação de métodos qualitativos, permite compreender o objeto por meio da subjetividade deles, no contexto que os circunda, buscando fazer uma análise em profundidade do fenômeno, que atenha-se não só à relação entre as variáveis, mas a determinar a natureza dessas relações (OLIVEIRA, 2007).

Cenários e sujeitos do estudo

Foram **cenários** deste estudo UBS localizadas na cidade de Belém-Pará. O município de Belém está dividido em oito Distritos Administrativos (DAGUA, DAICO, DABEN, DAOUT, DAENT, DASAC, DAMOS e DABEL) que possuem 69 bairros com uma população total de 1.437.600 habitantes. Do total de 76 UBS, entre Unidades tradicionais e Unidades Saúde da Família, distribuídas nesses Distritos, foram selecionadas 23 Unidades. Os critérios para essa seleção levou em consideração aspectos epidemiológicos e operacionais, bem como os que dizem respeito aos requisitos que atendem à TRS.

Quanto aos aspectos epidemiológicos e operacionais, essas UBS têm o serviço de controle da tuberculose, implantado há mais de cinco anos, registrando juntas, em média, 800 casos da doença por ano, o que corresponde a aproximadamente 66% do total de casos do município. Os indicadores de avaliação do Programa de Controle da

Tuberculose em 2010 (PARÁ, 2011) mostram que, em geral, nesses serviços, o percentual de abandono está em torno de 10%, acima do aceitável que é de 5%, e os índices de cura estão em média de 70%, aquém dos 85% preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Esses dados mostram que existem problemas no controle da tuberculose fazendo com que essas Unidades sejam relevantes no contexto do controle da endemia no município de Belém como um todo. O conjunto de Unidades traz a representatividade de 06 Distritos, excetuando o distrito DAMOS pelo quantitativo pouco expressivo de casos de tuberculose registrados nos últimos anos e DABEL que é um distrito onde só há serviços especializados. Nessas UBS a assistência aos pacientes com tuberculose é feita por equipe multidisciplinar composta por assistentes sociais, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem.

Além desses aspectos que permearam a escolha desses cenários para o estudo, entende-se que essas UBS, ao abrigar um maior número de casos, propiciam aos enfermeiros nelas atuantes, maior contato com doentes de tuberculose o que certamente os qualifica como sujeitos de um estudo de representações sociais sobre o tema. Essa maior proximidade com o objeto funda a experiência a ser evidenciada na sua lida cotidiana de convivência com esses doentes, tanto para os que atuam diretamente no seu atendimento, como para os demais, que embora não atendam diretamente os pacientes acometidos, estão, nesses serviços, em frequente contato com a doença. Assim, também é importante captar suas representações sociais e compreender-lhes o comportamento em relação à doença e ao doente.

. Dessa forma, os **sujeitos** deste estudo foram 52 enfermeiros, divididos em dois grupos: 26 que atuam no atendimento aos pacientes com tuberculose e 26 que atuam em outras áreas nas 23 UBS selecionadas. O quantitativo de sujeitos foi definido a partir do número de enfermeiros que atendem doentes com tuberculose nos cenários do estudo. Esse número era composto, no momento do levantamento de informações junto aos serviços, por aproximadamente 38 profissionais, considerando-se que em algumas UBS apenas 01 enfermeiro atende os doentes com tuberculose. Como o quantitativo de enfermeiros nos demais setores é superior, buscou-se a equivalência numérica para os dois grupos. Excluiu-se do estudo aqueles que, no momento da produção dos dados, estavam há menos de 01 ano trabalhando na UBS ou afastados

da Unidade por qualquer motivo. Não houve recusa de nenhum dos enfermeiros convidados a participar do estudo.

Produção de dados

A escolha do objeto de estudo e da teoria que o embasa, levaram a decidir pelo emprego da técnica de entrevista individual para a produção dos dados. Esta técnica foi pensada por facilitar a aproximação e interação entre pesquisador e sujeito (OLIVEIRA, 2007), além de permitir também que este faça descrições detalhadas que são importantes para compreender como faz suas aproximações e engendra a trama mental que permitem sua familiarização com o objeto. A opção foi pela entrevista semiestruturada com questões abertas, pois valoriza a presença do pesquisador e o ponto de vista do sujeito, seu conhecimento sobre o assunto é expresso com liberdade e espontaneidade, o que enriquece a investigação (FLICK, 2009).

Para os contatos iniciais com os enfermeiros, utilizou-se duas estratégias: para os que não atuam no controle da tuberculose os contatos foram feitos na própria UBS onde trabalham e para os que atuam, além da UBS foram feitos contatos em cursos sobre tuberculose nos quais a pesquisadora participou como instrutora. Essas estratégias favoreceram a familiarização entre pesquisadora e sujeitos, bem como o agendamento das entrevistas em locais e horários que fossem mais convenientes para cada um deles e com garantia de privacidade. Dessa forma, algumas entrevistas foram realizadas fora da UBS, pois na mesma não havia como assegurar a privacidade necessária.

Aplicou-se aos dois grupos roteiro com questões objetivas (Apêndice A) para obtenção de informações relativas ao perfil sóciodemográfico dos sujeitos. No entendimento de que as representações sociais se consolidam nos grupos sociais, faz-se necessário conhecer suas condições de produção.

Um roteiro com questões abertas (Apêndice B) foi utilizado para a entrevista individual com os enfermeiros que atendem doentes com tuberculose e outro (Apêndice C) para os que não atendem. Em ambos os casos elaborou-se os questionamentos partindo de aspectos mais familiares e “concretos” para o sujeito e deu-se seguimento com aqueles que requerem maior subjetividade, fazendo correlações, buscando-se os porquês e descrevendo modos de lidar com a doença e o doente. Dessa forma, foi possível à pesquisadora explorar o objeto a partir de questões sobre o que os

enfermeiros sabem e pensam sobre a doença, o processo de adoecimento e o doente. Bem como imagens, características, afetos, motivações, ações relativas à doença e o doente, e sobre os atributos de enfermeiros para trabalhar com esses doentes.

No processo de produção dos dados de pesquisa estabeleceu-se uma empatia entre pesquisadora e participantes, a qual facilitou bastante para que houvesse um clima de disponibilidade para entabular a conversa de forma espontânea. Mas, considera-se importante mencionar que, durante as entrevistas, havia a clareza de que, mesmo estando naquele momento exercendo o papel de investigadora e buscando a subjetividade deles, a pesquisadora continuava investida de sua própria subjetividade, que considera a identidade que tem com o Programa de Tuberculose por nele atuar a muitos anos. Assim, os depoentes aparentemente reconheceram, também na investigadora, uma aliada para a qual puderam externar seus pensamentos e sentimentos.

Para alguns foi um momento de desabafo, oportunidade que mencionaram não ter frequentemente e, nesses momentos, comumente, usaram expressões como “desculpe o desabafo” ou “isto é uma conversa, não é?” Outros mencionaram que participar do estudo, levou-os a refletir sobre outros aspectos do cotidiano com os doentes, os quais não estão ligados apenas a questões técnicas. Entende-se como importante destacar esse aspecto do processo de construção da pesquisa, pois essa liberdade que os participantes sentiram foi um facilitador para que expressassem valores e simbologias que são elementos relevantes do ponto de vista da construção das representações sociais.

As entrevistas foram gravadas em arquivo digital mediante consentimento dos entrevistados. Tiveram duração variada nos dois grupos, ficando em média de 60 minutos. A transcrição foi feita imediatamente após as entrevistas para que fosse possível acrescentar comentários das observações feitas durante as mesmas e evitar o viés de memória. Todo o material transcrito recebeu revisões detalhadas para detectar quaisquer incorreções de conteúdo que pudessem interferir e prejudicar a análise.

Ressalta-se que foi feita a aplicação prévia do instrumento de coleta de dados com 06 profissionais, que desenvolvem suas atividades em outros serviços de saúde, que não os selecionados, para verificar a adequação das questões propostas. Após esses testes foram feitos pequenos ajustes nos questionamentos, mas, no geral, o

instrumento mostrou-se adequado para atender aos objetivos propostos. Esse material não fez parte dos dados que compuseram formalmente o estudo.

Análise dos dados

No que se refere aos dados para compor o perfil sociodemográfico, os mesmos foram organizados em tabelas e quadros e discutidos naquilo que cabe à análise das representações sociais. Com relação aos conteúdos gerados por meio das entrevistas, a análise foi feita mediante a aplicação da técnica de análise de conteúdo temática que permite desvelar os significados, conhecer as subjetividades que fazem parte do vasto campo das comunicações. Nessa forma de análise é possível buscar a emergência de sentidos relevantes para contextualização do objeto de estudo. Bardin (2009), orienta a organização da análise temática mediante três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Na pré-análise, organizou-se os dados produzidos pelos sujeitos para realizar a leitura flutuante e promover a conseqüente familiarização da pesquisadora com o material da pesquisa de campo. Primeiro, as 52 entrevistas foram separadas nos dois grupos: 26 enfermeiros que atendem pacientes com tuberculose, codificados como ATB, e 26 enfermeiros que não atendem, codificados como NATB.

Na etapa seguinte, a exploração do material, passou-se ao tratamento analítico do corpus. Os depoimentos foram detidamente analisados e, a partir dessa análise, organizou-se os quadros analíticos para cada grupo/conjunto de entrevistas, nos quais foram dispostas as unidades de registro (UR) extraídas dos depoimentos e correspondentes a cada questão. Esses quadros permitiram, em sua análise horizontal, um mapeamento rigoroso na identificação e quantificação de ocorrências e co-ocorrências de temas, entre os sujeitos. Mediante a sua análise vertical, foi possível visualizar a coerência, ou aparentes contradições, do pensamento de cada sujeito, contextualizando-se as UR destacadas. Esse processo de trabalho permitiu explorar, de maneira sistematizada, os conteúdos das representações sociais.

Ao se proceder o mapeamento analítico dos conteúdos por grupo de sujeitos (ATB e NATB), chegou-se a três grandes linhas temáticas, organizadoras do discurso dos sujeitos: O que é a tuberculose?; Quem é o doente?; e Como os sujeitos lidam com esse doente?

Essas três grandes linhas temáticas conformaram-se nos três capítulos de resultados: o capítulo V denominado **“A tuberculose e o ambiente: o medo do contágio”**, trata da representação do objeto, ou seja, a tuberculose, e nele estão as UR que trazem os temas sobre a doença e o ambiente das UBS por ser este o lócus onde se dá o encontro entre sujeitos e objeto de pesquisa. O capítulo VI intitulado **“O doente com tuberculose: estereotipado e temido”**, trata do sujeito que vivencia a doença - o doente com tuberculose. O capítulo VII **“Lidar com a doença e o doente: as escolhas”**, aborda a dimensão prática das representações sociais, portanto, nele busca-se explicar como a representação que os enfermeiros têm sobre a doença reverberam em uma ação, que traz consigo, as formas de lidar com o doente e a dimensão do cuidado do qual ele é sujeito-objeto.

A análise dos dados produzidos não mostrou diferenças significativas entre os conteúdos de representação nos grupos NATB e ATB que configurassem a necessidade dessa análise em capítulos separados para os dois grupos. Assim, optou-se por apresentar e discutir os resultados em seu conjunto, tecendo-se considerações pertinentes a um e outro grupo, sempre que isto se fez necessário.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará sob o protocolo 0004.0321.000-10 (Anexo A) e todos os procedimentos relativos à produção dos dados somente foram iniciados com a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Belém, Instituição responsável pelas UBS onde se desenvolveu a pesquisa (Anexo B).

Para atender a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a participação dos sujeitos foi consentida mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) por meio do qual puderam conhecer detalhadamente os objetivos, benefícios, procedimentos metodológicos e todos os aspectos relevantes que envolvem a proteção dos sujeitos de pesquisa.

O anonimato dos depoentes foi assegurado pela utilização de código alfanumérico assim identificado: E (Enfermeiro), M (masculino), F (feminino) ATB (atendem tuberculose), NATB (não atendem tuberculose). Na sequência foi acrescentado o número que corresponde à ordem das entrevistas.

No capítulo que segue, apresentam-se os resultados obtidos com a aplicação do roteiro para conhecer as características sociodemográficas dos sujeitos deste estudo.

CAPÍTULO IV

ACESSANDO AS CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS SOCIAIS

No mundo, o ser humano não é um mero espectador, é criador e criatura, individual e social, pois se a realidade é dinâmica e multifacetada, há que ser capaz de acompanhá-la, compreendê-la e explicá-la. Assim, os sujeitos sociais, inseridos na complexidade da sociedade, lançam mão de artifícios capazes de movimentá-los nesse oceano de novidades socialmente valorizadas. E por não estarem sozinhos, agem, portanto, impulsionados por ideias novas e antigas que circulam nesse social.

Frente ao que consideram novidade e que lhes causa estranheza, reagem. Ao reagir, formulam explicações para desvendar a novidade. Essas explicações são inseridas também nesse social. Assim, introjetam, (re)constroem e exteriorizam, promovendo e compartilhando o vai e vem incessante que caracteriza a contemporaneidade.

É com essa compreensão, da inserção dos sujeitos no social, que se entende necessário conhecer os que elaboram seu pensamento e seu agir, impulsionados pelo motor que são as representações sociais. Pensar e agir, não necessariamente nessa ordem, pois como nos ensina Moscovici (1978), as representações sociais tanto podem corresponder à substância simbólica que engendra o pensamento, como à prática que produz essa substância. Citando Jodelet (2001, p.28), precisa-se conhecer “quem sabe e de onde sabe”, ou seja, quem são os sujeitos sociais com quem se busca elucidar o objeto deste estudo.

O perfil sociodemográfico

Descreve-se, a seguir, as características sociodemográficas dos 52 enfermeiros que fizeram parte deste estudo. Desse total, 50% atuam no controle da tuberculose e os demais em outras áreas na UBS, tais como: atenção à saúde do idoso, da mulher e da criança, hipertensão e diabetes, entre outras.

Tabela 1- Distribuição percentual das enfermeiras segundo: sexo, idade, cor da pele e credo. Belém-Pará, 2010.

Variável	Grupos			
	Não atende TB		Atende TB	
Sexo	Nº	%	Nº	%
M	0	0	2	7,7
F	26	100	24	92,3
Idade				
23 - 33	7	27	6	23,1
34 - 44	7	27	7	26,9
45 - 55	12	46,1	12	46,1
> 55	0	0	1	3,8
Cor da Pele				
Branca	7	27	7	27
Parda	15	57,7	17	65,3
Negra	0	0	2	7,7
Morena	4	15,4	0	0
Credo				
Católica	21	80,8	15	57,7
Evangélica	4	15,4	5	19,2
Espírita	1	3,8	4	15,4
Sem credo	0	0	2	7,7

Neste estudo, observou-se a predominância do sexo feminino (Tabela1) com 92,3% no grupo que atende pacientes com tuberculose (ATB) e 100% para os que não atendem (NATB). A marca do gênero feminino é frequente em estudos desenvolvidos na área da saúde, onde, em geral, o atendimento direto aos pacientes é um espaço ocupado pela força de trabalho feminina. Isso é notório, se tratando da enfermagem, considerando-se esta uma profissão que historicamente tem a característica da supremacia feminina. Provavelmente, isso se atribui ao fato de que, no contexto social, sempre coube à mulher o exercício do cuidado, seja dela própria ou daqueles que a cercam.

Ao estudarem os fatores de risco cardiovascular em 80 trabalhadores de enfermagem, Bottolli, Moraes e Gollmeier (2009) tiveram, nessa amostra, 86,3% de

mulheres. Pizzoli (2005), em estudo sobre a qualidade de vida no trabalho de enfermeiras em um hospital público destaca que, no cenário do estudo, o quantitativo de enfermeiras era de 98%. Lopes e Leal (2005) desenvolveram um estudo que analisou o campo profissional da enfermagem, em reflexões que levaram em conta o universo socio-histórico do cuidado de saúde, na perspectiva da divisão do trabalho baseada no sexo. As autoras afirmam que, embora haja um aumento gradual de homens na profissão, a feminização persiste no campo da enfermagem.

Considerando o exposto que mostra ampla representatividade do gênero feminino na profissão da enfermagem e o expressivo percentual de mulheres entre os sujeitos deste estudo, é que se optou por, a partir deste capítulo, usar o termo enfermeiras para designar os sujeitos que dele participaram.

No que concerne à faixa etária (Tabela1), predomina nos dois grupos a faixa acima de 45 anos (46,1%). Quando questionadas sobre a cor de sua pele (Tabela1), um percentual expressivo das enfermeiras (57,7% e 65,3%) se declara como parda, o que está em consonância com os dados de cor da pele do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) que mostram, na Região Norte, uma população de pessoas pardas de 69,5 %. No manual do recenseador do IBGE (2010), pardo é uma mistura de cor, entendendo-se essa mistura como a gerada a partir de alguma miscigenação. Pardos podem ser, então, a descendência tanto de negros com índios, quanto de brancos com índios, entre outras. Provavelmente, no caso do Pará, essa seja consequência direta da composição da população paraense constituída da miscigenação de imigrantes europeus, além de indígenas e africanos. Em se tratando de credo (Tabela1), a maior parte delas (80,8% e 57,7%) professa o catolicismo, o que está em consonância com o fato de ser o Brasil um país predominantemente católico.

Tabela 2 - Distribuição percentual das enfermeiras segundo situação conjugal e nº filhos. Belém- Pará, 2010.

Variável	Grupos			
	Não atende TB		Atende TB	
Situação Conjugal	Nº	%	Nº	%
Casada / União Estável	16	61,5	11	42,3
Solteira	8	30,8	12	46,2
Divorciada/Separada	2	7,7	3	11,5
Nº de Filhos				
Sem Filhos	7	26,9	8	30,8
1 - 2 Filhos	18	69,2	16	61,5
> 2 Filhos	1	3,9	2	7,7

Quanto à situação conjugal das entrevistadas (Tabela 2), observa-se que no grupo NATB, em maior percentual, (61,5%) estão as enfermeiras que se declaram legalmente casadas ou vivenciam a chamada união estável. Já no grupo ATB predominam as solteiras com 46,2%.

Constatou-se que mais da metade das enfermeiras (73,1% e 69,2%) têm filhos. Esse número varia de 01 a 03, sendo que a média de 02 filhos predomina nos dois grupos. Importa conhecer este dado, pois, ao construírem suas representações sociais sobre o objeto deste estudo, que é uma doença considerada contagiosa, o fato de ter ou não filhos pode repercutir no comportamento das enfermeiras frente ao fenômeno, pois em algumas situações, o fato de ter filhos ou ficar grávida pode promover o afastamento da enfermeira do atendimento aos doentes acometidos por tuberculose, na ideia que estaria colocando em risco a integridade física de seus familiares.

Tabela 3- Distribuição percentual das enfermeiras segundo tempo de graduação e e titulação. Belém-Pará, 2010.

Variável	Grupos			
	Não atende TB		Atende TB	
Tempo de Graduação	Nº	%	Nº	%
1 - 10 anos	9	34,6	7	27
11 - 20 anos	9	34,6	3	11,5
> 20 anos	8	30,8	16	61,5
Titulação				
Graduada	4	15,4	2	7,7
Especialista	22	84,6	23	88,5
Doutora	0	0	1	3,8

Com relação ao tempo de graduação (Tabela 3), encontra-se nos dois grupos enfermeiras com 20 anos ou mais de formação. Esse dado está em consonância com a faixa etária das depoentes (Tabela 1), pois estando em faixa etária acima dos 40 anos, são, em geral, profissionais com maior tempo de graduação.

Quando se trata de estudos de pós-graduação, constata-se que a modalidade *lato sensu* figura como majoritária entre as enfermeiras (Tabela 3). O que pode estar relacionado com o fato de ser, este, um estudo realizado na Região Norte, onde as oportunidades de pós-graduação *stricto sensu* ainda são muito restritas. Neste caso específico, entende-se que a faixa etária e a situação conjugal podem concorrer para dificultar ainda mais a busca por qualificação. Algumas estão com idades próximas à aposentadoria (Tabela1), sendo este, do ponto de vista profissional, um fator desestimulante. Também o fato de ser casada (Tabela 2), pode dificultar a qualificação profissional em outras regiões do país, uma vez que isso implica no afastamento da família - marido e filhos. Dentre as 45 enfermeiras especialistas 10 (4,5%) têm especialização em mais de uma área e 05 (11,1%) estão cursando mestrado.

Quadro 1- Demonstrativo das áreas do conhecimento de escolha das enfermeiras para especialização.

Área do conhecimento	Frequência
Saúde Pública / Saúde Coletiva/ Saúde da Família	23
Enfermagem em Terapia Intensiva	6
Gestão / Gerência do SUS / Administração Hospitalar	3
Enfermagem do Trabalho	3
Enfermagem em Obstetrícia	3
Neonatologia / Pediatria	2
Gerontologia	2
Pneumologia	1
Enfermagem em Saúde Mental	1
Enfermagem em Urgência e Emergência	1
Total	45

Fonte: Pesquisa de campo

Em geral, as áreas do conhecimento escolhidas para especializar-se (Quadro 1), guardam relação também com as outras áreas de atuação das enfermeiras, considerando-se que o maior percentual (65,4% e 77%) tem mais de um vínculo empregatício (Tabela 4). Entre as outras áreas de atuação, para as NATB, predomina o trabalho em outras UBS. Ressalta-se que das que tem duplo vínculo, 11 (29,7%) atuam também na docência superior em Instituições públicas ou privadas, sendo 03 (27,2%) do grupo NATB e 08 (72,7%) do grupo ATB.

Vale ressaltar que, mesmo entre as que atuam no atendimento de pacientes com tuberculose, apenas 01 tem especialização específica na área de Pneumologia. Isso reforça a ideia da falta de oportunidades, pois essa modalidade de especialização, no Estado do Pará, não está disponível para a área da Enfermagem ou em modalidade multidisciplinar, sendo disponível apenas para a área de Medicina.

Tabela 4- Distribuição percentual das enfermeiras segundo situação empregatícia, nº de vínculos, onde exerce outros vínculos e renda pessoal em salários mínimos. Belém-Pará, 2010.

Variável	Grupos			
	Não atende TB		Atende TB	
	Nº	%	Nº	%
Situação Empregatícia				
Estável	15	57,7	19	73
Não Estável	11	42,3	7	27
Nº de vínculos				
Um vínculo	9	34,6	6	23
Mais de um vínculo	17	65,4	20	77
Onde Exerce				
Hospital	7	41,2	5	25
Outros (UBS/Universidade)	10	58,8	15	75
Renda Pessoal (SM)				
03 - 05 SM	8	30,8	7	27
06 - 10 SM	18	69,2	13	50
> 10 SM	0	0	6	23

Salário mínimo vigente: R\$ 545,00

Em ambos os grupos um percentual expressivo (57,7% e 73%) tem situação empregatícia estável (Tabela 4), porém essa estabilidade não assegura melhores ganhos salariais. Assim, o elevado percentual de enfermeiras com duplo vínculo pode ser explicado pela baixa remuneração que recebem. Dessa forma, para fazer frente às suas necessidades de subsistência, precisam desdobrar-se em dois ou até 03 vínculos empregatícios, na forma de plantões.

Estudo realizado por Santos e Passos (2009), para identificar causas da ocorrência de Síndrome de Burnout entre enfermeiros que atuam em UBS, demonstrou que um dos elementos que concorrem para o desenvolvimento da Síndrome é a necessidade de possuir mais de um vínculo profissional. As autoras reforçam, também, a ideia de que os profissionais de saúde têm aumentado suas horas de trabalho em múltiplos empregos, como mecanismos de compensação para perdas de remuneração. Dessa forma, podem comprometer a qualidade da assistência que prestam aos clientes bem como sua saúde mental e física.

Tabela 5- Distribuição percentual das enfermeiras segundo tempo de trabalho na UBS ter ou não realizado treinamento em tuberculose. Belém-Pará, 2010.

Variável	Grupos			
	Não atende TB		Atende TB	
Tempo de Trabalho	Nº	%	Nº	%
1 - 5 anos	21	80,7	8	30,8
6 - 10 anos	2	7,8	10	38,4
>10 anos	3	11,5	8	30,8
Treinamento em TB				
Sim	18	69,2	26	100
Não	8	30,8	0	0

O tempo de atuação na UBS (Tabela 5) mostra que no grupo NATB predominam profissionais com menor tempo de serviço (80,7%). Enquanto no grupo ATB, a distribuição do tempo aponta certa equivalência, o que demonstra que há pouca rotatividade de profissionais na área e que, conforme mostram os dados em análise, das que ingressam no serviço, poucas fazem opção por essa área.

Quanto ao preparo específico para trabalhar no controle de pacientes com tuberculose, observa-se que, mesmo entre as enfermeiras que não atendem, 69,2% já realizaram algum tipo de capacitação específica. Frequentemente, ao trabalhar na atenção básica, em Unidades tradicionais ou nas equipes da Estratégia Saúde da Família, os profissionais executam ações consideradas generalistas, por conta disso, algumas vezes têm oportunidades de capacitações em áreas diversas daquelas em que exercem suas atividades, como forma de mantê-los sempre prontos a desempenhar suas funções em qualquer setor da Unidade onde haja necessidade.

Tabela 6 - Distribuição percentual das enfermeiras do grupo que atende tuberculose segundo o tempo (em anos) de trabalho no controle da tuberculose nas UBS. Belém - Pará, 2010.

Variável	Enfermeiras	
Tempo	Nº	%
1 - 5 anos	8	30,8
6 - 10 anos	11	42,3
11 - 20 anos	7	27
Total	26	100

No que se refere ao tempo de trabalho no controle da tuberculose (Tabela 6), constata-se que um percentual expressivo tem grande tempo de permanência atuando nessas ações, o que corrobora a informação apresentada na tabela 5 quanto à pouca rotatividade de profissionais nesse setor nas UBS. Nos seus depoimentos, as enfermeiras mencionaram que sua permanência no atendimento aos pacientes com tuberculose é derivada da satisfação profissional e/ou pessoal de desenvolverem suas atividades na área. Inclusive é possível constatar, ao comparar o tempo de trabalho na UBS com o tempo de atuação no controle da tuberculose, que eles se equivalem para praticamente 100% das enfermeiras o que reforça a ideia de que essas realmente fizeram a opção por esse setor.

CAPÍTULO V

PRIMEIRA LINHA TEMÁTICA

A TUBERCULOSE E O AMBIENTE: O MEDO DO CONTÁGIO

Esta primeira linha congrega unidades de registro que caracterizam a doença e trazem possibilidades de classificação, identificáveis em palavras, imagens e metáforas veiculadas pelos sujeitos. Ao realizar esse mapeamento, foi possível identificar dois grandes temas: A caracterização da doença; e O contexto do ambiente. Ao caracterizar a doença, os sujeitos fazem uma classificação que se organiza em torno de duas grandes vertentes: uma vertente clínico-epidemiológica e uma vertente social. Ao pensar o ambiente, eles o caracterizam a partir da ideia de preocupação com risco de contágio.

Vertente Clínico Epidemiológica: O contágio

A caracterização da doença, na vertente clínico-epidemiológica, é majoritária nos dois grupos, com 88.4% (23) no grupo NATB e 84.6% (22) no grupo ATB. Essa caracterização se manifesta nas UR dos sujeitos por meio de expressões que remetem à ideia de contágio. Traduzir a tuberculose por explicações clínico-epidemiológicas está previamente estabelecido no meio científico e presente nos discursos dos *experts*. Além disso, entende-se que, em função de sua pertença, os discursos das enfermeiras trazem elementos das informações que circulam no universo reificado, considerando que as mesmas têm acesso a elas por ocasião de sua formação acadêmica, nas conversas que circulam em seu meio ou mesmo em informações mais qualificadas sobre o tema, pois, mesmo no grupo NATB que não lida diretamente com esses doentes, 69.2% (18) das enfermeiras já teve acesso a cursos de formação específica sobre a tuberculose. No grupo ATB 100% delas têm formação específica, inclusive algumas com a oportunidade de fazê-la em outros Estados, conforme dados mencionados na análise do perfil sociodemográfico dos sujeitos (Capítulo IV, tabela 5, p. 55).

Buscou-se nos depoimentos, unidades de registro que marcassem a ideia de contágio. Ela está presente nos momentos em que as enfermeiras descrevem a doença por expressões como: doença infecto-contagiosa, doença contagiosa, contaminação e transmissão:

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa. (EFNATB2)

A tuberculose é uma doença contagiosa [...] ela é transmissível. (EFNATB10)

[...] doença que pega. (EFATB3)

A tuberculose é uma doença altamente transmissível. (EFATB12)

É fato que a moléstia se reveste, historicamente, de relevância do ponto de vista epidemiológico e social, considerando que as dúvidas sobre a possibilidade de ser a tuberculose uma doença contagiosa alimentou, fortemente na sociedade, os temores em relação a ela. Assim, para esses sujeitos, as representações sociais da tuberculose como doença contagiosa parecem moldadas, tanto pelo medo impregnado de dúvidas do imaginário social, como pelas certezas da ciência. Sendo que essas têm como base o modelo explicativo da etiopatogenia da doença, agregando os elementos de transmissibilidade e fonte de infecção, firmados no conhecimento científico de que existe um agente etiológico causador da patologia e que esse pode ser transmitido de um indivíduo a outro (BRASIL, 2011).

Nos dois grupos, dentre as depoentes que situam a doença no contexto epidemiológico, para 17.4% (04) NATB e 22.7% (05) ATB, a forma de expressão está centrada na ideia da tuberculose como um problema de saúde pública. Embora para essas enfermeiras o sentido de contágio também esteja presente, nota-se, agregado a ele, a ideia de que a patologia é algo que remete à mobilização social e intervenção política, sejam políticas sociais mais abrangentes ou especificamente de saúde.

Controlar a TB é uma coisa importante [...] a gente vê pouco empenho da gestão. São poucos os gestores que se comprometem realmente com a causa, porque eu acho que a luta contra a TB é uma causa [...] é um problema de saúde pública, então, tem que ser tratado dessa forma. (EFNATB25)

É um problema tão grave de saúde pública! [...] a gente precisa que as pessoas, os profissionais, olhem mais essa questão da tuberculose. Para os gestores, o desinteresse é impressionante [...] isso precisa mudar muito. (EFNATB26)

É um problema de saúde pública [...] porque a TB é do coletivo, não é uma doença só da pessoa [...] a gente se empenha tanto para fazer um bom trabalho no controle da TB, eu acho que tinha que melhorar esse atendimento, em todo o Distrito, na coordenação municipal, no Sistema de Saúde como um todo [...] deveria haver mais interesse da gestão com o problema da TB, não ser prioridade “só no papel”. (EFATB7)

[...] sendo a TB um problema de saúde pública ela ultrapassa até mesmo essa relação de enfermeiro e paciente, tem que se envolver [...] as coordenações se empenharem mais com os profissionais que já atuam, os gestores olharem o problema da TB com mais seriedade [...] (EFATB24)

Reconhecidamente é direito do indivíduo estar amparado por políticas sociais que são de responsabilidade do poder público. Assim sendo, ele estaria protegido de doenças, principalmente as transmissíveis, como a tuberculose. O indivíduo necessita usufruir de condições socioeconômicas favoráveis, com acesso à situações que lhe permitam ter segurança em relação à sua saúde. No que concerne à saúde dos cidadãos brasileiros, a Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988) assegura esse direito por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

No SUS, as políticas públicas para o enfrentamento da tuberculose são claramente definidas com medidas que abrangem a prevenção, a vigilância, o diagnóstico e o tratamento da doença. Além de assegurar o fornecimento do tratamento completo de forma gratuita e universal a todos que dele necessitem (BRASIL, 2011). Entretanto, observa-se que essas garantias não impedem que dificuldades de toda natureza permeiem o cotidiano dos doentes que procuram as UBS e dos profissionais que os atendem, pois sendo o controle da tuberculose totalmente descentralizado para estados e municípios cabe a esses a responsabilidade de concretizá-lo, o que perpassa, então, a vontade política de gestores e profissionais. É patente nas UR descritas anteriormente que, para essas enfermeiras, esse direito não vem sendo assegurado sendo visível em seus depoimentos o apelo ao compromisso profissional e de gestão.

Vertente Social: Estigma e Preconceito

Na segunda vertente, a social, identifica-se que, ao pensar sobre a tuberculose, as enfermeiras comunicam palavras-tema que formam categorias de cunho biológico e

social. Nesta vertente, para os dois grupos, a caracterização é expressa em palavras como estigma e preconceito. No grupo NATB 03 (11.6%) sujeitos caracterizam a doença no âmbito social de forma isolada e 04 (17.3%) o fazem em co-ocorrência com a vertente epidemiológica. Para o grupo ATB esses números são 04 (15.%) e 03 (13.6%) respectivamente. Embora, no conjunto de sujeitos, a vertente social não seja majoritária, entende-se que seja importante destacá-la, por conta de que a ideia de estigma e preconceito ligada à tuberculose tem perpassado ao longo dos séculos o pensamento do senso comum em representações antigas sobre a doença que se cristalizaram na sociedade.

Ao nos depararmos com a realidade a reconhecemos complexa e multifacetada, assim sendo, recorreremos a estratégias que facilitem sua compreensão. Esse prisma, por meio do qual lançamos nosso olhar sobre o real, são as representações que estão construídas em torno dos objetos/fenômenos socialmente valorizados que compõem essa realidade. Spink (1993, p. 304) afirma que “a relação com o real nunca é direta, é sempre mediada por categorias históricas e subjetivamente construídas”. Assim acontece com a tuberculose, pois ao pensar a doença os sujeitos recebem a influência das ideias que foram construídas socioculturalmente sobre ela e que moldam as condutas assumidas frente ao doente.

Destaca-se também que, à luz da TRS, o saber social e o saber científico não se dissociam e atendem a aspectos diferentes e oportunos a cada sujeito ao construir seu pensamento sobre um determinado fenômeno (JODELET, 2001). Dessa forma, as enfermeiras constroem as representações sociais sobre a tuberculose, imbricando o conhecimento consensual e o reificado em um ir e vir que mostra que as representações sociais são produzidas e alteradas num processo lento de construção, desconstrução e (re)construção das ideias. Esse processo aplica-se, principalmente, às doenças clássicas e metafóricas como a tuberculose.

Helman (2003), ao discutir aspectos culturais sobre as doenças, diz que as metáforas sobre enfermidades graves, a exemplo do câncer, vêm acompanhadas de associações simbólicas que podem trazer sérios efeitos para o adoecido, influenciando não só na sua percepção sobre si mesmo, como no comportamento das outras pessoas diante dele. Entende-se que essa situação aplica-se também no caso da tuberculose,

considerada como doença metáfora (SONTAG, 1984; NASCIMENTO, 2005), cercada de significados e simbolismos que repercutem no individual e social.

Nos dois últimos séculos, esses significados e simbolismos instruíram as reações e comportamentos da sociedade em torno dos doentes, fazendo com que, a cada diagnóstico de tuberculose dado às famílias, a vergonha se abatesse sobre elas e o segredo passasse a integrá-la (BERTOLLI FILHO, 2001).

A força desses significados também foi encontrada neste estudo, e pode ser ilustrada em uma situação descrita por EFATB11. Ela relata um episódio ocorrido na Unidade de Saúde na qual trabalha, situada em um bairro habitado por população de condição social mais favorecida, a qual a depoente, por reconhecer essa condição, metaforicamente, se refere a esta Unidade como sendo o “Centro das Celebidades”. Em seu relato, uma cliente encontrava-se na Unidade em busca dos medicamentos para início do tratamento de tuberculose de sua irmã, que por estar muito debilitada, não apresentava condições de ir até a Unidade naquele momento. Ao ser abordada por uma equipe de reportagem de um jornal local que realizava uma matéria sobre tuberculose na Unidade, a cliente não identificou que buscava os medicamentos para sua irmã, atribuindo a doença à sua empregada doméstica. Ao agir assim, essa cliente demonstra, em princípio, vergonha por ter em sua família uma pessoa com tuberculose. Mostra, também, certa estranheza frente à situação ao retirar de si e do seu grupo a doença, deslocando-a para o grupo no qual, a seu ver, ela deveria estar, ou seja, o dos menos favorecidos, objetivado na figura da empregada doméstica.

Esse comportamento demonstra como ainda estão arraigadas as representações sociais negativas sobre a doença ao ponto de extrapolar o sujeito, pois na sua compreensão a enfermidade não deveria estar nela e muito menos em alguém do seu grupo. Ou seja, neste exemplo, evidencia-se que a tuberculose possui um lugar que lhe é próprio e natural: organismos de pessoas em desvantagens econômico-sociais, pois quando habita outro corpo, considera-se que esteja “fora de seu lugar”. Este lugar natural-social que impregna as representações sociais sobre a tuberculose aponta que esta patologia possui grande força afetiva capaz de atingir as subjetividades sociais mobilizando sentimentos, reações e atitudes de rejeição, negação e muito estranhamento frente a ela. A enfermeira destaca esse aspecto ao concluir seu relato

mencionando que, ao se deparar com a doença em alguém da família, a pessoa “nem tem coragem de dizer”.

Este exemplo, objetivamente demonstra as dimensões das representações sociais: conhecimento e atitude, e seu poder de mobilização social e de orientar práticas cotidianas de manejo dos objetos socialmente representados. Diante do objeto estranhado, como agir? Como dizer e assumir socialmente que se tem na família alguém com tuberculose? Como conversar sobre isso? Descontextualizando-se, tirando de si a pressão normativa que o objeto lhe impõe, deslocando-se a doença para alguém de seu convívio, mas que ocupa outro lugar. Porém, ao se produzir o discurso para a mídia de que a adoecida é a empregada doméstica e não alguém de sua família, a pessoa (re)produz subjetividades e contribui para arraigar ainda mais as ideias circulantes sobre a doença e seus doentes, ajudando a cristalizar realidades socialmente construídas em torno da doença.

A disputa entre os saberes, social e científico, se mostra árdua, pois, se por um lado, a ciência produz saberes e investe em fazer circular informações sobre a doença e acometidos no sentido de dar mais clareza sobre os processos de adoecimento, tratamento e cura da tuberculose, por outro, os afetos e as práticas produzidos no cotidiano das conversações contribuem para manter circulando elementos que alimentam as imagens de modelos antigos que ainda não foram superados no pensamento social.

Investindo um pouco mais nesta discussão, identifica-se que, para duas depoentes, uma do grupo NATB e outra do grupo ATB, amparadas no imaginário social construído em torno da doença que remete ao medo e à vergonha, ao ser acometido por tuberculose, fatalmente o doente sentir-se-á constrangido pelo seu estado:

[...] doença que ainda hoje é vista de uma forma bem preconceituosa [...] o paciente vai ficar envergonhado, embora a enfermeira oriente e diga para ele que não tem que ter vergonha, que é uma doença que ele vai curar [...] é impossível ele não ter vergonha.(EFNATB3)

[...] Ele não é um paciente de ombros erguidos. Esse encurvamento pode ter duas causas: uma orgânica pela acomodação para não ter dor e respirar melhor, mas ele reflete, também, o acobramento de estar doente, porque o paciente tem vergonha de estar doente. (EFATB16)

A ideia do estigma e preconceito que leva o paciente ao isolamento social, compulsório ou voluntário, embora seja mais presente no grupo NATB, com 04 (15.3%) sujeitos, também perpassa o discurso de depoentes do ATB (EFATB6 e EFATB26). Essa condição do adoecimento por tuberculose como um fato marcante na vida social do indivíduo bem como o consequente isolamento pode, no dizer dos sujeitos, transcender o momento do adoecimento e seguir permeando seu convívio social. Essa ideia baseia-se na compreensão de que a doença é um evento marcante na história individual das pessoas e, se tratando da tuberculose, transcende a esfera do individual e estende-se também ao coletivo:

É como se ele ficasse marcado, eu vejo a TB como um prejuízo humano muito grande [...] pelo preconceito, pela distância que os familiares acabam tendo do indivíduo, é como se ele ficasse marcado [...] a marca não some, quando a gente diz: - "Acabou o tratamento", fica no passado, não fica, parece que a pessoa fica marcada de TB [...] é como se aquilo fosse um marco na história dele, como uma coisa negativa, é diferente! Se eu tenho diabetes eu consigo conviver, mas parece que se "eu tive TB" é como se **ficasse impressa na vida do indivíduo** [...] mesmo curada ela permanece [...] então não é uma coisa que fica no passado, **ela fica em algum lugar**. (EFATB26)

A própria pessoa [doente] já se afasta dos outros clientes, já tosse meio reprimida, às vezes nem são os outros que se afastam é a própria pessoa que já mantém distância. (EFATB6)

A tuberculose é uma doença que marca muito [...] tem muito preconceito [...] parece que todo mundo vai ter medo daquela pessoa porque ela tem ou teve tuberculose, é um fato... assim... [pausa] na vida da pessoa. (EFNATB8)

[...] é uma doença que é muito recriminada [...] eles mesmos [os doentes] tentam se isolar, lá no cantinho [...] o paciente fica muito constrangido e se isola. (EFNATB6)

A depoente EFNTB6 completa a sua ideia dizendo que os doentes veem a tuberculose "como uma coisa do outro mundo", o que, segundo ela, explicaria o comportamento de isolamento que os mesmos se impõem por vergonha da doença. Esse comportamento seria reforçado pelas atitudes de afastamento físico que denotam o preconceito das pessoas em relação a esses doentes, já que, na sua observação cotidiana, esses comportamentos são frequentes, inclusive entre os clientes da UBS que comumente se afastam, levantam-se dos bancos em sala de espera, ao saberem

que estão próximos ao doente acometido por tuberculose. Relatos de comportamentos dessa natureza estão descritos por 100% do conjunto de depoentes:

Eu acho que continuam discriminando, se separam, se levantam do lado, não ficam do lado, isso a gente verifica com frequência aqui na Unidade. (EFNATB4)

Eles não gostam de sentar perto [do doente], não ficam conversando com eles, os pacientes com TB conversam entre si, mas os outros se afastam deles. (EFATB23)

Estudos que tem como objeto a representação social de doentes sobre a tuberculose (SOUZA;SILVA;MEIRELLES, 2010; RODRIGUES; SOUZA, 2005) mostram que estes adotam comportamentos de manutenção de segredo sobre a doença, como consequência do preconceito que existe em torno dela. Explica-se tal comportamento pelo temor do julgamento social, ou seja, no medo da humilhação e da vergonha. Essa construção social da vergonha e consequente isolamento, elaborada em torno do doente com tuberculose, como se mencionou, é antiga e amparou-se, ao longo do tempo, na ausência de explicações lógicas do ponto de vista epidemiológico para o adoecimento. E mesmo quando essas já existiam, perdurava a resistência em introduzi-las ao mosaico de explicações que transitavam no imaginário social.

Por muito tempo a moléstia configurou-se em um enigma que desafiava a ciência e o senso comum, provocando, assim, o surgimento de um corolário de explicações para a sua existência. Na antiguidade, explicava-se o adoecimento, entre outras ideias, como consequência de outras patologias, a exemplo de pneumonia que não seguia seu curso habitual ou lesões ulcerosas resultantes de traumatismos pulmonares. Paralelamente, no senso comum, fortaleciam-se as concepções religiosas de vontade divina para justificar o adoecimento.

Durante boa parte do século XIX interrogava-se a hereditariedade da doença, já que famílias inteiras sucumbiam a ela. Essa diversidade de explicações, ou algumas vezes, a ausência delas, só alimentavam os temores da sociedade e esses se inscreviam na dúvida de ser ela, ou não, uma moléstia contagiosa (BERTOLLI FILHO, 2001).

Essa atitude que cercava os doentes em décadas passadas e que ainda pode ser observada modernamente foi denominada por Bertolli Filho (op. cit) de “tisiofobia”.

O autor usa essa expressão para descrever o declarado, ou algumas vezes disfarçado, redimensionamento social que os doentes com tuberculose sofriam e que os levavam, muitas vezes, a voluntariamente se isolar movidos pelo constrangimento que o convívio social, antes familiar e protetor, agora impingia.

Para a ciência, as certezas quanto à forma de transmissão da doença só vieram em 1882, com a descoberta do bacilo causador da moléstia, o *Mycobacterium tuberculosis*, pelo médico e pesquisador alemão Robert Koch. O preenchimento dessa lacuna, no que concerne à ciência, aparentemente não impediu que a tuberculose continuasse a povoar o imaginário social. E se as descobertas científicas reformulavam, a passos largos, os conhecimentos médicos referentes à patologia, no pensamento do senso comum, os códigos de comportamentos entre enfermos e não enfermos não se alteraram tão rapidamente mediante as certezas da ciência.

O simbolismo do ambiente das Unidades Básicas de Saúde no contexto das representações sociais sobre a tuberculose

O ambiente das UBS é tema recorrente no depoimento de 32 sujeitos (61.4%) sendo 19 (59.4%) no grupo NATB e 13 (40.6%) no grupo ATB. Ele assume simbolismos para as enfermeiras por ser o lócus do encontro entre sujeitos e objeto de representação, mesmo para aquelas que não atendem diretamente os doentes com tuberculose. Para as enfermeiras, a caracterização desse ambiente, nas condições descritas, configura-se como importante elemento para dar sentido à ideia de risco e preocupação ligadas à tuberculose.

Considerando-se que foi possível identificar na análise das unidades de contexto que as enfermeiras objetivam a doença na figura do doente, entende-se que elas assim o fazem em relação ao ambiente, pois objetivam a (in)segurança ocupacional nas condições que o ambiente oferece. Assim, ele reveste-se de importância na elaboração de suas representações sociais sobre a tuberculose, pois na dependência da caracterização que fazem dele e do simbolismo que assume para elas, configura-se como um dos elementos a compor essas representações embasando os comportamentos que serão adotados por elas frente ao doente.

Para as depoentes, a estrutura física dos consultórios é descrita como lugares insalubres que mantêm o profissional em permanente risco ocupacional. Essa situação

é relatada, por muitas delas, não só pelo ambiente da UBS onde desenvolvem suas atividades profissionais, mas baseadas também, na realidade que conhecem de outras Unidades.

O que me preocupa na maioria, das vezes, é essas Unidades não terem um bom espaço. Salas pequenas, sem ventilação, eu acho que as nossas colegas ficam muito expostas ao risco [...] a gente ouve, muitas vezes, colegas se queixando que as salas não têm janelas para abrir, não tem mesmo condições de trabalho. (EFNATB15)

Ser oferecido uma estrutura mínima dentro do serviço, uma estrutura física que garanta um mínimo de condição de trabalho para os profissionais. Eu vou te dar um exemplo bem concreto: o atendimento de TB em uma sala de 1,5m por 1,5m no máximo, com uma portinha de 50 cm de abertura, tipo balancim, é algo revoltante, inaceitável! (EFNATB19)

Me preocupo também com os ambientes que eu vejo nas Unidades, locais assim... que não têm condições do enfermeiro atender, salas pequenas, sem ventilação. Eu acho que, para atender doenças transmissíveis em geral, é necessário um ambiente com condições de biossegurança. (EFNATB20)

[...] o que eu tenho visto muito nas colegas que atendem TB é essa preocupação com o ambiente, por conta do pouco favorecimento que a gente tem nos Serviços em termos de ambientes melhores [...] então isso é uma preocupação maior dos enfermeiros. Nesse momento, só me lembro das meninas da Unidade X, que trabalham duas em uma mesma sala, uma salinha fechada, sem ventilação, isso é passível de preocupação sim! (EFATB26)

A nossa sala não é adequada, essas coisas preocupam. A gente [precisa] ter uma sala adequada, ventilada, que tivesse janelas, portas abertas, que desse para circular completamente o ar e que fosse só para esse tipo de Programa, na verdade são vários Programas na mesma sala. (EFATB20)

Para 05 (26.3%) das depoentes do grupo NATB e 04 (30.7%) do grupo ATB a ideia de risco ocupacional se faz em co-ocorrência com o risco de contaminação para outras pessoas que estejam presentes no ambiente da UBS:

A minha preocupação maior é o ambiente mesmo, a estrutura [física], não tem uma estrutura boa para atender esses casos [de TB] todos os pacientes ficam misturados com crianças, com todo o mundo, existe sempre o risco de contaminação. (EFNATB6)

Na questão do ambiente seria ter um espaço melhor, que as pessoas não ficassem aglomeradas ali [...] onde eles [os doentes] ficam esperando para serem atendidos é uma área de grande circulação de pessoas [...] eu acho complicado ficar lá nessa área porque passa muita gente e eles

ficam tossindo lá e podem estar liberando bacilos e podem transmitir para outras pessoas. (EFNATB11)

Eu tenho medo também em relação à biossegurança, de não ter uma sala adequada para atender TB, também de não ter uma sala específica. Porque a gente fica misturando paciente de TB com criança, gestante [...] às vezes o paciente está transmitindo. Isso me preocupa. (EFATB7)

A preocupação é a transmissão. O ideal seria que todas as Unidades tivessem salas com janelas, mas nem todas as Unidades têm, geralmente é ambiente fechado [...] a maioria das Unidades não tem estrutura adequada para atender os casos de TB [...] com a população que frequenta a Unidade, que elas também não corram risco, porque nessas Unidades pequenas, como é a nossa, as pessoas ficam muito aglomeradas pelos corredores. (EFATB1)

Essa concepção do ambiente como um espaço de risco é construída a partir do conhecimento de que a tuberculose é uma doença transmissível, portanto, sendo o ambiente da UBS o espaço de interação física entre profissionais, pacientes e outras pessoas, quando este não atende a algumas peculiaridades, configura-se como uma potencial ameaça para aqueles que ali convivem.

O ambiente também emerge no campo de representações sociais em pesquisas que envolvem doentes, doença e cuidados de enfermagem. Silva e Ferreira (2009), ao estudarem as representações sociais de enfermeiros que atuam na terapia intensiva sobre a tecnologia própria do setor, identificaram o ambiente como parte do campo das representações sociais desses profissionais, pois para eles, o ambiente da terapia intensiva guardava íntima relação com o estado do doente, remetendo a ideia de sofrimento e morte iminente.

Compreende-se que as representações sociais não se engendram na individualidade e sim, em um contexto social que participa do processo de sua formação. (JODELET, 2001). Assim, as enfermeiras têm o ambiente das UBS como um elemento da construção de suas representações sociais sobre a tuberculose por ser parte de seu cotidiano e o local onde emergem e circulam ideias/informações sobre a doença e onde interagem com os doentes e outros profissionais.

Para 07 (21.8%) enfermeiras, sendo 03 (15.7%) do grupo NATB e 04 (30.7%) do ATB essa co-ocorrência se manifesta na preocupação com o paciente. Para elas, o ambiente, não só pela estrutura física, mas pelas condições que oferece para desenvolver a consulta, é desfavorável também para o paciente, já que não assegura o

seu bem estar ou garante a privacidade necessária para gerar um atendimento com qualidade:

A outra preocupação é com o ambiente [...] a sala que a enfermeira atende é um cubículo, não tem condição nenhuma, a sala não tem janela [...] então a questão da estrutura da Unidade é um fator que deveria mudar para se adequar para um melhor atendimento para o paciente e mais seguro para o profissional. (EFNATB21)

Ter um ambiente adequado, um local arejado que tenha condição dele atender, para não estar em um ambiente fechado com um paciente e reduzir assim a contaminação [...] dar mais segurança para os profissionais e até para os pacientes [...] se o enfermeiro se sente seguro ele é mais atencioso com os pacientes, como alguém vai atender bem se estiver com medo? (EFNATB22)

Adequar essas Unidades para dar mais tranquilidade para os profissionais e mais qualidade para o atendimento, porque se tu atendes tranquilo tu atendes melhor. (EFATB15)

Essa questão do ambiente [a solução] é arrumar este espaço, arrumar esta sala para a gente ter ventilação e poder atender os pacientes com tranquilidade, com privacidade, isso é importante!(EFATB23)

Eu acho que a sala da enfermeira é uma sala bem visitada, então se eu estou atendendo um paciente de TB eu tenho que estar somente atendendo aquele paciente naquele momento, porque se começa a entrar varias pessoas o paciente vai ficar envergonhado. (EFNATB3)

O depoimento de EFNTB3 chama a atenção para a grande movimentação na sala de enfermagem como uma dificuldade para assegurar a privacidade do paciente. Ressalte-se que em qualquer situação que envolva uma relação profissional-cliente a privacidade deve ser assegurada, portanto, o direito a essa privacidade não é uma prerrogativa unicamente dos clientes acometidos por tuberculose. Mas, há que se considerar que, particularmente para esses clientes, mediante toda a discussão aqui apresentada, se demonstra claramente que essas condições, ou a falta delas, os afeta diretamente, já que profissionais, familiares, outros clientes e os próprios doentes adotam comportamentos influenciados pelo conhecimento construído sobre a tuberculose e que tem como elementos as ideias de contágio e preconceito que circulam no meio social sobre a doença e que organizam as representações sociais sobre ela.

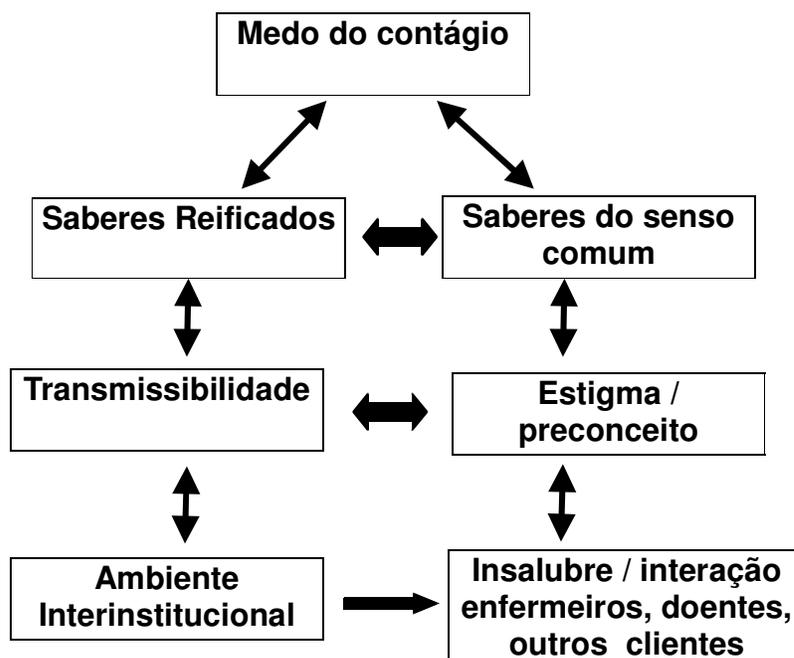
Esses aspectos sobre o objeto deste estudo remetem-nos aos escritos de Moscovici (2003) quando nos fala das funções das representações sociais. O autor instrui que elas nos permitem convencionalizar objetos, pessoas ou acontecimentos, considerando que estamos individual ou coletivamente cercados de informações como em “um ambiente virtual” que nos bombardeia, queiramos ou não, com informação na forma de palavras, ideias ou imagens. Assim, para compreender objetos ou pessoas fazemos com que esses se insiram em um “molde” previamente estabelecido e atribuímos valores que nos ajudam a interpretar uma mensagem como significativa ou não.

As representações, no dizer de Moscovici (2003), também têm uma força prescritiva que se impõe sobre nós e que são resultados de sucessivas gerações, elaborações e mudanças que ocorrem ao longo do tempo. São as tradições que nos determinam o que deve ser pensado. Aparentemente nada escapa a essa força prescritiva, pois toda construção de conhecimento na ciência e todo pensamento leigo não surge do vazio, são elaborados e se retroalimentam mediante conhecimentos e ideias anteriores e memórias coletivas.

Nessa linha de pensamento, entende-se que as enfermeiras, ao construírem suas representações sociais sobre a tuberculose, estruturam-nas mediante um modelo que articula conteúdos que remetem à ideia de transmissibilidade da doença, elemento construído no saber científico. Bem como ao estigma, preconceito e vergonha que ela gera e que estão cristalizados na memória coletiva.

Esses conteúdos relativos aos saberes das enfermeiras guardam estreita relação com o ambiente institucional, que se contextualiza como o espaço de interação entre enfermeiras, doentes, outros clientes e onde pode se manifestar o estigma, além da possibilidade de serem experimentados os sentimentos de medo e vergonha. Esse ambiente, ao se configurar como insalubre, parece funcionar como um elemento facilitador e com potencial para transmissão da doença. Dessa forma, conhecimentos, experiências e ambiente institucional se articulam e organizam o pensamento das enfermeiras, retroalimentando-se. Assim, vão servindo de base e erigindo a ideia do medo do contágio que, por sua vez, ajuda a cristalizar o medo do doente. Esses elementos sintetizam-se no modelo abaixo:

Esquema 1 - Elementos que organizam as representações sociais das enfermeiras sobre a tuberculose.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS ENFERMEIRAS SOBRE A TUBERCULOSE E SUAS RELAÇÕES COM AS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NO TRATAMENTO DA DOENÇA

Considerando-se que as representações sociais são a construção de um conhecimento que implica em ação, no que concerne às enfermeiras, a de cuidar dos doentes, constata-se que essa ação é influenciada pelo medo, conforme se evidenciou no modelo de construção das suas representações sobre a doença. O medo do contágio, gerado a partir desse conhecimento, permite explicar o distanciamento que algumas enfermeiras, tanto as que atendem os doentes como as que não atendem, estabelecem em seu cotidiano de lidar com eles nas UBS.

Esse distanciamento nem sempre é físico, mas está implícito de forma subjetiva e descrito por algumas delas, a exemplo do “atendimento às pressas” ou na necessidade de alguns enfermeiros mostrarem-se “mais atenciosos” com os doentes. No dizer das depoentes, para gerar a atenção com qualidade, seria necessário que a enfermeira pudesse compartilhar com o cliente de um ambiente que trouxesse a

requerida segurança, que resultaria em tranquilidade para estabelecer com ele a aproximação que elas compreendem como necessária.

Do ponto de vista técnico, destaca-se que o tratamento da tuberculose é predominantemente realizado em ambulatório (KRITSKI *et al*, 2002), posto que poucas são as indicações para hospitalização das pessoas acometidas (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2011). Dessa forma, é premente que as instalações das UBS sejam adequadas ao atendimento, possibilitando um relacionamento entre doentes e profissionais que tenha como foco o cuidado a ser prestado a ele e que resulte em atenção com qualidade, além de minimizar os possíveis riscos de transmissão da doença para esses profissionais e demais pessoas que frequentam as UBS.

Entendendo-se o ambiente institucional como um dos elementos que organizam as representações sociais das enfermeiras sobre a doença, defende-se que os ambulatórios das UBS destinados ao atendimento de doentes com tuberculose devem possuir estrutura física, administrativa e de recursos humanos que contemplem as necessidades específicas ao controle da tuberculose, assegurando o atendimento às normas de biossegurança. Estas serão objeto de discussão mais detalhada no capítulo VII.

Nesse contexto, entende-se que é complexo para a enfermeira manter o foco no tratamento do doente se, guiada por seus afetos, ela entende que está em uma situação de perigo de contágio. É patente em seus depoimentos que, se existirem condições ambientais por elas consideradas seguras, isso poderá favorecer o desenvolvimento da especificidade da atenção que o doente com tuberculose requer. Não se fortalecerá, na relação com o doente, a necessidade de lançar mão de barreiras físicas, a exemplo da máscara que, do ponto de vista epidemiológico tem indicações específicas (BRASIL 2010b; BRASIL, 2011) e que do ponto de vista social pode ser estigmatizante, posto que parece objetivar a doença para os outros clientes nas UBS.

Vale ressaltar que, na relação das enfermeiras com os doentes, comparecem os saberes do conhecimento reificado, ao tempo em que são atravessadas pelos afetos. Assim elas também carregam para o seu cotidiano profissional crenças, imagens, uma vez, como já se discutiu ao longo deste capítulo, a fantasmagoria que reveste a tuberculose é antiga e forte.

O Protocolo de Enfermagem, ao tratar da humanização no atendimento aos doentes com tuberculose, evoca a Política Nacional de Humanização (PNH) e diz que uma “clínica humanizada exige do enfermeiro um exame permanente de seus próprios valores e compromisso ético com o usuário” (BRASIL, 2010b, p.114) para que ele seja capaz de ajudar no enfrentamento da doença reconhecendo as singularidades do doente. Cabe refletir que, ao estabelecer esse raciocínio, a Política Nacional de Controle da Tuberculose, muito acertadamente, reconhece que as subjetividades e singularidades importam no momento em que as intersubjetividades doente-enfermeira se estabelecem. É, pois essa reflexão, que se entende, deve preceder a ação de organizar os serviços de saúde para o atendimento dos doentes com tuberculose, assegurando suportes técnicos, operacionais e profissionais para que os enfermeiros possam tratar os doentes, estabelecer vínculos e contribuir para o sucesso da terapêutica.

As enfermeiras que participaram deste estudo, ao expor seus pensamentos sobre a tuberculose, frequentemente os trazem associado à figura do doente. Assim, no capítulo que segue apresenta-se e discute-se essas ideias.

CAPÍTULO VI

SEGUNDA LINHA TEMÁTICA

O DOENTE COM TUBERCULOSE: ESTEREOTIPADO E TEMIDO

Na segunda grande linha, investiu-se na busca de conteúdos que pudessem descrever o doente, ou seja, chegar a uma tipologia desse doente. Assim, buscou-se conhecer como as enfermeiras articulam o que sabem sobre a doença e sobre o sujeito do adoecimento para compreender como organizam suas representações sociais sobre a tuberculose. Nesta linha, a construção das representações sociais traz elementos que se apoiam no estereótipo e na ideia de vulnerabilidade vinculada a determinados grupos sociais. Dessa forma, na análise dos conteúdos das representações sociais identificaram-se características atribuídas aos doentes que foram classificadas em 03 grandes grupos, quais sejam: características físicas, características psicológicas e características sociais.

Características Físicas

A descrição dos doentes centrada nas características físicas, seja o emagrecimento ou outra característica, foi expressa por 100% dos sujeitos do grupo NATB e 88.4% (23) do grupo ATB. Ao serem questionados se os doentes com tuberculose teriam alguma característica própria, 25 (96%) sujeitos do grupo NATB e os 23 do ATB marcam no seu discurso uma característica física que é o emagrecimento. Assim, identifica-se à luz dos dados que, para as enfermeiras, a descrição dos doentes se dá por meio de estereótipos que foram construídos e predominam no imaginário social. Dessa forma a doença se objetiva na figura clássica do “físico”: magro, pálido, encurvado e fraco.

As definições de saúde e doença variam de acordo com características individuais, familiares, culturais e sociais. Nas comunidades ocidentais, as definições de saúde incluem aspectos físicos, psicológicos e comportamentais. Dessa forma, definir alguém como doente envolve aspectos que consideram diferentes esferas de percepções: na esfera individual, a pessoa se reconhece doente; na esfera coletiva, é reconhecida como tal pela sociedade, sendo que podem, também, articular-se os dois tipos de percepção. No elenco de experiências físicas ou subjetivas que estão

implicadas nesse processo de decodificação de si mesmo ou do outro, estão as mudanças percebidas nas funções orgânicas, que se objetivam no funcionamento de membros, mudança em algum dos cinco sentidos, estados emocionais exagerados ou incomuns, mudanças de comportamento e mudanças na aparência corporal (HELMAN, 2003).

Portanto, entende-se que a tuberculose, ao provocar mudanças no aspecto físico dos doentes, que interferiam em seu cotidiano e os marcavam profundamente à época em que a moléstia não tinha cura, suscita que as enfermeiras a objetivem nesse estereótipo construído socialmente e que, aparentemente, ainda hoje conserva reminiscências. Assim, ele passa a ser reconhecido como doente para a sociedade:

É aquele doente muito magrinho, pálido, encurvadinho, tossindo muito. (EFNATB6)

O doente de tuberculose, a gente vê o estado geral da pessoa, a aparência, a magreza, a palidez, está com tosse, é o tísico! [risos]. (EFNATB13)

É aquele paciente emagrecido, bem pálido, com aparência física mais sofrida, abatidinho. (EFATB1)

É aquele paciente que chega emagrecido, tossindo, pálido, a maioria das vezes dispneico, arfante. (EFATB24)

A depoente EFNATB25, ao lhe ser pedido que descrevesse um doente com tuberculose assume que o faz pela estereotipia:

No “olho” o que é mais visível mesmo é o emagrecimento [...] aquele estereótipo de paciente com TB, emagrecido [...]. (EFNATB25)

Esta estereotipia, além de decodificar o doente, estaria também servindo de base para a concepção de que a sua aparência física pressupõe a gravidade da doença, pois para 07 (27%) enfermeiras, do grupo NATB e para 05 (22%) do ATB, guiadas pela racionalidade científica, o estereotipo do “tísico” seria também a reafirmação do estágio avançado da patologia:

[...] quando ele já está em um processo de adoecimento um pouco **mais avançado** geralmente ele fica **mais emagrecido**, [...]. (EFNATB3)

Se estiver em uma fase **muito avançada**, aí fica **muito emagrecido**. (EFNATB17)

[...] É possível [diferenciar] quando a pessoa está **mais debilitada**. Aquela que está **mais emagrecida** [...] se for aquele em **estado avançado** ele é **muito magro, super abatido**, pálido encurvado [...]. (EFATB17)

[...] quando está em um **estágio avançado**, aí é possível diferenciar pelo aspecto físico [...] é um paciente **muito debilitado**, com **emagrecimento muito acentuado**, pálido, em **abatimento total**. (EFATB18)

Essa ideia encontra amparo no conhecimento reificado, pois a tuberculose, considerada entre as doenças respiratórias crônicas a mais séria (HELMAN, 2009), é de evolução clínica lenta e que, se não for diagnosticada precocemente, leva ao agravamento do estado físico do doente com a conseqüente alteração de sua imagem corporal à medida que avança sem nenhuma intervenção médica.

Se nos distanciarmos um pouco dessa racionalidade científica observa-se também, nas UR em destaque que, ao fazer a descrição da situação clínica dos doentes, as enfermeiras o fazem de forma enfática. Ao empregar advérbios como “muito”, “super”, “mais”, parecem querer chamar atenção para essa propriedade que a doença tem de figurar no elenco daquelas que só cabem no superlativo. Ela parece não poder ser descrita por palavras que não tragam uma “força” adicional que a destaque. Portanto, referindo-se à tuberculose, não basta dizer avançado ou abatido, pela força que a imagem da doença tem no pensamento social optam por dizer: “muito avançado”, “super abatido”. Isso parece reforçar a ideia de que a tuberculose não é qualquer doença, não é apenas mais uma no elenco de doenças infecciosas com as quais essas enfermeiras podem lidar no seu cotidiano profissional ou pessoal, pois, mesmo tendo o conhecimento de que todas as doenças infecciosas debilitam a pessoa doente, ao se reportarem ao sujeito que abriga a tuberculose elas o fazem de uma forma carregada de simbologia que, para ser explicada, carece de superlativos e gradientes de quantidade.

Características Psicológicas

As características psicológicas aparecem como elementos na descrição dos doentes, sendo que para 02 enfermeiras do grupo ATB elas estão sem co-ocorrência com elementos de aspectos físicos, classicamente marcadores da doença. O estado

psicológico, pela sua própria condição de estar na esfera dos sentimentos, é captado por estas 02 enfermeiras, objetivamente, a partir de sinais que a elas o denotam. Como exemplo, observa-se no depoimento de EFATB16 que a tristeza se objetiva nos “ombros caídos”, em certa postura de encolhimento que, metaforicamente, significa o “peso social da doença que o doente carrega sobre os ombros”. Para EFATB26, a característica psicológica também importa na tipologia do doente, sendo que a tristeza e o retraimento se fazem presentes. À luz da análise destas UR, identifica-se que o sucesso do tratamento se objetiva nas mudanças perceptíveis em seus estados quando ocorrem alterações importantes nos comportamentos e aparência física do doente:

[...] o paciente entra na tua sala, ele é triste pela situação e isso se reflete na postura dele, então é uma postura mais encolhida do paciente e esse encolhimento ele vai se abrindo à medida que ele vai evoluindo no tratamento [...] porque ele tira aquele peso dos ombros, o peso da doença, porque a doença pesa, ela pesa tanto nos ombros físicos como nos ombros não físicos [...] (EFATB16)

[...] emocionalmente, é uma pessoa muito preocupada e mais entristecida, pelo menos no início do tratamento. Depois você vê a medicação fazendo efeito. O paciente começa a ganhar novos ares e novas cores, mas no início você percebe uma pessoa muito cabisbaixa. (EFATB26)

Para 05 (19.2%) enfermeiras do grupo NATB e 05 (21.7%) do grupo ATB, as características psicológicas estão em co-ocorrência com as físicas e aparecem na menção de termos como: triste, apático, rejeitado, preocupado, com medo, presentes em unidades de registro:

É um paciente assim... [pausa] tem aquela fisionomia mesmo de doente, uma pessoa apática [...] quase não conversa... [pausa] fica aquele receio [de transmitir a doença]. (EFNATB20).

A pessoa que tem tuberculose é uma pessoa que tem medo do que está por vir, tem medo do antes [de confirmar o diagnóstico] e do que está por vir [enfrentamento da doença e tratamento]. (EFNATB19)

É uma pessoa triste, que não tem sentido da vida, tem dispneia, magro, o mais característico é isso, o porte físico da pessoa, magro e olhar apático, triste... (EFATB8)

A pessoa que tem tuberculose é uma pessoa que se sente, assim... rejeitada, que já fica preocupada que as pessoas vão saber que ela está doente e não vão querer se aproximar. (EFATB21)

Associar ao doente com tuberculose determinadas características psicológicas ou lhes atribuir sentimentos não tem um caráter de ineditismo. Essa tem sido uma prática frequente ao longo da história da doença no terreno social. A esse processo, que perdurou por muito tempo na trajetória dos doentes, Bertolli Filho (2000, p.496) denominou de "psicologia consuntiva". Esse processo, na ótica do autor, servia para camuflar uma junção de estigmas que eram alimentados tanto pelos doentes, como pelos grupamentos médicos responsáveis por lhes prestar cuidados.

Dessa forma, os doentes viam-se enquadrados, sem ousar refutar, em um modelo psicológico/comportamental que seria próprio dos "consuntivos". As Instituições médicas, em face da ausência de quimioterapia eficaz para combater a doença, seguiam veiculando informações panfletárias e, sendo a informação uma dimensão das representações sociais, que agrega elementos que formam parte na construção das mesmas (MOSCOVICI,1978; JODELET 2001) estas findavam por contribuir, nos níveis cognitivo e afetivo, para a elaboração de representações sociais negativas sobre os doentes. Assim acontecendo, acionavam-se as emoções da sociedade e emergiam, com toda força, os afetos. Considerando-se que, se tratando das representações sociais, essa dimensão não está identificável somente nas relações que se dão entre as pessoas, na dependência de suas construções individuais e suas relações intergrupais, mas que sua existência está manifesta também naquilo que é expresso culturalmente pela sociedade (ARRUDA, 2009), no que concerne à tuberculose, sua emergência reativava medos e preconceitos que fortaleciam a ideia de isolamento desses doentes como única alternativa razoável para proteção da coletividade frente à ameaça da Peste Branca (BERTOLLI FILHO, 2000).

A ideia de que a tuberculose, ao redimensionar a vidas dos acometidos, é capaz de fazer aflorar sentimentos, intensificar ou fazer sucumbir características psicológicas é circulante e mostra a força da dimensão afetiva na organização das representações sociais que se foram construindo em torno da moléstia. Nesse contexto, foram se organizando e estabelecendo possibilidades de mudanças de acordo com as expectativas morais da sociedade e com os avanços da ciência.

Até meados do século XIX, sua representação social como mal romântico dava aos doentes o status de almas inquietas e sensíveis. (BARREIRA, 1993). Essa deu lugar à representação social da tuberculose como geradora da capacidade dos acometidos de fazer revisão em valores morais que não estivessem coadunados com aqueles vigentes na sociedade de então. Que por sua vez, parece substituída, já no século XX, pela representação da doença como um mal social que tira dos doentes a aura de elegância etérea ou a virtude de recuperados moralmente, para alinhá-los à rudeza do desassistido cidadão comum (PORTO, 2007).

Atualmente, no século XXI, conforme vimos os recortes temáticos extraídos dos depoimentos elencados anteriormente, características e sentimentos expressos para caracterizar os doentes, parecem ter sofrido pouco redimensionamento. Se, no pretérito, o doente precisava ter determinação para enfrentamento do preconceito social e de ser cativo de tratamentos paliativos, hoje ele é conclamado a ter essa mesma característica para enfrentar preconceitos semelhantes e os rigores da moderna quimioterapia, felizmente, agora capaz de vencer o bacilo.

Essa dificuldade para enfrentar o tratamento foi descrita por Souza, Silva e Meirelles (2010) em pesquisa sobre representações sociais da tuberculose por doentes em tratamento, onde 100% dos sujeitos relataram dificuldades nesse enfrentamento por conta dos desconfortos que experimentaram, fazendo menção ao empenho necessário para concluí-lo. No estudo em questão, os sujeitos objetivaram o sucesso do tratamento na figura de vencedores.

Reforçando esses achados, cita-se a pesquisa de Paz e Sá (2009) na qual, depois de ouvir 21 pacientes em tratamento e 21 profissionais de saúde, fazem uma reflexão fenomenológica sobre a rotina de cuidados oferecidos para pessoas doentes com tuberculose em tratamento ambulatorial e também destacam as dificuldades relatadas por eles, para seguir o tratamento, em virtude do uso de medicamentos por tempo prolongado e pelos desconfortos que os mesmos causam.

Características Sociais

Para 08 (30.7%) sujeitos do grupo NATB e 14 (60.8%) do ATB a co-ocorrência das características físicas se faz com as sociais. Nesses depoimentos, as UR que predominam são as que denotam a vulnerabilidade pessoal e a vulnerabilidade social,

do ponto de vista socioeconômico, sendo que aí se insere também a questão da baixa escolaridade e as que remetem ao preconceito:

Muitos deles [doentes] são pessoas de baixa renda, baixa escolaridade, não têm muito acesso à informação. (EFNATB21)

A pessoa que tem tuberculose é uma pessoa estigmatizada. (EFNATB11)

[...] são pacientes que têm uma baixa escolaridade, que às vezes têm trabalhos “de bico”, não têm uma renda salarial fixa, não ganham nem um salário mínimo. Tem uma condição de vida bem precária. (EFATB18)

Uma pessoa emagrecida, bastante tosse [...] é uma pessoa que precisa de ajuda, procurando ajuda [...] porque a TB é uma doença com muita discriminação, a pessoa se sente discriminada. (EMATB25)

No que concerne à questão da vulnerabilidade, embora o saber científico habilite as enfermeiras a afirmarem que o adoecimento está na dependência do contato com o agente etiológico, 06 (11.5%) delas, sendo 03 de cada grupo, associam essa vulnerabilidade aos grupos sociais que, historicamente, foram os acometidos pela doença, ou seja, os desassistidos do ponto de vista socioeconômico. Dessa forma, demonstram seu estranhamento ao encontrarem, entre esses doentes, pessoas que, no seu entendimento, não fariam parte desse grupo por ocuparem um lugar social diferenciado, tanto do ponto de vista socioeconômico como de nível de formação escolar. Embora, em seus depoimentos, pareçam demonstrar certa naturalização de que o adoecimento possa atingir qualquer pessoa, logo aparece o estranhamento que denota que o estereótipo do doente desassistido socialmente ainda está enraizado fortemente nas representações sociais sobre a tuberculose:

Hoje em dia **está mudando o perfil**, porque antigamente só adoecia de tuberculose quem era pobre, quem vivia mal, que não comia e tal, agora não, todo mundo pode adoecer. **Hoje a gente tem vários tipos de pacientes de várias classes** e que fazem tratamento para tuberculose, **inclusive** agora nós temos **um vereador** fazendo tratamento. (EFNATB4)

[...] porque tem dois tipos, não é? Tem um doente na Unidade que aparentemente não é uma pessoa emagrecida, **aparentemente parece que ele está bem** e ele está doente, **é um sargento**. Já a maioria que eu vejo tem como característica uma perda de peso muito grande, muita tosse [...] assim bem magrinho mesmo, pálido, que é a maioria das características que a gente encontra [...] tem **um médico** lá [na UBS] que

está doente e aparentemente a gente diz que ele não está doente. Mas teve uma tosse muito grande, ficou com falta de apetite, ele foi fazer exame e apresentou e ele só tinha tosse. (EFNATB6)

Eu acho que qualquer pessoa está sujeita a “pegar”, mas, para mim, os mais vulneráveis são aqueles mais pobres, que têm baixa renda, má alimentação [...] os menos suscetíveis, que nem são tão menos suscetíveis assim, são aqueles que têm boa residência, boa alimentação. Eu digo assim porque eu **também já tive aqui estudantes universitários, advogados**, com TB, então, **na verdade**, essa suscetibilidade **é quase igual** para todos. (EFATB13)

[...] Aí eu digo que **meus pacientes não são só bandidos**, eu **também já tive deputado, general, filho de juíza**. Não são só bandidos, já atendi gente “podre de rica” que até **minhas colegas ficaram “besta de ver”**, queria que você visse como ele agia, é **médico**, ficava **submisso** [...] todas nós ficamos “bestas de ver”, eu falei para ele que não importava classes sociais, todos estamos sujeitos a qualquer doença [...] a pessoa aprendeu tudo isso e baixou a crista [...] uma vez foi ele, a outra vez o irmão dele que já foi **prefeito**. (EFATB2)

A associação da doença ao nível social do sujeito, expressa nas UR extraídas dos depoimentos de EFNATB4, EFNATB6 e EFATB13, marca bem uma aparente transição para naturalização do perfil do doente, pois em seus depoimentos, as enfermeiras admitem uma mudança de perfil, uma “quase” igualdade de condições como menciona EFATB13. Para EFNATB6 há a coexistência de “dois tipos de doentes”. Mas, ainda assim, a condição socioeconômica parece ser o diferencial, pois quando conclui sua descrição e lhe é perguntado se o sargento e o médico, mencionados teriam algo em comum, já que eles, por sua descrição, seriam diferentes dos demais, ela menciona que é sua condição socioeconômica que os diferencia, e acrescenta que por conta dessa condição “mesmo doente eles não ficam iguais aos outros”.

Esta produção de subjetividade sobre os doentes leva a refletir que, apesar de a doença ser a mesma, do ponto de vista epidemiológico, do ponto de vista clínico, ela pode se diferenciar, pois suas manifestação e evolução podem ter cursos diferentes na dependência das condições orgânicas do doente. Observa-se, no entanto, que tais condições orgânicas, ainda que guardem relações com o contexto de vida - de condições e de estilos -, em princípio, pode ocorrer de um doente de classe menos favorecida estar em estado e aparência melhores que outro de classe superior, mas ainda assim, espera-se socialmente que ambos se adéquem às imagens geradas pelos estereótipos que marcam os doentes e os fazem viver a doença e nela serem

reconhecidos de maneiras diferentes pela sociedade. Por isso, os estranhamentos balizados pelas condições sociais que acabam por gerar classificações e hierarquizações entre as pessoas acometidas pela tuberculose que, de antemão, pode gerar atitudes e práticas de lidar – de cuidar, no campo da saúde - criando assimetrias, principalmente no trato pessoal junto aos doentes. Mais uma vez aqui, objetiva-se a força das representações sociais.

Na UR do depoimento de EFATB2, está presente também a questão da supremacia profissional, neste caso, a supremacia médica, que foi social e culturalmente construída, aceita e valorizada no senso comum. Observa-se que ela demonstra a sua estranheza e de seus pares, ao constatar que o médico, acometido por tuberculose, mostra-se ignorante sobre o tema e submisso, como os demais doentes, valorizando, inclusive, os ensinamentos e recomendações recebidos da enfermeira. Assim, possivelmente para ela, os papéis momentaneamente estejam invertidos, pois a submissão de enfermeiros ao saber médico é o recorrente no senso comum.

O estudo de Joffe (1995) sobre as representações sociais da aids serve de modelo para demonstrar como a sociedade, frente ao diferente e assustador, nesse caso as doenças de caráter epidêmico e incuráveis, procura explicações e culpados, bem como justificativas e vítimas e, assim, vai construindo socialmente grupos que caibam em seu modelo explicativo/justificativo para acusar ou proteger. Essas projeções aos grupos, segundo Joffe tanto podem advir de memórias coletivas, de teorias científicas, ou mesmo dos falatórios que circulam no meio social. Este aspecto é identificado neste estudo onde se observa que as enfermeiras, ao fazerem essas projeções da tuberculose em determinados grupos, o fazem mediante sua convivência com as ideias circulantes sobre a doença, no senso comum e no meio científico.

Para essas enfermeiras, que sustentam suas representações tendo como base o estereótipo, sendo a doença uma prerrogativa dos desassistidos socialmente e dos fisicamente frágeis, os que não apresentam essa condição estariam menos vulneráveis a ela. Portanto, a proteção conferida pela pertença grupal dos doentes é forte e está claramente explicitada nos depoimentos dessas enfermeiras, o que demonstra necessidade de investimento na investigação desta questão.

O Doente Perigoso

Além das características até aqui discutidas que ajudam as enfermeiras a delinear a figura-tipo dos doentes, agregam-se outras que fazem parte da tipologia desse doente. Deste modo, ao pensar a figura do doente 22 (42.3%) enfermeiras, sendo 13 (50%) do grupo NATB e 09 (34.6%) do grupo ATB os classificam de duas formas: o que ele é e o que ele faz. Quando pensam no que ele é, o fazem mediante expressões que assumem, para elas, quase uma condição de imanência. Quando pensam no que ele faz, reportam-se aos comportamentos assumidos por eles.

Essas enfermeiras identificam esse doente como alguém que não é um doente qualquer. Sendo um doente com tuberculose, esse aspecto os diferencia, pois na construção que fazem sobre a doença, erigida na ideia de contágio, esse doente assume importância por ser, ou para elas aparentar ser, um receptáculo de micro-organismos configurando-se, assim, em uma fonte de contaminação e transmissibilidade. Dessa forma, ao tentar nominá-lo elas o fazem valendo-se de expressões como: um risco, fonte de transmissão, fonte de contaminação, doente transmissor, comunicando, assim, suas representações:

A pessoa que tem tuberculose é um risco. (EFNATB3)

A pessoa que tem tuberculose é uma fonte de transmissão. (EFNATB10)

A pessoa que tem tuberculose é um doente que pode transmitir. (EFATB5)

[...] tem que ter preocupação para não haver contaminação de outras pessoas, porque a pessoa doente é uma fonte de contaminação [...]. (EFATB6)

A pessoa que tem tuberculose é um doente transmissor. (EFATB14)

Sendo a tuberculose uma doença que sempre ganhou contornos de um fenômeno de relevância social, as representações sociais organizadas sobre ela foram ao longo do tempo sendo resignificadas e reorganizadas sempre acompanhando as mudanças na sociedade, conforme se discutiu anteriormente.

Nesse contexto, ao organizar o pensamento tomando por base o doente como alguém que, ao albergar o bacilo, configura-se em um perigo social, as enfermeiras remetem-se às representações sociais antigas quando o “físico” trazia consigo a marca

da morte. Ao final do século XIX por conta de resignificações da doença no social, os doentes com tuberculose deixam de ser vistos como vítimas para assumir o lugar de perigosos por conta de sua capacidade de disseminar a doença (GONÇALVES, 2000).

A crônica “Assassino” escrita em 1924 por Coelho Neto, poeta, cronista, e um dos fundadores da Academia Brasileira de Letras, mostra esse aspecto do doente perigoso que traz em si a marca da destruição:

“Aquelle typo que vês é um sementeiro da Morte. Se tivéssemos leis mais sabias, mais previdentes, esse monstro, em vez de andar por aqui manchando, com seu luto, o esplendor desta tarde e comprometendo a vida, estaria em um asylo, segregado dos homens. // Está tísico. (...) Sabe que está perdido, di-lo a todos e, propositadamente, dissemina o seu mal”. (citado por Porto, 2007, p.46).

Esse trecho ilustra muito bem o horror que a proximidade com um doente, acometido por tuberculose, representava na coletividade em meados do século XIX, quando não havia meios eficazes para enfrentá-la. Pode-se ver, também, pelos recortes temáticos selecionados, que essa concepção de temor, embora seja do pretérito, se mantém fortemente no presente. Em que pese toda a evolução da ciência para o diagnóstico e tratamento da patologia, o temor relativo ao doente com tuberculose permanece um espectro a rondar a sociedade.

Sontag (1984), ao apresentar a tuberculose e o câncer como doenças metáforas dos séculos XIX e XX, respectivamente, ressalta que, mesmo em presença de novas expectativas, as doenças que suscitaram - ou suscitam - muito mistério permanecem causando pavor, embora, muitas vezes, esse já seja obsoleto. Esse pensamento é válido no caso da tuberculose em que, todo mistério sobre suas causas, já está desvendado e o tratamento eficaz completamente disponível. Mas o que parece descrito pelos sujeitos deste estudo é que nem toda ciência que exista sobre a doença será capaz de dissipar os temores que ela suscita no senso comum.

Das 13 enfermeiras do grupo NATB que classificaram os doentes, para 05 (38.5%) delas, eles são classificados mediante seus comportamentos frente à doença, que entendem como comportamentos que demonstram uma condição de autonomia, fazendo escolhas relativas ao modo como enfrentam o adoecimento e o tratamento. No momento em que se deparam com esses comportamentos dos doentes, de alguma

forma refratários ao tratamento ao qual devem submeter-se, essas enfermeiras reagem traçando uma tipologia desses doentes que se traduz em descuido e rebeldia ou assumem o discurso do “paciente difícil”, já que eles, aparentemente, relutam em seguir seu tratamento. As depoentes do grupo ATB não assumem essa classificação para os doentes.

[...] o paciente de TB, ele é um paciente assim que não gosta de tomar medicação, de se cuidar, porque as drogas são muito fortes, então ele tem aquelas reações e ele abandona [...] têm aqueles rebeldes. (EFNATB2)

São usuários difíceis, não querem aceitar tratamento, tem que fazer com que ele entenda, aceite que é importante para ele, que é importante para que fique curado, se não ficar curado, está prejudicando outras pessoas. (EFNATB6)

A pessoa que tem tuberculose é pessoa difícil de aderir ao tratamento, tem mais dificuldade de aceitar a doença [...] eles, às vezes, dificultam muito o tratamento [...] não fazem a medicação correta, começam o tratamento e param [...] eu acho que eles são mais difíceis do que os pacientes dos outros programas. [...] eu vejo mais essa inadimplência nos doentes de TB. (EFNATB22)

Bertolli Filho (2000, p. 496) diz que, entre os tisiológicos brasileiros, à época da tuberculose sem cura, já grassava a classificação dos doentes como "os mais difíceis de todos os pacientes" o que vem ao encontro dos resultados deste estudo, entre as enfermeiras NATB, em uma demonstração de que, aparentemente, são fortes e cristalizadas as estereotípias em se tratando do que objetiva e ancora a tuberculose como um fenômeno social.

Essas classificações que as enfermeiras fazem dos doentes orientam suas maneiras de lidar com eles, estabelecendo preferências, sendo substrato para que optem, muitas vezes, em cuidar dos pacientes dos “outros Programas” por serem mais fáceis de lidar, como explicitamente aparece no discurso da depoente EFNATB22.

Identifica-se nos recortes temáticos descritos a alusão das enfermeiras de que há claras tentativas dos doentes de fazerem valer o exercício de sua autonomia. Nessas tentativas, os doentes consideram apenas os aspectos que dizem respeito ao individual, ou seja, o desconforto que o tratamento pode causar a eles.

Autonomia é “a faculdade de se governar por si mesmo” (FERREIRA, 2008, p.155) e é um direito a ser exercido por todas as pessoas. Mesmo, ou principalmente,

se tratando de decisões na área da saúde, terreno onde, mesmo que o poder do conhecimento biomédico impere quase que absoluto, frequentemente, o doente é chamado a opinar ou decidir o que será feito com seu corpo ou com “sua” doença. Ocorre que, se tratando da tuberculose, a autonomia do sujeito se perde no momento em que se reconhece a mesma como uma doença transmissível, que extrapola o âmbito individual e remete-se ao coletivo, submeter-se ou não ao tratamento é inegociável no caso de doenças dessa natureza.

Ao doente pertence o seu corpo e não a doença. Esta não é sua propriedade. Tomando como exemplo o câncer, doença também temida e metafórica, se pode constatar que, a autonomia exercida pelo doente em seguir ou não o tratamento é admitida, mesmo que com ressalvas, pelo grupamento médico, considerando que uma negativa do doente ao tratamento traz repercussões apenas no âmbito pessoal e familiar, assim o doente faz com “sua” doença e seu corpo o que lhe aprouver.

A depoente EFNATB22 destaca esse aspecto quando compara o doente com tuberculose aos doentes acometidos de hipertensão que também exercem autonomia sobre seu corpo e “sua” doença nas escolhas relativas a aderir ou não a um tratamento, no caso deles, vitalício. Ao fazê-lo, assumem riscos que são exclusivamente seus: “pacientes com hipertensão, às vezes, não fazem o tratamento corretamente, mas o risco é só para eles”.

Já com a tuberculose, sendo uma doença grave que se transmite de maneira relativamente fácil, o doente perde esse pertencimento. Do ponto de vista epidemiológico e social a doença não é dele. Nesse contexto, ela também é do outro, é da sociedade, tanto que é considerada mundialmente como um dos grandes desafios à saúde pública (BRASIL, 2011).

Doente e doença transitam no social, sendo que, o doente passa a ser o meio pelo qual a doença transita, confundindo-se com ela, pois nele, as pessoas a reconhecem e, muitas vezes, nem conseguem dissociá-los: doença e doente passam a ser a mesma “coisa”, algo indissociável, é a sua objetivação. Por conta da doença que abriga, o doente é alçado de importância do ponto de vista clínico-epidemiológico, por configurar-se nocivo ao bem estar comum. Portanto, as decisões do sujeito adoecido implicam em consequências diretas ao convívio social. O que faz com que causem

tanto *frisson*, seja entre os sábios da ciência (especialistas) como entre os sábios amadores (leigos).

Não se pretende, nesta discussão, que seja ferido de morte o direito de autonomia do doente acometido por tuberculose. Ao contrário, busca-se reforçar a ideia de que ele deve ter o reconhecimento de sua autonomia pelos profissionais, apesar desta ser cerceada no que se refere à opção de tratar-se ou não, como já dito anteriormente. Uma vez em posse do diagnóstico de tuberculose, cabe ao doente iniciar seu tratamento e concluí-lo, pois se isto não for feito, passa a ser classificado como um perigo social.

No que tange à autonomia, esta deve ser exercida para definir, juntamente com a enfermeira, após o diagnóstico médico, que bases sustentarão seu tratamento. Vale aos profissionais lembrarem que, também a pessoa doente encontra-se em uma situação complexa, frente ao inusitado e que, muitas vezes, não sabe como lidar com a novidade. Nessa relação, a postura dos profissionais que a atende, deve ser de ajudá-la a se familiarizar reconhecendo suas dificuldades e respeitando suas peculiaridades, sem perder de vista que o tratamento é padronizado, mas a atenção é individual.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) recomenda, como regime de tratamento para a tuberculose, o tratamento diretamente observado (TDO) sendo que a operacionalização dessa modalidade está na dependência de um acordo tácito entre doente e profissional de saúde para estabelecer a melhor forma de fazê-lo, atendendo aos rigores necessários para garantir a eficácia do esquema, mas respeitando os limites impostos pela rotina de vida do doente que precisa e deve ser seguida por ele (RUFFINO NETTO, 2006).

Ao tomar esses cuidados e seguindo as recomendações previstas pelo Ministério da Saúde para operacionalização do TDO pelas enfermeiras (BRASIL 2010b, 2011), esse profissional pode ter as garantias para o controle da doença e o respeito à autonomia do doente no entendimento de que ele é sujeito do cuidado que recebe (WALDOW, 2006).

A figura-tipo do doente com tuberculose

Ao organizar os elementos que compõem a figura tipo do sujeito do adoecimento, as enfermeiras o fazem centrando, majoritariamente, seus discursos no

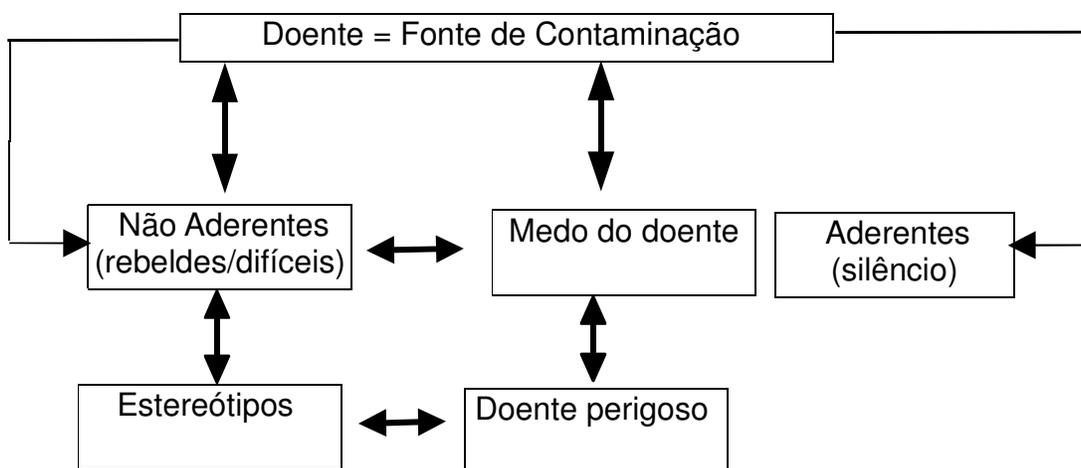
estereótipo do tísico que foi construído socialmente para esses doentes. Ainda que assim o seja, dentre essas enfermeiras, seis delas deslocam a figura do doente para o eixo das vulnerabilidades de grupos sociais e reconhecem que parte desse espaço é daquele grupo que, em se tratando da tuberculose, legitimamente o ocupa: os desassistidos socialmente.

Nessa compreensão, as enfermeiras manifestam sua total estranheza ao identificar que outro espaço, nesse eixo das vulnerabilidades, está ocupado por sujeitos que, por seu diferencial do ponto de vista socioeconômico e de formação escolar, ali não deveriam estar. Escapa à sua compreensão essa possibilidade quando relacionam a sua vivência nos serviços de saúde, as informações que circulam no meio pessoal e profissional e mesmo as estatísticas oficiais sobre a patologia, que demonstram a predominância da ocorrência de adoecimento no grupo dos socialmente vulneráveis. Esse elemento, portanto, é uma nova peça a integrar o quebra-cabeça que ajuda a organizar a representação social da tuberculose para essas enfermeiras.

Faz parte desse repertório a ideia de que o doente é uma fonte de contaminação, tem comportamentos que os configuram em rebeldes e difíceis, portanto refratários ao tratamento. Esse modelo do paciente difícil no qual as enfermeiras enquadram os doentes, ganha vulto nessas representações sociais, provavelmente, porque elas associam esse doente à perpetuação da doença na sociedade, considerando que, ao assumir o comportamento de não aderir ao tratamento, eles possibilitam o surgimento e/ou crescimento de casos da doença provenientes de cepas de bacilos resistentes aos tratamentos vigentes. Vale ressaltar, que os doentes que aderem ao tratamento e, por conseguinte, não assumem esses comportamentos considerados por ela perigosos não mobilizam afetos, portanto, sobre eles, elas silenciam.

Os comportamentos dos doentes enquadrados pelas enfermeiras como difíceis/rebeldes retroalimentam os estereótipos que, por sua vez, (re)constróem a figura-tipo do doente como perigoso, reforçando a atitude assumida pelas enfermeiras de temê-lo. Pode-se visualizar a organização das ideias aqui discutidas no esquema que segue:

Esquema 2 – Elementos da figura-tipo do doente com tuberculose



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A FIGURA-TIPO DO DOENTE E SUA REPERCUSSÃO NO CONTEXTO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DAS ENFERMEIRAS NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

Esses elementos teóricos que se articulam na formação da imagem do doente aplicam-se ao campo prático e ajudam a compreender a atenção que é prestada no contexto das práticas assistenciais das enfermeiras a esses doentes.

É válido inferir que, se as enfermeiras constroem a imagem do doente com base em estereótipos e temor, essa construção nos dá algumas pistas de como deve ser pensada a sua preparação para dar conta de atendê-lo com qualidade, já que no momento do atendimento é incontornável a interação entre doente e enfermeira.

Entende-se que os currículos, na formação acadêmica das enfermeiras, não possam abarcar características e/ou necessidades específicas das diversas áreas, contingenciados que são por limites de carga horária teórico-práticas impostos pelas instituições responsáveis por normatizar a organização da formação superior no país, posto que há um limite máximo de horas para a formação desses profissionais. Apesar disso, no âmbito da formação da enfermeira, ao se discutir o cuidado às pessoas com

doenças transmissíveis, ainda que de forma geral e abrangente, é válido que se considerem os contextos de suas produções: epidemiológico-clínico e psicossocial que, em linhas gerais, importam aos debates das principais doenças de maior impacto na saúde pública.

Após a formação geral, o profissional, não só enfermeiro, pode se especializar por meio de cursos *lato-sensu* e, também, ao ingressar nos serviços de saúde, tem a oportunidade de acessar conhecimentos mais específicos. Assim, ao integrar as equipes que realizam a atenção ao doente com tuberculose, o enfermeiro deve ter assegurada a oportunidade de acessar essa discussão qualificada e específica para lidar com essa clientela, por meio de cursos/treinamentos que fazem parte de Programas de Educação Permanente.

Em geral, nas Secretarias de Saúde de estados e municípios, as áreas técnicas específicas são responsáveis, em conjunto com as áreas de educação permanente, por estruturar conteúdos teórico-práticos em cursos periódicos com o objetivo de reforçar ou atualizar conhecimentos técnicos sobre a doença, posto que esses conteúdos também fazem parte da formação acadêmica dos enfermeiros.

Mediante as discussões e resultados apresentados neste estudo, entende-se que esses cursos sobre tuberculose devem trazer, não só conteúdos clínicos, epidemiológicos sobre a doença. É mister pensar sobre a importância de recorrer à uma formação/atualização com base em projetos educativos dialogados, participativos, trazendo conteúdos e experiências de outras áreas do conhecimento que não só as epidemiológicas e biomédicas. Ao reconhecer que está em jogo, para essas enfermeiras, o saber do senso comum, posto que mostrou-se nesta pesquisa que este está sendo veiculado por elas no momento de cuidar desse doente, entende-se que é preciso trazer novos elementos que possam ajudar na desconstrução dessa representação que se tem da pessoa adoecida, que possam movimentar saberes do senso comum. Essa ideia é demonstrada, explicitamente, no depoimento de EFATB11 quando diz: “eu acho que a parte técnica na TB é menor que a questão social, a questão psicológica que envolve”. Esse depoimento é porta-voz do muito que está implícito nos depoimentos das enfermeiras, de que os temores, os estereótipos, não são elementos discretos na representação que fazem sobre a doença, eles têm uma

força mobilizadora de “tirar o folego”, literalmente, como descrito pela enfermeira EFNATB13.

Essa questão psicossocial que, no dizer das enfermeiras, envolve toda a ação de cuidar desses doentes, mostra também, que na política de atenção a eles direcionada, é preciso pensar nessa movimentação de saberes, não só no grupamento das enfermeiras, mas de outros profissionais que lidam com esses doentes no cotidiano dos serviços de saúde e com a sociedade civil, que é parte do contexto social de doentes e profissionais.

Ressalta-se que nas políticas de controle da tuberculose as iniciativas de mobilização social, no sentido de integrar a sociedade civil e os serviços de saúde, começaram a fortalecer-se a partir de parcerias internacionais. Dentre essas destaca-se a estratégia *Stop TB Partnership*, parceria entre instituições de alta capacidade científica e/ou poder financeiro, tais como: a OMS, Banco Mundial, *Centers for Disease Control* (CDC-Atlanta), *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease* (IUATLD), *Royal Netherlands Tuberculosis Association* (RNTA) e *American Thoracic Association* (ATA) (RUFFINO NETTO, 2002).

A parceria *Stop TB* tem como principal objetivo reduzir drasticamente o ônus global da tuberculose até 2015, de acordo com as metas de desenvolvimento do milênio e dos objetivos estabelecidos pela parceria que tem como principais componentes: buscar a ampliação e aperfeiçoamento da estratégia DOTS de alta qualidade, lidar com a coinfeção TB/HIV, a tuberculose multirresistente e outros desafios, contribuir para o fortalecimento dos sistemas de saúde, engajar provedores de assistência global, contar com apoio de pessoas afetadas pela tuberculose e comunidades, promover pesquisas para desenvolver novos meios diagnósticos, medicamentos e vacinas, além de pesquisas operacionais baseadas em programas de controle da doença. O seu Plano Global lançado em 2006 foi recentemente revisado mediante alguns resultados já alcançados (WHO, 2011b).

Justamente por possibilitar a redução da discriminação social que pode atingir os doentes (WHO, 2011b), a mobilização social ganhou força no contexto do controle da tuberculose na última década, principalmente em Estados como Rio de Janeiro, São

Paulo e Bahia. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose tem feito um investimento maciço de recursos materiais e humanos, incentivando essas práticas com o envolvimento da sociedade civil, inclusive, com a criação da Parceria Brasileira Contra a Tuberculose em 2004 (BRASIL, 2010b), o que tem favorecido que, aos poucos, as mesmas venham se fortalecendo em outros Estados brasileiros, inclusive no Pará.

CAPÍTULO VII

TERCEIRA LINHA TEMÁTICA

LIDAR COM A DOENÇA E O DOENTE: AS ESCOLHAS

Este capítulo trata da terceira linha temática, mapeada a partir da análise dos dados e traz a dimensão da prática. Nele apresenta-se e discute-se os comportamentos identificados mediante os depoimentos das enfermeiras, considerando-se que a circulação de informações e ideias sobre o contágio levam-nas a absorver conhecimentos que passam a integrar seus pensamentos, servem de base aos sentimentos que experimentam e instruem os comportamentos que adotam quando frente à doença, neste caso, mais especificamente, que se objetiva na figura estereotipada do doente.

No contexto desta dimensão, não basta identificar as atitudes que os sujeitos assumem mediante um objeto que para eles tenha relevância, neste caso a tuberculose para as enfermeiras, mas é fundamental buscar a compreensão da dinâmica que coloca em efervescência os afetos que são mobilizados nesse processo, posto que a dimensão afetiva tem papel relevante no funcionamento das representações sociais (CAMPOS; ROUQUETE, 2003; ARRUDA, 2011). É, pois no contexto das práticas que ela se assenta, traduzindo-se nas atitudes que se materializam em ação frente ao objeto.

Assim, os riscos de contaminação e as possibilidades de contágio com os quais, no seu entendimento, as enfermeiras convivem frequentemente no ambiente das UBS, fazem com que experimentem o medo da exposição à doença e ao adoecimento, bem como adotem medidas que assegurem a redução ou eliminação dessa possibilidade. Essas medidas traduzem-se em dois tipos de comportamentos: os significantes, que ganham vulto neste estudo por ser neles que circulam os saberes do senso comum, e os que denotam a aplicação de conhecimentos técnico-científicos, ou seja, nos quais circulam os conhecimentos advindos do universo reificado.

Comportamentos que denotam a aplicação de conhecimentos reificados

Estes são os inerentes à prática cotidiana no atendimento a agravos transmissíveis e à atenção às normas de biossegurança e são esperados nos profissionais no exercício de suas práticas especializadas. Dentre eles, os mais comumente mencionados pelas enfermeiras são: lavar as mãos, agilizar diagnóstico e atendimento, arejar o ambiente onde acontece a consulta aos pacientes mantendo portas e/ou janelas abertas e posicionar ventiladores para possibilitar a circulação e exaustão do ar.

As menções aos comportamentos que advém do conhecimento reificado estão nos depoimentos de 08 (30,7%) das enfermeiras do grupo NATB e 20 (76.9%) do grupo ATB. Ao fazer a descrição, as do grupo NATB reportam-se aos comportamentos que observam nas colegas do outro grupo, enquanto as que atendem falam em seu nome. Aqui se descrevem UR que ilustram esses comportamentos:

Eu acho que o enfermeiro já tem mais preparo, está trabalhando, já sabe. Realmente o enfermeiro tem uma proximidade com a pessoa. Vejo alguns cuidados: lavar as mãos, abrir janelas, ligar ventilador, mas não agressivo. [...] na Unidade em que eu estava, vi o atendimento das pessoas que trabalham lá, enfermeiros, técnicos de enfermagem, alunos, todos compartilhando ali, sem problemas. (EFNATB20)

O nosso ambiente aqui não é apropriado, o consultório de enfermagem é fechado, com ar condicionado, não tem janela, se quiser alguma circulação de ar tem que abrir a porta. Nossa Unidade funciona numa casa, então, os consultórios são onde eram os quartos. Às vezes, eu atendo pacientes lá no fundo da casa onde tem uma pequena área, mas mesmo assim, não é bem ventilada, acho que essa parte do ambiente é inadequada para esse atendimento, mas não vejo isso como um grande empecilho para a gente fazer um bom atendimento para o nosso público. (EMATB25)

Os [enfermeiros] que eu conheço, se comportam de maneira profissional, sabem a maneira que [a doença] se transmite, se protegem, tomam os cuidados corretos de biossegurança. [...] ter postura profissional é tratar o doente da maneira que ele tem direito, esclarecer no seu atendimento, procurar dar acolhida, orientar, tirar dúvidas, não ter preconceitos, isso é tratar profissionalmente. No caso dos enfermeiros, acho que tomar alguns cuidados não é preconceito, é biossegurança, não dá para agir como se não tivesse risco e nem agir querendo colocar o paciente a quilômetros de distância. (EFNATB9)

Nos depoimentos em destaque é possível ver, além da descrição dos comportamentos, o reconhecimento da necessidade da utilização das medidas de biossegurança, considerando que, dependendo da tipologia do serviço de saúde onde desenvolve suas atividades, o profissional estará mais ou menos exposto ao risco de transmissão, portanto, é coerente com o conhecimento circulante no meio científico a necessidade de atentar para as normas de biossegurança ressaltada no depoimento de EFNATB9.

Em manuais técnicos do Ministério da Saúde relativos ao controle da tuberculose estão descritas a normatização das medidas para o controle da infecção por tuberculose. Essas estão de acordo com cada tipologia de Unidade de Saúde, no intuito de promover a proteção tanto de profissionais, como de todas as pessoas que circulem nesses serviços, posto que a magnitude da transmissão da doença difere entre os tipos de Unidades, bem como nos diferentes ambientes em um mesmo serviço. A normatização e adoção das medidas é responsabilidade das três esferas de governo (BRASIL, 2011).

As medidas de biossegurança definidas pelo Ministério da Saúde, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dividem-se em três tipos: 1) Medidas administrativas, são as que visam desenvolver e implementar políticas para assegurar o diagnóstico precoce e tratamento imediato das pessoas acometidas; 2) Medidas de controle ambiental são as que se referem à adaptação de mobiliário e espaços de atendimento; 3) Medidas de proteção individual são as que tratam do uso de máscaras pelo profissional ou pelo paciente. Ressalte-se que os manuais recomendam que esta medida seja sempre feita de forma muito criteriosa e que o profissional tenha o reconhecimento de que as medidas administrativas e de controle ambiental são as que têm maior impacto na sua proteção e dos demais clientes nos serviços (BRASIL, 2010b, 2011).

Identificam-se nos depoimentos de EFNATB7 e EFATB7 as descrições das tentativas, dentro das possibilidades que as UBS apresentam, de colocar em prática algumas dessas normas:

Eu percebo que existe enfermeiro [que atende TB] que, se tem um doente de tuberculose, procura ter mais cuidado com o ambiente em que está e procura facilitar para que o paciente tenha um diagnóstico precoce e procura, também, agilizar o atendimento naquele local. (EFNATB7)

A gente atende todos os pacientes no mesmo espaço, então eu divido o consultório, porque não atendo só TB, atendo outros, a maior parte dos meus pacientes são TB, mas pela necessidade do serviço, atendo também criança e gestante [...] marco sempre os pacientes de TB para chegarem um pouco mais tarde para não ficarem esperando muito. Quando começa os de TB eu abro as janelas, desligo o ar condicionado, tenho um ventilador, coloco na direção para lá [da enfermeira para o paciente] são os cuidados. Sempre ofereço para os meus pacientes lenço de papel, oriento para tossir protegendo e ensino para ter esses cuidados na casa dele também. (EFATB7)

É visível no depoimento de EFATB7 o esforço que a enfermeira faz, ao lidar com o doente em ambiente tão desfavorável, para minimizar o risco de contágio aos outros clientes que precisa atender, sem causar desconforto ou constrangimento ao paciente com tuberculose.

Ressalta-se o descrito pelo enfermeiro EMATB18, que quando o ambiente da UBS atende, ainda que parcialmente as condições de biossegurança, o profissional concentrará suas energias para realizar o atendimento com a qualidade que o caso requer.

Eu não tenho preocupação quanto ao ambiente ou quanto à estrutura da Unidade, porque nós temos uma sala até boa, bem central, com um bom fluxo de ar, tem ventiladores colocados corretamente, então, as minhas preocupações, se concentram no atendimento do paciente mesmo, em garantir adesão. (EMATB18)

No conjunto de enfermeiras que assumem ou identificam comportamentos que se baseiam nos conhecimentos do universo reificado e que privilegiam a preocupação com o cuidado ao doente, predominaram as do grupo ATB. Essa ação pode estar assentada no fato de que essas enfermeiras constroem seus saberes relativos à tuberculose mobilizando conhecimentos oriundos de informações mais qualificadas sobre a doença, aos quais têm acesso, tanto formalmente em cursos e capacitações, como nas conversas com seus pares, circulando e atualizando esse conhecimento, posto que estão na esfera das especialistas. Já as que não atendem os doentes, embora também tenham tido acesso ao conhecimento por meio de treinamentos realizados, esse saber, aparentemente, permanece um tanto disperso e pode estar

“sombreado” pelo conhecimento que circula no senso comum e que para elas aflora com mais força, conforme discutiremos mais adiante quando tratarmos dos comportamentos significantes.

Ressalta-se também, que a familiaridade que o cotidiano de atendimento aos doentes proporciona ao grupo ATB, parece atuar como um elemento facilitador para a emergência desses comportamentos. Pela funcionalidade prática das representações sociais, esse lidar no cotidiano naturaliza o objeto, despe fantasmagorias e alimenta o pensamento, que por sua vez, repercute em ação que pode ser a ele relacionado, posto que o retroalimenta.

Considerando-se que as representações sociais organizam-se mediante saberes, sentidos e contextos e orientam as práticas dos sujeitos, pode-se inferir que, o ambiente das UBS, que ganhou importância para as enfermeiras deste estudo ao comporem a organização de suas representações sociais sobre a doença, pode ser um elemento que, em condições favoráveis, facilitaria o desenvolvimento do cuidado com qualidade aos doentes, sem desdobramentos de ordem ética às enfermeiras, pois elas lançariam mão de seus conhecimentos científicos em um *lócus* de convívio seguro, com possibilidade de estabelecimento de vínculo e com total respeito aos direitos dos doentes sob seus cuidados.

Comportamentos significantes

Comportamentos descritos por 18 (69.2%) sujeitos do grupo NATB e 06 (23%) do ATB são significantes e não se justificam do ponto de vista técnico-científico. São esses que se revestem de importância em estudos de representações sociais por serem os que podem dar alguns indicativos de como os sujeitos organizam suas representações sociais, já que os comportamentos sociais são delas produto, bem como fazem parte do seu processo.

Neste estudo esses comportamentos se estabelecem na ideia de evitar ou de manter o menor contato possível com os doentes, seja reduzindo o convívio com eles, a exemplo de menor tempo na consulta ou introduzindo uma barreira física, como o uso de máscara. Descrevem-se, também, situações que as enfermeiras vivenciaram ou temem vivenciar.

As situações de evitar, de toda forma, atender aos pacientes são relatadas pelas enfermeiras do grupo NATB, como ocorrências frequentes no cotidiano das UBS. A exemplo de rodízios nos setores ou nos momentos em que a enfermeira responsável pela atenção aos doentes com tuberculose, ausenta-se da Unidade em gozo de férias ou por qualquer outra situação e as outras relutam em colaborar substituindo a colega ou apenas permanecendo momentaneamente no setor:

Não querer atender, se recusam a colaborar, por exemplo, como o caso que te citei, não estava a enfermeira da TB, as outras tinham que ir lá dar uma ajuda, mas a maioria nem queria ir, não querem, aí é discriminação, eu acho que não vai porque tem medo. (EFNATB14)

Só te digo que nas férias do enfermeiro [do setor de tuberculose] ninguém vai para o setor dele [...] tanto que, quando tem rodízio aqui, ninguém mexe com ele, [...] na verdade, acho que ninguém quer ir para lá por serem pacientes de TB, é medo. (EFNATB 22)

Uma medida mais drástica em relação à garantia de manter esse distanciamento físico, considerado seguro e mencionado pelas enfermeiras, é ilustrado na existência de uma cadeira fixa no chão a uma determinada distância da mesa, em consultório de uma Unidade de Saúde como forma de evitar que o doente, em comportamento reflexo, se aproxime do profissional:

Sabe aquela história de sentar, afastando a cadeira para o paciente não se debruçar e ficar mais perto da pessoa? Pois é disso que eu estou falando, tem Unidade com cadeira “chumbada” no chão para o paciente não arredar! (EFNATB26)

Considerando-se que os modos de lidar das enfermeiras estão baseados nas representações sociais que constroem sobre a doença, e estas, como já apresentamos, sustentam-se na ideia de contágio, é possível compreender o temor que qualquer aproximação com a doença traga para essas enfermeiras. Assim, em seu cotidiano, naturaliza-se o afastamento do convívio com o doente como uma medida mais eficaz para sua proteção. Evitando o contato, o profissional retira de si a carga de preocupação que teria ao estar às voltas com outras estratégias a serem criadas para afastar ou reduzir esse temor.

Destaca-se que a situação da cadeira fixa mencionada anteriormente, é refutada de forma veemente por EFATB12, a qual não admite que para ela, ou alguém do seu

grupo, possa haver acolhimento para comportamentos que veiculem o reforço do preconceito contra o doente. Essa atitude vai ao encontro da discussão já feita neste estudo sobre os aspectos da dimensão da informação das representações sociais, orientando as ações das enfermeiras frente aos doentes:

Eu atendo normalmente, tenho a mesma conduta, como minha rotina, como qualquer pessoa que vem aqui para fazer tratamento durante um determinado tempo. Não faço nenhuma diferença, para te falar a verdade, eu não gosto de usar máscara, de ficar longe. Sou contra ter a cadeira presa no chão, [...] posso até estar errada, sou contra isso, mas, respeito as pessoas que fazem isso. Não estou anulando a questão da prevenção, não! mas não consigo afastar a cadeira ou colocar uma máscara para atender. Nunca fiz isso e nem vou fazer, se não puder atender o caso por alguma questão minha, por exemplo, um problema de saúde, não vou atender, pronto! Mas se eu for atender, jamais vou colocar uma máscara, essas coisas eu não vou fazer! [...] também acho que é da mesma forma, vendo aqui meus colegas que atendem, não percebo nenhuma situação de rejeição. Essas coisas de cadeira chumbada no chão, já vi de médico que atende [os doentes com TB], mas das enfermeiras não. (EFATB12)

Nos depoimentos de EFNATB26 e EFATB12 é possível inferir que, na relação que se estabelece entre doentes e profissionais, a cadeira que seria apenas uma peça de mobiliário no consultório das UBS ganha status de símbolo e parece ser capaz de objetivar os limites que se estabelecem entre eles, pois mesmo as cadeiras que não estão fixas são, muitas vezes, colocadas pelo profissional em uma distância considerada segura. Dessa forma, elas demarcam territórios, colocam doentes e profissionais nos lugares que socialmente as enfermeiras entendem que legitimamente ocupam. As cadeiras são a fronteira simbólica que será ultrapassada, ou não, mediante quanto de imaginário e fantasmagoria se coloque nessa relação, ou quanto dela se retire de estigma e preconceito.

Situações vivenciadas no contato com doentes são descritas por depoentes do grupo NATB. Uma delas conta que em um momento de sua vida profissional, há mais de uma década, precisou atender doentes com tuberculose. Quando o fazia, retinha em muitos momentos a respiração durante a consulta, o que obviamente resultava em um atendimento rápido para o doente e extremamente desconfortável para a profissional. Assumia esse comportamento na tentativa extrema de proteger-se do contágio sem

constrangê-lo, ao tempo em que se questionava na validade de continuar atendendo esses doentes, considerando que essa situação a incomodava tanto:

A princípio eu tive restrições, ficava preocupada até porque o ambiente de nossa sala não era adequado [...] então quando chegava paciente com três cruzeiros eu ficava meio receosa, mas atendia bem. Não ficava colocando máscara, deveria me proteger [...] nós trabalhávamos assim, digamos, [pausa] “cara a cara” com o paciente, não demonstrando preconceito, sabe? Na verdade a gente não demonstrava, particularmente, eu não mostrava, atendia, depois dava uma volta, pegava um ar, parecia que ia melhorar, entendeu? Mas era assim, [...] como eu te falei, eu tinha preconceito, a gente não pode ser hipócrita, [pausa] então eu procurava até manter meu flego preso, aí eu falava e até me sufocava, eu fui fazer uma reflexão em cima de mim mesma, se eu não estou preparada, por que estou aqui? (EFNATB13)

Outra depoente relata que um dia, saindo da UBS, encontrou-se em um ponto de ônibus com um paciente que abandonara o tratamento. Ela observava que ele tossia muito entre as pessoas que ali estavam aglomeradas. Mediante o perigo que ele representava para todos, ela nada podia fazer, mas conjecturava que, certamente, se as pessoas soubessem que ali estava um doente com tuberculose se afastariam imediatamente:

[...] o que eu pensei? Não vou “esquentar minha cabeça” por que eu não posso parar mesmo de respirar não é? Os outros lá, para você ver: se as pessoas soubessem que ele estava com TB, eu duvido se a maioria das pessoas não ia sair correndo daquela parada [...] eles não iam querer ficar lá, mas como ninguém sabia que ele estava com TB, eu continuei lá e os outros todos continuaram e ele tossindo, jogando bacilos no ar e todo mundo respirando aqueles bacilos. (EFNATB3)

Nesse contexto de situações vivenciadas ou que temem vivenciar, destaca-se o depoimento de EFNATB2 que, mesmo não atendendo os doentes, relata o temor que sente ao pensar na possibilidade de, em eventual convivência com eles, ser “atacada” pelo doente que poderia tossir sobre ela para infectá-la. O temor aqui aparece compartilhado com a aids, outra doença que carrega forte marca social, mostrando que tudo que se relaciona a essa dupla de agravos carrega grande força simbólica (NASCIMENTO, 2005). Neste caso, para a enfermeira, ante o perigo que o doente representa não há como, literalmente, ficar imune. Assim ela dá sentido ao comportamento do doente para justificar o seu próprio comportamento.

Se eu vou para uma Unidade trabalhar com tuberculoso, claro que vou ter aquele receio no início, como a gente tem receio de trabalhar com aidético, nós temos receio, por causa das reações do pacientes, se for levando para o lado da aids, o que aquele paciente poderá fazer comigo? Eu já vou com aquele receio. O tuberculoso qual é o receio? Tossir em cima de mim [...] que tem aqueles rebeldes que pensam: “eu sei que posso transmitir, então eu vou tossir em cima da enfermeira”. (EFNATB2)

O medo que antecipa e atribui comportamentos aos doentes parece ligado aos estereótipos, tão presentes nas discussões sobre a doença e o doente. Ao disseminar as representações sociais que circulavam no início do século XX os tisiólogos, por meio de propagandas sanitárias que veiculavam características físicas e morais estereotipadas dos doentes, os descreviam como “dispostos a infectar inocentes sadios” (BERTOLLI FILHO, 2000, p. 495).

Segundo Techio (2011), os estereótipos, quando entendidos como representações cognitivas individualizadas, são responsáveis pelo processamento de informações objetivando a construção de uma imagem social, sendo que as informações sobre um grupo são organizadas em termos de indivíduos. Ainda que dispondo de poucas informações sobre um determinado grupo é possível iniciar-se um processo dedutivo, exagerando-se nas expectativas e fazendo julgamentos sociais que são também afetados por esses estereótipos, pois existe a tendência, ao fazer a percepção dos atributos, de utilizar esquemas que estão guardados na memória e que permitem inferências que vão além das informações disponíveis.

As situações descritas pelas enfermeiras ilustram quanto de carga afetiva pode ser mobilizada por elas ante o contato efetivo ou possibilidade de contato com os doentes. Arrolam-se angústias, dúvidas, julgamentos e medos antecipatórios, justificam-se os próprios comportamentos e antecipam-se comportamentos de outros personagens do cotidiano. Se é no âmbito das relações do cotidiano que os afetos acontecem (ARRUDA, 2009; WAGNER; HEYS, 2011), é nele que as enfermeiras deles lançam mão e fazem suas tentativas de explicar, compreender e proteger-se.

Comportamentos significantes e uma possível aproximação com representações alternativas

No âmbito dos estudos que se seguiram à criação da TRS, identifica-se uma reflexão inovadora na construção de representações sociais, recentemente proposta

por Alex Gillespie (2008), a qual resulta na descrição feita por este autor, de um elemento que pode estar presente no contexto epistemológico das representações sociais. Esse elemento foi denominado por Gillespie de representações alternativas.

Tais representações foram identificadas, por este pesquisador, ao fazer uma reanálise dos depoimentos que deram origem à Teoria Moscoviciana. Ele as apresenta como sendo “um subcomponente da representação social” (GILLESPIE, 2008, p.380). São consideradas subcomponentes porque estão contidas em representações sociais, portanto, não existem por si, sua emergência está condicionada à existência de representações sociais primeiras, nas quais estariam as ideias mantidas, não pelo sujeito que fala, mas por outros sujeitos, reais ou imaginários, a quem ele atribui aquelas ideias. Dessa forma, as representações alternativas parecem demonstrar a ambiguidade do pensamento, pois o sujeito fala o que seria a fala dos outros, ao tempo em que sugere que talvez pudesse assumir essa fala para si.

Na análise da descrição dos comportamentos elencados pelas enfermeiras, identificou-se frases que se aproximam com as ideias de Gillespie e possivelmente marcam, nesses depoimentos, a presença de representações alternativas.

Destacou-se nos depoimentos de 03 enfermeiras do grupo NATB e 02 do grupo ATB as frases que sinalizam essa possibilidade no movimento que as enfermeiras atribuem ideias às colegas do outro grupo ou de seu próprio.

[...] eu tenho medo, não é bem medo, entende? Mas eu não gosto, não gosto que tussa, por mais que tu mantenha distância, que ele [doente] tenha que ficar ali e tu aqui, mas ele “se joga” assim, prá cima de ti, eu não gosto disso, eu não gosto de trabalhar no Programa por esse fato, não gosto de trabalhar com a doença.[...] **alguns (enfermeiros) têm medo**, querem manter distância [...] se pudessem colocavam máscara toda vez. (EFNATB6)

Os que têm medo, esses tomam todos os cuidados possíveis, atender rápido, explicar o mínimo possível [...] se puder, não atende mesmo, tem uns que não querem nem contato. (EFNATB11)

Alguns encaram o problema e atendem mesmo o paciente. Eu, no caso, tento ajudar, levo para a sala, converso com o paciente, claro que eu tenho o cuidado de usar máscara, no caso daqueles que estão transmitindo, que aí tem o perigo também de a gente contrair a doença nesses atendimentos. (EFATB1)

Em geral, **o comportamento dos enfermeiros é não querer atender [...]** **alguns [enfermeiros ATB] é com rejeição.** Vão atender porque têm de

atender, não tem outra saída, não têm escolha. Se pudesse colocar o paciente lá fora e atender o acompanhante, seria melhor, aí quando se sente seguro, ou seja, depois dos 15 dias de tomada da medicação, está mais seguro, aí diz para o paciente “daqui a 15 dias volte que a gente conversa”. (EFATB3)

A ambiguidade das atitudes parece fazer-se presente no movimento que as depoentes fazem ao explicar o comportamento das colegas que consideram compatíveis com as ideias que expõem e implicitamente parecem estabelecer atitudes ora a favor, ora contra tais ideias. O depoimento de EFNATB6 parece trazer uma justificativa de autoproteção, pois ao tempo em que ela assume que tem medo, também, imediatamente, atribui esse medo a outras colegas mostrando que seus afetos, reações e comportamentos estão em acordo com o de seu grupo. Assim, protege-se do julgamento social, pois assumir a autenticidade do pensamento poderia levá-la ao julgamento, tanto por seus pares como por outros membros do conjunto social, considerando-se que deve ser interdito ao grupamento da saúde a possibilidade de temer lidar com doenças ou doentes. Especialmente no que concerne à enfermagem, posto que o cuidar predomina em suas ações e mesmo o profissional não escolhendo o cuidar, ele lhe é designado e está imbricado em suas ações como um compromisso moral (WALDOW, 2008). Assim, para falar do temor o sujeito se descontextualiza, mas se reconhece no grupo e ao falar do outro, que é parte desse grupo, ele também fala de si.

Gillespie (2008) menciona que, ao fazerem uso de representações alternativas, os sujeitos permitem que as ideias, descritas nas alternativas, e não as ideias principais que servem de base às suas representações sociais, sejam suscetíveis de questionamentos e críticas. Dessa forma, as representações alternativas exerceriam o papel de proteção, tanto do elemento principal (núcleo) da representação social, quanto do grupo, a este elas serviriam como proteção de argumentos passíveis de promover mudança de ideia.

A enfermeira idealizada para cuidar de doentes com tuberculose: a construção de uma figura-tipo

Tendo como base o que se discutiu até o momento sobre a doença e o doente é possível verificar que esse foi descrito pelas depoentes como um tipo que tem algumas peculiaridades. Ele não é qualquer doente, conforme foi expresso por elas. Portanto,

sendo um tipo especial, é válido inferir que para cuidar dele, há que delinear-se também, uma enfermeira que atenda às exigências que esse tipo de paciente requer.

Assim, para 100% das enfermeiras participantes deste estudo existe uma figura que é considerada a enfermeira ideal para lidar com os doentes. Essa figura-tipo seria aquela que, ao congregar um conjunto de características identificadas pelos grupos de enfermeiras, estaria assumindo para elas a identidade social que pode servir aos propósitos que tenha cada grupo. Ao das que atendem os doentes, reforçam sua identidade e as diferenciam das demais. Ao grupo que não atende, reforça suas negativas, pois, ao não identificarem em si alguns desses atributos, têm suas justificativas para não fazer parte dele. Ou seja: a constituição de uma figura-tipo emerge como um recurso que autoriza ou não a enfermeira a cuidar do doente com tuberculose.

Os atributos da figura-tipo

Ao pensar os atributos que modelam essa figura elas iniciam fazendo um elenco daqueles que são inerentes à figura das enfermeiras de um modo geral, são os que devem estar presentes para que essa profissional preste um cuidado qualificado e humano para qualquer cliente. Esses atributos são variados e estão dispersos em seus discursos. Alguns se encontram na dimensão da ética profissional e da ética do cuidado tais como: comprometido, responsável, atencioso, sempre disposto, que sabe ouvir. Outros estão na dimensão pessoal como: inteligente, esperto, rápido, humano. Destacam-se aqui algumas UR que ilustram essa alusão:

Tem que ser um enfermeiro comprometido com o serviço que ele presta, assíduo, pontual, sempre disposto a atender [...] tem que ser humano, porque aqui a gente lida com situações as mais diversas possíveis, tem que ser inteligente, esperto, rápido. (EFNATB1)

Eu acho que, acima de tudo, atencioso, dedicado, estar ali presente para orientar [...] eu acho que acima de tudo é a atenção. (EFNATB3)

Tem que ter disponibilidade para ouvir, tem que ser sensível no sentido de considerar a humanização, levar em consideração o contexto todo e não apenas ser técnico, ter muita paciência. (EFATB9)

[...] ter aquele compromisso de estar junto com aquele doente, não é só entregar o medicamento. Se envolver, ter um tratamento mais humano, uma relação um pouco mais próxima com o paciente [...]. (EMATB18)

À medida que se buscou um aprofundamento na descrição dos atributos, as enfermeiras passaram a discorrer sobre aqueles que seriam imprescindíveis para a profissional estar realmente habilitada a cuidar dos doentes com tuberculose. Entende-se que esses são demandados pelas representações que formam sobre a doença, nas quais está imbricada a figura do doente. Neste raciocínio, 24 (92,3%) entre as NATB e 100% das ATB mencionam não ter medo e não ter preconceitos como os atributos relevantes da figura-tipo da enfermeira para atender doentes com tuberculose:

[...] principalmente não ter medo da doença para poder se dedicar, ter contato com ele (doente) e com a família. (EFNATB6)

Primeiro ela não ter medo, não ter preconceito, atender como se atende qualquer paciente em geral. (EFNATB10)

Para começar, não deve ter medo da doença, fundamentalmente é isso, por que tem uns que têm medo da doença. Por exemplo, quando eu estou atendendo eu abro portas e janelas, o enfermeiro passa lá adiante, ele nem olha e passa longe, eles nem aparecem na porta, então, esses, eu não escolheria para trabalhar comigo, ficaria até com medo de mandar um paciente para eles. (EFATB7)

Primeiro ele não tem que ter medo, para não manter aquela distância tipo “não fica perto de mim”, “não se encoste, não pegue em mim”. A doença não se pega assim, através do contato, é através das vias aéreas, então ele não deve se afastar, como falei ainda agora, não se “vestir de astronauta” (EFATB8).

Não ter medo ou preconceitos passa a ser, para a quase totalidade das depoentes deste estudo, uma condição imprescindível para compor o tipo da enfermeira idealizada. Esses depoimentos ratificam o pensamento que se desenvolveu ao longo da análise na linha temática sobre a doença, na qual se mostrou medo e preconceito como base e consequência de representações sociais sobre a tuberculose, fortemente arraigadas no pensamento social.

Mesmo quando se atem ao conhecimento técnico, elas não o dissociam do medo e do preconceito. Assim, de forma isolada, o conhecimento técnico é expresso por apenas 02 (7,7%) enfermeiras do grupo NATB. Já em co-ocorrência com não ter medo e não ter preconceito é mencionado por 14 (58,3%) enfermeiras do grupo NATB e 17 (65,3%) do ATB. Sendo a informação importante elemento na construção das representações sociais, elas mencionam ter essa informação qualificada, como uma qualidade necessária, no contexto de que, mesmo em uma UBS, o atendimento ao

doente com tuberculose exige um preparo técnico específico para atuar nessa área. Entendendo que a maior consistência no conhecimento da enfermeira propicia a ela uma segurança profissional que pode ajudar a dissipar o medo da doença, aumenta a sua capacidade de persuasão, se reflete na atenção que presta ao doente e assegura a ele a tranquilidade necessária para submeter-se ao tratamento.

Observam-se essas menções nas unidades de registro transcritas a seguir:

[...] tenha conhecimento sobre a doença [...] não ter receios, preconceitos quanto à doença [...] ser acessível para tirar as dúvidas do paciente sobre a doença, saber explicar, ter o conhecimento. (EFNATB11)

Ela (enfermeira) tem que estar bem segura dos conteúdos, tem que estar muito bem esclarecida para não demonstrar medo e preconceito [...] não ter medo de estar lá com o paciente. (EFNATB16)

Ter o conhecimento, saber tudo sobre o tratamento [...] o perfil que digo é isso, goste de trabalhar com o programa, não tenha medo e tenha condições de resolver inúmeras situações que se apresentam lá na ponta. (EFATB2)

Eu não vejo só uma característica, tirando o lado técnico que é condição *sine qua non* [...] do ponto de vista, digamos, pessoal, você não pode, como atitude do enfermeiro, você não pode ter medo, muitas [enfermeiras] têm medo da doença [...]. (EFATB16)

Provavelmente, a co-ocorrência entre ter conhecimento técnico e não ter medo/preconceito predomina no grupo das enfermeiras que atendem os doentes, justamente porque já vivenciam essa experiência no seu cotidiano e entendem que o conhecimento científico ao trazer, entre outros aspectos, a compreensão do que é relevante no contexto da transmissibilidade da doença, pode auxiliar a amenizar os temores que foram construídos no imaginário coletivo e qualificar sua ação de cuidar dos doentes. Essa ideia é descrita por Jodelet (2007) ao explicar que, em estudos que apliquem a TRS, ao se pensar na subjetividade dos sujeitos, não se deve pensá-la na esfera individual. Deve-se fazê-lo, mediante seu contexto social, tanto no contexto das interações sociais, como no das pertencas. Neste caso, seja ao nível das inserções sociais que definem sua identidade, como no entorno onde ele desenvolve suas relações.

Mas, ressalta Jodelet (op. cit), a noção de subjetividade conduz imperiosamente a pensar nos processos que se operam na individualidade do sujeito e que fazem com

se aproprie da “realidade” e construa as representações. Esses processos levam os indivíduos a organizarem representações que são produto de sua própria subjetividade, aí incluídas experiências vivenciadas, ou são aquelas às quais os sujeitos aderem pelo peso de tradições ou de influências circulantes no meio social. Dessa forma, nas análises de representações sociais integramos “o jogo das emoções, dos afetos, dos sentimentos, dos desejos, do imaginário e dos fatores identitários” (JODELET, op.cit p.62), tantos são os elementos que nutrem a construção das representações sociais ao dar forma à subjetividade, seja ela individual ou coletiva.

A dimensão afetiva no funcionamento das representações sociais das enfermeiras sobre a tuberculose.

Um percentual expressivo das depoentes 22 (84%) NATB e 23 (88%) ATB se vale de expressões como ter afinidade, gostar, querer atender, ter interesse, ter compromisso, como importantes requisitos para que a enfermeira seja capaz de atender os doentes com tuberculose:

É preciso gostar [...] porque é lá, na toca do Leão, onde mora o perigo (risos) [...] a doença para muitas de nós é uma fera, alguma coisa muito forte para enfrentar. (EFNATB13)

[...] tem que gostar de fazer e querer fazer, com afinco, fazer direitinho, o paciente de TB ele está fragilizado por conta da discriminação, então por isso o enfermeiro tem que se identificar com esse Programa, agora fazer por fazer e sair levando a diante a “torto e a direito” não é legal. (EFNATB14)

Só atender tuberculose quem realmente gostar [...] ele (enfermeiro) tem que se identificar com o que faz, gostar, sentir interesse, eu acho que é muito forte isso, mas forte do que qualquer coisa, você acaba superando todas as dificuldades possíveis, pelo menos tentando buscar um atendimento para aquele paciente [...] porque quem não está comprometido não está “nem aí” faz tudo de qualquer jeito. (EFNATB19)

Tem que gostar da TB, essa é a característica mais importante justamente para se dedicar. Acho que o principal mesmo é a enfermeira que queira trabalhar com TB, ela tem que querer. Acho que a pessoa que gosta ela faz o resto, ela estuda, se dedica mais. [...] gostar é o mais importante de tudo, [...] se a pessoa não gostar do que faz ela não vai estudar, pesquisar, não vai buscar o paciente faltoso, nada disso [...]. (EFATB4)

É compreensível pensar, mediante toda a linha de raciocínio que se desenvolveu até o momento, que sendo o setor de tuberculose aquele que se configura para as enfermeiras como um local que remete a situações de insegurança, desconforto e temor, ao pensar alguém que deve ocupar esse espaço, essa pessoa deve demonstrar a vontade de ali estar presente. É preciso ter afinidade para que ela sinta-se bem desempenhando as atividades, pronta a enfrentar e superar as dificuldades que são inerentes ao trabalho desenvolvido nesse setor nas UBS e capaz de responder às demandas dos doentes. Essa afinidade, mencionada pela quase totalidade das depoentes como “o gostar”, pressupõe alguém destemido, comprometido, estudioso, dedicado. Trabalhar motivado, em um setor que traz certa fantasmagoria, pressupõe uma assistência qualificada que pode resultar em sucesso terapêutico. Sendo assim, essa motivação é um aspecto importante da dimensão afetiva que parece fundamental para compor o perfil da figura-tipo delineado por essas enfermeiras. Mediante os depoimentos descritos ao longo deste estudo, é possível constatar que os afetos estão presentes em toda a construção de suas representações sociais, reverberam nos modos de lidar e ajudam a modelar a figura da enfermeira.

Quando falam de afetos como compromisso, medos e preconceitos, entre outros, elas mostram que estão lidando o tempo todo, não só com seus afetos, mas também com os afetos do outro, no caso os doentes que podem estar ou não sob seus cuidados. Ter interesse pressupõe aproximação com o doente, ser destemido permite enfrentar a doença metaforicamente nominada como “fera” por EFNATB13. Ser dedicado e estudioso são partes do compromisso profissional que elas entendem como tão importantes no cotidiano de lidar com doentes que são por elas considerados como diferenciados dos demais. Portanto, no dizer das enfermeiras, o enfrentamento do controle da tuberculose no cotidiano das UBS pressupõe as escolhas, que se entende mediada pelos afetos. É preciso gostar para poder atender.

Campos e Rouquette (2003) chamam a atenção para a força da dimensão afetiva no funcionamento das representações sociais, das possibilidades avaliativas que ela convida o sujeito social a fazer quando frente ao objeto de representação e que pode resultar em raciocínios do tipo gostar ou não gostar. Constata-se esse aspecto claramente identificado neste estudo na dualidade dos polos gostar/escolher atender e não gostar/escolher não atender. Demonstra-se ainda como a dimensão do afeto

funciona nas representações sociais das enfermeiras produzindo práticas de rejeição que resultam em comportamentos significantes, nem sempre propositais/racionalizados, mas que, como se vê neste estudo, não passam despercebidos, tanto para os doentes como para os seus pares. Com efeito, a enfermeira que tem medo, não gosta, não escolhe atender e se tiver que fazê-lo, certamente fará um atendimento de má qualidade, como descrito por elas:

[...] infelizmente é com medo. Por conta disso, os enfermeiros, muitas vezes, não querem atender os casos, ou se atendem fazem uma atenção de péssima qualidade, atendem rápido, sem dar atenção, porque querem se livrar logo da convivência com aquele doente [...] ela vai fazer muito mal ao paciente porque não tem alcance para entender a delicadeza da relação e isso pode colocar a perder todo o tratamento e levar ao abandono, com todas as consequências que o abandono pode ter. (EFATB16)

[...] tem muito enfermeiro que atende por obrigação, a gente vê muito isso [...] às vezes os doentes mudam de Unidade porque o colega não atende legal, “empurra com a barriga”, o paciente sente isso e muitas vezes ele escolhe ir para outro lugar. Às vezes chegam aqui reclamando de outros colegas, é claro que por uma questão ética a gente não reforça isso, mas nós temos obrigação de atender bem o doente. (EMATB18)

[...] é também não ter medo, porque se ele [enfermeiro] tiver medo ele não vai querer atender o paciente, ele vai atender rápido[...]. Já ouvi de paciente: “não vou com a fulana porque com ela é rapidinho, só falta me enxotar da sala, parece que tem medo de mim, da minha doença”. (EFATB20)

[...] seria não ter medo, porque talvez o estigma já comece pelo enfermeiro, na hora que atende o paciente [...] o que acaba gerando um certo preconceito e, ao invés de criar vínculo, acaba afastando o paciente e ele não adere ao tratamento. (EFNATB26)

Assim, a dimensão prática, ligada à dimensão do afeto, resulta na escolha pelas enfermeiras de não atender os doentes com tuberculose e por mais contraditório que possa parecer, no que concerne ao Programa de Controle da Tuberculose, essa escolha que as enfermeiras fazem, guiadas por seus afetos pode, de certa forma, proteger os doentes, pois se a assistência a eles for feita de modo apressado, sem qualidade, sem acolhimento e sem possibilidades de estabelecer vínculos, ela será danosa ao doente e resultar em abandono de tratamento, com todas as implicações epidemiológicas e sociais que o abandono traz.

Cardoso e Arruda (2005) pesquisaram as representações sociais da soropositividade entre pessoas infectadas por HIV e sua relação com a observância terapêutica, e demonstraram como é fundamental para os pacientes aderentes o papel de acolhimento da Instituição e a boa relação com os profissionais de saúde que os atendem. Quando o contrário acontece, a vulnerabilidade para o abandono aumenta consideravelmente. Silva et al (2007), em estudo realizado com enfermeiros, analisaram as potencialidades e fragilidades do tratamento diretamente observado da tuberculose na atenção básica e apontaram que o estigma enfrentado pelos doentes, por parte dos profissionais de saúde, pode ser um dos obstáculos para o sucesso dessa estratégia.

Esses estudos vêm ao encontro dos resultados desta pesquisa corroborando que a ação de não atendimento que é mobilizada pelo afeto, protege o doente de uma (des)atenção que, ao invés de reverter-se em cuidado, reforça estigmas e preconceitos. Comportamentos estigmatizantes e/ou descuidados por parte das enfermeiras, que ao ver dos doentes são detentoras do saber da ciência, reforçam a carga simbólica negativa da doença e podem fazer emergir também os seus afetos, fortalecendo-lhes o preconceito, resultando em não adesão ao tratamento.

Compreender esses aspectos nos ajudam a redimensionar questões que dizem respeito à inserção das enfermeiras nas UBS no atendimento aos doentes com tuberculose. No momento em que chegam à UBS, em geral, as enfermeiras são destinadas aos setores onde existe déficit de recursos humanos, conforme relatado por elas, não sendo consideradas preferências pessoais ou até mesmo preparo técnico específico, no entendimento de que o profissional na UBS “deve atender tudo” conforme mencionou EFATB15.

Este estudo evidencia que, para a enfermeira exercer suas atividades profissionais, há outras implicações que não são apenas técnicas ou operacionais. Para elas estão implicadas subjetividades que imbricam questões de natureza psicológica, sociais e afetivas que serão objetivadas em suas escolhas. Entende-se que essa demonstração da dimensão afetiva arrolada à dimensão prática ajude a explicar por que, mesmo com acesso aos serviços assegurados e enfermeiros disponíveis para atender, os vínculos entre profissionais e doentes não se estabelecem e os indicadores

de abandono de tratamento mostram índices que não recrudescem ou o fazem muito lentamente.

A lógica do serviço de saúde é a de que todas as enfermeiras atendam em todos os setores. A compreensão dos sentidos que vai além da lógica, mas ainda assim não a desconsidera, mostra, por meio das representações das enfermeiras sobre a tuberculose que, quem não escolhe e não demonstra afinidade com as ações de controle da doença, não deveria atendê-los. Ao desconsiderar essas preferências profissionais, os serviços colocam enfermeiras e doentes em uma situação de vulnerabilidade emocional que resulta extremamente danosa para uns e outros. No caso das enfermeiras, em desgaste emocional e profissional, como foi descrito por muitas delas, e para os doentes, em uma assistência de enfermagem que não atende suas necessidades e que pode ser mais um fator a contribuir para a não adesão ao tratamento.

Domadoras e babás: representações sociais sobre a enfermeira que atende doentes com tuberculose

A dimensão do afeto polarizada pelas enfermeiras no gostar/não gostar reveste-se também de importância quando se identifica que ajuda a alicerçar a identidade grupal para as enfermeiras e onde se identificam aspectos de ancoragem. Entendendo-se que o processo de ancoragem consiste em agregar a novidade com que se depara o sujeito ao conhecimento já existente em sua memória, levando em conta aproximações e similitudes (MOSCOVICI, 1978), é que se compreende que as enfermeiras parecem lançar mão desse processo para compreender/explicar como se veem e são vistas por seus pares. Assim, estaria delineando-se, neste estudo, por meio dos conteúdos comunicados pelas depoentes representações sociais sobre a enfermeira que atua no controle da tuberculose.

No grupo ATB, 17 (65,4%) referem que são vistas pelas outras que não atendem como detentoras de atributos como responsáveis, dedicadas e principalmente corajosas e dignas de admiração, sendo que uma delas ancora as enfermeiras que atendem os doentes à figura de domadoras:

São as domadoras (risos) as que têm coragem, eu acho que é assim, tem colega (NATB) que diz: "tu tens muita coragem de trabalhar (com TB) tanto tempo! (EFATB14)

Acho que nos veem com admiração e acham corajosas [...] porque aquela pessoa tem habilidade, sabe como tratar [...] e já que muitos têm medo de trabalhar então também devem nos ver como corajosas. (EFATB6)
 Acho que eles adquirem confiança na gente [...] acham que quem atende TB pode ser mais responsável e mais dedicado do que os outros. (EFATB1)

Eu penso que é com admiração, pelo fato de você ter optado por esse tipo de coisa, de modo geral eles têm admiração, tem surpresa de você ainda estar ali atendendo, tem um alívio de “graças a Deus” você está ali para atender, porque como tem você então não precisa ser ele, porque ele não gostaria de atender. (EFATB16)

Nesse grupamento, 25 (96%) fizeram a opção por permanecer trabalhando no setor de tuberculose, essa permanência é motivada pelo fato de se sentirem importantes, diferenciadas na UBS:

Tem o gostar, tem a identificação e tem uma outra parte que é um compromisso, você poder participar, ajudar a construir uma história que muito devagarzinho está mudando, quem sabe um dia quando eu não esteja mais aqui, mas eu sei que numa época da minha vida eu fui uma das pessoas que contribuiu para melhorar [...] construindo uma base para que daqui a 20, 30 anos, talvez a próxima geração de enfermeiras não tenham que passar o que nós passamos. Essa situação tem um pedaço meu, eu faço parte junto com inúmeras enfermeiras no Pará, às vezes com seus medos, com todas as fragilidades que nós temos, estamos contribuindo para mudar um quadro que é desfavorável. (EFATB16)

Permanecem porque gostam, os que atendem, conhecem a TB e quando a gente conhece a TB, a gente se apaixonou. (EFATB17)

Eu fico triste quando vejo uma colega se “esquivando” da TB por ser menos um nessa batalha, eu respeito, mas fico triste [...] é importante demais continuar nessa luta. (EFATB24)

Com certeza porque sou apaixonada, eu digo que esse é o meu papel, eu acho que está na mão da gente a vida dessas pessoas [...] essas pessoas (enfermeiras) que gostam são as que se doam. (EFATB23)

É possível distinguir nas UR a questão valorativa do trabalho, mas não no contexto do discurso mais genérico da enfermagem em que os profissionais são importantes porque cuidam das pessoas, podem ajudar no sentido de preservar ou recuperar a saúde. Observa-se aqui um diferencial, elas se valem de palavras e frases que caracterizam o cumprimento de uma missão, ser parte integrante de uma história, uma paixão, a personificação de uma luta: a luta contra a tuberculose, difundida em “prosa e verso” nas políticas de controle da doença, nos materiais impressos utilizados

nas UBS, nas propagandas oficiais com o intuito de mobilizar a sociedade civil e os profissionais para o combate à doença desde épocas remotas, utilizando imagens e frases carregadas de simbolismos. A exemplo das figuras abaixo:

Figura 1- Cartaz da inspetoria de profilaxia de tuberculose

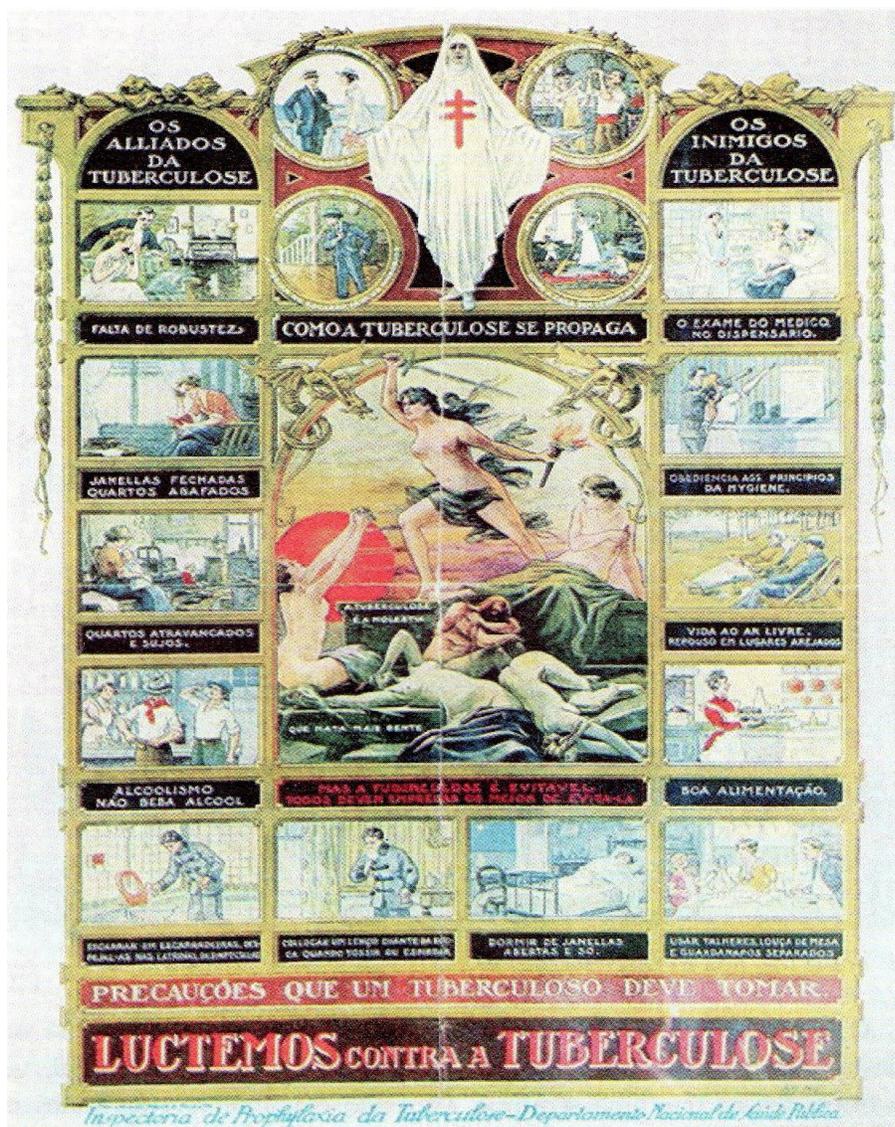


Fonte: Acervo COC/Fiocruz, 1922.

As imagens (Figura 1, Figura 2) mostram que a produção iconográfica sobre a doença, desde suas primeiras criações na década de 20, já conclamava a todos para lutar contra a tuberculose, sendo que toda propaganda trazia a Cruz de Lorena, símbolo dos cruzados e que foi adotada como símbolo mundial da luta contra a tuberculose em 1928 (NASCIMENTO, 2005).

Na Figura 2 a personagem central empunha a espada e a tocha. Esta representando o fogo/luz do conhecimento, e pela espada a prontidão para vencer o mal. Materializa-se, então, a ideia de disponibilizar o poder da racionalidade da ciência para vencer a luta contra o mal que poderia ser alimentado por determinadas práticas cotidianas assumidas pelos doentes e descritas metaforicamente como “os aliados da tuberculose”. A presença feminina também é constante em figuras diáfanas que podem remeter ao ideário romântico da doença (NASCIMENTO, 2005).

Figura 2 - Cartaz da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose



Fonte: Acervo COC/Fiocruz, década de 1920.

Constata-se pelos depoimentos e imagens, que a representação da doença é tão forte que impregna os personagens que fazem parte desse contexto, a doença passa a ser quase uma entidade, pela qual o sujeito “se apaixonou” ou da qual “se esquivou” e contra a qual “luta”. Atendendo à funcionalidade das representações sociais, marca a identidade do grupo que se vê de forma diferenciada entre seus pares, cria a identidade de corajosas para as “enfermeiras da TB” como são denominadas nas UBS. Cabe, então, a metáfora das “domadoras” as que são capazes de vencer a “fera”, pois guarda relação com as representações que fazem sobre a doença e o doente. Se a doença é

contagiosa e o doente perigoso, faz sentido que, para cuidar dele, a enfermeira seja corajosa, apaixonada e o grupo diferenciado.

Embora a ideia de luta continue presente contemporaneamente no controle da tuberculose, outros elementos, inclusive das Políticas de Controle, se agregam no contexto da doença e fazem com que as enfermeiras lancem suas âncoras para outras imagens e metáforas. Com efeito, outro aspecto de ancoragem foi identificado nas UR, nos depoimentos de 05 (19,0%) enfermeiras do grupo ATB e 02 (7,6%) do NATB, estas objetivam e ancoram as enfermeiras na imagem e função de um cuidado vigilante da babá:

Alguns (NTB) dizem até que a gente parece babá do paciente, porque tem que ficar paparicando para o doente não abandonar, mas na verdade eu acho que não é o caso de ser babá, é de ser atenciosa [...] tratar o outro como você gostaria de ser tratado. (EFATB13)

Tem gente que diz que a gente é babá [risos] as colegas (NTB) têm disso, ainda mais com o supervisionado [tratamento diretamente observado] aí pronto! agora mesmo que a gente virou babá, que tem que ver o paciente até engolir o remédio. (EFATB19)

Eu já escutei de colegas (NTB): “ah, vocês parece que são babás de pacientes” e eu disse: “o paciente de TB e hanseníase são diferentes porque é um problema de saúde pública, não é só dele o problema” então é assim que elas veem quem atende TB, como babás! (EFATB24)

[...] os comentários que a gente ouve dos colegas (NATB), é nessa coisa de ser babá do paciente, é mais nesse caminho, porque é um paciente mesmo que dá trabalho e, muitas vezes, o ser humano não quer o trabalho, então eu acho que é por esse lado mesmo que eles veem. (EMATB25)

Tem aquela história de ser babá, quando o DOTS começou, eu comecei a ver muito mais a historia da babá, as colegas [NATB] dizendo “vocês parecem babá de paciente, ou “eu não vou ser babá de paciente” ou “que história é essa de ver paciente engolir a medicação? E eu, sou babá?” (EFATB26)

[...] eles [os ATB] dizem que nós dizemos que eles são babá de paciente porque nós não entendemos a importância do trabalho deles. (EFNATB7)

Mediante essas UR é possível inferir que essa metáfora se coloca por conta das exigências que compõem o cuidar desses doentes. As questões epidemiológicas e sociais relativas à tuberculose e ao seu controle, já discutidas neste estudo, mostram que a doença tem um caráter de problema social transcendente ao individual, remete a

condutas necessariamente adotadas pelos profissionais que assistem os doentes, em particular a enfermeira, e que são diferentes daquelas mais comumente adotadas para outros acometidos por outras patologias, mesmo as transmissíveis.

Nesse sentido, Wagner e Heys (2011), quando analisam as representações sociais, consideram que a metáfora é uma forma de conhecimento que se expressa por imagens e ideias que estão presentes nos processos de objetivação e ancoragem. A metáfora funciona desencadeando a superposição de uma determinada área de domínio do cognitivo dos sujeitos para tornar inteligível o objeto de representação. Dessa forma, o sujeito lança mão de seus conhecimentos e experiências, que são mais “concretas” para a compreensão daquilo que se lhe apresenta abstrato. Neste caso, utilizar como metáfora a figura da babá instaura e promove um acesso rápido a sentidos que resultam das características que lhe são inerentes e permite explicar e compreender o aparato que, para as enfermeiras, faz parte do cuidado ao doente com tuberculose.

Dessa forma, a vigilância rigorosa, visitas domiciliares frequentes, repetir as mesmas recomendações, “ver o doente engolir o remédio”, entre outras condutas, consideradas por algumas delas como um controle exacerbado, remetem à ideia de que esse papel seria o exercido por babás. Assim o fazem, provavelmente, por entender que, em sua totalidade, esses pacientes são adultos, com total autonomia do ponto de vista mental e físico, portanto, capazes de assumir as rédeas de seu tratamento.

Essas maiores exigências de um controle rigoroso no acompanhamento do tratamento dos doentes, que passaram a fazer parte das atribuições das enfermeiras a partir da adoção da estratégia do tratamento diretamente observado nas UBS (BRASIL, 2010b), são, aparentemente, as que mais contribuem para que as enfermeiras situem as outras ou acomodem-se na metáfora da babá.

Observa-se nas UR em destaque mais uma vez a proximidade com representações alternativas, pois Gillespie (2008, p. 380) menciona que sua presença pode ser identificada em frases como: “eles acham”, eles dizem”, “eles afirmam”, na atribuição do discurso. Neste caso parece ser o indicativo de se sentir diminuída socialmente frente às demandas que tem o cuidar de doentes com tuberculose. Revestir-se desse papel/metáfora parece incomodar muito mais as que não atendem os

doentes, posto que para as que atendem, as identidades se imbricam, misturam-se os papéis, sentem-se corajosas e cuidadoras e objetivam as maiores exigências operacionais e técnicas no cuidado que estabelece vínculo como os doentes, o que sugere reforçar a questão da afinidade e das escolhas que foi referido ao se iniciar esta discussão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo caracterizam as representações sociais das enfermeiras sobre a tuberculose a partir de três grandes linhas temáticas que trazem as dimensões das representações sociais: os saberes sobre a doença e os doentes e as atitudes/comportamentos das enfermeiras frente a estes.

Quando as enfermeiras pensam a doença emergem o contexto clínico-epidemiológico e o contexto social, mediante os saberes que mobilizam, os saberes da ciência e/ou do senso comum e que organizam a ideia de contágio/transmissibilidade da doença. Nesse contexto, insere-se o ambiente das UBS, local onde, cotidianamente, convivem com o doente. Ao pensar nesse doente, constroem uma tipologia e moldam uma figura embasada na estereotipia e no discurso do “doente difícil”, conseqüentemente perigoso, e capaz de perpetuar a doença no social, posto que seu comportamento refratário ao tratamento não assegura a observância terapêutica.

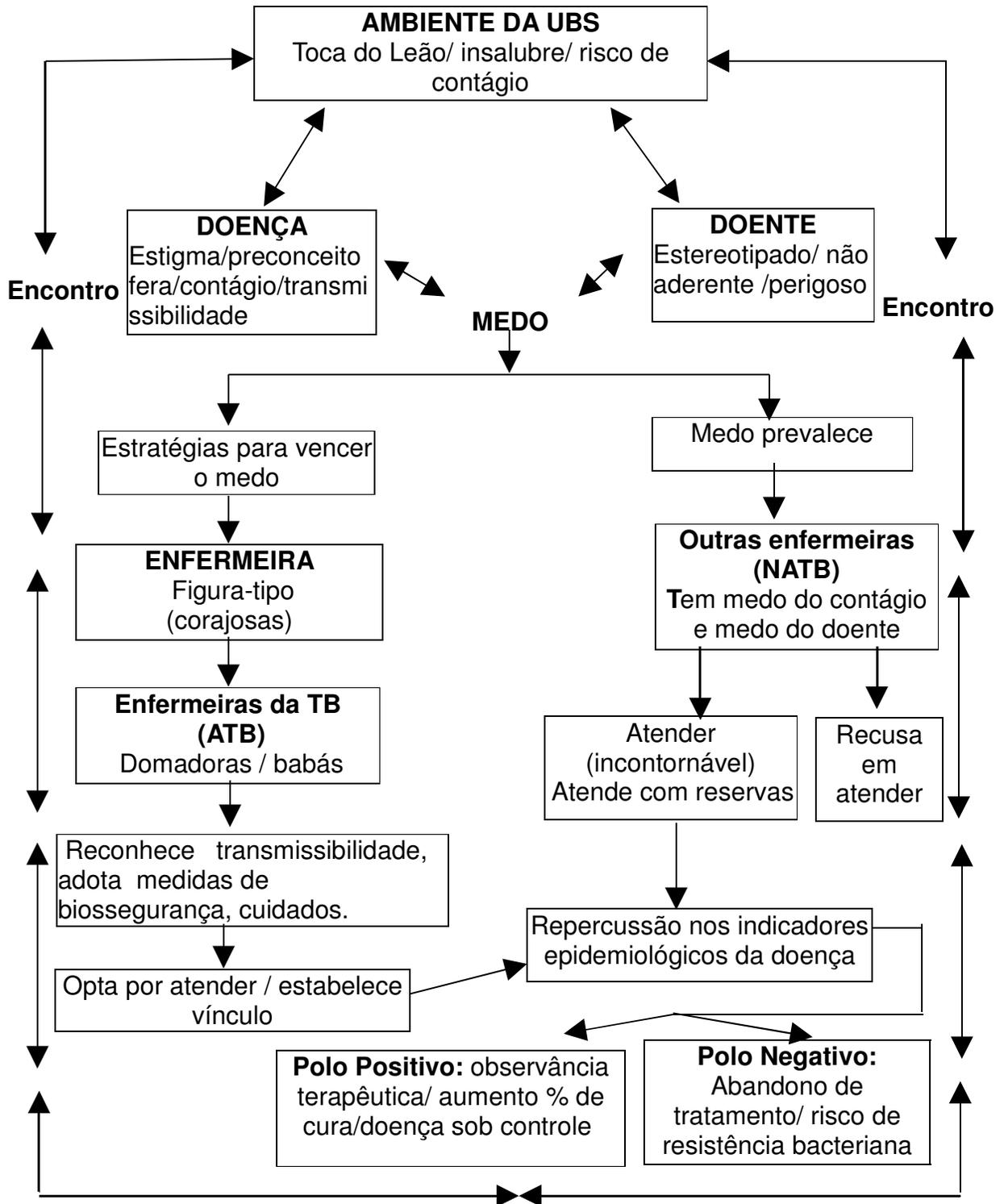
Essa construção das enfermeiras imbrica objeto e sujeito - doença e doente -, por elas vistos como inseparáveis, resultam nos comportamentos que assumem e que se situam em dois domínios: o domínio dos comportamentos técnico-científicos, para o qual mobilizam, predominantemente, os conhecimentos reificados e que se traduzem na ação de privilegiar normas de biossegurança no atendimento aos doentes, esses são majoritários no grupo que atende os doentes com tuberculose. E o domínio dos comportamentos significantes, que predomina no grupo das que não atendem, para os quais são mobilizados os saberes do senso comum, e que comunicam o medo que têm do doente.

Os resultados, à luz da TRS, possibilitam afirmar que o saber das enfermeiras sobre a tuberculose não se forma unicamente a partir do discurso qualificado pela ciência ao qual tiveram acesso em sua formação acadêmica, como em uma simples sobreposição ou substituição de saberes. Mas sim, se engendra juntando elementos como se fosse um grande quebra-cabeça, onde as peças representam a sua vivência pessoal, os discursos que circulam no seu cotidiano, a experiência de lidar com os doentes, a identidade que esses assumem para eles, nos diálogos que se estabelecem entre as próprias enfermeiras sobre a tuberculose e todo o imaginário social que foi construído em torno da doença, ao longo dos séculos.

Entram em jogo também, as informações do conhecimento reificado, o conhecimento construído na sua formação acadêmica e que continua sendo ampliado em outras oportunidades de aperfeiçoamento ou especialização. As formas de lidar com a doença que as enfermeiras assumem recebem a influência do contexto em que desenvolvem suas atividades profissionais, dos cenários nos quais atuam, mediante condições de trabalho favoráveis ou não, que mobilizam os afetos e permeiam as atitudes adotadas em relação à doença e ao doente.

Pode-se assim, mediante esses resultados, delinear os elementos que compõem o campo das representações sociais das enfermeiras sobre a tuberculose apresentado no Esquema 3:

Esquema 3 – Campo das representações sociais das enfermeiras sobre a tuberculose



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Neste esquema que é a “arquitetura dos saberes” sobre o objeto de representação social que é a tuberculose, confirma-se que ele traz elementos sobre a doença, mas também sobre o doente, o espaço/ambiente e o profissional envolvidos no atendimento, o que demonstra ser a tuberculose um fenômeno de representação social que mobiliza saberes, afetos e personagens sociais. Portanto, essas representações sociais se organizam mediante os sentidos atribuídos ao ambiente das UBS, o ambiente do cuidado e que permeia a construção dessas representações, posto que este ambiente assume um simbolismo para as enfermeiras como um lugar que por ser, na maioria das vezes, insalubre, acarreta sensação de insegurança pelo risco de contágio que propicia.

O doente, por sua vez, conforma-se para elas com características de doente perigoso, mediante aderir ou não ao seu tratamento. Faz sentido então, para as enfermeiras, que o ambiente das UBS e esse doente, com suas peculiaridades, findem por definir, também, um tipo específico de enfermeira que possa dar conta das demandas que advêm a partir dessa construção que fazem das representações sociais sobre a tuberculose, alicerçadas na ideia de contágio e estereotípias.

Os modos de lidar das enfermeiras guiam-se então, pelo que predomina em seu pensamento, a presença forte da ideia de contágio reverbera em uma prática de temer o doente e na recusa em atendê-lo, ou na impossibilidade dessa recusa, em uma atenção que resultará danosa a esse doente posto que, provavelmente, não resultará em acolhimento. Por sua vez, a enfermeira que mobiliza os saberes reificados, que naturalizou a convivência com os doentes entende que existe um potencial de transmissibilidade da doença, mas que este pode ser neutralizado por medidas de biossegurança. Alicerçada nesse pensamento essa enfermeira opta por atender o doente e em estabelecer o vínculo que fortalece a relação entre doente e enfermeira.

É possível constatar por meio do campo, que existe uma tríade: doença/doente/quem atende, que não pode ser pensada separadamente. Amparada nestes é que as representações sociais sobre a tuberculose pelas enfermeiras se organizam e formam os sentidos que orientam suas ações no campo da assistência. Nesse aspecto, cabe ressaltar, que os objetivos deste estudo foram construídos para que se pudesse entender, à luz da TRS, a motivação das enfermeiras na decisão de cuidar ou não de doentes com tuberculose, partindo-se do pressuposto que essa

motivação seria influenciada por suas representações sociais sobre o objeto tuberculose.

Destaca-se, também, que ganha relevância neste estudo o foco na figura-tipo da enfermeira, na identidade que assume a partir das representações sociais que engendra sobre o objeto. A “costura” dessas representações não é linear, o que certamente é compreensível frente à complexidade do ser e dos contextos sociais em que interagem. Assim, de representações sociais semelhantes, cristalizadas, emergem figuras que podem trazer resultados diferenciados para a compreensão da doença e sua aplicação prática. Sendo a figura-tipo alimentada pelas representações sociais sobre a tuberculose, as diferenças estão nos atributos que têm as enfermeiras que aderem e as que não aderem. O tema merece investigação, posto que pode estar delineando-se representações sociais sobre enfermeiras que atendem tuberculose, a partir das ancoragens e metáforas descritas pelas enfermeiras deste estudo.

Os resultados apresentados mediante os dois primeiros objetivos propiciaram a compreensão e embasaram a discussão para atender o terceiro objetivo deste estudo, que trata das políticas e inserção das enfermeiras nas práticas institucionais de controle da tuberculose. Essa discussão feita nos capítulos de análise propiciou uma reflexão que mostra o alcance que tem a TRS na possibilidade de intervenção prática. Com efeito, permite afirmar que, para que alguma intervenção seja feita no contexto do controle da tuberculose nas UBS, não se pode dissociar a tríade doença/doente/enfermeiro, elementos esquematizados no campo, a partir da compreensão propiciada pela aplicação da Teoria aos dados processados junto aos sujeitos.

No que concerne aos enfermeiros, ao compreender que o seu agir é guiado pelos sentidos que atribuem à doença, ao doente e ao ambiente e que esses conformam sua identidade grupal, reconhece-se que dois aspectos estão em pauta na discussão da intervenção: o seu preparo para atuar no setor de tuberculose e a forma como ele é inserido no setor.

Na perspectiva epistemológica da TRS as enfermeiras, como sujeitos sociais, estão em permanente atualização de seus conhecimentos e ideias sobre o objeto tuberculose, já que nessa perspectiva, o sujeito é um ser criativo, que elabora e reelabora o seu pensamento. Para isso, a todo tempo lança mão de suas vivências, pois

as experiências vivenciadas fazem parte da subjetividade dos sujeitos e ele imprime essa marca pessoal em seu cotidiano profissional e na sua convivência social. Dessa forma, o seu preparo profissional deve ser instrumentalizado por meio de intervenções educativas que propiciem a compreensão da tuberculose não apenas nos seus aspectos epidemiológicos, mas fundamentalmente, no aspecto psicossocial, com o reconhecimento de que a mudança de prática é um processo que exige muitas etapas de reflexão e, nesse processo, as enfermeiras, certamente, vão imbricar capacidade técnica e emocional e entrecruzar saberes reificados e leigos.

Os conteúdos técnicos possibilitam o atendimento clínico profissional com a competência técnica requerida para dominar o manejo da doença. Os conteúdos psicossociais podem propiciar a reflexão sobre as questões ligadas aos mitos que circulam sobre a doença e oportunizar a mobilização de elementos do campo das representações sociais, favorecendo a desconstrução de representações sociais negativas sobre a doença e o doente, além de fortalecer a identidade grupal positiva que as enfermeiras que atendem os doentes constroem sobre si e seu grupo de pertença. Isso possibilita veicular nas comunicações, no e entre os grupos de enfermeiras, elementos que venham a contribuir para reforçar a ideia de que as estratégias que aproximam doentes e profissionais, a exemplo da estratégia do TDO, prestam-se, não para infantilizar o doente ou minimizar o papel social da enfermeira, mas para estabelecer/fortalecer o vínculo e co-responsabilização, primordial no contexto do cuidado aos doentes.

Quanto à inserção das enfermeiras no setor de tuberculose, os resultados da pesquisa deixam patente que existe um perfil profissional considerado por elas imprescindível para atuar nesse setor. Esse perfil, embora leve em consideração o preparo técnico, considera a preferência pessoal como um elemento fundamental para propiciar uma prática profissional bem sucedida. Assim, entende-se que é necessário, no momento de admissão da enfermeira nas UBS, que seja considerado pelos gerentes destas, o preparo técnico e seja respeitada a preferência pessoal da enfermeira por determinados grupamentos humanos ou setores da UBS. Não levar em conta esse aspecto é condenar enfermeiras e doentes a uma relação impregnada de sentimento de descaso por parte do doente, e de frustração por parte da enfermeira, podendo gerar o julgamento por seus pares e pelos doentes que as classifica como enfermeiras sem

compromisso, conforme se referiu nas considerações iniciais deste estudo. Além da possibilidade de impactar negativamente na adesão do doente ao tratamento, conforme discutido anteriormente.

O outro elemento do campo, a figura do doente, ganhou vulto nas representações sociais das enfermeiras sobre a tuberculose como um personagem importante por objetivar a doença e ser também o sujeito/objeto do cuidado a ser prestado por elas. As políticas de controle da tuberculose em nosso país, ao longo das décadas, não desenvolveram a prática de privilegiar a participação da sociedade civil no controle da doença, envolvendo comunidades ou pessoas que estivessem vivenciando ou tivessem vivenciado o adoecimento. Predominando no controle da tuberculose a prática centrada no modelo biomédico de ascensão do profissional sobre o doente e na veiculação de informações sobre a doença utilizando práticas conteudistas que trazem as verdades da ciência, propondo-se a promover mudanças de comportamentos sem considerar os saberes dos sujeitos.

Com base em tais resultados e alcance dos objetivos, ao se acessar o campo onde as representações sociais das enfermeiras sobre a tuberculose se organizam, se consegue entender seus modos de lidar com a doença e o doente, confirmando-se a tese de que tais representações sociais incidem em suas escolhas no cotidiano da assistência aos doentes nas UBS, marcam suas práticas cotidianas e influenciam na assistência que prestam ao doente.

Desta forma, as iniciativas de se criar estratégias de mobilização social no sentido de integrar a sociedade civil e os serviços de saúde, recentes no contexto da tuberculose, mostram seu potencial, pois visam a redução de estigma e discriminação social e, como se viu nos resultados, estes ainda habitam no pensamento social sobre a tuberculose.

Recomenda-se, portanto, ao campo da saúde coletiva, estimular e fortalecer a adoção de estratégias dessa natureza, como a criação de grupos que propiciem a convivência entre doentes em tratamento, pessoas que já se curaram e profissionais de saúde, pois tais estratégias permitem partilhar experiências, facilitam a circulação de informações que articulam saberes diferenciados, agregam outros elementos da e na subjetividade dos sujeitos, e podem mediar a reinterpretação da realidade que ajuda a desmistificar a doença.

A compreensão dos saberes e fazeres das enfermeiras sobre a tuberculose que esta pesquisa-tese propiciou, reforça a ideia de que cada vez mais é necessária a compreensão das subjetividades para a intervenção na realidade. Entende-se que a prática do cuidado se dá pelo encontro entre os sujeitos e deve privilegiar a construção de uma experiência solidária no sentido de ajudar o doente no enfrentamento da doença e promover, na enfermeira, o conforto de saber que está cumprindo com seu compromisso ético e humanitário para com ele. Ressalta-se que é no atendimento da dimensão afetiva, no respeito às escolhas que fazem as enfermeiras que será possível cumprir com esse compromisso ético, assim ela pode entregar-se ao julgamento social, ser vista como “comprometida” e, assim, sentir-se também.

A TRS aplicada ao fenômeno tuberculose, que é tão complexo do ponto de vista social, permitiu desvelar alguns aspectos desse fenômeno, mas deixou-se claro que sempre há muito a desvendar. A compreensão não se esgota, mas entende-se que o aqui desvelado, conforme exposto, muito poderá ajudar no pensar e agir para o controle da tuberculose, entendendo-se a sua relevância do ponto de vista epidemiológico, sem desconsiderar o contexto psicossocial. Assim, tem-se a possibilidade de usar esse conhecimento para a intervenção que contribui para a qualidade do cuidado ao doente, impactando tanto do ponto de vista de sua individualidade, emoções e afetos, quanto na sua dimensão social, propiciando adesão ao tratamento com repercussão positiva nos indicadores epidemiológicos da doença.

REFERÊNCIAS

- ADAM, P; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru, S.P: EDUSC, 2001.
- ALMEIDA FILHO, A.J; MONTENEGRO, H.R.A; SANTOS, T.C.F. A nova ordem no combate à tuberculose no Brasil: Implicações para a enfermagem. **Rev. Rene. Fortaleza**, v10,n.1, p.114-123, jan./mar. 2009.
- AZEVEDO, J. F. Os desafios da Tuberculose. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, p.13 – 15. fev. 2001.
- ARRUDA, A. Meandros da teoria: a dimensão afetiva das representações sociais in: ALMEIDA, A.M.O; JODELET D. (Orgs). **Representações Sociais: Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas**. Brasília, DF: Thesaurus, 2009.
- _____. Representações Sociais: dinâmicas e redes in: ALMEIDA, A.M.O; SANTOS, M.F.S; TRINDADE, Z.A. (Orgs). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília, DF: Technopolitick, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARREIRA, I. A. **A enfermeira Ana Néri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1993.
- BELÉM, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório do SINAN-Tuberculose 2010**. out. 2011. Belém, 2011.
- BERTOLLI FILHO, C. Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos. **História, ciências, saúde**. Manquinhos, v.6, n.3, p. 493-522 . Rio de Janeiro, nov.1999 / fev. 2000.
- _____. **História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.
- BOTTOLLI, C; MORAES, M. A; GOLMEIER, S. Fatores de risco cardiovasculares em trabalhadores de enfermagem em um centro de referência no sul do Brasil. **Cienc. enferm.** [online]. 2009, vol.15, n.3, p. 101-109. Disponível em <www.scielo.br>. Acesso em:11 out. 2010.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Belém, Banco da Amazônia S/A, 1998.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica**. 6.ed.rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área técnica de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. 2010a. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=1450&CO_NOTICIA=10034>. Acesso em: 25 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem**. 2010b. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=1450&CO_NOTICIA=10034>. Acesso em : 25 set.2010

CAMPOS, P.H.F, ROUQUETTE, M.L. Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. **Psicologia Reflexão e Crítica**,16(3), p.435-44, 2003.

CARDOSO, G. P, ARRUDA, A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10,n.1 jan-mar. p.151-62, 2005 . Disponível em <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

DALCOLMO, M.P. Entrevista. **RADIS - Comunicação em Saúde**, Nº 69, p. 21-23 mai/2008.

FERREIRA, A.B.H. Miniaurélio: **O minidicionário da língua portuguesa**. 7 ed. - Curitiba: Ed. Positivo; 2008.

FLICK U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3. ed: Porto Alegre: Artemed, 2009.

GILLESPIE, A . Social Representations, Alternative Representations and Semantic Barriers. **Journal for the Theory of Social Behaviour**. 38 (4):375-91. 2008.

GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. **História, ciência, Saúde**. Manguinhos, v.7, n.2. Rio de Janeiro. p.303-25, jul-out, 2000.

GONZALES, R.I.C et al. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para o controle da tuberculose. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**. 42 (1): 628- 34. 2008.

HIJJAR, M. A et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v 41, supl 01. p.50-58. set, 2007.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artemed; 2003.

_____. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artemed; 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE - 2010 disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/tabela1.shtm#a112> >. Acesso em: 06 dez. 2010.

JESUINO, J.C. Ancrages. In BRUSCHINI, F; KALAMPALIKIS, N (Eds). **Penser la vie, le social, la nature: melangens em l'honneur de Serge Moscovici**. Paris: Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme; 2001.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

_____. Imbricações entre representações sociais e intervenção. In: MOREIRA, S. P; CAMARGO, B. V. (Orgs.). **Contribuições para a teoria e o método de estudo das representações sociais**. João Pessoa: ed Universitária, UFPB, 2007.

JOFFE, H. “Eu não”, “o meu grupo não”: Representações Sociais transculturais da aids. In: GUARECHI, P; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: RJ: Vozes, 1995.

JOVCHELOVITCH, S. **Os Contextos do Saber: representações, comunidade e cultura**. Trad. Pedrinho Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

_____. Representações Sociais e polifasia cognitiva: notas sobre a pluralidade e sabedoria da razão em *Psicanalise sua Imagem e seu Público* in: ALMEIDA, A.M.O; SANTOS, M.F.S; TRINDADE, Z.A. (Orgs). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília, DF: Technopolitick, 2011.

KRISTSKI, A et al . **Tuberculose: do ambulatório à enfermaria**. 3.ed. S. Paulo: Atheneu, 2002.

_____, et al. Duas décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas. **Rev Saúde Pública**, v.41, supl 01. p. 09-14. set, 2007.

LOPES, M. J, LEAL, S,M,C. A feminização persistente na qualificação profissional da Enfermagem Brasileira. **Cadernos Pagu** (24), jan/jun. 2005, p.105-125.

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

_____. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

NASCIMENTO, D.R. **As pestes do século XX: tuberculose e aids no Brasil, uma historia comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

OLIVEIRA, M. M de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Un marco Ampliado de DOTS para el control eficaz de la tuberculosis: Alto a la tuberculosis enfermedades transmissibles**. WHO/CDS/TB. Ginebra, 2002.

PARÁ. Secretaria Executiva de Saúde Pública. Coordenação Estadual de Pneumologia Sanitária. **Política Estadual de Controle da Tuberculose no Pará /2009**. Belém, 2010.

_____. Secretaria Executiva de Saúde Pública. Coordenação Estadual de Pneumologia Sanitária. **Relatório de avaliação anual das ações do Programa de Controle da Tuberculose no estado do Pará/2010**. Belém, 2011.

Paz, E. P. A, SÁ, A. M. M. The daily routine of patients in tuberculosis treatment in basic health. **Rev Latino-am Enferm** 2009, março-abril; 17 (2) :180-6. Disponível em <www.scielo.br> . Acesso em: 20 set. 2010.

PIZZOLI, L. M. L. Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso das enfermeiras do Hospital de Heliópolis. **Ciênc. e Saúde Coletiva**, 10 (4): p.1055-1062, 2005.

PORTO, A. Representações Sociais da Tuberculose: estigma e preconceito. **Rev Saúde Pública**, 41(supl.1): p.43-9. set. 2007.

RODRIGUES, I. L. A, SOUZA, M. J . Representações sociais de clientes sobre a tuberculose: desvendar para melhor cuidar. **Esc. Anna Nery.Rev.** v.9 (1) p. 80-7.abr. 2005.

ROSEMBERG, J. Tuberculose - aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.7, n.2. jul/dez.1999.

RUFFINO NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev Soc Bras Med Trop.** 2002. v.35, n.1. p. 51-8.

_____. VILLA, T.C.S. **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil, histórico e peculiaridades regionais**. São Paulo, Instituto do Milênio REDE TB, 2006.

SÁ, A.M.M. **O sentido do tratamento para tuberculose no cotidiano de doentes e de profissionais de saúde**. Orientador: Elizabeth Pimenta Araújo Paz. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 2007.161 p. Tese (Doutorado em Enfermagem).

SANTOS, P.G, PASSOS, J. P. A Síndrome de Burnout e seus fatores desencadeantes em enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde. **Rev. de pesq: cuidado é fundamental** online, 2009, set /dez. 1(2): 235-41.

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

SILVA, R. C, FERREIRA, M. A. Representações sociais dos enfermeiros sobre a tecnologia no ambiente da terapia intensiva. **Texto Contexto Enfem**. Florianópolis, 2009 jul-set:18 (3): 489-97.

SOUZA, S.S, SILVA, D.M.G, MEIRELLES, B. H. Representações Sociais sobre a tuberculose. **Acta Paul Enferm** 2010; 23 (1): 23-8.

SILVA, A.C.O, et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line], 2007 maio/ago. v. 09, n. 02, p. 402 -16. Disponível em <www.fen.ufg.br/revista> . Acesso em: 20 jan.2009.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad. Saúde. Públ**, Rio de Janeiro, 9 (3): 300-8, jul/set.1993.

TECHIO, E. M. Estereótipos sociais como preditores das relações grupais in TECHIO, E. M, LIMA E. O (org.) **Cultura e produção das diferenças: estereótipos e preconceitos no Brasil, Espanha e Portugal**. Brasília: Technopolitik, 2011.

WAGNER, W. Socio-gênese e características das representações sociais. in: MOREIRA, A.S.P, OLIVEIRA, D.C. (Org.). **Estudos Interdisciplinares de Representações Sociais**. Goiânia: AB, 1998.

_____, HAYES, N. El discurso de lo cotidiano y el sentido común: La teoria de las representaciones sociales. 1.ed. Barcelona: Anthropos Editorial; 2011.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: Expressão Humanizadora da Enfermagem. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

_____. **Bases e Princípios do Conhecimento e da Arte da Enfermagem**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Regional Plan For Tuberculosis Control, 2006-2015**. WHO Report. Washington DC, 2006.

_____. **Global Tuberculosis Control**: WHO report 2011a. Disponível em <<http://www.who.int/tb/publications/globalreport/2010/en/index.html>>. Acesso em: 03 out. 2011.

_____. **2011b. The Global Plan to Stop TB 2011-2015**. Disponível em <<http://stoptb.org/news/newsletters/2011/>>. Acesso em: 03 out. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA CONHECER O PERFIL DOS SUJEITOS

Características Sociodemográficas:

Código de identificação:

Idade:

Sexo:

Cor (auto declarada):

Situação Conjugal:

Nº filhos:

Credo:

Tempo de formado:

Tem pós-graduação? Se sim, dizer qual:

Situação empregatória: () estável () não estável

Quantos vínculos empregatícios?

Em que locais exerce os outros vínculos?

Renda própria:

Há quanto tempo trabalha na UBS?

De modo geral os Enfermeiros escolhem?

15- Como é para você atender esses pacientes? E para os seus colegas?

16- O que faz você permanecer atendendo esses pacientes?

E os seus colegas, porque você acha que eles permanecem?

17- Como é a experiência de tratar pessoas com tuberculose? Fale sobre a consulta

18- O que é importante no tratamento do doente com tuberculose?

19- Qualquer Enfermeiro pode atender doentes com tuberculose? Porque você pensa assim?

20- Se você fosse escolher um enfermeiro para atender doentes com tuberculose que características esse profissional deveria ter?

21- Como você acha que os outros enfermeiros que não atendem doentes com tuberculose veem estes pacientes?

E como veem os enfermeiros que atendem doentes com tuberculose?

22- Como é ser enfermeiro do setor de tuberculose?

23- Você tem alguma preocupação em relação ao atendimento de pessoas com tuberculose? Quais seriam e por quê?

24- De um modo geral, quais são as preocupações dos enfermeiros com relação a isso?

25- Que soluções você vê para essas preocupações?

26- Existe algum ponto positivo em trabalhar com tuberculose? Qual?

27 - Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

13- Você escolheu não trabalhar com pacientes em tratamento de tuberculose? Por quê? De modo geral os enfermeiros escolhem?

14- O que você acha que faz um enfermeiro escolher trabalhar com esses doentes?

15- E o que os faz permanecer nesse trabalho?

16- Qualquer enfermeiro pode atender doentes com tuberculose? Porque você pensa assim?

17- Se você fosse escolher um enfermeiro para trabalhar com tuberculose que características esse profissional deveria ter?

18- Como você acha que os outros enfermeiros que trabalham com tuberculose veem estes pacientes? E como veem os enfermeiros que não trabalham com tuberculose?

19- Você tem alguma preocupação em relação ao atendimento de pessoas com tuberculose? Quais seriam e por quê?

20- De um modo geral, quais são as preocupações dos enfermeiros com relação a isso?

21- Que soluções você vê para essas preocupações?

22- Existe algum ponto positivo em não trabalhar com tuberculose? Qual?

23- Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidada(o) para participar da pesquisa intitulada: “Representações sociais de enfermeiros da atenção básica de Belém do Pará sobre a tuberculose”, cujo objetivo é identificar o que pensam os enfermeiros sobre a tuberculose e a partir daí, como conduzem suas ações cotidianas no atendimento dos pacientes com esta doença. Esta terá duração de três anos e se configura em uma Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial e seu nome ou Unidade de Saúde em que trabalha não serão divulgados em qualquer fase da pesquisa. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir e retirar seu consentimento, sem qualquer prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a Instituição. Sua participação será respondendo a um formulário que será arquivado até 05 (cinco) anos após o término da pesquisa. As perguntas serão feitas pela própria pesquisadora e de acordo com sua disponibilidade. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras ou de outra natureza e não haverá risco, seja ele físico, mental ou moral. Sua participação será de grande valia, pois a pesquisa trará benefícios em relação ao ensino e à assistência de enfermagem. Você receberá uma cópia deste termo onde constam telefone e e-mail do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o estudo e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e compreendi as informações que me foram explicadas sobre a pesquisa, incluindo seus objetivos, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade, a possibilidade de obtenção de esclarecimento permanente, que minha participação não implica em qualquer tipo de pagamento e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento sem penalidades ou prejuízos. Assim, assino o Termo de Consentimento autorizando a participação na pesquisa.

Belém, _____ de _____ de _____

Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues- doutoranda da EEAN/UFRJ

(091)99892341 ilar@globo.com

Prof^a. Dr^a Maria Catarina Salvador da Motta

Orientadora - (21) 93156675 ma.catarina@gmail.com

Prof^a Dr^a Márcia de Assunção Ferreira

Co-orientadora - (21) 85632640 marciadeaf@ibest.com.br

ANEXOS



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
 CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
 CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – CAMPUS IV
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/Campus IV/CCBS / UEPA
 End. Av. José Bonifácio, 1289 CEP: 66063-010 Fone: (091) 3249-0236 Fax: (091) 3249-4671 Ramal: 208, Email: cepenfuepa@yahoo.com.br

Parecer Final

Sr. (a). Pesquisador (a).

O projeto de protocolo (CAAE): 0004.0.321.000-10, cujo título é: **Representações Sociais de Enfermeiros de Belém do Pará sobre a Tuberculose**. Sob a responsabilidade do (a) Pesquisador (a) **Prof.^a Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues**, foi **APROVADO** pelo CEP em 25/02/2010.

Para o cumprimento a.

- Informar qualquer tipo de mudança nos procedimentos, caso ocorram, ao CEP para que possa ser novamente analisado.
- Comunicar imediatamente a interrupção da pesquisa, com justificativa.
- Enviar periodicamente relatório ao CEP sobre o andamento da pesquisa.
- Comunicar imediatamente, qualquer reação adversa no curso da pesquisa.

Carmen Lúcia da Silva

Belém, 25 de fevereiro de 2010.

Prof.^a Msc. Carmen Lúcia Miranda da Silva
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa-Enfermagem
 COREN/PA, 26516

Prof.^a MSc. Carmen Lúcia da Miranda da Silva
Coordenadora do Comitê de Ética/ENF/UEPA
COREN-PA 26516

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SESMA

PORTARIA Nº 266/2010 – GAB / SESMA / PMB

O Exmº. SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, da Prefeitura Municipal de Belém, no uso de suas atribuições legais, conforme dispõe o art. 94º, II da Lei Orgânica do Município de Belém do Decreto nº 62.275/2010-PMB, de 06 de fevereiro de 2010.

Considerando a solicitação para a realização do projeto de pesquisa intitulado "**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS DE BELÉM DO PARÁ SOBRE A TUBERCULOSE**". É uma pesquisa para subsidiar projeto de tese de Doutorado de Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues, aluna regularmente matriculada no Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Considerando o parecer nº 27/2009 da Comissão de Análise de Projetos e Pesquisa – CAPP/SESMA.

R E S O L V E:

Art. 1º Autorizar a realização de Pesquisa supracitada, sob supervisão da CAPP/SESMA.

REGISTRA-SE, DÊ-SE CIÊNCIA, PUBLIQUE-SE E CUMPRA-SE.

Belém, 23 de Março de 2010.

Sergio de Souza Pimentel
Secretário Municipal de Saúde