



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**YUSHIARA EMILY VARGAS VELEZ**

**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITARIOS DE SAÚDE  
FRENTE AO RISCO DE INFECÇÃO DA TUBERCULOSE**

**VITÓRIA**

**2013**

**YUSHIARA EMILY VARGAS VELEZ**

**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITARIOS DE SAÚDE  
FRENTE AO RISCO DE INFECÇÃO DA TUBERCULOSE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Epidemiologia.

Orientadora: Prof.<sup>(a)</sup> Dr.<sup>(a)</sup> Ethel Leonor Noia Maciel.

**VITÓRIA**

**2013**

**YUSHIARA EMILY VARGAS VELEZ**

**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITARIOS DE SAÚDE FRENTE  
AO RISCO DE INFECÇÃO DA TUBERCULOSE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Epidemiologia.

Aprovada em 25 de abril de 2013.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Profª Drª Ethel Leonor Noia Maciel  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientadora

---

Prof. Dr. Pedro Paulo Gomes Pereira  
Universidade Federal de São Paulo

---

Profª Drª Rita de Cássia Duarte Lima  
Universidade Federal do Espírito Santo

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus pela ajuda e pela força que Ele me deu sempre para eu seguir para frente, por ter me guiado por um caminho no qual tudo dá certo e por ter me concedido muitas oportunidades e pessoas especiais nesta fase de minha vida;

À minha mãe, exemplo de amor, honestidade e generosidade, pela dedicação incansável a ela todo o meu reconhecimento e gratidão como filha;

Ao meu pai, pela ajuda para eu vir ao Brasil e pela minha formação;

Aos meus avós, Leonor e Bráulio pela força e serem à base da alegria da minha vida;

Aos meus irmãos Gladys e Jhonathan pela confiança, amor e força;

Ao irmão de fé Miguel Murillo pelas palavras sempre de força, e pelas orações;

Ao professor Thiago Sarti e Professora Léia Brotto, por suas valiosas contribuições e por minha iniciação no apaixonante campo da pesquisa qualitativa e por terem aceitado empreender comigo este projeto;

A minha orientadora Professora Ethel Leonor Noia Maciel por sua paciência, dedicação, e pelo amor e generosidade, foi amiga, professora, mestre, orientadora e me ajudou a compreender a saúde coletiva de uma forma que jamais imaginei;

Ao professor Pedro Paulo Gomes Pereira, por aceitar integrar a banca examinadora, junto a professora Rita de Cassia Duarte Lima, tanto quanto aos professores Francis Sodré e Marta Zorzal, como suplentes. A todos eles que colaboraram para a realização deste trabalho através de suas observações e depoimentos;

Aos colegas de turma pelo prazer do convívio e pela troca de experiências, ideias e utopias;

Ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFES pela oportunidade de fazer o mestrado;

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva, a cada um meu sincero obrigado pelo ensinamento e os conhecimentos adquiridos;

À equipe do LAB-EPI, pela ajuda e pela amizade que foram muito importantes para meu desenvolvimento e amadurecimento.

Aos trabalhos de saúde das empresas que adentrei na busca por extrair as informações que contribuíram de forma fundamental na construção deste trabalho.

A Isabela pelas contribuições e amizade;

A Eliane, pelo acolhimento e tolerância na minha estadia no Brasil;

Aos meus amigos de Arequipa, pelo apoio, alegria e companheirismo neste tempo do mestrado. Obrigada a todos: Yoselim, Liz, Kelly, Aylene, Silvia, Kriss e muitos outros que sabem que possuem um lugar guardado em meu coração.

Aos meus amigos peruanos que moram aqui no Brasil, pela força, ajuda e por estar nos momentos mais importantes na minha vida, por ter me ensinado o valor do amor entre os amigos, o amor à ciência. Muito obrigada: Zui, Enrique, Alonso, Cristopher, William.

Aos meus pais de coração por estarem comigo nesta caminhada e pelo amor.

Obrigada a todos que de alguma forma estiveram presentes em minha vida.

“É fácil amar os que estão longe.  
Mas nem sempre é fácil amar os  
que vivem ao nosso lado”.

Madre Teresa de Calcutá

“O valor das coisas não está no  
tempo que elas duram, mas na  
intensidade com que acontecem.  
Por isso existem momentos  
inesquecíveis, coisas inexplicáveis  
e pessoas incomparáveis.”

Fernando Sabino

**VELEZ, V. Y. E. Percepcao dos Agentes Comunitarios de Saude frente ao risco de Infecçaco da Tuberculose. 2013. Dissertacao (Mestrado em SAude Coletiva) – Universidade Federal do Espirito Santo, 2013.**

## **RESUMO**

**Introdução:** A Tuberculose é um serio problema de saúde, os níveis mundiais no ano 2011 ocorreram 8,7 milhões de casos novos e 1,4 milhões de pessoas morreram de TB. Para horizontalizar as ações no combate da TB na atenção primaria o Agente Comunitário de Saúde assume um papel muito importante, pois eles além de trabalhar na comunidade onde mora ele é um mediador de saberes, espera-se que esse profissional seja capaz de identificar por meio de visitas domiciliares sintomáticos respiratórios. **Objetivos:** Conhecer a percepção que os ACS têm sobre o risco de infecção à tuberculose no cotidiano de sua prática profissional e analisar como eles se organizam e estruturam sua prática frente a essa percepção. **Abordagem Metodológica:** O estudo foi dividido em duas fases a primeira responde ao primer objetivo e foi escolhido o Grupo Focal e para a segunda fase que responde ao segundo objetivo foi escolhido a Observação Participante como técnicas de trabalho em campo e Análise de Conteúdo Temático como técnica de análise das informações colhidas que consiste em descobrir os núcleos de sentidos que são temas os quais são unidades de significação que se libertam naturalmente de um texto analisado. **Resultados:** Na primeira fase do estudo observou-se que o Agente Comunitário de Saúde percebe os riscos que estão expostos, mas muitas vezes eles não sabem como agir em situações, especificas, na segunda fase indicam que o risco não esta presente o tempo todo na vida e no trabalho deles. **Conclusão:** O PACS é apresentado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de saúde para horizontalizar as ações no controle da TB, neste estudo foi encontrado que o ACS percebe o risco que esta exposto, mas que aquele risco não esta sempre presenta na vida deles, pois eles muitas vezes minimizam os riscos pensando que nada acontece nem acontecerá com eles.

**Palavras-Chave:** Tuberculose; Agente Comunitário de Saúde; Percepção de risco.

VELEZ, V. Y. E. Perception of community health workers against the risk of Infection Tuberculosis. In 2013. Dissertation (Masters in Public Health) - Federal University of Espirito Santo, 2013.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Tuberculosis is a serious health problem world levels in the year 2011 there were 8.7 million new cases and 1.4 million people died from TB. To flatten the actions in combating TB in the primary care community health agent plays a very important role, as they besides working in the community where he lives is a mediator of knowledge, it is expected that this professional is able to identify through home visits with respiratory symptoms. **Objectives:** To study the perception that the ACS have on the risk of tuberculosis infection in their daily practice and analyze how they organize and structure their practice against that perception. **Methodological:** The study was divided into two phases the first goal and responds to the primer was chosen the Focus Group and the second phase that responds to the second objective was selected as a Participant Observation techniques for field work and Thematic Content Analysis as a technique to analyze data that consists of discovering the core meanings are topics which are units of meaning that are released naturally from a parsed text. **Results:** In the first phase of the study it was observed that the Community Health Agents realize the risks they are exposed, but often they do not know how to act in situations, specific, in the second phase indicate that the risk is not present at all in life and in their work. **Conclusion:** The PACS is presented by the Ministry of Health as a health strategy to flatten actions in TB control, this study found that the risk ACS realizes that this exposed, but that risk is not always presents in their lives, they often minimize the risks thinking that nothing happens or happened to them.

**Key words:** Tuberculosis; community health workers; Perception of risk.

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ADVP	Adictos a Droga por Via Parenteral
BK	Bacilo de Koch
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DOTS	Estratégia de Tratamento Diretamente Observado
ESF	Estratégia Saúde da Família
GF	Grupo Focal
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MTB	<i>Mycobacterium Tuberculosis</i>
MS	Ministério da Saúde
MT	Ministério de Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OP	Observação Participante
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle de Tuberculose
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Prova Tuberculínica
SVS	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TB-MDR	Tuberculose Multirresistente
TT	Teste Tuberculínico
TBIL	Tuberculose Infecção Latente
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
TDO	Tratamento Diretamente Observado
WHO	World Health Organizat

## SUMARIO

1 INTRODUÇÃO .....	13
2 JUSTIFICATIVA .....	17
3 OBJETIVOS .....	19
4.1. TUBERCULOSE .....	20
4.2. PERCEPÇÃO DE RISCO .....	22
4.3. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS).....	25
4.4. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SEU PAPEL NO CONTROLE DA ..	26
5 METODOLOGIA.....	28
6 RESULTADOS .....	33
6.1 PRIMEIRA FASE .....	33
<b>6.1.1 Conhecimento da doença</b> .....	33
<b>6.1.2 Conhecimento sobre proteção individual (biossegurança)</b> .....	34
<b>6.1.3 Percepção do risco de infecção e da doença</b> .....	35
<b>6.1.4 O Direito é negado</b> .....	35
6.2 SEGUNDA FASE .....	36
<b>6.2.1 Como eles enxergam o outro</b> .....	41
<b>6.2.2 Planejamento do seu trabalho</b> .....	41
<b>6.2.3 Noção de risco na prática</b> .....	43
<b>6.2.4 Como ele se comporta frente à população</b> .....	44
7 DISCUSSÃO .....	45
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
APÊNDICE .....	55



## 1 INTRODUÇÃO

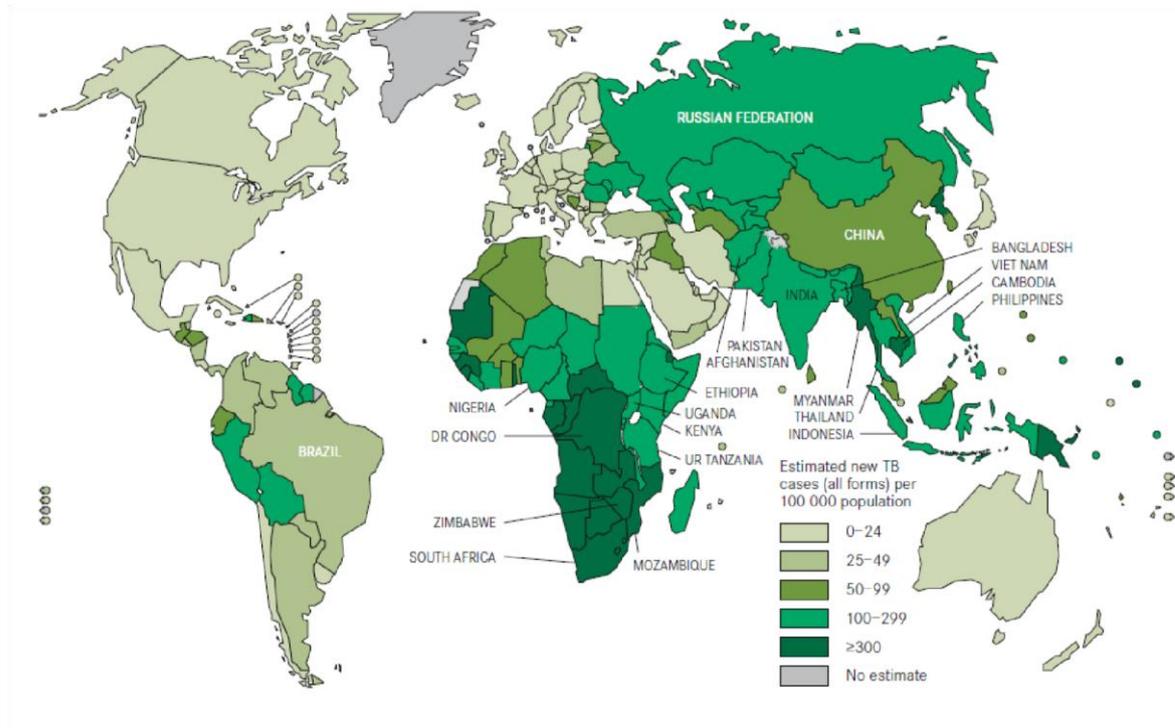
A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1993 declarou a tuberculose (TB) como um problema mundial de Saúde Pública. Embora seja uma doença potencialmente prevenível e curável, ainda hoje, a TB é vista como um sério problema de saúde, e apesar dos avanços tecnológicos continua a ser um desafio em pleno século XXI (WHO, 2011)

A TB é transmitida por via aérea a partir da inalação de núcleos secos de partículas contendo bacilos expelidos na tosse, espirro ou fala. A apresentação clínica mais freqüente da doença é a pulmonar, embora outras partes do corpo possam ser acometidas. (BRASIL, 2011a).

A relevância da TB como problema de Saúde Pública em nível mundial pode ser evidenciada pelas estimativas da OMS para o ano 2011, que mostram a ocorrência de 8,7 milhões de casos novos (13% co-infectados com o HIV) e 1,4 milhões de mortes em decorrência da doença, com aproximadamente 400 mil mortes em pessoas co-infectadas pelo HIV. Por isso, a TB é considerada a segunda causa de morte por doenças infecciosas no mundo depois da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (WHO, 2012). A Figura 1 mostra como estava a estimativa da distribuição da tuberculose no mundo em 2010.

Entre os anos 1995 e 2011, foram tratados com sucesso 51 milhões de pacientes com TB nos programas de Tratamento Diretamente Observado (TDO/DOTS) e na estratégia Stop TB, conseguindo salvar 20 milhões de vidas (WHO, 2012).

**Figura 1 - Estimativa de casos novos de tuberculose no mundo em 2010 - World Health Organization Report, 2011.**



Fonte: WHO, 2011.

Contudo, apesar dos esforços empreendidos no enfrentamento da TB, o Brasil ainda se encontra dentre os 22 países que concentram 80% da carga mundial da doença. Em 2009, segundo estimativas da OMS, foram notificados aproximadamente 72 mil casos novos de TB no país, o que significa uma taxa de incidência de 38/100.000 habitantes. Estes dados situam o Brasil na 19ª posição em relação ao número de casos e na 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência na comparação mundial das estatísticas de TB (BRASIL, 2011a). Por outro lado, é importante destacar as desigualdades nas taxas de incidência da doença entre as regiões do país, sendo de 29,6/100.000 hab. na região Centro-Oeste e de 53,1/100.000 hab. nas regiões Nordeste e Sudeste (CASTELO FILHO, et al.,2004).

No que diz respeito ao estado do Espírito Santo, dados do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SVS) de 2010 mostram a ocorrência de 1.291 casos novos de

TB, o que representa uma taxa de incidência de 36,7/100.000 hab., sendo que Vitória, capital do Estado, apresentou taxa de incidência de 52,5/100.000 hab.

(BRASIL, 2011b).

Vários estudos demonstram a relação da TB com a pobreza e a má distribuição de renda (ACOSTA, 2008; TEIXEIRA e COSTA, 2011). Além disso, o surgimento da epidemia de AIDS/HIV e o aparecimento de focos de tuberculose multirresistentes contribuem para o agravamento do problema em todo o mundo (BRASIL, 2012).

Tendo em vista toda essa problemática, o Ministério da Saúde (MS) formula em 1996 um Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose no Brasil, recomendando a implantação da Estratégia DOTS como um dos pilares do enfrentamento da doença, sendo a estratégia oficializada em 1999 com o lançamento do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) (WHO, 2011).

Além do DOTS, o PNCT introduz a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como estratégias essenciais para a horizontalização das ações de combate da TB, na medida em que a Atenção Primária à Saúde funciona como porta de entrada preferencial no sistema de saúde e se organiza a partir de princípios como o vínculo, a facilidade de acesso, a orientação comunitária e familiar das ações e a territorialização, o que contribui para o fortalecimento dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), como universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 2002; BRASIL, 2001a).

Em termos históricos, o PACS surge no início da década de 90, posteriormente sendo reformulado para originar o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1993/1994. Em 1997/1998, o PSF passa a ser considerado estratégia de reorientação do modelo assistencial brasileiro, sendo a partir de então denominado Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2001a).

A Saúde da Família tem como fundamento o cuidado e a gestão exercidos no trabalho de uma equipe de saúde que assume a responsabilidade sanitária pela atenção à

saúde de populações territorialmente definidas. Neste sentido, ganha destaque os Agentes Comunitários de Saúde, pois além de residirem na comunidade em que atuam, constroem um elo entre os usuários e o serviço de saúde (RODRIGUES et al., 2009). Na perspectiva do controle da TB, espera-se que esse profissional seja capaz de identificar, por meio de visitas domiciliares, sintomáticos respiratórios e orientar a família e a comunidade.

Este trabalho se propõe a conhecer a percepção dos ACS sobre o próprio risco de infecção de tuberculose.

## 2 JUSTIFICATIVA

A TB é uma doença milenar, que ainda continua sendo mundialmente um problema de saúde, apesar de todos os esforços feitos pela OMS (BRASIL, 2002). Para alcançar os objetivos propostos pelo PNCT de reduzir a morbimortalidade e transmissão da TB, e descentralizar e ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, na atenção básica de saúde, o SUS incluiu a ESF e o PACS neste setor (MACIEL et al, 2008), sendo muito importante o papel desenvolvido pelos ACS para o controle e vigilância epidemiológica da TB.

Existem alguns estudos que mostram que o risco de infecção é maior para o ACS. Moreira, Zandonade e Maciel (2010) estimaram o risco de infecção tuberculosa em ACS, concluindo que os agentes que acompanharam pacientes com TB apresentaram 3,5 vezes maior risco de infecção que aqueles que não acompanharam. E já num outro estudo realizado por Rodrigues et al. (2009) pesquisou-se a incidência de infecção por TB entre os ACS, incluindo 30 ACS que atuavam no PSF e 30 familiares residentes no mesmo domicílio, concluindo que a infecção entre os ACS que trabalhavam no acompanhamento do tratamento do paciente com TB foi maior que entre seus familiares.

Só um trabalho analisa os conhecimentos e percepção dos ACS no controle da tuberculose concluindo que seus conhecimentos e ações mostraram-se muito falhos, apenas 3 dos 105 ACS souberam apresentar uma descrição correta do termo (MACIEL, et al., 2008).

É importante saber como o ACS, uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, percebe os riscos a que se encontra exposto, a partir de uma mistura de mitos, escolaridade, classe social, gênero que é do próprio indivíduo, e se isso reflete de alguma forma o seu agir.

Para Slovic (1987), que estudou sobre a percepção de risco, observou que a mesma encontra-se ligada a fatores socioculturais do próprio indivíduo onde se examinam os julgamentos que as pessoas fazem para avaliar e caracterizar atividades perigosas.

### 3 OBJETIVOS

- Conhecer a percepção que os ACS têm sobre o risco de infecção à tuberculose a que estão sujeitos no cotidiano de sua prática profissional.
- Analisar como os ACS organizam sua prática profissional e constroem sua relação com as pessoas residentes no território a partir da percepção que tem do risco de contraírem alguma doença infecciosa, particularmente a tuberculose, em seu cotidiano de trabalho.

## 4 BASE TEÓRICA

### 4.1. TUBERCULOSE

A tuberculose (TB) conhecida como “peste cinzenta” vem sendo relatada historicamente na literatura há bastante tempo, foram encontradas lesões de TB nas vértebras de múmias egípcias datando cerca de 4 mil anos, e em pleno século XXI ainda é um importante problema de saúde em nível mundial (SANTANNA, 2002). A TB é uma doença infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) ou Bacilo de Koch (BK), que afeta geralmente aos pulmões, mas também afeta outros órgãos, estas formas extrapulmonares não transmitem a doença. A infecção se propaga pelo ar, ocorre a partir da inalação das partículas contendo bacilos, expelidos pela fala, espirro ou tosse (BRASIL, 2011c).

O diagnóstico fundamenta-se na análise conjunta de evidências clínicas, epidemiológicas, exames radiológicos, teste tuberculínico (TT) ou Prova tuberculínica (PT), esta indicada para o diagnóstico da infecção latente<sup>1</sup>, mas também auxilia no diagnóstico da TB em situações especiais como no caso de crianças, exames histopatológicos e baciloscopia direta de escarro ou exame microscópico direto (BRASIL, 2011c).

As manifestações da doença inicialmente são tosse produtiva, perda de peso, febre, suores noturnos e fadiga. Com o envolvimento pulmonar progressivo, aparece tosse com esputo sanguinolento<sup>2</sup> (hemoptise) e dor torácica pleurítica, em alguns casos o

---

<sup>1</sup> A Tuberculose infecção latente (TBIL), consiste no período entre a entrada do *M. tuberculosis* no organismo e o aparecimento da tuberculose (TB) doença. As pessoas com TBIL não apresentam sintomas nem a doença e não podem espalhar a infecção para outras pessoas, mas apresentam uma reação positiva ao teste tuberculínico (TT). Nem todos os indivíduos com TBIL desenvolverão TB doença em algum momento da vida (WILSON, 2004).

<sup>2</sup> Quando se apresenta tosse com esputo sanguinolento (hemoptise) é porque existe necrose significativa do parênquima pulmonar ou se as cavitações prévias erodem arteríolas (WILSON, 2004).

indivíduo pode apresentar falta de ar ou desconforto para respirar (dispneia), mas não é comum, só se apresenta na TB pulmonar extensa (WILSON, 2004).

Existem alguns fatores de risco para contrair a TB: (1) Aglomeração, lugares mal ventilados; (2) pobreza, em especial nos grandes centros urbanos; (3) epidemia da AIDS/HIV (DOWDY et al., 2012); (4) a comercialização de drogas nos pacientes adictos a droga por via parenteral (ADVP), com frequência apresentam infecção pelo vírus HIV e são mais susceptíveis a ter TB pela imunossupressão (SALOMON et al., 2000); (5) a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a fragilidade dos programas de controle da doença (AGUIAR e RIBEIRO, 2006; MACIEL et al., 2009); (6) Nos últimos tempos pode se olhar que tem outro fator agravante e cada vez mais presente nas comunidades que é o preconceito, o estigma sobre a doença, por medo da discriminação são diagnosticados e não dão continuidade ao tratamento, agravando-se a doença (FILHO et al., 2013).

Em 1979, o Brasil preconizou um sistema de tratamento para a TB composto pelos esquemas I para os casos novos; esquema I reforçado para retratamentos; esquema II para a forma meningoencefálica; e esquema III para falência.

Ocorreram mudanças no sistema de tratamento da TB no Brasil, e em 2009 o PNCT reviu o sistema de tratamento da TB, onde os resultados do II Inquérito Nacional de Resistência aos Medicamentos antiTB mostraram aumento na resistência primária a isoniazida, de 4,4% para 6,0%, e introduziu o Etambutol como quarto fármaco do esquema I, a outra mudança foi a extinção do esquema I reforçado e do esquema III (BRASIL, 2011c).

Estima-se que um terço da população em nível mundial tenha TB latente. As pessoas com o bacilo da TB têm um risco de 10% de adoecer TB ao longo da vida, no entanto, este risco é maior nas pessoas cujo sistema imunitário está danificado, como nos casos de infecção HIV, diabetes, desnutrição e o tabagismo (WHO, 2012).

Segundo estimativas da OMS:

- No ano 2011, ocorreram 8,7 milhões de casos novos e 1,4 milhões de mortes pela TB no mundo.
- A maior carga de TB está concentrada na Ásia e África
- Estima-se que em todo o mundo 3,7% de casos novos e 20% dos pacientes tratados anteriormente de TB apresentaram tuberculose multidrogarresistente (MDR-TB) (WHO, 2012).

Mas também ocorreram avanços no desenvolvimento e acesso aos tratamentos, muitos programas de saúde e parcerias foram feitos com o objetivo de promover o controle da doença:

- O número de casos novos de TB, que já vem caindo há vários anos, diminuiu 2,2% entre 2010 e 2011, e a taxa de mortalidade associada a doença abrandou 41% desde 1990 até 2011, o que significa que o mundo está no caminho de atingir uma das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM), ou seja, reduzir em 50% a prevalência e as mortes decorrentes por TB em relação a 1990 até 2015 (WHO, 2012).

A TB é uma doença curável em praticamente 100% dos casos novos, desde que obedecidos os esquemas de tratamento da TB e um rápido diagnóstico, o qual depende muito dos ACS por serem considerados elo entre a comunidade e a unidade de saúde.

## **4.2. PERCEPÇÃO DE RISCO**

No século XV com a necessidade de avaliar as perdas nas grandes navegações surgiu o termo “risco” quando se quer falar de um efeito indesejado (NAVARRO, 2010)

O conceito de risco foi inserido em diversas áreas do conhecimento como as: ciências econômicas, a epidemiologia, a engenharia e as ciências sociais. Dentro das ciências sociais o risco é estudado na perspectiva daquele que o percebe, ou seja, como o

indivíduo percebe as situações de riscos sem deixar de lado os fatores subjetivos que direcionam as opções dos indivíduos (GUILAM,1996).

Na década dos anos 60 o termo risco foi abordado em estudos com metodologias quantitativas e na década dos anos 80 foi abordado em estudos qualitativos. Para entender as escolhas dos riscos Guivant (1998) conclui que a atenção que as pessoas dão a determinados riscos em lugar de outros seria parte de um processo sociocultural: valores e medos.

Slovic (1987) afirma que a percepção de risco examina os julgamentos que as pessoas fazem quando são solicitados a caracterizar e avaliar as atividades perigosas ou tecnológicas: no paradigma psicométrico define risco como elemento subjetivo dos indivíduos, influenciado por fatores sociais, psicológicos, institucionais, políticos e culturais.

Para Lima (2005) entende-se por “percepção de risco” a forma como os leigos pensam sobre o risco, e referem-se à avaliação subjetiva do grau de ameaça de uma determinada atividade, essas avaliações são feitas com base nas experiências, crenças e valores. Por outro lado, o cientista/especialista para identificar e avaliar um risco utiliza conhecimentos específicos, técnicos e científicos. Eles podem discutir o mesmo tema, mas falar com linguagens diferentes, preocupar-se com coisas diferentes, esta diferença de perspectiva poderia ser resolvida com mais comunicação e informação.

Outros autores também afirmam que o ponto de partida de qualquer estudo de percepção de riscos difere entre uma pessoa leiga e outra cientista/perita, já que para a pessoa leiga como não possui conhecimentos científicos, as interpretações de riscos estão mais ligadas às suas próprias vivências crenças e experiências vividas (PERES, ROZEMBERG e LUCCA, 2005).

A exposição continuada de risco produziria uma banalização do risco, uma habituação à sua presença, o que traz uma diminuição de risco percebido (LIMA, 2005).

Oliveira (2011) concorda que a percepção dos riscos está intimamente ligada ao conhecimento, e o conhecimento é o ato de conhecer, e o conhecer é o ato de interpretação e assimilação da informação, e a interação entre indivíduo e informação gera uma modificação em seu estado cognitivo produzindo conhecimento, que se relaciona com a informação recebida, e a falta de informação impede que o indivíduo identifique e perceba a magnitude dos riscos presentes. A ausência ou reduzida percepção de risco impossibilita o homem a assumir condutas de prudência.

A percepção do risco é uma construção social e, portanto subjetiva, onde o risco se mescla com sentimentos, valores e crenças individuais e coletivas as quais vão influenciar na percepção e assimilação de informação. A percepção e assimilação de informação vão determinar o grau de precaução e cuidados do indivíduo (NASCIMENTO, 2012).

Por outro lado Fischer, Guimarães e Schaeffer (2002) concluem que a informação e percepção de risco influenciam no comportamento e no grau de precaução das ações dos indivíduos frente a situações que possam ocasionar lesão ou acidentes, é por isso que a informação sobre a magnitude do risco é importante para que haja uma conscientização de riscos.

Para Nascimento (2012) é importante compreender como o indivíduo interpreta uma situação de risco, ou seja, como ele se comporta. Os conhecimentos não são suficientes para perceber um risco os fatores socioculturais vão direcionar ao indivíduo também na percepção de risco, é por isso que cada indivíduo tem uma percepção diferente. Guillam (1996) no seu estudo questiona sobre alguns termos usados por outros cientistas como “percepção equivocada”, “visões inexatas” que sugere a existência de uma percepção correta, mais ela conclui que não existe uma percepção correta e errada só percepções diferentes.

A percepção de risco auxilia na tomada de decisões e na prevenção de danos. O estudo de percepção de risco é importante porque ajuda-nos a conhecer as respostas

e atuar no risco frente a uma situação específica. A percepção de risco tem um papel muito importante no início do comportamento de saúde.

### **4.3. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS)**

O conceito de usar os membros da comunidade para prestar determinados serviços de saúde, tem uma história de 50 anos. O programa “Médico descalço” foi uns dos primeiros programas que incluiu a indivíduos da comunidade (WHO, 2007).

No Brasil em 1994 o MS anunciou a criação do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF), que é um modelo de reorientação do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de promover a saúde da família baseada em uma nova dinâmica que visa contemplar todas as faces da vida: biológica e psicossocial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, focada na unidade familiar (BRASIL, 2000; SANTANA et al., 2009)

A ESF está composta por uma equipe multidisciplinar: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um ou vários ACS. Pode ser ampliada por outros profissionais: odontólogo, auxiliar ou técnico em saúde bucal.

O PACS é integrado pelos ACS que são pessoas escolhidas dentro da própria comunidade, área ou microárea, com a finalidade de atuar junto com a sua população desenvolvendo atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, como:

- Identificar situações de risco.
- Fazer visitas pelo uma vez por mês a cada família.
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo
- Pesquisar, medir mensalmente as crianças menores de dois anos e registrar no cartão da criança.
- Identificar as gestantes e encaminhá-las ao pré-natal.

- Orientar sobre prevenção da AIDS e métodos de planejamento familiar.
- Realizar atividades de educação nas famílias e na comunidade.
- Supervisionar pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas.
- Realizar atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso (BRASIL, 2001a)

Neste contexto, o ACS passa a assumir uma posição de destaque. Esse profissional além de residir na comunidade em que atua, mostra-se familiarizado com seus valores, costumes e linguagem, podendo assim produzir uma mescla entre o uso da tecnologia/conhecimento biomédico e as crenças locais. Agindo, portanto, como tradutor, constrói pontes entre os serviços de saúde e a comunidade, identificando prontamente seus problemas, facilitando o trabalho de prevenção de doenças e de promoção de saúde (RODRIGUES et al., 2009).

Cabe ressaltar que as atividades desenvolvidas pelos ACS e as capacitações são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro em uma unidade de saúde, o qual atua como instrutor-supervisor (BRASIL, 2001).

#### 4.4 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SEU PAPEL NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

O PNCT visa ampliar e fortalecer a estratégia DOTS/TDO, articulando-se com outros programas como a ESF e o PACS com o objetivo de descentralizar as medidas de controle para a atenção básica, ampliando o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis ou sob risco acrescido de contrair a TB, ou populações em situação de rua, ou privadas de liberdade e populações indígenas (BRASIL, 2011)

Nessa articulação o ACS desenvolve um papel muito importante na busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR) na comunidade mediante as visitas domiciliares (MUNIZ et al., 2005), além de educar a família e acompanhar no tratamento do paciente com TB (DOTS/TDO) (MACIEL, et al.,2008).

Sabemos que o ambiente de trabalho pode provocar acidentes ou doenças por isso existem políticas de saúde do trabalhador. A portaria GM/MS nº 1.823/2012 instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) como competência legal do SUS, com a responsabilidade pela execução das ações de Saúde do Trabalhador, até então sob a responsabilidade exclusiva do Ministério do Trabalho (MT). A PNSTT visa a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e redução da morbimortalidade (BRASIL, 2013).

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) se encontra previsto na lei N° 10.507/2002, que fala sobre a criação desta profissão, assim como no decreto N° 3.189/1999, o qual fixa as diretrizes para o exercício de suas atividades, e na Portaria N° 1.886/1997, que aprova as normas e diretrizes do PACS e do PSF (BRASIL, 2006). Os ACS dentro de suas atribuições realizam atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas sob supervisão do gestor local do SUS, e facilitam o acesso da população aos serviços de saúde e aos serviços de informação (BRASIL, 2004).

O papel do ACS na comunidade é muito importante, pois constituem o primeiro contato entre a unidade e a população de seu território de abrangência, representando um elo entre a equipe de saúde e a comunidade sendo necessário capacitá-los para terem um discernimento entre os riscos aos quais estão expostos.

## 5 METODOLOGIA

Optou-se por um estudo de casos com abordagem qualitativa. Esta abordagem busca traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social, estudar as percepções, opiniões e interpretações que as pessoas fazem a respeito de sua forma de viver (Minayo, 2010).

O estudo desenvolveu-se no Município de Vitória, Espírito Santo, que é um dos oito municípios prioritários para o controle da TB no Estado (BRASIL, 2005) e conta com 29 Unidades Básicas de Saúde. Este estudo faz parte do *Projeto Inata: Infecção e Adoecimento por Tuberculose entre profissionais de saúde da atenção básica*, que é um projeto multicêntrico com o objetivo de avaliar o risco de infecção e adoecimento pelo *Mycobacterium Tuberculosis* (Mtb) entre estes profissionais de saúde, e que no município de Vitória tem como cenário de pesquisa três Unidades de Saúde da Família (USF) e dois Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O estudo foi desenvolvido em duas fases distintas e complementares cujo objetivo é aprofundar a compreensão dos modos como os ACS percebem os riscos a que estão sujeitos de contraírem uma doença infecciosa, particularmente a tuberculose, em seu cotidiano de trabalho e como esta percepção influencia a construção das relações com as pessoas que estes profissionais encontram durante suas atividades profissionais, como as visitas domiciliares.

Para a primeira fase do estudo, foram realizados três grupos focais com ACS de três Unidades de Saúde: USF Maria Rangel dos Passos (Consolação), USF Geny Grijó, e PACS Dr. Bolívar de Abreu (Forte São João). No total, participaram dos três grupos focais 27 ACS de diferentes equipes de saúde de cada serviço.

O material produzido pelos ACS que participaram dos grupos focais trouxe, dentre outros aspectos analisados em outros trabalhos pelo grupo de pesquisa, importantes elementos que aprofundam nossa compreensão sobre as percepções dos ACS sobre

o risco de infecção a que estão sujeitos em seu cotidiano de trabalho junto à população e os modos como estas construções simbólicas orientam certas práticas.

Dada à escassez de literatura a respeito deste tema, usou-se esse material como elemento exploratório de formulação de questões a serem aprofundadas na segunda fase do estudo.

Para a segunda fase do estudo, cuja necessidade surgiu das questões formuladas na primeira fase da pesquisa, optou-se por um estudo ancorado na Observação Participante (OP) onde se analisou como os ACS se organizam e estruturam sua prática no dia a dia. Escolheu-se a Unidade de Saúde “A”. O território contempla áreas de difícil acesso, e apresenta alto grau de violência, destacando-se a violência decorrente do tráfico de drogas. Com respeito ao número de casos de TB no território de “A”, no ano 2009 se apresentaram dez, em 2010 cinco, em 2011 doze e 2012 nove casos novos.

As unidades de saúde escolhidas para a primeira fase estão compostas por médico generalista, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, vale ressaltar que a USF Geny Grijó possui programa de controle de tuberculose, e as outras unidades possuem estrutura suficiente para detectar casos de TB.

Já para a segunda fase se trabalhou com a Unidade de Saúde “A” está composta por seis equipes de saúde, sendo que cada equipe é responsável por cinco microáreas, exceto a equipe 01 que responde por seis, e a equipe 03 que responde por três microáreas. Cada equipe desta unidade é composta por médico generalista, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipes de saúde bucal. Cada um dos ACS responde por uma microárea.

Utilizou-se a técnica de grupo focal (GF) cuja ênfase recai sobre a interação dentro do grupo e não em perguntas e respostas entre moderador e membros do grupo. Este tipo de técnica permite fazer emergir uma multiplicidade de pontos de vista e processos emocionais. Há interesse não somente em saber aquilo que as pessoas pensam e expressam, mas também em como elas pensam e porque pensam o que

pensam. Além disso, ela permite compreender processos de construção da realidade, compreender práticas cotidianas, ações e reações comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica para o conhecimento das percepções, hábitos, preconceitos e linguagens de seus participantes em relação a algum tema (GATTI, 2005) com essa técnica foram obtidos dados subjetivos relacionados à percepção de risco que os ACS têm frente à TB.

A técnica de observação participante (OP) serve para conhecer melhor o grupo estudado, pois se acredita que ela permite observar fenômenos que não são obtidos por meio do GF. Nela o pesquisador se integra no interior do grupo observado tornando-se parte dele, portanto, o pesquisador deve “participar” do sistema do pesquisado buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação (BREAKWELL et al., 2010).

Os dados coletados utilizando GF foram obtidos mediante reuniões previamente autorizadas e agendadas pelos coordenadores de cada USF e PACS e de acordo com o melhor momento para cada grupo de ACS de cada unidade. As sessões foram dirigidas por um pesquisador, sendo auxiliado por outros dois pesquisadores responsáveis por gravar as sessões e fazer observações pertinentes para a condução do grupo, sendo realizada uma em cada unidade da amostra. Na abertura de cada uma dessas sessões, explicou-se o objetivo do estudo, e foram esclarecidas as dúvidas dos participantes. Também nesse momento, foram coletados os dados sócio-demográficos dos participantes como: idade, sexo, nível de formação e tempo de trabalho como ACS na unidade. Em seguida foi lançada a questão norteadora que está diretamente relacionada ao nosso primeiro objetivo do estudo: como os ACS percebem o risco de contágio por Tb na comunidade enquanto estão desenvolvendo seu trabalho? (APENDICE B).

Todas as reuniões foram gravadas em arquivo digital do tipo MP3, com o consentimento dos participantes.

Para os dados coletados utilizando OP optou-se por escolher um ACS e acompanhá-lo em suas visitas domiciliares. Inicialmente foi feito contato com um enfermeiro da Unidade de Saúde “A” para que ele indicasse um ACS respeitando-se os seguintes critérios de inclusão: ter trabalhado como ACS no mínimo por seis anos, ter experiência com casos de TB e um bom desempenho. Após a indicação escolhi dois ACS devido a pouca informação recolhida com o primeiro e alguns problemas de horários. Os encontros aconteceram no período de novembro a dezembro de 2012 pelo tempo escasso que tínhamos para o campo e as visitas ao campo ocorreram de segunda à sexta no horário de trabalho do ACS.

As visitas domiciliares e suas respectivas observações foram realizadas em três bairros distintos: o bairro um a maioria da população é crianças, o bairro dois tem muita violência pelo narcotráfico de droga e o bairro três a maioria da população é idoso.

A inserção no campo iniciou-se com a apresentação do ACS indicado pelo enfermeiro ao qual foi explicado o objetivo do estudo, o método e técnicas a serem utilizadas e a importância de acompanhá-los nas visitas domiciliares. Foram esclarecidas as dúvidas ao longo do processo das visitas domiciliares, todas as informações recolhidas foram registradas num diário de campo onde foram consideradas todas as informações importantes sobre conversas, atitudes, expressões, relacionamentos, tomadas de decisões, comportamentos, gestos, etc.

Após a coleta de dados produzidos pelo GF e OP os mesmos foram transcritos, selecionados e se identificaram os núcleos de sentido, no intuito de detectar os temas que se sobressaiam de cada uma dessas falas e observações e a partir dos mesmos formar as unidades temáticas a serem analisadas. Segundo Gatty (2005),

“É importante evitar cair na armadilha de uma percepção muito seletiva em relação ao material e afastar conscientemente preconceitos, cuidando para que o que se espera, ou gostaria que aparecesse não se confunda com as questões que foram tratadas nem com o modo como foram tratadas pelos grupos... ou seja, o processo de análise pode ser acompanhado por qualquer

pesquisador que estuda o problema ou não, para garantir a verificabilidade das análises”

Sendo analisadas mediante a técnica de Análise de Conteúdo Temática, de acordo com Minayo (2010) esta técnica consiste em descobrir os núcleos de sentidos, que são temas, ou seja, são unidades de significação que se libertam naturalmente de um texto analisado que podem ser apresentadas através de uma palavra, uma frase, um resumo que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.

A análise temática desdobra-se em três etapas: a) pré-análise procurando operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais b) análise das unidades de significado e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (MINAYO, 2010).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como parte integrante do Projeto Inata - Infecção e Adoecimento por Tuberculose entre profissionais de saúde da atenção básica (registro no CEP nº 007/10) e de acordo com o estabelecido pela Resolução nº. 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Todos os participantes que contribuíram com o estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a publicação dos dados obtidos pela pesquisadora com a garantia de manter em sigilo as suas identidades (APENDICE A).

Para manter a confidencialidade do estudo, optou-se por não revelar o nome dos entrevistados, sendo os mesmos identificados como ACS1, ACS2 e assim sucessivamente.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 PRIMEIRA FASE

A amostra do estudo para a primeira fase constituiu-se de vinte sete (27) ACS, dos quais vinte cinco eram do sexo feminino e dois do sexo masculino, quatro tinham idade entre as faixas etárias 20-29 anos, catorze de 30-39 anos, cinco de 40-49 anos e quatro de 50-59 anos. Quanto ao nível de formação profissional dois possuem ensino fundamental, vinte ensino médio, três com ensino técnico e dois com ensino superior. De acordo ao tempo que trabalham vinte e um atuam há menos de dez anos e seis há mais de dez anos.

Depois de uma leitura exaustiva das falas dos entrevistados, identificaram-se quatro núcleos de importância de acordo com o primeiro objetivo do estudo: Conhecimento da doença, conhecimento sobre proteção individual, percepção do risco de infecção e da doença, e o direito negado.

#### 6.1.1 Conhecimento da doença

O discurso revela a dificuldade dos ACS que em certo momento tiveram que se deparar com uma doença complexa como a tuberculose, propondo algumas condutas das quais desconheciam a fundamentação científica o que dificulta seu agir diante de situações encontradas no trabalho.

“[...] A gente sabe mais ou menos como lidar com a situação, se está tossindo, manda procurar a unidade de saúde [...]” (ACS1)

Por outro lado os ACS relatam, quanto ao conhecimento sobre outras doenças infectocontagiosas, também sentir falta de informação e capacitações.

“Eu acho que falta pro agente de saúde uma capacitação nesse tipo de contágio. As doenças mais comuns e como você proceder com relação a isso [...]” (ACS 5).

E só um ACS falou que a responsabilidade sobre a educação é do enfermeiro, que é ele que deve ter interesse em procurar as informações para os ACS.

“[...] Tem que ser interesse do enfermeiro, entendeu, porque a gente vê o processo de trabalho, mas em questão da tuberculose, a gente não tem informação com relação ao contágio [...]” (ACS5).

Com relação às capacitações sobre a TB houve relato que geralmente são realizadas na semana mundial contra a tuberculose, 24 de março, ou quando um caso grave seja notificado dentro da comunidade. Contudo os ACS acreditam que deveriam acontecer de forma regular.

“Tem na semana da TB, naquela semana assim.” (ACS 5)

“Não tem há mais de anos” (ACS1)

“Eu acho assim, acho que tudo muda, [...], as regras, como que funciona e tem muito tempo que a gente não tem.” (ACS3)

“[...] A gente precisa de coisas novas, porque as coisas evoluem [...] se mudou, qual a diferença, como combatê-la.” (ACS3).

### **6.1.2 Conhecimento sobre proteção individual (biossegurança)**

Outro ponto muito relevante é a frequência de capacitações ao ano, os ACS relatam ter dificuldades de identificar que medidas de proteção devem usar em seu agir. Assim, apenas atuam de acordo com seu entendimento (valores, crenças, hábitos, costumes) ou conhecimento empírico.

“[...] Você repara que a pessoa tem [...] a gente não se afasta, mas a gente já toma uma noção porque a gente tem que fazer conversa com ele [...]” (ACS 8)

“Eu queria dizer que assim, eu não tenho essa informação. Se houver um caso suspeito na minha área como eu devo fazer essa visita? [...] eu mantenho distancia, se for possível? [...] eu vou de máscara, mais ai eu vou causar um constrangimento também na família né, se aparecer de máscara lá, então eu tenho que ter essa informação como eu vou agir nessa visita [...]” (ACS4).

### 6.1.3 Percepção do risco de infecção e da doença

Muitas vezes pelo preconceito ainda presente sobre a tuberculose e a vergonha das pessoas elas deixam de comunicar para os ACS a doença ou sintomas sugestivos. Dessa forma, os ACS quase sempre desconhecem com quais situações estão lidando em seu trabalho, mas percebem o risco de contaminação a que são submetidos.

“A gente corre risco de qualquer forma porque às vezes a gente não sabe, e o fulano ta lá com a doença e conversando com você normalmente [...]” (ACS3)

“[...] Quem trabalha na área da saúde esta exposto, mas a gente tem que orientar” (ACS1)

Há percepção de que não apenas os ACS que trabalham na comunidade estão sob o risco de contaminação, mas sim todos os profissionais que trabalham em saúde, e os que trabalham dentro da unidade de saúde.

“[...] Acho que tem um risco alto principalmente quando a gente está dentro com esse tumulto [...] principalmente quando a gente está aqui dentro. Não só nós, outros funcionários que estão aqui.” (ACS1)

### 6.1.4 O Direito é negado

Todos os profissionais que trabalham dentro de uma área hospitalar ou em zonas de alto risco de contrair a tuberculose devem ser avaliados com frequência, relatam os ACS. Contudo, eles sentem que são profissionais de saúde que não são considerados como parte importante dentro da USF porque eles não são submetidos a nenhum exame periódico, nem avaliados.

“[...] A gente não vê nenhum, vamos dizer um programa, uma estratégia pra esse monitoramento do agente, [...] nós estamos diretos na comunidade e seríamos teoricamente, a porta de entrada desse paciente” (ACS1).

“Não é pedido, você faz porque você quer” (ACS2).

“[...] eles não gostam nem de ficar pedindo o PPD pra gente ou algum outro tipo de exame, nem sei por que [...]” (ACS9).

“E a gente está tão exposto, né? [...] mas eles não se preocupam com a saúde do trabalhador” (ACS20).

“[...] Eu não sei como funciona dos profissionais que trabalham diretamente com a tuberculose [...] não sei como funciona com eles pra fazer avaliação [...] porque pra eles, ah vocês estão na rua o contato de vocês é muito pequeno, a tuberculose pode se desenvolver só daqui a dez anos então não corre o risco a não ser que você apresente algum sintoma [...] eu acho que nós temos tanto direito a essa biossegurança que tem dentro do setor de TB quanto o resto do pessoal” (ACS2).

Com respeito às medidas de biossegurança os ACS relatam que não são cobrados de utilizar medidas de proteção, nem capacitados para atuar frente a uma situação potencial de risco.

“Quando a gente pede pra fazer, ah que não tem necessidade, não serve para nada pra vocês [...] lá dentro o paciente é obrigado a ficar com máscara, nós não [...]” (ACS9).

“[...] Não tem nem um tipo de proteção pra gente não” (ACS1).

## 6.2 SEGUNDA FASE

A amostra do estudo para a segunda fase constituiu-se de três (03) ACS, todas eram do sexo feminino, entre as faixas etárias 29-39 anos. Quanto ao nível de formação profissional dois (2) possuem ensino médio, e um (1) ensino técnico. De acordo com o tempo que trabalham as três (3) atuam no mínimo há seis anos.

Nos meses de novembro e dezembro acompanhei as três (3) ACS nas visitas domiciliares, cada um trabalha em bairros distintos e cada um deles com diferente contexto, no campo de atuação da ACS1 a maioria da população é criança, da ACS2 é um bairro onde tem muita violência e tráfico de drogas e da ACS3 a população é de idosos. Um dos requisitos para o exercício da profissão é residir na área em que atua,

o que leva todos os ACS a terem uma maneira distinta de agir e de enxergar aos outros.

Depois de observar o trabalho de cada uma delas, descreverei um dia padrão do ACS:

Sendo oito horas da manhã o ACS se prepara e começa a escolher as famílias que irá visitar que podem ser oito a dez famílias, dependendo se o ACS tiver reunião ou alguma outra atividade para realizar, depois pega consultas agendadas, receitas ou tratamentos para as famílias que irá visitar.

Nós começamos a subir ao morro às nove e meia da manhã com outras ACS, que também tinham o mesmo caminho, elas começaram a falar um pouco sobre a vida de uma das mulheres que mora na comunidade.

“Você não viu? A dona X foi agredida pelo seu marido, e ele fugiu, os policiais estão procurando por ele, mas até agora eles não acharam, mas as filhas falam que ele está escondido na Baía. Nossa! Você não viu como ela ficou? Coitadinha!”.

Depois nós chegamos onde vivia um senhor que sofre de pressão arterial alta e ele não tinha tomado corretamente o medicamento e estava passando mal. A ACS falou com ele sobre a importância de não deixar de tomar o remédio, que ele precisava ir para a unidade para que avaliassem a pressão dele, sobre a alimentação dele e que não era bom tomar cachaça.

O senhor era um homem de 50 anos, que tem um bar e, depois de ter escutado ao ACS falou:

“Eu sou um homem velho e algumas vezes eu me esqueço de tomar meus comprimidos, mas eu vou sim para a unidade, eu ainda não quero morrer”.

Depois de isso nós continuamos caminhando junto com as outras ACS ate chegar à casa de uma mulher que tem uma loja, descansamos e tomamos refrigerante, depois

disso cada uma das ACS começou a subir para seu território de trabalho para fazer as visitas sendo já dez horas e quarenta minutos da manhã.

Nós começamos a fazer as visitas, e enquanto ela caminhava ia segurando o corrimão e sentando-se nas escadas para descansar. Um cachorro com feridas em todo o corpo e com muitos bichinhos voando perto dele ficou perto de nós e a ACS começou a acariciar o cachorro, dizendo: “coitado do cachorrinho”. Depois fomos fazer uma visita domiciliar e a ACS pegou a criança sem ter lavado antes as mãos, fiquei muito surpresa mesmo, depois fomos a casa da irmã de um rapaz que havia sido diagnosticado com tuberculose na semana anterior para ela e o filho fazerem a prova tuberculínica. A ACS falou que era importante para ela fazer aquela prova e para o filho dela também. A moça falou que ela não queria fazer exame nenhum que ela estava sadia e o filho dela também. A ACS entre risadas falou que ela voltaria outro dia. Eu falei para ela: “é importante ela e o filho fazerem o exame, se amanhã você vier, fala isso, tem que ser bem claro para ela entender” e o ACS respondeu: “Falo sim”.

Naquele dia fomos para casa do rapaz que tinha tuberculose, ela precisava preencher os dados do rapaz. A gente entrou na casa e ela não falou muito sobre a doença só que tinha que tomar sempre os medicamentos todos os dias, ficou o tempo todo muito perto dele, depois de preencher os papéis, o rapaz fez algumas perguntas:

R. “Quanto tempo dura o tratamento? Após o início do tratamento eu posso contagiar?”

ACS. “Aqui tem uma enfermeira, ela pode nos ajudar!”

P. “Bom, se você tomar direitinho os medicamentos, após 15 dias de tratamento você não transmitirá mais a doença, e o tratamento dura 6 meses, se você deixar o tratamento, o problema pode se tornar grave e resistente ao tratamento e por outro lado você tem que se alimentar bem, está bom?”

Depois de sair daquela casa eu fiquei com dúvidas sobre se a ACS conhecia a TB e se tinha lidado com esta situação alguma vez, por isso decidi perguntar se ela tinha visto a cartilha sobre a TB que o MS fez para o ACS, ela respondeu:

“Ah! É certo, a gente tem, agora pela noite vou dar uma olhada, eu me esqueci dela.”

Continuamos caminhando para ir à casa de uma mulher de 28 anos para avisar que naquela semana na unidade teria exame preventivo de câncer de colo de útero. Quando a gente chegou na casa dela a ACS começou a gritar para ela escutar. A mulher saiu e perguntou o que precisávamos. A ACS ficou perto dela e começou a falar para ela ir a fazer o preventivo, ela entre risadas falou:

M. “Eu não faço isso não, eu nunca fiz. Porque agora vou fazer?”

ACS. “É importante.”.

A mulher começou a tossir, e tossir, e a ACS não falou nada para ela. Eu fiquei muito preocupada porque a mulher tem uma filha de 4 anos, mas eu não quis perguntar porque eu queria olhar como a ACS agiria frente aquela situação. A mulher não deixava de tossir e uma vizinha dela que estava perto de nós falou:

V. “Aquela tosse, ela tem há muito tempo, eu acho que é um mês.”

ACS. “É certo? Porque você está tossindo?”

M. “Eu acho que é porque eu fumo muito.”

ACS. “Quantos cigarros você fuma ao dia?”

M. “Mmm bom, uma caixa por dia.”

V. “Sim! Ela fuma o dia tudo, e ela ainda está grávida.”

P. “Você está grávida! E você ainda fuma?”

ACS. “Você não pode fumar faz mal para seu nenê, você já fez algum controle?”

M. “Não ainda não eu nunca fiz, quando eu fico grávida eu nunca faço.”

ACS. “Quantos filhos você tem?”

M. “Só um, mas eu tive muitos abortos.”

ACS. “Bom, você tem que ir para unidade de saúde não deixe de ir.”

Quando saímos de casa da mulher eu fiquei com muitas perguntas na minha cabeça, e fiz algumas para a ACS.

P. “Você não acha outra coisa? Porque ela tem muita tosse!”

ACS> “Sim eu sei, mas é porque fuma muito.”

P. “Ou também pode ser tuberculose, você não acha?”

ACS. “Pode ser, mas ela não falou nada, ela falou que tem muita tosse porque fuma.”

P. “Você não acha que seria bom falar para ela fazer o exame para a tuberculose?”

ACS. “Acho sim! Amanhã falo com ela.”

No caminho vimos o pai do rapaz que apresentou tuberculose a agente perguntou “se ele já tinha feito o raio-X, solicitado pelo médico”. Ao que ele respondeu: “que ainda não, porque ele sabe que está bem e que não precisava fazer”. A ACS respondeu: “vou amanhã na sua casa, mas é necessário você fazer o raio- X”.

Então fomos almoçar para a tarde continuar com as visitas.

Às catorze horas nos encontramos na casa da ACS. Caminhando, vimos pessoas com armas, elas só nos cumprimentaram e a ACS falou: “aqui é muito perigoso, agora o morro está muito alvoroçado a polícia está subindo e têm muitos enfrentamentos”. A gente foi a cadastrar uma mulher e depois foi na casa de outra mulher de 55 anos, alcoólatra, e com pressão arterial alta. A ACS falou:

ACS. “Você está tomando o remédio direitinho?”

M. “Tô sim, mas está doendo meus joelhos.”

ACS. “Você tem que deixar de beber! Você vai morrer, não pode beber mais!”

Demoramos muito lá, a senhora começou a falar sobre a vida dela quando era jovem. Depois de isso fomos para a unidade de saúde para ela lançar os dados no computador.

Esse foi um dia com o ACS. Todas as ACS alguma vez trabalharam com casos de TB na comunidade, mas no tempo que eu coletei meus dados só uma ACS tinha na população um rapaz com tuberculose, nas populações das outras ACS não havia nenhum caso de TB. No entanto, consegui ver como o agente se organiza e estrutura sua prática frente aos riscos a que está exposto.

Depois de uma leitura exaustiva do diário de campo que foi produto da OP, identificaram-se quatro núcleos de importância de acordo com o segundo objetivo do estudo: Como eles enxergam o outro, planejamento do seu trabalho, preocupação do risco.

### **6.2.1 Como eles enxergam o outro**

No seu trabalho cotidiano, todos os ACS, tem sua própria maneira de dar as informações sobre a tuberculose e outras doenças, o jeito de perguntar, de falar com as pessoas.

Um dia todos nós saímos para dar informação sobre as doenças, algumas se queixavam por trabalhar sob o sol, e que elas não trabalhariam assim, por outro lado tinham outras ACS que se importavam por dar informações.

A mulher começou a tossir e tossir e o ACS2 não falou nada para ela, a mulher não deixava de tossir [...] o ACS2 perguntou sobre a tosse depois que a vizinha nos falou que essa tosse a mulher já tinha há muito tempo, o ACS orientou que tinha que ir para unidade.

Outros se importam pela saúde das famílias de seu território. A maneira de agir de cada um dos ACS é diferente como eles conseguem se incorporar na vida das pessoas da comunidade.

“Você esta com tosse há quanto tempo? [...] amanhã eu volto para irmos juntas para unidade é importante você fazer uns exames, você não pode ficar assim” “Eu sempre fico de olho em meus velhinhos, na saúde deles.” ACS3.

“Vou ligar para a cunhada, para ver se já comprou o medicamento [...]” ACS3.

“Nós temos que ir à casa de “X” [...] o médico falou que ela está doente, estou preocupada.” ACS3.

### **6.2.2 Planejamento do seu trabalho**

Só uma ACS referiu que tem casas da comunidade que são muito sujas, e que mesmo não gostando ela tem que ir lá, mas o tempo que eu acompanhei-a nós nunca fomos. e então, é possível que este tipo de família não receba a mesma quantidade de visitas que as demais.

ACS1. “[...] a casa da família “X” era muito suja, eu não gosto de ir lá. Nossa! Era horrível! Quando eu tenho que ir, eu não fico muito tempo lá.” P. “E você como faz para fazer as visitas, quantas vezes você vai?” ACS!. “Bom, eu tenho que ir goste ou não, mais não gosto.” P. “Nós vamos hoje?” ACS1. “Não, eu já fui. Só no mês que vem agora, mas acho que eles foram embora do bairro.”

Quando acompanhei nas visitas domiciliares pude observar que no Bairro Jaburu a delinquência e o narcotráfico é muito forte, e têm lugares poucos acessíveis, então o planejamento de visitas domiciliares para aquele grupo de pessoas não é igual aos outros que tem maior acessibilidade,

ACS2. “Muitas vezes eu não vou, porque são lugares muito perigosos, a gente não pode ir sozinha, quando estou com minha colega à gente vai juntas”

P. “Então você visita quantas vezes no mês?”

ACS2. “Como eu te falei só se tiver alguém para ir”

ACS 2. “[...] hoje estou encontrando muitas famílias em casa, vou aproveitar e fazer todas as visitas que não tinha feito, eles trabalham e nunca consigo encontrá-los em casa, ou o território estava muito movimentado e hoje está muito tranquilo [...]”

P. “Então a essas famílias você quantas vezes visita no mês?”

ACS2. “Bom, não é fácil não, você viu? Cada vez que eu tiver oportunidade e se o território estiver tranquilo eu faço as visitas”

Muitas vezes o ACS chega ao final do dia sem conseguir atingir todas as visitas programadas seja porque não planeja bem o tempo para fazer cada visita domiciliar, ou o tempo que pode ficar em cada visita, seja porque começa a fazer as visitas muito tarde ou ficam muito tempo na casa de algum vizinho, ou seja porque ficam muito tempo na unidade fazendo trabalhos burocráticos, na maioria das vezes.

Nove horas da manhã, e a ACS1 ainda está na unidade de saúde porque está pegando receitas, medicamentos e encaminhamentos para as pessoas que serão visitadas. Depois de ter demorado quase uma hora, ainda espera a mulher do serviço social.

A ACS2 saiu para fazer as visitas domiciliares quase às dez e meia da manhã porque ela tinha que fazer uma documentação na unidade, depois ela começou a conversar com sua parceira de trabalho e começou a fazer as

visitas às onze e meia, depois ainda parou para tomar refrigerante e ficou ali mais uns trinta minutos.

ACS3. “Amanhã vou ter que terminar de fazer as visitas que hoje não fiz, porque vou entregar consultas agendadas, e receitas a outras famílias que não estão programadas para hoje.”

P. “E porque não programou para hoje a essas famílias?”

ACS3. “Pois, eu já os visitei, só que a gente não sabe quando as consultas para especialidade serão agendadas”

Fomos para casa de uma mulher depois que o ACS1 terminou de olhar sua receita e perguntar se tinha alguma dúvida, nós ficamos mais tempo porque a mulher começou a falar sobre a vida de seus filhos.

ACS1. “[...] eu algumas vezes tenho que deixar as consultas agendadas nas casas deles, a gente perde muito tempo [...] mas eu faço no dia seguinte as famílias que não consegui fazer e pronto.”

ACS3. “Eu faço sempre minhas visitas, e visito duas vezes por semana as famílias em risco [...], mas algumas vezes tenho que voltar duas ou três vezes na semana nalguma família porque tem alguma receita ou consulta agendada”.

### 6.2.3 Noção de risco na prática

A noção de risco não está presente o tempo todo na vida e no trabalho do ACS; tanto é que na maior parte do tempo eles agem de forma natural, sem levar em conta qualquer tipo de risco à sua saúde; não adotam práticas de biossegurança, abordam as pessoas de forma natural, sem nenhuma precaução específica e mesmo quando em contato com pessoas com tuberculose, isso não parece modificar substancialmente a rotina das ACS.

Nós fomos visitar ao rapaz que apresentou TB, o ACS2 ficou o tempo todo muito perto dele preocupando-se só em preencher os dados dele, o rapaz estava no segundo dia de tratamento.

[...] um cachorro com feridas em todo o corpo ficou perto de nós e o ACS2 começou acariciar o cachorro [...] depois nós fomos à casa de uma mulher e com as mãos sujas pegou a criança.

O que eu percebi nas visitas domiciliares é que as três (3) ACS sempre estão se segurando no corrimão e sentando-se no chão e elas vão assim fazer as visitas.

Pensam que só o Profissional deve saber sobre a doença, que eles só estão na comunidade para vigiar e notificar, nas propostas nacionais de controle da TB é esperado que o ACS seja capaz de identificar por meio das visitas domiciliares, os indivíduos que apresentem tosse por três (3) semanas ou mais e encaminhá-los aos serviços de saúde, também cabe ao ACS dar educação, orientação sobre a doença aos indivíduos, famílias e a comunidade (BRASIL, 2010; BRASIL, 2009).

ACS2. “Amanhã eu vou visitar o rapaz que apresentou tuberculose você pode ir comigo, agora não vou porque eu tenho que ir com o enfermeiro ele tem que dar a educação e orientação”.

P “e você não deu orientação alguma para o rapaz?”

ACS2. “não porque não sei muito sobre a doença, o enfermeiro é o experto no tema, né”.

O rapaz perguntou para o ACS2:

“Quanto tempo dura o tratamento? Após o início do tratamento eu posso contagiar?”

ACS2. “Aqui tem uma enfermeira, ela pode nos ajudar.”

P. “Você conhece aquela cartilha que o Ministério da Saúde fez para os ACS sobre a TB?”

ACS2. “Ah é certo a gente tem, agora pela noite vou dar uma olhada, eu me esqueci dela”

#### **6.2.4 Como ele se comporta frente à população**

Os ACS articulam ferramentas de trabalho de forma singular, cada um trabalha de uma forma diferente, está atrelada principalmente à personalidade de cada um, formação, território, contexto de vida ou os interesses de cada um, etc.

“Dona X pode me abrir à porta! Psiu! Psiu! Estou aqui. abre a porta! [...]”  
(ACS2)

“Bom dia, tudo bem? e a senhora como vai? eu quero dar uma olhada na sua receita posso entrar?” (ACS1)

“Ei tudo bem? Bom, hoje vou dar uma olhada na sua receita. Tem falta de algum medicamento? [...] a senhora entendeu tudo o que eu falei, estou deixando tudo bem rotulado para que a senhora não se equivoque” (ACS3)

## 7 DISCUSSÃO

Nos últimos anos tem se observado interesse em estudar o agente comunitário de saúde, o qual desenvolve atividades em diversos programas de saúde, e tem um papel importante no programa de controle contra a TB ao identificar os sintomáticos respiratórios, educar os portadores de tuberculose e participar no tratamento diretamente observado (DOTS/TDO).

Os estudos encontrados foram sobre risco de infecção de TB nos ACS e só um que analisou as percepções e conhecimentos do ACS no controle da TB a metodologia mais empregada foi quantitativa, contudo isso não se encontrou estudos com análise qualitativa que buscasse conhecer a percepção do ACS sobre o risco de contrair a TB, e como eles atuam dia a dia frente à percepção.

Os achados deste estudo nós ajudaram a entender melhor a realidade do ACS, pois estes profissionais possuem uma característica peculiar de ser morador da comunidade onde trabalha sendo uma pessoa que convive dia a dia com a realidade social, econômica e cultural da comunidade, estão familiarizados com seus valores, costumes e saberes populares por outro lado eles convivem também com a estigmatização, os preconceitos e as desigualdades sociais. A construção da identidade social de quem mora nas favelas está fortemente ligada à forma negativa, são considerados ambientes perigosos principalmente de violência e tráfico de drogas, com todo isso os moradores esperam que o ACS facilite o acesso aos serviços de saúde.

Uma das limitações deste estudo foi que nas Unidades onde foram coletados os dados, dois não tinham o programa de controle de tuberculose, mas possuem estrutura para detectar casos de TB. Por outro lado o ambiente foi outra limitação por ser o local onde os ACS trabalham, sempre tinham pessoas interrompendo para pedir alguma informação. Outra limitação observada foi o curto período de observação (2 meses) e o fato de durante o momento da coleta de dados haver apenas um caso de tuberculose na região estudada.

Alguns estudos (Moreira et al, 2010; Rodrigues et al, 2009) tem mostrado que existe um risco de infecção por tuberculose entre os ACS, no exercício de sua profissão, e

que esse risco é maior entre os ACS que entre os familiares que residem com os pacientes com tuberculose. Os resultados da primeira fase do estudo, de um modo geral indicam que os ACS, percebem que estão em risco de infecção da TB e de outras doenças infecto-contagiosas, mas muitas vezes eles não sabem como agir em situações específicas, e referiram sentir uma falta de informação com respeito a como agir em casos de TB. Eles referiram que tem capacitações, mas que muitas vezes não são abordados temas que sejam capazes de alcançar a realidade onde eles estão inseridos.

Oliveira (2011) considera que o conhecimento e assimilação das informações são importantes para que o indivíduo identifique e perceba a magnitude dos riscos presentes e a falta disso pode trazer como resultado a impossibilidade do homem assumir condutas de prudência, por outro lado temos outros autores que concordam com Oliveira, que o comportamento e o grau de precaução frente a situações de risco estão influenciados pelas informações recebidas e assimiladas (Fischer, Guimarães e Schaeffer 2002).

Existe uma complexidade envolvida na percepção de risco, porque não só o conhecimento e a assimilação da informação são importantes para que o indivíduo perceba os riscos, pois como o ACS é um ator que convive com a realidade da comunidade onde trabalha também influem os processos socioculturais como crenças, valores e experiências, nas escolhas e percepção dos riscos (Guivant, 1998; Lima, 2005).

Dentre os pontos de preocupação com sua biossegurança estão a falta de informação que eles alegaram, por falta de capacitação que os ancorassem com subsídios para se defenderem de uma possível infecção; o estigma da doença que ainda permanece muito forte (Porto, 2007), e que leva o ACS a pensar duas vezes antes de chegar na casa do paciente com tuberculose protegido por uma máscara, atitude que ao invés de trazer o paciente para o tratamento pode levá-lo ao abandono, ou a recusar-se a tratar.

O ACS é considerado na ESF e PACS como o mediador e facilitador de saberes entre a unidade de saúde e a comunidade. Segundo a Guia prático do PSF (2001) o

ACS deverá receber treinamentos constantes e estará sob supervisão do enfermeiro. Pelo referido é importante que o ACS seja treinado porque os conhecimentos exigidos no processo de trabalho do ACS são bastante complexos, pois eles trabalham com aspectos que estão presentes nas condições de vida da população (MENDONÇA, 2004)

As capacitações são importantes para o desenvolvimento do trabalho do ACS para que eles possam exercer efetivamente seu papel no controle da TB que são a busca ativa de sintomáticos respiratórios, dar educação a família e acompanhar no tratamento do paciente com TB, é preciso que os profissionais de saúde acompanhem o processo de aprendizagem do ACS, pois são eles que estão familiarizados com a linguagem da comunidade, e o ACS é um facilitador para a aprendizagem da comunidade sobre a prevenção de doenças (MACIEL et al., 2008).

No entanto, pode-se observar que entre os ACS pesquisados, assim como mostrado no estudo de Maciel et al. (2008), muitos ACS não demonstram ter uma bagagem de conhecimento sobre a tuberculose que lhes permita se proteger, melhor orientar e educar seu público alvo. Há também um conceito de que é responsabilidade do enfermeiro avaliar a necessidade de conhecimento do ACS e supri-la. Todavia, sem querer retirar essa responsabilidade do enfermeiro, é importante observar que o campo de ação do ACS é a sua comunidade e que ele é o expert naquela comunidade e deveria saber qual é a necessidade daquela comunidade, e buscar a bagagem necessária para atender à sua comunidade. Seja com o enfermeiro, com o médico, com o assistente social, com o odontólogo ou com qualquer outro profissional que seja competente naquele assunto que ele está buscando.

O ACS é preconizado na equipe de saúde como o ator principal na ESF, mas como pode ser constatada por meio deste estudo a desvalorização do ACS não sendo considerados como profissionais de saúde, nem se sentindo importantes na equipe de saúde, sentem-se desmotivados para seu trabalho, referem continuamente que não são submetidos a exames periódicos de saúde, um direito garantido pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador/a (BRASIL, acessado em 2013).

É importante que o ACS com base nos conhecimentos e informações junto a seus valores, crenças e hábitos seja capaz de agir frente às situações de risco, e que por meio de avaliações constantes do seu trabalho, possam atuar frente as dificuldades que venham a surgir, e que sejam tratados com igualdade porque ele é mais um integrante da equipe de saúde.

Os resultados obtidos na segunda fase do estudo de um modo geral indicam que o risco não está presente o tempo todo na vida e no trabalho do ACS, que age de uma forma natural ante qualquer risco. Para Lima (2005) essa diminuição de percepção do risco é produzida por uma banalização do risco como resultado da exposição continua de risco.

Souza e Freitas (2011) apontam que essa naturalização de risco o ACS adota como uma medida de defesa para continuar exercendo suas atividades e fingir que nada acontece nem acontecerá com eles. O que faz que o risco se torne parte da vida deles sem perceber os danos que podem causar na vida deles.

Como o ACS faz parte da comunidade onde trabalha nem sempre é fácil separar o lado pessoal do profissional, os moradores não olham para ele só como um agente de saúde, senão também como morador, um amigo e vizinho. Motivo pelo qual quando eles fazem as visitas muitas vezes não ficam só falando sobre saúde senão também sobre a vida deles. O que faz com que eles não consigam atingir as visitas programadas para o dia. Para ser bem feita a visita domiciliar deve ser planejada, ter um roteiro, definir bem o tempo de duração da visita assim faz um uso correto do tempo e respeito às outras visitas programadas (BRASIL, 2001-b). A visita domiciliar é a atividade mais importante no trabalho do ACS porque ajudará a estabelecer uma relação de confiança entre a família e o ACS. Através da visita é possível identificar quais famílias estão em risco e aquelas que precisam de um acompanhamento mais frequente, principais problemas de saúde da comunidade, conhecer as condições de moradia, dar educação, medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde (BRASIL, 2009).

Toda família deve ser visitada uma vez por mês, segundo a portaria nº 1.886/1997 diz que as visitas domiciliares, devem se elevar a sua frequência, nos domicílios que apresentam situações que requeiram atenção especial (BRASIL, 2006)

No tempo que eu fiquei com as agentes pude ver que muitas vezes elas fazem trabalhos burocráticos vale lembrar que o tempo que eles ficam nas unidades de saúde diminui sua disponibilidade para as visitas o que faz que o agente não consiga atingir todas as visitas planejadas ou elas façam visitas muito rapidamente, comprometendo a qualidade da visita e da atenção à população atendida (FERRAZ, AERTS; 2005).

Por outro lado vemos que cada um das ACS tem sua forma de trabalhar, que está sujeita à personalidade de cada um ou a formação ou contexto de vida, mas a visita domiciliar deve basear-se em condutas de respeito, valorização, compromisso e ética.

Outro problema referido pelo ACS é a violência que existe nos morros que tem dificultado o trabalho deles, e que dificulta a organização de seu trabalho. Os agentes vivenciam situações de risco como tiroteios, pessoas que são usuários de drogas lícitas e ilícitas, sendo esse grupo vulnerável a qualquer doença sendo a TB uma delas associada a queda da imunidade, desnutrição, fragilidade social entre outros. Tal situação faz com que o ACS não faça as visitas nesses lugares de forma regular, mesmo assim sendo uma população de alto risco de infecção para TB (ANDRADE et al., 2005; AMARO; ANDRADE; GARANHANI, 2008).

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.

O Agente Comunitário de Saúde é apresentado pelo Ministério da Saúde para horizontalizar as ações de controle no programa da Tuberculose, esse profissional trabalha na comunidade onde mora o que possibilita esse ator conhecer profundamente a realidade, valores e linguagem da comunidade, sendo assim, um mediador de saberes.

No controle da Tuberculose o Agente assume um papel importante eles são responsáveis pela identificação, acompanhamento e educação pelo qual devem ser treinados para eles conseguir alcançar os objetivos que se espera deles.

Diante os resultados podemos olhar que o ACS percebe o risco que está exposto, mas muitas vezes eles minimizam os riscos e não está o tempo todo presente na vida e praticas de saúde deles o que faz que a exposição do risco este fortemente presente na vida deles (LIMA, 2005).

A percepção dos riscos está influenciada pelos fatores sociais e culturais da pessoa, ou seja, como eles se comportam frente a uma situação de risco. É importante saber como eles olham para aquelas situações de risco e como atuam. Muitos autores falam que é importante o conhecimento e a assimilação da informação mais além disso temos outros fatores que influem também na percepção de risco que são os fatores sociais e culturais (NASCIMENTO, 2012).

Outra questão levantada neste estudo foi à falta de capacitações, necessário levarem em conta para a percepção do risco, o conhecimento e assimilação das informações para que estes possam efetivamente auxiliar no controle da tuberculose.

## 9 REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N.; RIBEIRO, M. C. S. Tuberculose. **Vigilância e controle das doenças transmissíveis**. 2ed. São Paulo: Martinari, 2006. p.317-328.

ANDRADE, R. L. P.; VILLA, T. C. S.; PILLON, S. A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. Ribeirão Preto/ São Paulo. v. 1, n. 1, p. 1-8, 2005

AMARO, M. C. P.; ANDRADE, S. M. de; GARANHANI, M. L. A atuação do serviço de saúde na violência sob o olhar de lideranças comunitárias de Londrina (PR). **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, Sept. 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Agentes comunitários de saúde-PACS**. Brasília. Jan., 2001a.

BRASIL. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. AF- Folheto Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional do Controle da Tuberculose**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil de competências do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, relatório de situação**. Brasília, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dia mundial de luta contra a tuberculose**. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema Nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Espírito Santo**. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose.** Disponível em:

<<http://www.opas.org.br/prevencao/site/UploadArq/ProgramaTB.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

BRASIL. **Portal da Saúde.** Sobre a saúde do trabalhador. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30426&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30426&janela=1)>. Acesso em: 9 Maio. 2013.

BREAKWELL, G. M. et al. **Métodos de pesquisa em Psicologia.** Ed. Ardmed. São Paulo. Jun, 2010. p. 139-141.

CASTELO FILHO, A. et al . II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. **J. bras. pneumol.** vol.30 suppl.1 São Paulo. Junho 2004.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G de C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, Apr. 2005 .

DOWDY D. W. et al. **Heterogeneity in tuberculosis transmission and the role geographic hotspots in propagating epidemics.** Proc Natl Acad Sci. USA, Jun 2012.

FILHO, M. M. S.; SANTOS, A. C.; MACHADO, C. S.; CARLOS, A. F. Evolução e terapêutica da tuberculose pulmonar. **Web Artigos.** Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/11954/1/Evolucao-e-Terapeutica-daTuberculosePulmonar/pagina1.html>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

FISCHER, D.; GUIMARAES, L. B de M. **Percepção de risco perigo: Um estudo qualitativo.** Rio Grande do Sul. 2002.

GATTI, B. A. **Grupo Focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**, Série pesquisa em educação. Brasília: Liber Livro Editora, 2005. p.40-41.

GUILAM, M. C. R. **O conceito de Risco: Sua utilização pela Epidemiologia, Engenharia e Ciências Sociais.** Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Publica Rio de Janeiro, 1996.

GUIVANT, J.S. A trajetória das análises de risco: Da periferia ao centro da teoria social. **Ver. Brasileira de Informações Bibliográficas.** Santa Catarina, 1998. pp.338.

Lima, M.L. **Percepção de riscos ambientais. Contextos Humanos e Psicologia Ambiental.** In L. Soczka (Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005. pp. 203-245.

MACIEL, E. L. et al. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: vol.24 no.6, Junho 2008.

MACIEL, E. L. et al. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro; vol.14, suppl.1, p.1395-1402, out. 2009.

MENDONÇA, M. H. M. de. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, Set. 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, 12ª ed. Editora Hucitec. São Paulo, 2010.

MOREIRA, T. R.; ZANDONADE, E.; MACIEL, E. L. N. Risco de infecção tuberculosa em agentes comunitários de saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo: v. 44, n. 2, Apr. 2010.

MUNIZ, J. N. et. al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Brasil, vol.10, número 002, abril/junho 2005.

NASCIMENTO, M. de F. F. Percepção de risco: A visão dos atores sociais da comunidade de Padre Hugo, Bairro de Canabrava Salvador- Bahia. **Revista Vera Cidade-Ano VIII**, No 12 ,Set. 2012.

NAVARRO, M. V. T. **Conceito e controle de riscos à saúde em radiodiagnóstico: Uma abordagem de Vigilância Sanitária**. Salvador Bahia. Nov. 2007.

OLIVEIRA, D.A.M.de. **Percepção de riscos em catadores de materiais recicláveis: Estudo em uma cooperativa em Salvador-Baia**. Dissertação (Mestrado em Saúde, ambiente e trabalho)- Universidade Federal da Bahia, 2011.

PERES, F.; ROZEMBERG, B.; LUCCA, S. R. de. Percepção de riscos no trabalho rural em uma região agrícola do Estado do Rio de Janeiro, Brasil: agrotóxicos, saúde e ambiente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, Dec. 2005.

Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, Jun. 2000.

RODRIGUES, P. M. et al. Infecção por Mycobacterium tuberculosis entre agentes comunitários de saúde que atuam no controle da TB. **J. bras. pneumol.** São Paulo: vol.35, no.4, Apr. 2009.

SANTANA, J. C. B. et al. Agente Comunitário de Saúde: Percepções na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enferm.** Minas Gerais, Out. 2009.

SALOMON, N. et al. Prevalence and risk factors for positive tuberculine skin tests among active drug users at a syringe Exchange program. **The international Journal of Tuberculosis and Lung Disease** 4(1); 47-54. New York, USA, 2000.

Slovic P. Perception of Risk. **Science, New Series**, Vol. 236, No. 4799. (Apr. 17, 1987), pp. 280-285.

Souza, L. J. R de; Freitas, M. do C. S. de. O agente comunitário de saúde: Violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Revista Baiana de Saúde Pública**. V.35, n. 1, p. 96-109. Jan/mar. 2011.

WILSON, W.R. et al. **Doenças Infecciosas: Diagnóstico e Tratamento**. Artmed Edit. S. A. São Paulo, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Community health workers: what do we know about them? Policy briefs**. Geneva: World Health Organization; 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who Report 2011: Global Tuberculosis Control**. Genebra: 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who Report 2011: Global Tuberculosis Control**. Genebra: 2012.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade Federal do Espírito Santo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

A Tuberculose (TB) é uma doença muito antiga, mas ainda é um problema de saúde atual. A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a TB como um problema mundial de saúde pública, situando o Brasil no 19º lugar no ranking dos 22 países que concentram 80 % da carga mundial de TB. Frente à situação, o Brasil, para horizontalizar as ações para o combate da Tuberculose, inclui a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visando à integração do controle da Tuberculose na atenção primária.

Prezado(a) senhor(a) gostaria de convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulada: **Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde frente ao risco de infecção da Tuberculose**, que faz parte do projeto INATA – Infecção e adoecimento por tuberculose entre profissionais de saúde da atenção básica – e tem como objetivo analisar como o agente comunitário de saúde se organiza e estrutura sua prática frente a esta percepção em seu dia a dia. Esta é uma pesquisa com abordagem qualitativa, utilizando como método a observação participante, onde, durante a pesquisa, o pesquisador o(a) acompanhará nas visitas domiciliares de seu local de trabalho para observar como você trabalha. Os dados coletados serão registrados em um Diário de Campo pela pesquisadora, e serão mantidos em local de acesso restrito por cinco anos, quando então, serão destruídos.

Para fazer parte desta pesquisa, será necessário assinar este Termo de Consentimento, e caso aceite participar da mesma, será garantido o **anonimato** e o **sigilo** das informações coletadas, além da utilização dos resultados exclusivamente para fins científicos.

Você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa em qualquer momento com o pesquisador responsável. Sua participação é

**voluntária**, podendo retirar-se do estudo ou não permitir a utilização dos dados em qualquer momento da pesquisa. **Não será efetuado nenhum pagamento** pela participação nesta pesquisa e também **não haverá nenhum gasto** para os participantes. Esta pesquisa **trará pequenos riscos** de constrangimento e desconfortabilidade, com minha presença nas visitas domiciliares, que tenderão a diminuir com os vários encontros que teremos quando poderei explicar melhor minha pesquisa e também poderemos nos conhecer melhor. O **benefício** relacionado à sua participação será de estar contribuindo para o conhecimento em TB para a melhoria do trabalho do ACS. O(A) Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o número do telefone celular e e-mail do pesquisador responsável e de outros membros da pesquisa.

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em Tuberculose para a melhoria da saúde da população, agradecemos sua preciosa atenção.

**Yushiara Emily Vargas Velez Dra. Ethel Leonor Nóia Maciel**

Mestranda de Saúde Coletiva

Coordenadora do Projeto INATA

Tel: (27) 98312195

Telefone: (27) 21227210 e-mail:

yuemvave\_1608@yahoo.es

e-mail: emaciel@ndi.ufes.br

Comitê de Ética em Pesquisa da UFES. Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, Vitória – ES; CEP: 29041-090 Tel. 2122 72

Após tomar conhecimento dos objetivos e aplicação da pesquisa eu, \_\_\_\_\_, como voluntario(a) da pesquisa, afirmo que fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) sobre a finalidade e objetivos desta pesquisa, bem como sobre a utilização das informações exclusivamente para fins científicos, afirmo ter entendido e me considero satisfeito com as explicações deste documento que foi lido pela pesquisadora de forma devagar e clara, quando também tive a oportunidade de fazer perguntas. Por tanto, no momento concordo em participar desta pesquisa com as condições ditas neste documento.

Vitória, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2012

Assinatura do entrevistado: \_\_\_\_\_

**APENDICE B – ROTEIRO****ROTEIRO PRÉVIO DE ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE RISCO PARA ACS  
UTILIZADA NO GRUPO FOCAL**

(Apresentação do pesquisador)

**Dados sócio-demográficos:**

- Idade:** \_\_\_\_\_
- Sexo:** \_\_\_\_\_
- Nível de Formação:** \_\_\_\_\_
- Há quanto tempo você trabalha na unidade de saúde?**  
\_\_\_\_\_

**Pergunta norteadora:**

Como vocês percebem o risco de contágio na comunidade enquanto estão trabalhando? Por exemplo, em uma visita domiciliar?



**APENDICE C**

Figura 1: O ACS na avaliação nutricional dos adolescentes (12-14 anos).



Figura 2: O ACS avaliando o peso da adolescente.

**APENDICE C**

Figura 3: Registro das avaliações nas fichas dos adolescentes.



Figura 4: Vista externa da Unidade de Saúde

**APENDICE C**

Figura 5: Ubicação geográfica da Unidade de Saúde.



Figura 6: Vista geral do bairro 1.

**APENDICE C**

Figura 7: Vista geral do bairro 1.



Figura 8: Vista da parte baixa do bairro 2

**APENDICE C**

Figura 9: Vista geral do bairro 2.



Figura 10: Vista da parte baixa do bairro 2

**APENDICE C**

Figura 11: Vista geral do bairro 2.

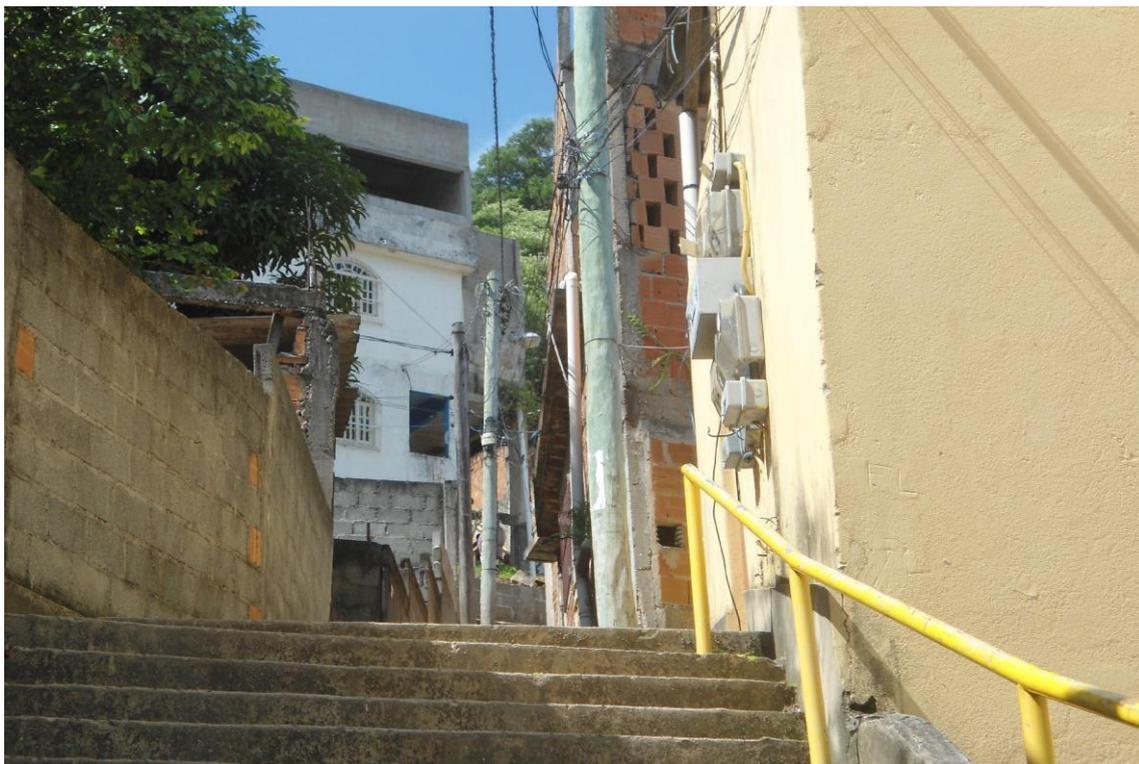


Figura 12: Vista da parte baixa do bairro 3

## APENDICE C



Figura 13: Vista geral do bairro 3.

**ANEXO**

## ANEXO A - Autorização de Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 03 de março de 2010.

Da: Profa. Dr<sup>a</sup>, Liliana Cruz Spano  
Coordenadora Adjunta do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof<sup>a</sup>. Ethel Leonor Noia Maciel  
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: "**Infecção e adoecimento por Tuberculose entre profissionais de saúde da atenção básica.**".

Senhora Pesquisadora,

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. 007/10 intitulado: "**Infecção e adoecimento por Tuberculose entre profissionais de saúde da atenção básica**" e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 24 de fevereiro de 2010.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra "c".

Atenciosamente,

  
Prof.<sup>a</sup> Dra Ethel Leonor Noia Maciel  
COORDENADORA  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Centro de Ciências da Saúde/UFES

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde  
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.  
Telefax: (27) 3335 7504

