

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE BIBLIOTECONOMIA E COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO

Judy Lima Tavares

**OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE COMO MEDIADORES
DA COMUNICAÇÃO COM OS PACIENTES DE TUBERCULOSE EM
TERRITÓRIO MANAUARA.**

PORTO ALEGRE

2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE BIBLIOTECONOMIA E COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO

Judy Lima Tavares

**OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE COMO MEDIADORES
DA COMUNICAÇÃO COM OS PACIENTES DE TUBERCULOSE EM
TERRITÓRIO MANAUARA.**

Tese defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – PPGCOM/UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Comunicação.

Orientador: Prof. Dr. Rudimar Baldissera
Coorientadora: Profa. Dra. Elisa Reinhardt Piedras

PORTO ALEGRE

2024

CIP - Catalogação na Publicação

Tavares, Judy Lima
Os Agentes Comunitários de Saúde como mediadores da
comunicação com os pacientes de tuberculose em
território manauara / Judy Lima Tavares. -- 2024.
261 f.
Orientador: Rudimar Baldissera.

Coorientadora: Elisa Reinhardt Piedras.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Biblioteconomia e
Comunicação, Programa de Pós-Graduação em Comunicação,
Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Mediação. 2. Comunicação. 3. Disputa de
Sentidos. 4. Agentes Comunitários de Saúde. 5. SUS. I.
Baldissera, Rudimar, orient. II. Piedras, Elisa
Reinhardt, coorient. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde como mediadores da comunicação com os pacientes de tuberculose em território manauara.

JUDY LIMA TAVARES

Tese defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – PPGCOM/UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Comunicação.

Aprovado em: **06 de fevereiro de 2024.**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rudimar Baldissera – Professor / UFRGS
Orientador

Profa. Dra. Elisa Reinhardt Piedras – Professora / UFRGS
Coorientadora

Prof. Dr. Walmir de Albuquerque Barbosa – Professor / UFAM
Examinador

Profa. Dra. Maria Helena Weber – Professora / UFRGS
Examinadora

Prof. Dr. Adriano de Lavor Moreira – FIOCRUZ/RJ
Examinador

Prof. Dr. Basílio Alberto Sartor – Professor / UFRGS
Examinador

DEDICATÓRIA

A todas as vítimas de tuberculose, ao longo das centenas de anos.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-graduação em Comunicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCOM/UFRGS), por ter me oportunizado ingressar como discente e fazer uma imersão cheia de desafios para me qualificar como pesquisadora em nível de doutorado. Nele, pude ter aulas inspiradoras e que me tiraram de um lugar confortável, me levando a processos intensos de aprendizados, em sala de aula, com docentes que iluminaram e ampliaram meus pensamentos a respeito da área da comunicação, a quem destaco os nomes das professoras Maria Helena Weber e Alessandra Primo e do Prof. Rudimar Baldissera. E, ainda, das secretárias Cristiane, Patrícia e Josy, sempre tão atenciosas e ágeis em responder aos meus pedidos.

Em um espaço dedicado especialmente ao querido Rudimar, venho agradecer por tanto. Pelas tuas aulas maravilhosas, no primeiro ano do doutorado, naqueles meses cinzas de 2020. Naquele contexto, eu havia enviado a seguinte mensagem: *quero registrar minha admiração pela sua prática do "ser professor", tendo sempre uma postura acolhedora*. Os anos de convivência, como meu orientador, me trouxeram tantos outros aprendizados e acolhimento, principalmente em momentos desafiadores pra mim, o que aumentou ainda mais o respeito e admiração que tenho por ti. Tenho gratidão “quiçó”!

À iluminada Elisa Piedras, com quem pude aperfeiçoar meus processos metodológicos, ora como orientadora, ora como coorientadora. Com tanta maestria e generosidade, compartilhou sua técnica tão estruturada de elaboração do estado da arte. Com toda certeza, multiplicarei teus ensinamentos com meus alunos, de forma que o que semeaste em mim dará frutos no norte do país. Nossa relação cresceu ao longo do tempo e tive o privilégio de conhecer tantas lindas versões suas.

Aos membros examinadores da banca de qualificação e de defesa da tese, Walmir de Albuquerque Barbosa, Maria Helena Weber, Adriano de Lavor e Basílio Sartor, os quais contribuíram para que minhas idéias pudessem se expandir, compartilhando tantos conhecimentos e de forma tão generosa.

À Universidade Federal do Amazonas (UFAM), por ter me permitido cursar os quatro anos de doutorado dedicada integralmente aos meus estudos. E, mesmo que *In memoriam*, quero expressar toda minha gratidão à saudosa Selma Baçal, que sonhou com uma

universidade com docentes pós-graduados na área, me possibilitando realizar um antigo sonho através da realização do sonho dela.

À Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, a qual não mediu esforços para que eu pudesse coletar os dados da pesquisa em tempo hábil. Especialmente, agradeço ao Daniel Sacramento, que me recebeu com tanta receptividade diante das demandas da pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS) da Fundação Oswaldo Cruz, o qual me possibilitou cursar duas disciplinas, como aluna especial, ampliando meus conhecimentos sobre a área da comunicação e saúde, reverberando na qualidade da produção da tese.

Ao médico Daniel Lamartine Auad, que por causa do seu alto nível de comprometimento com a saúde dos seus pacientes, insistiu em fazer a investigação para saber o que estava acontecendo com meu corpo. Do diagnóstico dado, pude me tratar e curar e, anos após, transformar a cicatriz nessa tese.

Às/os amigas/os e colegas do GCCOP (especialmente Heloísa, Pedro, Amanda, Renata e Diego... benditas são as nossas partilhas e cuidado mútuo! E mais que especialmente, Rafaela Betina, por ter segurado minha mão em vários momentos, me ajudando em dias desafiadores e importantes, como na qualificação e na defesa da tese, e se tornou uma mulher de grande referência na minha vida. De Práticas Culturais (Rafaela Thomaz, Rômulo e Valesca... somos o quarteto fantástico!) e do DINTER (Cristiane, Irina e Valdinéia... ainda bem que temos coragem de arriscar tudo!), com os quais pude compartilhar esses anos de doutoramento, tendo nos laços afetivos a energia necessária para atenuar as tensões da pós-graduação. Às amigas do café, Ana Cristina, Fabiana e Kátia, que fizeram da Cidade Baixa um lugar de risos e carinho pra mim (e muitas taças de vinho!).

Às minhas queridas ex-alunas, Ariska Derii, Mateus Pacheco e Gliciany Girão, e minhas sobrinhas Ana Alice Tavares, Ana Beatriz Tavares e Dafne de Santiago, que me auxiliaram em atividades técnicas nas disciplinas e/ou na execução do projeto de pesquisa.

E com meu amor e ternura, especialmente, agradeço ao Marco Antonio, meu companheiro, que entende que eu só consigo ser feliz se puder viver plenamente todas as minhas escolhas, ainda que isso signifique estar distante de casa por tanto tempo. Sou muito grata pelo incentivo e apoio das mais diversas formas! E, ainda, aos meus familiares, Graça, minha mãe, Barbara, Suzy, Nancy, Daniel e Ricardo, minhas irmãs/os, sobrinhas/os, tias e amiga/os em Manaus, que compreenderam minha ausência ao longo dos dois últimos anos.

Barbarela, como irmã mais velha, foi sempre firmeza, inclusive quando eu conversava sobre as dificuldades vividas no processo de doutoramento.

Minhas pessoas, muito obrigada, de coração!

EPÍGRAFE

Em junho de 1957 eu fiquei doente e percorri as sedes do Serviço Social. Devido eu carregar muito ferro fiquei com dor nos rins. Para não ver os meus filhos passar fome fui pedir auxílio ao propalado Serviço Social. Foi lá que eu vi as lágrimas deslizar dos olhos dos pobres. Como é pungente ver os dramas que ali se desenrola. A ironia com que são tratados os pobres. A única¹ coisa que eles querem saber são os nomes e os endereços dos pobres.

Carolina Maria de Jesus em Quarto de Despejo: diário de uma favelada.

¹ Mantivemos a grafia do original do texto da autora.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Diferentes formas de tratamento de TB ao longo da história.....	40
Figura 02 – Rios da Bacia Amazônica	103
Figura 03 – Mapa mental com síntese da categorização	117
Figura 04 - Mapeamento dos fluxos circulantes.....	190

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Síntese dos procedimentos metodológicos	93
Quadro 02 – Relação de documentos analisados para pesquisa documental.....	97
Quadro 03 – Ficha para sistematização da pesquisa documental.....	98
Quadro 04 – Identificação das lideranças em saúde entrevistadas	98
Quadro 05 – ACSs participantes da pesquisa conforme a zona e a ordem dos encontros	103
Quadro 06 – Codificação dos dados.....	117
Quadro 07– Categorização dos dados	117
Quadro 08 – Síntese da categorização dos dados	118

RESUMO

Esta tese tem por objetivo explicar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) como mediadores da comunicação entre o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), e os pacientes residentes na cidade de Manaus/AM, na disputa de sentidos sobre o tratamento da tuberculose (TB). Seus conceitos centrais estão organizados em dois capítulos teóricos, sendo o primeiro voltado para discutir a TB como uma doença tratável e curável, a partir de Filho (2001), Gonçalves (2000), Maciel; Mendes; Gomes; Siqueira-Batista (2012), Massabni; Bonini (2019) e Rosemberg (1999), Silva *et al* (2017) etc. O segundo capítulo teórico aborda, primeiramente, a questão da mediação da comunicação dos ACSs na disputa de sentidos sobre o tratamento da TB a partir do modelo praxiológico da comunicação, acionando os seguintes autores Queré (2018), França (2016) e Braga (2012; 2017). Discute, ainda, sobre processos, estratégias, técnicas e contextos que permeiam a práxis da comunicação dos ACSs com os pacientes de TB, de acordo com Baldissera (2009a), De Melo Lanzoni *et al* (2014), Abrunhosa (2011), Rogério *et al* (2015), etc. Explica o papel de interlocução dos ACSs na perspectiva da Comunicação Pública, a partir de Matos e Gil (2014), Esteves (2019, 2021) e Weber (2007, 2017) etc. Por fim, discorre sobre a área da Comunicação e Saúde como campo de atuação de diversos agentes, conforme Araújo e Cardoso (2007), Araújo, Moreira e Aguiar (2013), Feichas, Schweickardt e Ferla (2020) e outros. Como procedimento metodológico, adotamos a pesquisa bibliográfica (Stumpf, 2005), a pesquisa documental (Marconi; Lakatos, 2003) e a entrevista semiestruturada (Duarte, 2004), tendo como participantes da pesquisa 12 ACSs e cinco lideranças em saúde que coordenam as ações de combate à TB em Manaus. Aderimos como referencial metodológico a Análise de Conteúdo (Bardin, 2016), utilizando a técnica da Análise Categral. Como principais resultados, percebemos que: a) a atuação dos ACSs como mediadores da comunicação é caracterizada por perspectivas profissionais e relacionais, sendo agente de políticas públicas de saúde e, também, de afetividades e confiança; b) o ACS realiza movimentos na linguagem que adota diante dos pacientes de TB em prol de que haja maior compreensão sobre o tratamento que necessita ser realizado; c) O ACS aciona os colegas médicos e enfermeiros para dirimir suas dúvidas, além de buscar informações em outras fontes, como a internet; e d) os encontros comunicacionais entre ACSs e pacientes de TB são reduzidos aos aspectos protocolares, normativos e informativos sobre o tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação; Mediação; Disputa de Sentidos; Agentes Comunitários de Saúde; SUS.

ABSTRACT

The aim of this thesis is to explain the role of Community Health Agents (ACSs) as mediators of communication between the Unified Health System (SUS), based in the Basic Health Units (UBSs), and patients living in the city of Manaus/AM, in the dispute over meanings about the treatment of tuberculosis (TB). Its central concepts are organized into two theoretical chapters, the first of which discusses TB as a treatable and curable disease, based on Filho (2001), Gonçalves (2000), Maciel; Mendes; Gomes; Siqueira-Batista (2012), Massabni; Bonini (2019) and Rosemberg (1999), Silva et al (2017) etc. The second theoretical chapter first addresses the mediation of ACSs communication in the dispute over meanings about TB treatment from the praxeological model of communication, using the following authors Queré (2018), França (2016) and Braga (2012; 2017). It also discusses the processes, strategies, techniques and contexts that permeate the praxis of ACSs communication with TB patients, according to Baldissera (2009a), De Melo Lanzoni et al (2014), Abrunhosa (2011), Rogério et al (2015), etc. It explains the interlocution role of ACSs from the perspective of Public Communication, based on Matos and Gil (2014), Esteves (2019, 2021) and Weber (2007, 2017), etc. Finally, it discusses the area of Communication and Health as a field of action for various agents, according to Araújo and Cardoso (2007), Araújo, Moreira and Aguiar (2013), Feichas, Schweickardt and Ferla (2020), etc. As methodological procedures, we adopted bibliographic research (Stumpf, 2005), documentary research (Marconi; Lakatos, 2003) and semi-structured interviews (Duarte, 2004), with 12 ACSs and five health leaders who coordinate TB actions in Manaus as participants. Our methodological reference was Content Analysis (Bardin, 2016), using the Categorical Analysis technique. As the main results, we found that a) the role of ACSs as mediators of communication is characterized by professional and relational perspectives, being agents of public health policies and also of affection and trust; b) ACSs make movements in the language they adopt towards TB patients so that there is greater understanding of the treatment that needs to be carried out; c) they call on their medical and nursing colleagues to answer their questions, as well as looking for information from other sources, such as the internet; and d) communication encounters between ACSs and TB patients are reduced to protocol, normative and informative aspects of treatment.

KEY-WORDS: Communication; Mediation; Dispute of Meanings; Community Health Agents; SUS.

PREÂMBULO

Das marcas de uma cicatriz

Minha tese de doutoramento começou quando recebi o diagnóstico de que estava doente, com tuberculose (TB) extrapulmonar, em 2016. Naquele momento, eu não tinha conhecimento de que já me encontrava diante de um tema que iria me acompanhar durante os quatro anos do meu curso. Como uma investigadora iniciante, que ainda necessita ter um contato mais exploratório com o tema de pesquisa, fui colocada pelos acontecimentos inesperados da vida, diretamente em um processo empírico, no qual eu era a pesquisadora e, ao mesmo tempo, participante da pesquisa, envolvida em um assunto que até então parecia existir, para mim, apenas nos relatos sobre artistas que morreram precocemente vítimas da TB, como Castro Alves e Noel Rosa.

É desse lugar que dialogo, de ex-paciente que precisava ir, inicialmente, a cada 15 dias, à Policlínica Cardoso Fontes, no centro de Manaus, no Amazonas, buscar a medicação que estava me tratando e me curaria de uma doença que leva à óbito mais de um milhão de pessoas em todo o mundo, anualmente. Usei o prefixo *ex* para falar de um lugar no qual estive por nove meses, mas que, ao olhar para a cicatriz que marca minha axila direita, percebo que este lugar ainda ficará em mim, para sempre, como registro de um tempo no qual minhas condições de acesso aos serviços de saúde, em alguns momentos, no Sistema Único de Saúde, o SUS e, em outros, em clínicas particulares, me impulsionaram para continuar o tratamento. Minhas condições de vida facilitaram minha qualidade de vida como paciente de TB. É desse lugar que eu iniciei minha pesquisa, mas não é desse lugar, dos privilégios, que eu discuto a comunicação sobre o tratamento desta doença. Levo minha lupa de pesquisadora para o sistema público, através das unidades básicas que trabalham na perspectiva da Estratégia Saúde da Família (ESF), com sua equipe multiprofissional, da qual destaco o protagonismo do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Dele, reconheço a importância de sua voz, por isso a trouxe para discutirmos a respeito da dimensão comunicacional que permeia suas práticas como mediador, no território de tratamento dos pacientes de TB.

E, com minha voz, me coloco: sou manauara, cria da escola e universidade pública, sendo esta, também, minha casa laboral. Saí de lá, temporariamente, e vim para o outro lado do país, com minha bagagem da cultura e da linguagem, da intelectualidade, de metodologias, e me coloquei em aperfeiçoamento no sul do país. Mas continuo nortista, preservando minha

identidade, valorizando minhas raízes, minha ancestralidade. Ao Norte pertença. “Sou caboclo, sou negro, sou índio, mestiço de bom coração²”. E isso, também, permeia minha tese.

² Trecho da toada *Meu nome é povão* do Boi Garantido.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ACE	Agentes de Combate às Endemias
AIS	Agentes Indígenas de Saúde
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
BK	Bacilo de Koch
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EAB	Equipe da Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
FVS-AM	Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas
ILP	Instituições de Longa Permanência
ILTB	Infecção Latente por Tuberculose
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2. TUBERCULOSE: UMA DOENÇA TRATÁVEL E CURÁVEL	32
2.1 SOBRE TUBERCULOSE.....	33
2.1.1 Representações da Tuberculose.....	34
2.1.2 O tratamento da TB visto a partir de uma linha do tempo.....	38
2.1.3 O atual tratamento da tuberculose em um viés normativo.....	40
2.1.4 A tuberculose vista como um problema de exclusão social.....	44
2.1.5 O tratamento da tuberculose dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).....	48
3 A MEDIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA DISPUTA DE SENTIDOS SOBRE O TRATAMENTO DA TB	55
3.1 CONCEITOS BASILARES DA COMUNICAÇÃO SOB A ABORDAGEM PRAXIOLÓGICA.....	55
3.2 PROCESSOS, ESTRATÉGIAS, TÉCNICAS E CONTEXTOS NA PRÁXIS DA COMUNICAÇÃO DOS ACSS COM OS PACIENTES DE TB.....	59
3.3 A RELEVÂNCIA DA COMUNICAÇÃO PÚBLICA PARA GERAR DEBATES SOBRE TEMAS DE INTERESSE PÚBLICO.....	67
3.4 CIRCULAÇÃO DOS SENTIDOS SOBRE TUBERCULOSE POR VOZES DIVERSAS.....	70
3.4.1 Reflexões sobre a interseção formada pela Comunicação e Saúde.....	70
3.4.2 A Comunicação e Saúde como campo de atuação de agentes diversos.....	72
3.4.3 Agentes diversos do campo da Comunicação e Saúde.....	74
3.4.3.1 A voz legitimada institucionalmente da área da saúde.....	74
3.4.3.2 A voz autorizada dos profissionais da área da saúde.....	75
3.4.3.3 A voz da mídia sobre saúde	77
3.4.3.4 A voz do paciente	79
3.4.3.5 Saberes tradicionais na saúde.....	80
3.5 A COMUNICAÇÃO SOBRE TUBERCULOSE.....	83
4 O ACS COMO INTERLOCUTOR DA SAÚDE NO ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES DE TUBERCULOSE: ESCOLHAS METODOLÓGICAS E O PERCURSO DA PESQUISA	93

4.1 QUESTÕES INICIAIS: PESQUISA QUALITATIVA.....	93
4.2 COLETA DE DADOS DA PESQUISA DOCUMENTAL.....	95
4.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ACSS COMO PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	100
4.4 SOBRE AS PRÁTICAS DAS ENTREVISTAS COM OS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	101
4.5 CONTEXTO DAS ENTREVISTAS E O PERFIL DE CADA PARTICIPANTE DA PESQUISA.....	104
4.6 A ANÁLISE DE CONTEÚDO COMO REFERENCIAL METODOLÓGICO PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	115
5 ASPECTOS COMUNICACIONAIS SOBRE O TRATAMENTO DA TUBERCULOSE A PARTIR DO VIÉS NORMATIVO ESTABELECIDO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	131
5.1 A COMUNICAÇÃO SOBRE TRATAMENTO DE TB CONTIDA EM NORMAS, CARTILHAS, MANUAIS DIVULGADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	132
5.1.1 – Orientações com potencial dialógico.....	132
5.1.2 - Orientações sobre comportamentos.....	133
5.1.3 – Divulgação de informações.....	133
5.1.4 - Registro em sistemas informatizados.....	134
5.2 A COMUNICAÇÃO SOBRE TRATAMENTO DE TB A PARTIR DA VOZ DA FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS DRA. ROSEMARY COSTA PINTO (FVS-AM).....	134
5.3 A COMUNICAÇÃO SOBRE TRATAMENTO DE TB A PARTIR DA VOZ DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SEMSA), EM MANAUS.....	136
5.4 O QUE DIZ A LIDERANÇA POPULAR EM SAÚDE.....	143
6 A DIMENSÃO COMUNICACIONAL NO TRABALHO DOS ACSS QUE ACOMPANHAM OS PACIENTES EM TRATAMENTO DE TB NA CIDADE DE MANAUS/AM.....	146
6.1 A PERSPECTIVA PROFISSIONAL DE SER ACS	146
6.2 PERSPECTIVA RELACIONAL NA PRÁXIS DO ACS.....	158
6.3 PERSPECTIVA DA MEDIAÇÃO NA INTERLOCUÇÃO DO ACS.....	167
6.4 PERSPECTIVAS DO CONTEXTO DO TRATAMENTO DE TB.....	180
6.5. PERSPECTIVA DA QUALIFICAÇÃO PARA TRABALHAR COM TB.....	187

6.6 PERSPECTIVAS COMUNICACIONAIS SOBRE O TRATAMENTO DE TB.....	191
6.7 DISCUSSÃO.....	204
7 CONSIDERAÇÕES	210
8 REFERÊNCIAS	215
APÊNDICE	228
Apêndice A	
Apêndice B	
Apêndice C	
Apêndice D	
Apêndice E	
Apêndice F	
Apêndice G	
Apêndice H	
Apêndice I	
Apêndice J	
Apêndice K	

1 INTRODUÇÃO

O título de nossa tese destaca um elemento que pode ser potência para o tratamento da tuberculose (TB) que é ofertado na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS): a promoção do diálogo entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e os comunitários que se encontram em situação de pacientes³ desta doença. O diálogo, nesse caso, é resultado de funções e atividades institucionais que o agente precisa desenvolver no território em que atua, realizando, principalmente, as visitas domiciliares e/ou a busca ativa de pacientes faltosos. Tais momentos podem se tornar espaços de acolhimento, de dialogar sobre questões mais sensíveis às condições de tratamento, como as dificuldades que permeiam tal processo.

A conversa do dia a dia entre ACS e paciente pode ser compreendida como estratégia fértil no sentido comunicacional, dando visibilidade ao tema da TB, doença que costuma ficar à margem em termos de comunicação, definida esta como “produção, circulação e apropriação de bens simbólicos” (Araújo, 2015), em comparação a outros temas da área da saúde, como câncer ou AIDS. Conforme afirma Araújo *et al* (2013), ainda é necessário trabalhar com doenças que são negligenciadas, principalmente pela esfera estatal, dentre outras questões, por não receberem os investimentos necessários para sua erradicação, como é o caso da TB.

Essa negligência afeta também a comunicação sobre TB, pois, muitas vezes, ações mais intensas de comunicação com a população em geral são da qualidade do sazonal, realizadas no mês de março, quando se intensificam ações que fazem referência ao Dia Mundial de Combate à Tuberculose, 24 de março (data esta instituída pela Organização Mundial de Saúde (OMS)). O conteúdo que recorrentemente circula nessas ações comunicacionais compreende uma perspectiva de instruções que precisam ser seguidas pelo cidadão, sendo de caráter normativo, prescritivo e imperativo (Araújo; Aguiar; Cordeiro, 2020). Nesse sentido, o conteúdo trabalhado nas campanhas propõe ao cidadão que se torne vigilante de si quando: primeiro, 1) necessita verificar se apresenta sintomas como tosse por mais de duas semanas, emagrecimento repentino sem motivo aparente e/ou febre no fim da tarde, dentre outros; e, depois, 2) caso identifique tais sintomas, como doente em potencial,

³ Ainda que saibamos que o cidadão que faz uso do Sistema Único de Saúde (SUS) é nomeado como usuário, em nossa tese, optamos em usar a palavra paciente por causa da prática local de usar a palavra paciente ao invés de usuário, principalmente pelas pessoas que não são da área da saúde.

procure uma Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua residência, para fazer os exames e iniciar o tratamento com os antibióticos, caso seja confirmada sua condição de paciente.

Entretanto, em uma perspectiva de capilarização da comunicação para a saúde, existem outros processos instituídos. Dentre eles, e distante desse modelo de comunicação sazonal e de conteúdo hegemônico⁴, no âmbito das UBSs, realizam-se processos comunicacionais promovidos na interação face a face, focada em indivíduos, núcleos familiares e comunidade. Nesse sistema, uma importante forma de essas relações se estabelecerem, por exemplo, para além das relações médicos-pacientes, é a partir dos ACSs, cabendo a eles a responsabilidade de fazer a interlocução entre dois públicos principais da rede de atenção primária: a equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os usuários/pacientes e comunitários da UBS. Nesse trabalho de interlocução, no caso específico da TB (foco deste estudo), o ACS realiza, principalmente, um trabalho de busca de pessoas com sintomas respiratórios no território da UBS e de acompanhamento de pacientes, sobretudo daqueles que necessitam tomar a medicação dentro da estratégia que faz parte do tratamento diretamente observado (TDO), realizando, para isso, visitas domiciliares regulares.

Compreendendo inicialmente o contexto de atuação do ACS e percebendo-o como sujeito da comunicação a partir de incumbências institucionais, fizemos a opção por investigar sua forma de atuação como mediadores da comunicação a respeito dos processos que envolvem o tratamento da TB junto aos pacientes. Enfatizamos, no entanto, que para elaboração de nossa tese, não houve envolvimento com os pacientes da doença, e sim optamos em focar na dimensão comunicacional do trabalho dos ACSs.

O ACS faz parte de um programa que foi instituído oficialmente em 1991, pelo Ministério da Saúde (MS), no qual o agente assume um papel de interlocução entre o governo e a comunidade (Brasil, 2022b), atendendo, assim, interesses da chancela institucional – encontrando-se vinculado a um saber institucionalizado, que ecoa através das UBSs, e um saber de atuação na comunidade, acompanhando pacientes em tratamento de TB e de outras doenças.

⁴ Atentamos aqui para a perspectiva de hegemonia apontada por Stevanim e Murtinho, quando afirmam que a mesma “se constrói não somente pela posse de aparatos institucionais do Estado ou pela imposição da dominação militar ou jurídica, mas pela formulação de interpretações, crenças, ideologias e práticas culturais que predominam na sociedade; em outras palavras, pela formação de consensos” (2021, p. 19-20).

Nessas linhas introdutórias, pontuamos que embora nossa discussão esteja direcionada para os trabalhos dos ACSs, no SUS, há outras duas classificações de agentes que, também, em território, fazem ações fundamentais quando pensamos nos trabalhos de prevenção e combate a doenças, como os Agentes de Combate às Endemias (ACEs) e os Agentes Indígenas de Saúde (AISs). Os agentes de endemias trabalham em cooperação com os ACSs (Brasil, 2017) e os agentes indígenas de saúde atuam em áreas das comunidades indígenas, sendo essa função exercida por pessoas das próprias etnias. Em destaque, situamos que a formação específica de indígenas como agentes de saúde permite que a prevenção e o tratamento de doenças sejam contextualizados e atravessados pelos saberes tradicionais, como no caso dos AISs moradores do município de São Gabriel da Cachoeira, no Alto Rio Negro, região conhecida popularmente como Cabeça do Cachorro⁵ (Radis, 2009).

A lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, que regulamenta a função dos ACSs, determina que dentre as várias atividades, cabe ao agente desenvolver ações voltadas para a prevenção de doenças e de promoção da saúde, com base na educação popular em saúde através de ações na comunidade, sejam elas individuais ou coletivas, e que estejam de acordo com as diretrizes do SUS. Dessa forma, seu trabalho é constituído por ações na comunidade em que desenvolve seu ofício de agente, devendo esse ser também seu lugar de residência. Esclarecemos que nem toda UBS contempla a função do ACS, somente as que têm vinculação com a ESF.

Conforme informações disponíveis na portaria no. 2.436, de 21 de setembro de 2017 (Brasil, 2017), que faz a revisão das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a ESF é vista como estratégia prioritária de atenção à saúde, atuando de acordo com os preceitos do SUS, e sendo classificada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica (AB). A ESF favorece a reorientação do processo de trabalho, buscando ampliar a resolutividade, além de impactar na saúde das pessoas. Sua equipe é composta por um médico, o qual, preferencialmente, deve ser especialista em medicina de família e comunidade; um enfermeiro que, preferentemente, seja especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e o ACS. É possível, ainda, que a equipe seja formada pelo ACE e por profissionais de saúde bucal, no caso, cirurgião-dentista, que, também, seja, de preferência, especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em

⁵ Essa região recebe tal nome por ter representação, no mapa do estado do Amazonas, semelhante com tal parte do corpo do animal (Radis, 2009).

saúde bucal (Brasil, 2017). Todos os membros da equipe da ESF devem cumprir 40 horas semanais, tendo, então, vinculação a uma única equipe.

Os pré-requisitos⁶ para ser um ACS são listados pelo Ministério da Saúde como: conhecer bem a comunidade (residir há pelo menos 02 anos na comunidade), ter espírito de liderança, de solidariedade, ter a idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever (há casos de ACS que estão na função há muitos anos que não têm ensino fundamental completo, inclusive) e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

A PNAB explicita que o número de ACS por equipe é variável, o qual deve ser definido a partir de dados como: base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos. Há orientação de que nas áreas de grande dispersão territorial, de risco e de vulnerabilidade social, haja a cobertura de 100% da população, desde que o ACS possa ter em sua cobertura, o número máximo de 750 pessoas (Brasil, 2017). Salientamos que a PNAB define o número de pessoas e não de famílias assistidas.

A partir desse lugar ocupado pelo agente no SUS que elaboramos o questionamento que conduziu nossa tese, procurando saber *Como os agentes comunitários de Saúde compreendem a própria atuação diante dos pacientes como mediadores da comunicação na disputa de sentidos sobre o tratamento da tuberculose?* E, a partir deste, indagamos *Como a comunicação se apresenta como desafio e potência para a saúde pública diante dos pacientes de TB?*

Estabelecemos como objetivo geral de nossa pesquisa, *Explicar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como mediadores da comunicação entre o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), e os pacientes residentes na cidade de Manaus/AM, na disputa de sentidos sobre o tratamento da tuberculose.*

Como desdobramento do objetivo geral, buscamos, também: 1) Investigar como se dão os protocolos que regem a comunicação dos ACSs a respeito do tratamento da tuberculose em nível federal, estadual e municipal; 2) Investigar se, além dos validados pelo SUS, há outros saberes sobre o tratamento da tuberculose que circulam dos ACSs para os pacientes de TB e que podem gerar tensionamentos com a equipe multiprofissional de saúde; 3) Compreender os papéis exercidos pelo ACS a partir do lugar de mediação entre o SUS e os pacientes de TB; 4) Investigar estratégias, canais e processos de comunicação adotados pelos

⁶ Informações disponíveis em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contratacao_agentes.pdf Acesso em 02.mar 2022.

ACSs para as interações com os pacientes para o tratamento de TB; 5) Compreender como os aspectos relacionais entre ACS e pacientes impactam no tratamento de TB; e, por fim, 6) Compreender os fluxos circulantes das vozes sobre tratamento da TB que podem influenciar o trabalho dos ACSs junto aos pacientes.

E para justificar as razões que nos levaram a produzir esta tese, versamos sobre sua relevância em três primas, o social, o acadêmico e o pessoal, assumindo que em nosso olhar, sobre o objeto empírico, há a percepção de que tais razões encontram-se atravessadas entre si, conforme será exposto.

Partimos, então, da relevância social da área da comunicação e das políticas públicas de saúde, sendo sua constituição histórica datada em 1920, conforme indicam Araújo e Cardoso (2007), a partir da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Naquele momento, “incluiu a propaganda e a educação sanitária como estratégia para fazer face às questões da saúde, principalmente as epidemias e a adoção de medidas higiênicas” (2007, p. 23-24). Depois desse marco institucional, ao longo do tempo, esta área foi objeto de estudos diversos, seja através de eventos ou congressos, apontando a importância da comunicação não somente no sentido de se fazer uso de técnicas e canais para promover a saúde, mas, também, como processos simbólicos que podem contribuir para a promoção de políticas públicas na área da saúde. Dessa forma, entendemos que a investigação voltada para a prática dos ACSs como sujeitos comunicadores no acompanhamento de pacientes de TB possui uma dimensão social, quando situamos tal comunicação como potência de influenciar positivamente o tratamento da doença.

Apontamos que nossa escolha de estar em campo para ouvir os ACSs sobre sua percepção a respeito da prática comunicacional direcionou nossa pesquisa para a possibilidade de gerar conhecimentos que extrapolassem os limites do que está instituído como o modelo normativo e biomédico sobre o tratamento, e trouxeram outros elementos que funcionam como essenciais para o êxito do tratamento, conforme apresentaremos no capítulo de análise dos dados.

Para melhor manifestarmos nosso posicionamento diante da relevância social de nossa pesquisa, destacamos alguns dados epidemiológicos sobre a TB, os quais foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2022b). Há uma estimativa de que no mundo, no ano de 2020, a doença tenha afetado a vida de 9,9 milhões de pessoas, causando

cerca de 1,3 milhão de óbitos. Já no Brasil, no ano de 2022⁷, foram notificados 78.000 novos casos da doença, representando um acréscimo de 4,9% em comparação ao ano anterior. Em relação a óbitos, no ano de 2020, foram notificadas 4.543 mortes em todo o país. Ainda sobre os mesmos dados disponibilizados pelo MS, no estado do Amazonas, foram diagnosticados 3.065 novos casos, gerando uma taxa de incidência de 71,3 por 100 mil habitantes, equivalendo a mais do que o dobro da taxa nacional. Sobre os óbitos, no mesmo ano, foram notificados 150 casos. Dos dados apresentados, só a cidade de Manaus, capital do Amazonas, registrou 2.223 novos casos nesse período, equivalendo a 100,2 casos por 100 mil habitantes; e registrados 97 óbitos (Brasil, 2022b).

Esses dados revelam uma realidade que necessita ser compreendida a partir da singularidade da comunicação promovida pelos ACSs, e que pode reverberar na rede de atendimento dos usuários do SUS. Esse retorno pode impactar de forma positiva as questões inerentes à promoção do tratamento de TB no trabalho do ACS, com orientações surgidas a partir do olhar científico sobre a própria percepção do ACS em sua prática comunicacional.

E é justamente a partir da compreensão do ACS como agente comunicador de saúde que apresentamos a relevância acadêmica da pesquisa, quando apontamos a necessidade de produzir ciência sobre comunicação e TB a partir da fala de sujeitos que são essenciais no trabalho de promoção da saúde e no tratamento da doença. Na pesquisa bibliográfica que realizamos para a elaboração do estado da arte, o qual está detalhado (Apêndice A), há achados que direcionam que a temática da mediação no trabalho dos ACSs já foi trabalhada em outras pesquisas, como os de Bornstein e Stotz (2008) e de Lotta (2012). Ou, ainda, o trabalho do agente de saúde foi visto em uma perspectiva relacional e de comunicação (De Melo Lanzoni, 2014); ou de informação sobre saúde (Abrunhosa, 2011); de acolhimento (Carli, 2014); e de afeto (Galavote *et al*, 2013). Os achados nos trazem indicativos de que o olhar de nossa tese, de explicar como se dá a atuação dos ACSs como agentes comunicacionais sobre o tratamento de TB, no contexto amazônico, é uma lente necessária que enriquece os estudos específicos da área da Comunicação.

Em termos pessoais e fazendo uso momentaneamente da primeira pessoa do singular, falo do lugar ocupado como pesquisadora que já vivenciou a doença (Apêndice K), precisando passar por um longo tratamento de nove meses, já que meu adoecimento foi por

⁷ Esse dado específico sobre a situação no Brasil disponível em <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/54008> Acesso em 13.mai 2023.

TB ganglionar. De um quadro quase assintomático, apresentando apenas uma alteração em linfonodos na axila, precisei ir em busca de um diagnóstico para saber o que acontecia com meu corpo. Pela possibilidade de acesso, pude fazer uso de recursos particulares e da rede de saúde suplementar, para, enfim, saber sobre meu quadro de adoecimento. A partir disso, como muitas das pacientes da sociedade conectada à internet, fui ler a respeito da doença e me deparei com um quadro que desconhecia: a TB ainda existe e mata, afetando principalmente pessoas que estão vulnerabilizadas em termos socioeconômicos. E, ainda, o Amazonas, estado onde nasci e resido, possui uma das grandes taxas de adoecimento por TB.

Diante disso, vi na realização desta pesquisa em nível de pós-graduação, uma oportunidade de investigar a respeito da comunicação que é realizada pelos ACSs que trabalham nas UBSs, sendo estas portas de entrada para tantos outros pacientes que dependem exclusivamente do SUS para ter acesso a consultas, diagnóstico, tratamento e, em alguns casos, de uma cesta básica, para assim pensar em tratamento e cura da doença. Penso ser importante registrar, neste momento, que como paciente de TB, fui usuária do SUS quase que unicamente para ter acesso ao tratamento medicamentoso, e o meu interesse por investigar a temática da doença sob a perspectiva dos ACSs surgiu a partir da elaboração do estado da arte da pesquisa e dos processos dialógicos entre orientadores e orientanda. Meu processo de adoecimento, diagnóstico, tratamento e cura ocorreu em contexto bem diferente do perfil dos pacientes de TB, mas foi a pesquisa bibliográfica e os diálogos que me permitiram identificar o viés dos ACSs como potência para a pesquisa.

Voltamos aqui para um olhar pessoal, sim, a respeito do motivo da realização da pesquisa, mas que vi nessa oportunidade uma possibilidade de produzir ciência que reverbere nas políticas públicas sobre TB em Manaus, a partir do lugar ocupado como pesquisadora nortista em formação no sul do país.

As questões singulares também norteiam a forma que escrevemos nossa tese em alguns aspectos, como: a construção textual, a qual busca manter as marcas de nossa escrita quanto à originalidade de quem pertence ao norte, mas buscando manter-se fiel a um texto de qualidade para ser apresentado nos espaços acadêmicos; a inserção de fragmentos do nosso relato feito sobre o processo de adoecimento, diagnóstico, tratamento e cura de TB, na parte introdutória de cada capítulo; e, por fim, na adoção da identificação dos participantes da pesquisa com os nomes de rios afluentes pertencentes à Bacia Amazônica, como ilustração da fluidez que há no trabalho dos ACSs nos diversos territórios.

Considerando que o foco desta tese está voltado para a variável da comunicação que se faz presente nas atividades que o ACS exerce junto aos pacientes que são atendidos nas UBSs, e admitindo o pressuposto de que as situações relacionais também incidem sobre o êxito no tratamento de saúde, optamos pelo Interacionismo Simbólico como lente teórico-epistêmica, focando na dimensão comunicacional de tais interações no contexto de tratamento dos pacientes de TB. Destacamos, desde aqui, que, nesse caso, não se trata de estudar as interações enquanto estão acontecendo, mas a partir das percepções dos ACSs sobre os fatos.

Ainda que brevemente, destacamos, a seguir, algumas considerações a respeito de nossa escolha teórico-epistêmica. Nossa opção pelo interacionismo simbólico é resultante do foco dos seus estudos, os quais são definidos a partir das relações sociais que são construídas em um agir em conjunto, de forma recíproca, e não de regras fixas, conforme discute Joas (1999). A visão interacionista nos provoca a ver as trocas entre os indivíduos como espaços de sentidos circulantes entre aqueles que participam de tal processo. Segundo França e Simões (2016, p. 92), o interacionismo simbólico parte da premissa de que indivíduos e sociedade devem ser pensados conjuntamente já que “o indivíduo não se constrói senão dentro da sociedade, e a sociedade não é senão uma sociedade de indivíduos”, diferente do que propõem as perspectivas clássicas da sociologia, sendo que essa construção mútua entre indivíduos e sociedade é gerada a partir da linguagem, dos símbolos, dos sentidos partilhados (França; Simões, 2016). Ao situar o indivíduo como elemento que é constituinte da sociedade, o interacionismo simbólico retira o indivíduo do lugar da passividade, percebendo-o como sujeito que afeta a sociedade e não como apenas sendo afetado por ela.

França e Simões (2016) afirmam que Herbert Blumer sintetizou as premissas do interacionismo simbólico, sendo a comunicação trabalhada no sentido de circularidade e não da clássica linearidade, com a presença de um emissor e um receptor. Na perspectiva interacionista:

- 1) Os seres humanos agem no mundo fundamentando-se nos significados que este lhes oferece; 2) os significados de tais elementos são provenientes da ou provocados pela interação social que mantém com as demais pessoas; 3) tais significados são manipulados por um processo interpretativo (França; Simões, 2016, p. 96-97).

Temos, assim, o agir do sujeito na sociedade, seja em seus processos de reflexividade consigo mesmo e/ou com o outro, em expectativas e/ou em cooperação, fazendo ajustes conforme as interpretações realizadas, em processos simbólicos contínuos e em circularidade.

O Interacionismo Simbólico é uma perspectiva teórica que recebe diversas críticas, sobretudo, conforme explanam França e Simões, a respeito da “ênfase localizada nas situações individuais ou de grupo, negligenciando as questões mais estruturais da vida social: as relações de classe e as implicações da desigualdade social; a questão do conflito e do poder” (2016, p. 103). As limitações apontadas podem ser superadas quando compreendemos que o comunicacional “é parte de uma situação maior. Está inserido numa realidade que o atravessa e ultrapassa” (França, 2000, p. 138). Portanto, atentando-se em particular para este estudo, o caráter simbólico da mediação dos agentes junto aos pacientes de TB precisa ser compreendido a partir dos diversos contextos que permeiam tais interações.

Diante de todo exposto, apresentamos o objeto empírico que nos permitiu elaborar nossa tese: a percepção dos ACSs sobre a própria atuação como comunicadores do tratamento de TB para pacientes que são residentes na cidade de Manaus, no Amazonas. A coleta de dados do material foi feita a partir de dois procedimentos metodológicos, sendo estes divididos em duas partes: 1) a pesquisa documental; e 2) a pesquisa de campo, com realização de entrevistas semiestruturadas com 12 ACS atuantes na cidade de Manaus, no Amazonas, além de cinco lideranças em saúde que atuam no combate à TB.

Para melhor compreendermos o contexto de trabalho dos ACSs em relação à TB, na cidade de Manaus, apresentamos alguns dados epidemiológicos sobre esta doença. No Amazonas, a capital concentra a maior parte dos casos de TB, registrando no ano de 2021, 2.223 novos casos da doença de um total de 3.065 em todo o estado, além de 97 óbitos de um total de 150 notificados no Amazonas, no mesmo período (Brasil, 2022b). Destacamos que, de acordo com informações disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA Manaus), em seu Boletim⁸ Epidemiológico nº01, publicado em março de 2021, a partir de 2020, foi observada uma redução de 12,4% de notificações de novos casos de TB esperados para os meses de abril e maio. Na época citada, registramos que Manaus enfrentava os duros reflexos da primeira onda da pandemia⁹ causada pelo SARS-COV-2, o que fez com que as unidades de saúde, seja do município ou estado, ficassem atendendo exclusivamente pacientes de Covid-19. Em tal documento, encontramos, também, a informação de que, nos meses de janeiro a abril de 2020, o número de óbitos de pessoas falecidas por TB foi

⁸ Informações disponíveis em https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/Boletim_01_TB-revisado_timbrado1.pdf Acesso em 12.julho 2023.

⁹ Informações disponíveis em <https://www.brasildefato.com.br/2022/02/07/analise-a-tripla-tragedia-epidemicaport-covid-19-e-a-subnotificacao-de-mortes-em-manaus> Acesso em 14.jun 2022.

praticamente o dobro do que é esperado para o mesmo período, indicando o documento que tais dados podem ser resultado da pandemia causada pelo coronavírus.

Comparando dois momentos distintos, os dados de 2021 com os dados de 2007, apresentados por Farias (2010), que indicam que, naquele ano, houve 1.952 doentes de TB em Manaus, e 83 óbitos da mesma doença, podemos perceber que em 14 anos, o número de doentes de TB notificados, na capital, manteve um pequeno crescimento, o que pode ter sido proporcional ao crescimento populacional da região. Os dados discutidos por Farias (2010) foram coletados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) quatro anos após o início da descentralização do tratamento dos pacientes para as UBSs.

A descentralização das ações de controle da doença, ocorrida a partir de 2003, foi benéfica para a melhora no quadro de tratamento em Manaus, com ganhos que permitiram a reorganização das informações notificadas sobre os casos de TB. Alguns achados discutidos por Marreiro *et al* (2009) indicam que, após uma revisão que foi feita nos antigos dados contidos no SINAN, sobre os pacientes de TB da capital, foi identificado um aumento do percentual de cura de 42,2% para 81,8% no ano de 2003; e de 28,6% para 76,9%, no ano de 2004. Também houve a diminuição do percentual de transferências de pacientes de 43,5% para 4,2% em 2003, e de 49,6% para 6,9% em 2004. Os casos de transferências fazem referência aos pacientes que anteriormente eram atendidos nas unidades de referência Policlínica Cardoso Fontes, Fundação de Medicina Tropical do Amazonas e Ambulatório Araújo Lima e somente depois eram encaminhados às UBSs. Marreiro *et al* (2009) indicam que a reorganização dos dados permitiu fazer uma avaliação mais condizente com a realidade que a cidade de Manaus apresenta no tratamento da TB.

Na atualidade, a cidade de Manaus conta com 204 UBSs, além de 04 unidades de saúde móvel terrestre e 02 UBSs fluviais (UBSF). São as unidades que trabalham na perspectiva da ESF e que funcionam como porta de entrada para os pacientes com sintomas da doença ou de casos suspeitos.

De acordo com os dados apresentados no Painel¹⁰ de Indicadores da Tuberculose em Manaus – 2021, documento divulgado pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), no item Indicadores Epidemiológicos Distritais, as zonas norte e leste de Manaus são as áreas nas quais há o maior número de novos casos de TB, de todas as formas, além do fato de a zona

¹⁰ O documento encontra-se disponível em https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/Painel_Indicadores_TB_Manaus_2021.pdf Acesso em 14.jun 2022.

norte apresentar tendência de crescimento de novos casos, tanto dos que são confirmados pelos laboratórios distritais quanto de novos casos de coinfeção TB/HIV+.

Como a TB é uma doença que, na maioria dos casos, está diretamente relacionada ao contexto socioeconômico dos pacientes, reconhecemos a necessidade de apresentarmos alguns dados demográficos a respeito de Manaus, incluindo, ainda, informações a respeito da área da saúde. A cidade de Manaus, com base nas informações disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE¹¹), apresenta uma área territorial de 11.401,092 km², com um número estimado da população de 2.255.903 pessoas (referência ao ano de 2021), uma área urbanizada (dados de 2019) de 277,09 km² e a existência de esgotamento sanitário adequado de 62,4% (dados de 2010).

Os dados disponíveis no site do IBGE, referente ao Censo 2022, indicam que, naquele ano, a população era de 2.063.68912 pessoas, o que gerava uma densidade demográfica de 181,01 hab/km². Em relação aos dados econômicos da cidade, o salário médio mensal dos trabalhadores formais é de três salários mínimos (IBGE, 2023). O número de pessoal ocupado é de 554.913 pessoas, gerando um percentual de 24,60% da população ocupada. Esses dados econômicos são referentes ao ano de 2021. Em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), Manaus apresenta o número de R\$ 45.782,751 por capita (2021), ocupando, assim, o 1.132º lugar de um total de 5570º, quando comparada a outras cidades do Brasil. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da capital do Amazonas é de 0,737 (2010) (IBGE, 2023), sendo que o IDHM do Brasil, no período de 2012 a 2021 era de 0,746, estando o estado do Amazonas na média nacional. No que se refere à educação, a taxa de escolarização de 06 a 14 anos de idade é de 94,2% (Censo de 2010).

Os dados da área da saúde indicam que Manaus tem a taxa de mortalidade infantil de 12,8 para 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2023), sendo a taxa do Brasil de 13,3 para 1.000 nascidos vivos, conforme informações do Ministério da Saúde¹³. De acordo com informações disponibilizadas no e-Gestor¹⁴ Atenção Básica, a cobertura na Atenção Básica de Manaus, em dezembro de 2020, especificamente na Estratégia Saúde da Família foi de 44,57% de uma

¹¹ Informações disponíveis em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/panorama> Acesso em 10.jan.2023.

¹² Dados disponíveis em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/panorama>

¹³ Informações disponíveis em https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf Acesso em 06.jan.2024.

¹⁴ Informações disponíveis em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> Acesso em 10.jan.2023.

referência de 2.182.763 da população da cidade naquele ano. No mesmo período, a área da saúde de Manaus tinha 1.189 Agentes Comunitários de Saúde, com uma estimativa de 683.675 pessoas cobertas, gerando o percentual de 31,32%, conforme os dados dos Painéis de Indicadores Atenção Primária à Saúde¹⁵.

De forma introdutória, entendemos como necessário versar sobre quatro conceitos que direcionam a discussão da nossa tese, a saber: 1) O conceito de comunicação a partir da perspectiva teórica de Baldissera (2009); 2) O conceito de interlocução (Araújo, 2003); 3) De mediação (Velho, 2001); e, por último, 4) o de interação (Queré, 2018).

A perspectiva teórica de Baldissera (2009), a partir da visão sistêmica, define a comunicação como “[...] processo de construção e disputa de sentidos” (2009, 05), sendo essa concepção acionada para fundamentar a tese, compreendendo, então, que nas práticas comunicacionais dos ACSs que são realizadas durante o atendimento dos pacientes, há processos de interpretação, de apropriação de sentidos que podem gerar novas significações sobre o que foi constituído como normativo no tratamento de TB. Além da perspectiva baldisseriana, acionaremos, ao longo da tese, outros conceitos de Comunicação, como Araújo e Cardoso (2007), França (2016) e Queré (2018), os quais apresentam dimensões diversas e complementares da comunicação da práxis dos ACSs.

Ainda nessa direção, compreendemos que o singular, que é nossa “dimensão do ser humano que pressupõe sermos um, únicos, irrepetíveis” (Guareschi, 2019, p. 176), e a subjetividade como a “soma total das relações que estabelecemos em nossa vida” (Guareschi, 2019, p. 176), influenciam na atuação dos ACSs enquanto mediadores, as quais se manifestam nas funções e ações que cada ACS exerce na comunidade; em seus processos e estratégias comunicacionais dos quais faz uso para realizar suas atividades de promoção da saúde; e na qualidade das relações que estabelecem com os diversos interlocutores.

Nosso entendimento de interlocução é oriundo de um papel ativo de pessoas ou comunidades discursivas, as quais se fazem presentes “por inteiro do circuito produtivo que caracteriza a prática comunicativa” (Araújo, 2003, p. 171), abandonando a esfera linear de emissor/receptor, adotando um modelo no qual “os interlocutores são localizados nos nós da rede, significando que cada interlocutor é, simultaneamente, agente e espaço de negociação dos sentidos” (Araújo, 2003, p. 171). No contexto da tese, enxergamos os ACSs, demais membros da equipe multiprofissional, pacientes, comunitários, como interlocutores que são

¹⁵ Informações disponíveis em <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/acs> Acesso em 10.jan 2023.

participantes dos processos de disputa de sentidos (Baldissera, 2004), imersos em lutas e negociações (Araújo; Cardoso, 2007) a respeito do tratamento da TB.

Ao tratarmos sobre interlocução, estamos enfatizando o papel do ACS na função oficial de diálogo entre o governo e a comunidade, e vice-versa. E, a começar dessa função, interessa-nos os processos envolvidos de mediação, a partir do caráter mais dinâmico apontado por Velho (2001, p. 27), sendo esta a “comunicação entre grupos e categorias sociais distintos”, tendo o potencial de se tornar agentes de transformação, de alterar fronteiras no ir e vir, transitando com informações e valores. E, por fim, o conceito de interação entendido como “uma forma de tecer vínculos, uma estrutura de expectativas recíprocas, um mundo e um horizonte comuns e certamente um conteúdo da comunicação” (Queré, 2018, p. 25). Tais conceitos são vistos como premissas para a discussão dos capítulos da tese.

Elaboramos a tese dividida em sete capítulos, sendo o primeiro a parte introdutória, dois capítulos que tratam das questões teóricas, um capítulo sobre os processos metodológicos da pesquisa, dois capítulos compostos pelos resultados da pesquisa documental e de campo, além do capítulo final com as considerações finais do processo.

No segundo capítulos, preparamos uma discussão sobre a TB, contextualizando essa doença a partir da apresentação de alguns fatos históricos, com nossa opção de organizarmos uma linha do tempo. Abordamos, ainda, sobre as diferentes representações sociais que a doença teve ao longo do tempo. Para isso, mobilizamos os autores Filho (2001), Gonçalves (2000), Maciel; Mendes; Gomes; Siqueira-Batista (2012), Massabni; Bonini (2019) e Rosemberg (1999), Silva *et al* (2017), para embasar teoricamente as discussões. Ainda nesse capítulo, discorreremos a respeito do SUS e a descentralização dos serviços, para assim situarmos as atividades dos ACSs voltadas para o acompanhamento de pacientes acometidos pela TB.

O terceiro capítulo foi dividido em dois eixos, sendo o primeiro a discussão a respeito do modelo praxiológico (relacional) da comunicação, dissertando sobre conceitos basilares para nossa tese. São eles: Comunicação (Queré, 2018; França. 2016), Interação (Queré, 2018; Braga, 2012; França. 2016) e Circulação (Braga, 2017). Ainda nesse primeiro eixo, apresentamos os processos, estratégias, técnicas e contextos que permeiam a práxis da comunicação dos ACSs com os pacientes de TB, fazendo a discussão a partir de Baldissera (2009a), De Melo Lanzoni *et al* (2014), Abrunhosa (2011), Rogério *et al* (2015), Pinto *et al* (2017), Galavote *et al* (2013), Carli (2014), Lotta (2012) etc. No segundo eixo, explicamos o

papel de interlocução dos ACSs na perspectiva da Comunicação Pública, acionando, para tanto, Matos e Gil (2014), Esteves (2019, 2021) e Weber (2007, 2017), entre outros. Finalizando o capítulo, discorrendo a respeito da área da Comunicação e Saúde como campo de atuação de diversos agentes, a partir de Araújo e Cardoso (2007), Araújo (2013a), Araújo, Cardoso e Murtinho (2009), Araújo e Mandu (2016), Araújo, Moreira e Aguiar (2013), Baldissera (2009), Gil e Matos (2013), Gouvêa e Coutinho (2016), Feichas, Schweickardt e Ferla (2020), Sales (2019), etc.

Os processos metodológicos da pesquisa compõem o quarto capítulo da tese, explicando, assim, o método escolhido, o processo de realização da coleta de dados da pesquisa documental, a coleta de dados da pesquisa empírica, além de contextualizar cada entrevista, bem como apresentar o perfil dos doze participantes da pesquisa dessa fase. Encerrando o capítulo, com o resultado da categorização dos dados, de acordo com a proposta da Análise de Conteúdo de Bardin (2016).

No quinto capítulo, discutimos os aspectos normativos da comunicação sobre o tratamento da TB, a partir da voz da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas Dra. Rosemary Costa Pinto (FVS-AM) e da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), em Manaus/AM.

O sexto capítulo da tese resulta das análises das entrevistas realizadas com os 12 ACSs, as quais estruturam as seguintes categorias: Perspectiva profissional de ser ACS, Perspectiva Relacional na práxis do ACS, Perspectiva da mediação na interlocução do ACS, Perspectiva do contexto do Tratamento da TB, Perspectiva da Qualificação para trabalhar com TB e Perspectivas Comunicacionais sobre o tratamento de TB, as quais são apresentadas e discutidas a partir dos principais elementos estruturantes.

Nas considerações, discorreremos sobre nosso processo de pesquisa, bem como sobre o alcance dos objetivos estabelecidos a partir dos processos metodológicos escolhidos, além de refletirmos sobre possíveis limitações de nosso estudo e apresentarmos possibilidades de futuras pesquisas.

2. TUBERCULOSE: UMA DOENÇA TRATÁVEL E CURÁVEL

Foi quando o médico me disse: “o que você tem, Judy, é algo tratável e curável. Você está com tuberculose extrapulmonar”. Eu fiquei muito surpresa com o diagnóstico e confesso que eu não conhecia o universo que envolve esta doença (Judy, 2023).

Nesta parte, partimos da discussão sobre a tuberculose (TB), apresentando alguns fatos históricos que consideramos marco para compreensão da doença no cenário atual. Tais fatos estão organizados em uma linha do tempo para melhor sistematização das informações que foram levantadas. Além disso, neste capítulo, discorreremos sobre diferentes representações sociais que a doença teve ao longo do tempo. Acionamos, assim, os autores Filho (2001), Gonçalves (2000), Maciel; Mendes; Gomes; Siqueira-Batista (2012), Massabni; Bonini (2019) e Rosemberg (1999), Silva *et al* (2017), para embasar teoricamente as discussões. Dissertaremos, ainda, sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a descentralização dos serviços para discutirmos sobre o trabalho que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) desenvolve através do acompanhamento de pacientes acometidos pela TB e que são atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), seja nos espaços físicos do chamado popularmente “posto de saúde” ou na própria residência, no caso dos pacientes que recebem visita do ACS.

O título do capítulo faz referência ao diagnóstico que nos foi dado no ano de 2016, quando, após passar por procedimentos médicos de punção e, posteriormente, cirurgia na axila direita, para realização de biópsia, tomamos conhecimento de que tínhamos tuberculose. Da singularidade da experiência da doença que nos acometia, partimos para outro universo que nos permitiu perceber a TB como problema de saúde pública e que afeta, na atualidade, principalmente pessoas em situação de rua, em condições de vulnerabilidade social, privadas de liberdade e que são acometidas por outras doenças, como no caso de pacientes de HIV, formando a coinfeção HIV-TB.

Para compreender o universo que compõe tal doença, precisamos inicialmente discorrer sobre ela, conhecer suas características e os fatos históricos que contribuíram para que a TB seja vista como uma doença que afeta principalmente pessoas em condições de pobreza, além de discutir sobre os possíveis impactos que esta doença causa na vida dos pacientes. Também, interessa-nos trazer à discussão os diferentes tratamentos que a doença teve ao longo do tempo até a implantação do modelo normativo vigente dentro do SUS, quando localizaremos o trabalho que é realizado pelo ACS com os pacientes de TB.

2.1 SOBRE TUBERCULOSE

A TB é uma doença infectocontagiosa e, na maior parte dos casos, de caracterização pulmonar, a qual é causada pelo agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis* do gênero *Mycobacterium*, conhecido como Bacilo de Koch (BK), agente descoberto no ano de 1882 (Gonçalves, 2000). Entretanto, conforme apontam Massabni e Bonini (2019), o gênero *Mycobacterium* pode ter surgido há mais de 150 milhões de anos, indicando o quão antiga pode ser essa doença.

O nome “tuberculose” faz menção às lesões que são causadas no paciente, as quais recebem o nome de tubérculos (Brasil, 2008). Apesar de atingir principalmente os pulmões dos pacientes, a TB também pode afetar o paciente de forma extrapulmonar (como pleural, ganglionar, geniturinária, óssea e laríngea) (Brasil, 2008), constituindo, nesse caso, “cerca de 15 a 20% de todos os casos de TB em pacientes imunocompetentes e responde por mais de 50% dos casos em indivíduos HIV-positivos” (Massabni; Bonini, 2019, p. 16).

Uma pessoa adoecida por TB pode apresentar os principais sintomas, como “febre que, à tarde, pode chegar a 39 graus centígrados, acompanhada de suores, emagrecimento contínuo e acentuado, dores torácicas, tosse, expectoração crescente, cansaço e dificuldade de respiração” (Filho, 2001, p. 30). O adoecimento acontece dependendo de como os bacilos são administrados pelo organismo.

Quando uma pessoa inala as gotículas contendo os bacilos, muitos deles ficam retidos no trato respiratório superior (garganta e nariz). Se chegarem aos brônquios, os bacilos são aprisionados na secreção (catarro) e eliminados pelo movimento ciliar. Contudo, quando os bacilos atingem os alvéolos, a infecção pode se estabelecer (Brasil, 2008, p. 131).

Filho (2001) explica que uma pessoa que está infectada pelo agente BK pode expelir até 3,5 milhões de bacilos no prazo de 24 horas, sendo muitos eliminados por gotículas através da tosse, espirro ou fala. Fora do organismo, tais micropartículas podem flutuar por até oito horas, ficando expostas em objetos, como roupas, lenços, livros, móveis ou poeira. As gotículas aspiradas por outra pessoa podem seguir dois caminhos: 1) ficarem retidas nas mucosas do nariz ou garganta; e 2) atingirem os bronquíolos respiratórios e os alvéolos, situação essa que a transforma em substância infectante (Filho, 2001).

A característica infectocontagiosa da doença resulta em números expressivos sobre a TB, com “cerca de 10 milhões de pessoas que desenvolvem a doença no mundo todo e dois

milhões morrem anualmente (Massabni; Bonini, 2019, 01), o que indica que a bactéria continua circulando, de forma intensa, em diversos países, afetando a qualidade de vida das pessoas adoecidas e, em muitos casos, levando à óbito.

A reprodução do BK se dá após três dias de sua inativação dentro do organismo, obedecendo a um ciclo de reprodução a cada 18 horas, sendo esse o mesmo momento no qual poderá ocorrer a defesa imunológica: “Primeiramente como resposta imunitária inespecífica e logo depois por meio de reações imunológicas específicas, mediante a ampliação da capacidade de fagocitose das células mobilizadas contra o elemento invasor” (Filho, 2001, p. 29).

Apesar de a TB ser uma doença infectocontagiosa, indivíduos que foram infectados pela bactéria podem não desenvolver a doença durante muitos anos, sem apresentar um quadro de adoecimento. Nesse caso, a doença é nomeada como infecção latente por tuberculose (ILTb) (Brasil, 2017b). É nesse quadro que a pessoa infectada pode desenvolver a TB em qualquer outro momento da vida, dependendo do funcionamento do sistema imunológico. Em termos de números, cerca de 5% a 10% das pessoas infectadas irão adoecer por essa doença, sendo que a maior probabilidade está entre as pessoas com HIV ou que apresentem fatores de risco, como subnutrição, diabetes ou façam uso de entorpecentes, cigarro ou álcool (Massabni; Bonini, 2019).

Ressaltamos que as condições de vida da população é um dos fatores mais propício à propagação dos bacilos já que estes se proliferam em ambientes de intensa concentração de pessoas, em ambientes escuros e com pouca ventilação, marcados pela precariedade nos serviços de saneamento e habitação e, também, de fome e de miséria. Nesse sentido, importa observar que o potencial de contágio da doença está relacionado a diversos fatores, sendo o primeiro a exposição direta a uma pessoa doente de TB, seguido da concentração de bacilos contaminados em ambientes fechados, escuros e/ou com pouca ventilação, o tempo de exposição, suscetibilidade genética ou predisposição dos contatos (Brasil, 2008). Adiante, ainda neste capítulo, retomaremos a discussão sobre as questões sociais que impactam no adoecimento dos pacientes dessa doença.

2.1.1 Representações da Tuberculose

A TB, que ficou conhecida como “peste branca”, no século 18, devido à palidez que causava nas pessoas (Massabni; Bonini, 2019), é tida como uma das doenças mais antigas da história da humanidade, recebendo, ao longo do tempo, diversas representações sociais.

Artistas, intelectuais, poetas, pessoas da classe social mais favorecida economicamente adoeceram de TB, em épocas distintas. Nomes como Molière, Eça de Queiroz, Castro Alves, Álvares de Azevedo, Casimiro de Abreu, o líder africano e destaque na luta contra o *apartheid* Néelson Mandela, Manoel Bandeira (que conseguiu viver até mais de 80 anos), o líder político-militar Simon Bolívar (Rosemberg, 1999) aparecem como personalidades públicas que contraíram TB, sendo que, algumas delas faleceram devido à gravidade do adoecimento. Também aparecem nomes como o da enfermeira Florence Nightingale, a qual, embora tenha adoecido de TB aos 30 anos, viveu até aos 90 anos. Seu nome é conhecido por dar status social e científico à área da enfermagem. O nome de Braille, que era cego e organista, também é destacado por ter usado o tempo que necessitou permanecer em repouso, por causa da doença, para criar o alfabeto que é mundialmente adotado (Rosemberg, 1999).

A temática da TB circulou, ainda, na produção literária e musical. Rosemberg (1999) cita, dentre outros trabalhos, "Os Amores de Lady Chatterley", de Herbert Lawrence, "O Processo" e a "A Metamorfose", de Franz Kafka, e "A Peste", de Albert Camus. Outro destaque, mas no cenário artístico, é o de Schiller, o qual, adoecido, cantou a "Ode à alegria", mensagem esta que foi usada por Beethoven na 9a. sinfonia. E, o tema TB circulou em produções cinematográficas como na lista divulgada pelo site FilmesTipo.com¹⁶: O Mar (2000), Vidas ao Vento (2013), *Infinity - Um Amor Sem Limites* (1996), Os Anos da Luz (1986), Bel Ami: O Sedutor (2012), Coisas que nunca se esquecem (2004), As Irmãs Brontë (1979), Lady Jane (1986), Amargo Despertar (1973), *The Butterfly's Dream* (2013), O Homem que viu o Infinito (2015). Ou, ainda, em novelas, como Cabocla¹⁷ (1979 e 2004), Esperança¹⁸, (2002) e Nos Tempos do Imperador¹⁹ (2021), da Rede Globo de Televisão. Incluímos, ainda, casos mais recentes, como o do jogador Thiago Silva, do cantor Thiaguinho e da cantora Simaria (Vitalino, 2019), sendo que esta contraiu a doença pela segunda vez.

Com tantos nomes de personalidades públicas, temos uma dimensão de como a doença continua circulando entre famosos e anônimos, com a diferença de que quando uma personalidade torna público que adoeceu de TB, a informação produzida fomenta o processo

¹⁶ Informações disponíveis em <https://filmetipo.com/sobre/8845-tuberculose> Acesso em 18.jun 2023

¹⁷ Informações disponíveis em <https://gshow.globo.com/novelas/mundo-de-novela/noticia/viagem-no-tempo-10-novelas-de-epoca-que-marcaram-a-televisao.ghtml> Acesso em 18.jun 2023

¹⁸ Informações disponíveis em <https://memoriaglobo.globo.com/entretenimento/novelas/esperanca/noticia/personagens.ghtml> Acesso em 18.jun 2023

¹⁹ Informações disponíveis em https://www.purepeople.com.br/noticia/novela-nos-tempos-do-imperador-eudoro-morre-diante-das-filhas-pilar-e-dolores_a329415/1 Acesso em 18.jun 2023

público de produção de sentidos. Mas a história da TB é formada por diversos atravessamentos que envolvem (falta de) interesses do Estado, da elite, bem como a invisibilização dos efeitos da doença nos indivíduos que foram e são subalternizados.

A história da TB é contada a partir de representações sociais diversas, como a divisão que é feita por Lefevre e Oliveira (2012), apontando que essa doença passou por três grandes fases de concepções. Primeiro, em uma dimensão romântica, sendo a TB tratada como uma doença que afetava pessoas com genialidade intelectual, datada do início do século XVIII até meados do século XIX. Essa é uma das representações mais propagadas sobre a história da TB, no Brasil, referindo-se a um imaginário romântico a respeito da doença, situando o paciente em lugar de destaque entre os intelectuais e artistas da época (Maciel; Mendes; Gomes; Siqueira-Batista, 2012). A segunda relaciona-se a uma perspectiva de manutenção de corpos produtivos, quando o investimento da burguesia em “disseminar seus preceitos de força, vigor e agilidade do corpo (força de trabalho) modifica a representação da doença, que passa de algo refinado para um sintoma de ‘desordem social’” (Lefevre; Oliveira, 2012, p. 01 – grifo no original). E, por fim, a terceira faz referência ao momento no qual essa doença se alastrou para as populações vulnerabilizadas, passando a ser associada à fome e ao consumo de bebidas alcoólicas (Lefevre; Oliveira, 2012, p. 01).

Para nosso estudo, vimos ser necessário abordar, ainda que brevemente, a história da tuberculose, apresentando alguns elementos que julgamos importantes para compreensão da situação atual da TB como um grave problema de saúde pública. E, ainda, através da apresentação de uma linha do tempo produzida a partir de Gonçalves (2000), Maciel; Mendes; Gomes; Siqueira-Batista (2012), Massabni; Bonini (2019) e Rosemberg (1999), destacar, em ordem cronológica, como se deram as diferentes formas de tratamento de TB.

Se hoje tratamos a TB como um problema de saúde pública que afeta principalmente os menos favorecidos economicamente, os estudos a respeito do surgimento dessa doença trazem dados que indicam o quanto ela circulava também entre a elite de cada época. Na classe social mais abastada, a doença foi tratada a partir dos dramas e dos sofrimentos, situação bem diferente em relação aos pobres, quando o que é poético se transforma em números, em dados de estimativa de quantos morreram por TB, conforme problematiza Rosemberg (1999):

Sabemos muito mais dos dramas e comportamentos dos doentes mais destacados e sua repercussão social na época considerada. Dos milhões de desvalidos que morreram consumidos pela tuberculose, tanto no passado como na modernidade, praticamente nenhuma notícia se tem relativamente

aos seus sofrimentos e dramas. Nada de lirismo, pobre não tem possibilidades de ser romântico (Rosemberg, 1999, p. 06).

O autor continua, ainda, apontando que os estudos da Antiguidade estão voltados para os faraós e altos sacerdotes, afirmando que “a primeira evidência mais segura de tuberculose constatou-se em 44 múmias bem preservadas, datando de 3.700 a 1.000 A.C., todas em Tebas; a maioria é da 21a dinastia do Egito” (Rosemberg, 1999, p. 06). Já a primeira múmia plebéia identificada com TB seria de uma “jovem inca, cujo corpo se mumificou espontaneamente devido às condições peculiares do terreno. No pulmão direito havia volumoso nódulo hilar, contendo bacilos com o DNA conservado” (Rosemberg, 1999, p. 06).

O alastramento da TB pelos países foi intensificado a partir de grandes acontecimentos históricos. Na Europa, no século 18, durante a Revolução Industrial, a doença tornou-se uma epidemia devido às condições contextuais: espaço físico de trabalho com aglomeração de pessoas e com pouca ventilação, além de questões de saneamento básico (Massabni; Bonini, 2019), sendo esses fatores férteis para que o agente patológico continuasse a se espalhar. Essa proliferação de novos casos não ocorreu com a mesma intensidade em todo o mundo. Massabni e Bonini (2019) chamam a atenção para o fato de não existir registro histórico da TB enquanto epidemia na China, e que talvez isso seja resultado de um processo de industrialização no país mais lento e gradual.

Sobre a chegada dos primeiros casos de TB em solo brasileiro, destacamos que dentre tantos problemas trazidos pela colonização, a tuberculose também foi um deles, quando os jesuítas e os colonos trouxeram a doença e contaminaram diretamente os indígenas, e em massa, durante o processo de catequização (Rosemberg, 1999). Essas marcas aparecem nas cartas de Inácio de Loyola (1555) e de Anchieta (1583) dirigidas ao Reino, nas quais apareciam evidências de que os indígenas estavam adoecendo e morrendo, apresentando sintomas comuns a quem está adoecido de TB, como escarro, tosse, febre, cuspe com sangue (Rosemberg, 1999).

Foi no período do Brasil Império que o poder público concedeu mais destaque à doença, adotando algumas medidas sanitárias que pudessem controlar a tuberculose, voltadas para as condições de higiene das habitações coletivas, como no caso dos cortiços. E publicando leis específicas tanto para a questão da habitação quanto para os aspectos sanitários (Maciel; Mendes; Gomes; Siqueira-Batista, 2012). Nessa época de epidemia da TB, a doença ficou conhecida como “a praga dos pobres” já que havia indícios de que questões de

moradia, falta de higiene adequada e questões de alimentação eram características presentes nas pessoas mais acometidas por TB (Maciel; Mendes; Gomes; Siqueira-Batista, 2012). Observamos que embora haja sim aspectos relacionados a questões de moradia que afetam diretamente a propagação da doença, esse não seria o único. Não é apenas no espaço privado do lar que se pode adoecer de TB, mas também em espaços públicos, coletivos, como locais de trabalho, transporte público, já que esta doença é infectocontagiosa.

2.1.2 O tratamento da TB visto a partir de uma linha do tempo

Por ser uma doença milenar, diversos métodos de tratamento foram usados na tentativa de curar as pessoas adoecidas de TB. Os antibióticos usados atualmente e que são eficazes no tratamento dos pacientes só foram descobertos no século XX. Alguns métodos de tratamento usados que são citados por Massabni e Bonini (2019) são bastante diversificados, como no caso dos egípcios que durante a antiguidade usavam suas plantas, mel, tâmaras, trevo amarelo, fumigações, alimentação baseada em gordura para tratar quem estava doente de TB. Ou, ainda, os medicamentos, acupuntura e talismãs usados na China, no mesmo período (Massabni; Bonini, 2019). Os autores citam, ainda, indicações pitorescas de tratamento, quando, na Idade Média, havia como indicação de tratamento viver uma temporada em Veneza, incluindo realizar passeios diários em gôndolas; ou ainda, consumo de leite, infusão de rosas vermelhas em mel, climatoterapia, sangria, purgativos, ventosas, vesicatórios, eméticos, sanguessugas e clísteres (Massabni; Bonini, 2019).

No final do século 19, as diretrizes internacionais que direcionavam as ações de combate à TB voltavam-se para o uso de dispensário e sanatórios (Massabni; Bonini, 2019), tendo, nesse caso, as Santas Casas de Misericórdia importante papel pioneiro e solidário (Maciel; Mendes; Gomes; Siqueira-Batista, 2012). Enquanto o dispensário, espaço voltado para os menos favorecidos economicamente, era lugar de busca de possíveis focos de contágio, de divulgação de noções de higiene e de prestação de serviços de assistência médica e social, os sanatórios eram ambientes de quem podia custear o próprio tratamento, morando ali por anos, ainda que isolando-se da família. Nos sanatórios, sob supervisão médica, os pacientes deveriam obedecer a uma rotina que incluía higiene, repouso, alimentação e ar puro (Massabni; Bonini, 2019).

A concepção da TB como um grave problema de saúde pública foi algo reconhecido só posteriormente pelo Estado Brasileiro. Antes disso, foi fundado um movimento intitulado Liga Brasileira Contra a Tuberculose, em 1900, o qual era fruto de uma preocupação dos

médicos e intelectuais para o combate da doença (Gonçalves, 2000). Na época, o trabalho da liga esteve voltado à construção de dispensários e sanatórios. Outra questão em destaque a respeito da Liga é que foi através da mobilização dela que o governo passou a ser acionado no trabalho de combate à doença já que, naquele momento, o planejamento, as ações eram feitas a partir do protagonismo da Liga (Gonçalves, 2000).

Além da Liga Brasileira Contra a Tuberculose, que foi fundada no RJ, surgiu a Liga Paulista Contra a TB. Ambas obedeciam ao modelo que havia se propagado na Europa, com trabalho voltado para campanhas de educação sanitária, atendimento aos pobres e construção de sanatórios e dispensários (Maciel; Mendes; Gomes; Siqueira-Batista, 2012).

O Estado só assumiu seu papel na luta contra a doença a partir de 1920, quando criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e a Inspeção de Profilaxia da Tuberculose (Gonçalves, 2000), realizando um trabalho diretamente junto ao doente, de educação, de profilaxia. As ações do Estado tornaram-se efetivas a partir de Oswaldo Cruz, na época Diretor Geral de Saúde Pública, o qual via como necessária a participação do poder público no combate à doença, instituindo, para isso, o Plano de Ação Contra Tuberculose (Maciel; Mendes; Gomes; Siqueira-Batista, 2012), o qual teve pouca repercussão.

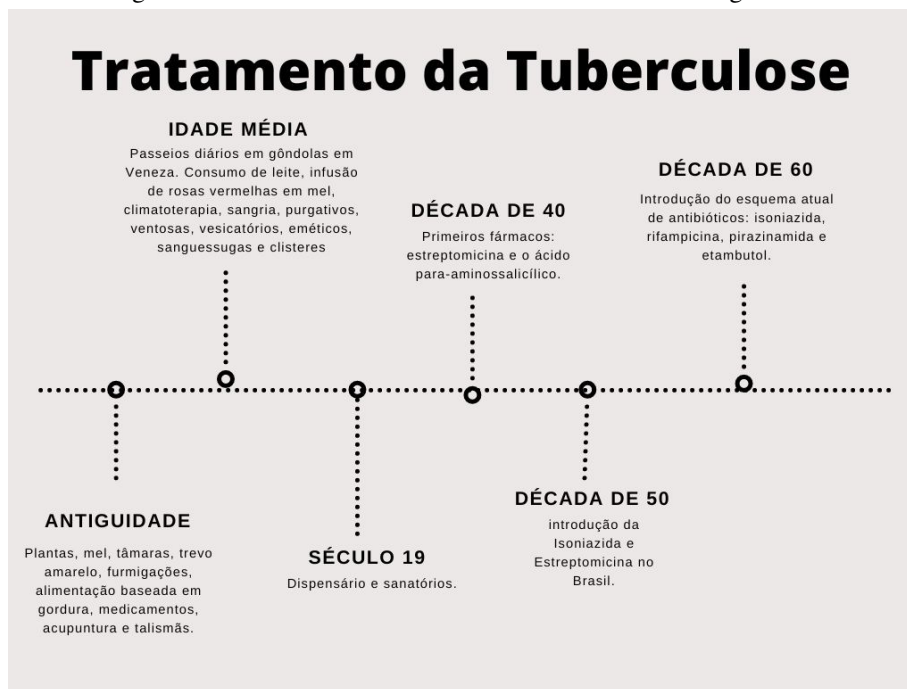
A partir da década de 1940, foram introduzidos fármacos no tratamento, inicialmente com estreptomicina e o ácido para-aminossalicílico. No caso brasileiro, há a particularidade de nos anos 50 terem sido introduzidas a isoniazida e a estreptomicina, com o uso dessas medicações, pelos pacientes, duas vezes por semana (Massabni; Bonini, 2019). A padronização dos medicamentos se deu na década seguinte, nos anos 60, sendo este o modelo que é seguido até os dias de hoje, com os antibióticos Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol, ingeridos durante seis meses, dependendo do tipo de TB a ser tratada (Massabni; Bonini, 2019).

Ao olharmos para o surgimento dos antibióticos que possibilitaram a cura dos pacientes, identificamos novamente o aspecto econômico como tema sempre presente quando se trata da tuberculose. O surgimento do tratamento medicamentoso impactou positivamente os países ricos, possibilitando, em alguns casos, a eliminação da doença. Por outro lado, a situação é bem diferente nos países considerados em desenvolvimento, nos quais a TB ainda permanece como um grave problema de saúde pública, concentrando 95% dos casos da doença, e 98,8% dos óbitos (Rosemberg, 1999).

As informações a respeito das diversas formas de tratamento da tuberculose estão sintetizadas na linha do tempo, a seguir (figura 01). Na imagem, podemos acompanhar que as

tentativas para tratar os pacientes da TB são oriundas dos avanços do conhecimento científico sobre a doença, e que somente o surgimento dos fármacos trouxe a possibilidade de efetivamente curar os doentes.

Figura 01 – Diferentes formas de tratamento de TB ao longo da história



Fonte: elaborada pelos autores a partir de Gonçalves (2000), Maciel; Mendes; Gomes; Siqueira-Batista (2012), Massabni; Bonini (2019) e Rosemberg (1999).

O tratamento medicamentoso para tratar os pacientes de TB faz parte de todo um sistema de saúde organizado para erradicar essa doença que vem afetando a vida das pessoas desde a antiguidade. Os fármacos são recursos dentro de uma estratégia maior adotada pelos órgãos da saúde, os quais envolvem, além do aspecto medicamentoso, toda uma estruturação com instruções, orientações, encaminhamentos em uma perspectiva normativa de tratamento da TB.

2.1.3 O atual tratamento da tuberculose em um viés normativo

Para melhor condução da discussão, entendemos como necessário situar nossa compreensão do que vem a ser o viés normativo no tratamento da TB, sendo, então, definido como o que está estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS), pela Fundação de Vigilância Sanitária Dra. Rosemary Costa Pinto, no Amazonas, e pela Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA) como oficial no tratamento dessa doença. Tais informações são

encontradas em sites institucionais dos órgãos de saúde, em documentos, normas, legislações, manuais, e, também, circulam nas falas durante o atendimento ofertado pelos profissionais da saúde que fazem parte do SUS. Dessa forma, entendemos como normativo as explicações que os órgãos oficiais da saúde fazem a respeito da TB, as formas de tratamento, as orientações que precisam ser seguidas; e que são colocadas em circulação através do que está instituído como falas oficiais da saúde.

O trabalho atual de combate à tuberculose é pautado pelo Plano Nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública, publicado em 2017, o qual consiste em um documento contendo estratégias de enfrentamento da doença. Segundo o plano, a meta é alcançar a diminuição de 90% do coeficiente de incidência de TB, além da redução de 95% do número de óbitos até o ano de 2025, no caso do Brasil. Tais números são estabelecidos a partir da comparação com os dados de 2015, sendo, então, a redução para menos de dez casos por 100 mil habitantes em relação aos doentes, e de menos de 230 em relação a óbitos (Brasil, 2021). Ressaltamos que, no país, os estados do Amazonas, Rio de Janeiro e Acre são os que mais apresentaram riscos para o adoecimento por TB, em 2020 (Brasil, 2021).

Para fortalecer as ações de combate à TB, o governo federal instituiu em 17 de abril de 2023, o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDS), que deverá atuar até 1º de janeiro de 2030, tendo à frente o Ministério da Saúde, o qual coordenará representantes do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, Ministério da Educação, Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, Ministério da Igualdade Racial, Ministério da Integração e do Desenvolvimento Regional, Ministério da Justiça e Segurança Pública e Ministério dos Povos Indígenas (Brasil, 2023).

A materialização do que está contido no Plano Nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública ocorre a partir do trabalho desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde, as quais funcionam como porta de entrada para os pacientes de TB, tanto daqueles que se percebem com sintomas da doença e que procuram por atendimento na unidade de saúde, quanto é a partir dela que se faz a busca por pacientes com suspeita para TB. Para a nossa discussão, interessa-nos as UBSs que atuam na perspectiva da Estratégia Saúde da Família (ESF), espaço no qual o Agente Comunitário de Saúde (ACS) vai à comunidade, em ações de vigilância, procurando identificar pessoas com sintomas respiratórios.

O trabalho de vigilância é feito a partir da busca de:

- Sintomáticos respiratórios, isto é, portadores de tosse com expectoração há pelo menos três semanas.
- Portadores que apresentem sintomatologia compatível com tuberculose: além da tosse com expectoração, febre vespertina, suores noturnos, perda de peso, escarro sanguíneo (hemoptóico) e/ou dor torácica.
- Pacientes com história de tratamento anterior para tuberculose;
- Contatos de casos de tuberculose (pessoas parentes ou não que coabitam com um paciente de tuberculose);
- Populações de risco: pessoas privadas de liberdade, asilos, instituições psiquiátricas, abrigos;
- Portadores de doenças debilitantes (diabetes, neoplasias);
- Imunodeprimidos por uso de medicamentos;
- Imunodeprimidos por infecções, como o HIV;
- Usuários de drogas;
- Moradores de rua;
- Trabalhadores da área de saúde (Brasil, 2008, p. 133).

Dentro das UBSs, as pessoas que estão apresentando sintomas compatíveis com quadro da tuberculose são encaminhadas para a realização de exames que permitam a definição do diagnóstico. Os exames são de quatro tipologias: exame bacteriológico direto do escarro, cultura do Bacilo de Kock (BK), exame radiológico e a prova tuberculínica (Brasil, 2008).

O exame bacteriológico é feito direto do escarro e permite detectar entre 70% a 80% dos casos de TB pulmonar na comunidade. O exame é solicitado para os pacientes adultos que apresentam alguns sintomas ou características, como queixas respiratórias e/ou tosse e expectoração por três semanas, pacientes com alterações no pulmão que são visíveis na radiografia do tórax, pessoas que tiveram contato com doentes de TB e que estão apresentando queixas respiratórias (Brasil, 2008).

Já a Cultura do Bacilo de Kock (BK) é indicada para:

- Os casos suspeitos de tuberculose pulmonar negativos ao exame direto do escarro;
- O diagnóstico das formas extrapulmonares, como: meningoencefálica, renal, pleural, óssea ou ganglionar;
- Os casos com suspeita de resistência bacteriana às drogas; nestes deve ser realizado o teste de sensibilidade;
- Os casos com suspeita de infecção por micobactérias não-tuberculosas, notadamente nos doentes HIV positivos ou com Aids, nos quais deverá ser realizada a tipificação do bacilo;
- Em pacientes com história de tratamento anterior para tuberculose, com imagens radiológicas sugestivas, porém com baciloscopia persistentemente negativa; nestes casos o objetivo é de afastar a possibilidade de seqüela (Brasil, 2008, p. 136).

O exame radiológico é voltado para identificar pessoas que apresentam imagens sugestivas de TB ou de outras doenças. E a prova tuberculínica refere-se a um método auxiliar para o diagnóstico (Brasil, 2008).

Ainda sobre a questão dos exames necessários, destacamos que toda pessoa com o diagnóstico confirmado de TB necessita também fazer o teste sorológico anti-HIV e, caso seja confirmada a patologia HIV, o paciente poderá ser atendido em unidade de saúde de média complexidade e não mais em UBSs já que estará em um quadro de coinfeção de TB-HIV.

O tratamento da tuberculose é feito de forma ampliada, para além do indivíduo que está adoecido, tendo, assim, um caráter preventivo em relação a futuros casos. A investigação é realizada englobando os contatos do pacientes, nomeados como *comunicantes*, o que inclui principalmente seu núcleo familiar, pois são essas pessoas com as quais o doente convive no cotidiano que podem estar também adoecidas pela TB. No entanto, destacamos que há outros núcleos que deveriam ser investigados também no caso de confirmação de casos de TB, como o do trabalho, da vizinhança ou qualquer outro núcleo no qual o paciente tenha ficado exposto uma vez que a doença infecta através da saliva, do contato próximo, conforme destacamos anteriormente.

Para que se possa tratar da doença, o paciente precisa tomar medicação por um período de seis meses, para os casos de TB pulmonar, e de nove meses, para os casos de extrapulmonar. E, ainda, há os casos de pacientes que não se curam após todo tratamento realizado com os esquemas padronizados, com a combinação dos antibióticos rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol. Esses pacientes são classificados como portadores de Tuberculose Multirresistente (TB-MR²⁰), sendo atendidos em centros de referência para tratamento (Brasil, 2008).

Outro problema que agrava a situação epidemiológica da TB relaciona-se ao aspecto da medicação, pois “a utilização inadequada dos medicamentos - seja pelo número de tomadas, pelo emprego de esquemas de baixa potência ou pelo abandono do tratamento - tem contribuído para o surgimento de importante resistência do *M. tuberculosis* aos fármacos” (Maciel; Mendes; Gomes; Siqueira-Batista, 2012, p. 229 – Grifo nosso).

Se o surgimento do tratamento medicamentoso parecia ser uma possibilidade de erradicar a doença, aspectos singulares no tratamento de cada paciente acabam impactando negativamente nesse cenário, com o surgimento da TB-MR e a da Tuberculose extensivamente resistente (TB-XR)²¹. O caso de TB-MR refere-se à:

²⁰ Do inglês *Multidrug-Resistant Tuberculosis* (Maciel; Mendes; Gomes; Siqueira-Batista, 2012).

²¹ Do inglês *extensively drug- -resistant tuberculosis* (MACIEL; MENDES; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA, 2012).

Infecção por bacilos resistentes à rifampicina e à isoniazida, ao passo que a TB-XR refere-se à presença de cepas multirresistentes que também são resistentes às fluoroquinolonas e a qualquer medicamento injetável considerado de segunda linha para o tratamento (amicacina, kanamicina ou capreomicina (Maciel; Mendes; Gomes; Siqueira-Batista, 2012, p. 229).

Nos fatos históricos apresentados, vimos a ausência do Estado no trabalho de combate à TB, diferente da situação atual, quando o governo oferece todo o tratamento, como exames, consultas, acompanhamento e, principalmente, medicação pelo SUS. No caso da medicação, única e exclusivamente, necessitando que o paciente vá à UBS, periodicamente, para buscar os remédios, além de passar por acompanhamento contínuo durante todo o tratamento. Assim, conforme documento (Brasil, 2008), para que os pacientes sejam tratados é necessário que: 1) haja descentralização no tratamento, devendo este ser realizado na própria UBS; 2) que a equipe de saúde tenha treinamento para realizar o diagnóstico e acompanhamento do paciente de TB; 3) o paciente tenha acesso ao serviço de saúde, 4) a existência de laboratório municipal para realização da baciloscopia; 5) fornecimento de medicamento gratuito e ininterrupto; 6) realização de exames mensais para controle da doença; 7) consultas médicas e/ou de enfermagem para identificação de queixas e de sintomas para avaliar a doença (Brasil, 2008).

Outro elemento importante para o combate à TB é a aplicação da centenária vacina BCG, criada em 1906, por Leon Calmette e Alphonse Guérin, e é oferecida gratuitamente pelo SUS, sendo aplicada em crianças de zero a quatro anos, em dose única. A BCG costuma deixar uma marca de até um cm no braço de quem recebeu o imunizante, sendo, inclusive, a ausência da marca um indicativo para identificação de pessoas que ainda não receberam a vacina. Ressaltamos que tal imunizante oferece proteção contra as manifestações da TB primária, como no caso das disseminações hematogênicas (TB miliar) e da meningite tuberculosa, sendo que a proteção dura por cerca de 10 a 15 anos (Brasil, 2008), mas não é recomendável uma nova aplicação.

2.1.4 A tuberculose vista como um problema de exclusão social

Para situarmos a TB como uma doença que necessita ser vista além do modelo biomédico, precisamos primeiro acionar o conceito de saúde, para, posteriormente, mobilizar

o de saúde ampliada. Em 1947, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu²² saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Esse conceito direciona a atenção para aspectos que merecem ser problematizados nos espaços de atendimento e acompanhamento dos pacientes, para entender que a cura de sua enfermidade depende de outros aspectos que o acompanham fora do que ele apresenta durante as consultas médicas. Embora ofereça um olhar mais amplo e necessário sobre o sujeito adoecido, o conceito apresentado encontra críticas já que é visto como algo inalcançável, e que também precisa englobar o contexto cultural, considerando as diferentes dimensões (OPAS, 2020).

Saindo de um modelo biomédico que acaba por influenciar os médicos na adoção de um comportamento cartesiano, que divide o paciente em pedaços e não percebe-o como um todo (Barros, 2002), surge o conceito de saúde ampliada, em 1986, a partir da realização da 8ª. Conferência Nacional de Saúde. O novo conceito inclui como condições necessárias para se garantir a saúde das pessoas outros aspectos, como alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (Júnia, 2020). O olhar sobre a saúde ampliada vai além do aspecto da biomedicina, englobando o comportamento, as condições de vida, de trabalho, de economia do indivíduo, sendo essa lente que nos permite circunscrever a TB como uma doença da exclusão social.

Situando o tratamento de TB a partir da lente da saúde ampliada, o que é tratável ganha novos contornos, englobando, também, os aspectos sociais, econômicos, ambientais, que envolvem a vida de cada paciente de TB. O que é tratável vai depender de questões contextuais que afetam diretamente o processo de diagnosticar a doença, iniciar e continuar o tratamento até que a cura seja alcançada. Nesse sentido, os contextos fazem referências aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que são, “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss; Pellegrini Filho, 2007, p. 78), nos permitindo compreender que o tratamento para TB envolve aspectos que estão fora do alcance

²² Informações coletadas no site da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Disponível em https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&lang=pt Acesso em 05.set 2020.

da equipe multiprofissional de saúde e do paciente, mas que são decisivos para a cura das pessoas adoecidas.

Quando enfatizamos a TB como uma doença que precisa ser vista além da visão biomédica, nossa intenção é salientar que entre o que está prescrito nos documentos que direcionam as ações de toda equipe multiprofissional de saúde, há outros elementos contextuais que podem influenciar diretamente no tratamento do indivíduo, como a questão da alimentação. O organismo de um paciente de TB precisa estar bem alimentado para lidar com a quantidade de antibióticos que são ingeridos durante o tratamento. Nesse caso, pacientes vivendo em condições de exclusão social precisam de políticas públicas para que possam ter acesso a cestas básicas durante todo o período de tratamento, garantindo, assim, as condições mínimas de alimentação necessária.

Além disso, há tantos outros fatores que podem influenciar diretamente no tratamento dos pacientes, gerando, inclusive, situações de abandono, como:

A falta de informação e as representações negativas relacionadas à doença e ao tratamento, o etilismo, o tabagismo e uso de drogas ilícitas, a crença da obtenção de cura através da fé, os problemas sócio-econômicos, a intolerância medicamentosa, a regressão dos sintomas no início da terapêutica, o longo tempo de tratamento, a grande quantidade de comprimidos ingeridos e problemas relacionados ao trabalho desenvolvido por profissionais de Saúde da Família (Sa *et al*, 2007, p. 714).

Há, ainda, a questão dos estigmas que acompanham a pessoa em tratamento, afetando as emoções de quem precisa enfrentar um quadro de saúde já tão debilitado. Estigmas, aspectos psicológicos e sociais do paciente atravessam diretamente as condições que vão influenciar no próprio tratamento. Silva *et al* (2017, p. 90) problematizam que:

Adoecer por uma patologia que além de debilitar o corpo ainda fragiliza o ser psicologicamente e socialmente não é fácil, devido à repercussão que a doença traz nos aspectos importantes de sua vida, gerando dentro de si conflitos, medos, angústias, afastamento do trabalho, mudanças de hábitos de vida, preconceito, restrição no convívio familiar e social, repercutindo negativamente sobre sua qualidade de vida.

Os estigmas estão relacionados à possibilidade do doente contagiar outras pessoas com quem convive e/ou a falta de orientação familiar sobre de que forma ocorre o contágio da doença. Na maior parte dos casos, quando o paciente inicia o tratamento medicamentoso, a

partir do décimo quinto dia, já não apresenta mais risco de infectar outras pessoas. No entanto, o “estar tuberculoso” parece transformar-se em uma condição permanente de “ser tuberculoso”. Se em décadas passadas, o doente de TB era isolado em sanatório (no caso dos favorecidos economicamente), na atualidade, essa exclusão pode acontecer em casa, espaço que deveria ser de acolhimento e de cuidados.

Mas para melhor nos posicionarmos sobre o impacto do estigma como exclusão social no caso da TB, recorreremos inicialmente ao pensamento de Andrade (2014, p. 29), que aponta que o estigma “reforça uma identidade mórbida que repercute nas ações e interações dos sujeitos em seu contexto social” e que, por causa dos estigmas, o sujeito acaba por autosegregar-se, visando diminuir a possibilidade de contagiar as pessoas, isolando-se do convívio familiar. Para Serafim (2014), o estigma se propaga a partir de crenças antigas sobre o paciente de TB, quando a forma de prevenção estava relacionada a isolar a pessoa e também seus pertences, sendo ideias ainda partilhadas dentro de um imaginário coletivo. Nesse caso, pacientes e seus contatos estão imersos em temores sobre possíveis formas de contaminação.

Citamos, também, Goffman (1982) que, ao discutir sobre estigmas a partir da perspectiva de relações sociais, aponta que a sociedade estabelece as expectativas normativas em relação aos indivíduos. Temos uma sociedade que faz projeções, definindo “àquilo que o indivíduo que está à nossa frente deveria ser” (1982, p. 06), nomeada, por ele, como sua “identidade social virtual”, em oposição à “identidade social real”. Entre as projeções das expectativas do que é estabelecido como comum e natural entre os indivíduos e o encontro com o indivíduo real, surgem percepções do que é considerado estranho. Conforme Goffman, “deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída” (1982, p. 06). Entendemos, assim, a variável estigma como um tema que pode afetar diretamente o tratamento do paciente e que necessita ser desmistificado.

E a família tem um papel importante para a adesão ao tratamento, sendo o lar um local no qual o paciente deveria encontrar “o apoio necessário para dar continuidade ao mesmo e obter a cura” (Silva *et al*, 2017, p. 90). Quando destacamos o papel da família, estamos tratando diretamente dos casos nos quais o paciente convive no cotidiano junto de seus familiares, sendo, cada pessoa, membro fundamental para o trabalho de cuidado e acolhimento necessários.

2.1.5 O tratamento da tuberculose dentro do Sistema Único de Saúde (SUS)

Para discorrermos sobre os ACS como mediadores da comunicação com os pacientes de TB, é fundamental versarmos, primeiramente, sobre o nosso Sistema Único de Saúde, o SUS, surgido a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, para, a seguir, situarmos o trabalho do ACS dentro do sistema.

De acordo com o art. 196 da Carta Magna, a saúde “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, p. 164). Isso é a garantia constitucional sobre a responsabilidade do Estado para oferecer serviço de saúde público e de alcance de todos, como é o caso do SUS.

A regulamentação do SUS surgiu apenas dois anos depois da promulgação da CF, com a lei de no. 8.080, publicada em 19 de setembro de 1990, a qual dispõe sobre “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (Brasil, 1990, p. 01). Tal legislação explicita o caráter da saúde como um direito fundamental de cada pessoa, cabendo ao Estado dar as condições para que todos possam ter acesso aos serviços de saúde. Nesse caso, a garantia consiste em formular e executar políticas econômicas e sociais que reduzam os riscos de doenças e de outros agravos.

Nessa perspectiva, o viés da saúde é entrelaçado a outros vieses, como o econômico e social, devendo, então, os problemas de saúde pública, como no caso da TB, serem encarados como problemas de pautas socioeconômicas, o que está expresso em seu art. 3º, quando afirma que os níveis de saúde:

Expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990, p. 01).

O Brasil, país de dimensão continental, marcado não somente pela diversidade cultural, mas, principalmente, pela desigualdade de ordem socioeconômica, apresenta um sistema público de saúde que atende cerca de 150 milhões²³ de pessoas, de forma gratuita,

²³ Informações disponíveis em <https://bvsmis.saude.gov.br/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia/> Acesso em 15.agosto 2022.

inclusive pessoas que não são residentes no país, mas que por motivos de força maior necessitam ter acesso ao serviço de saúde. Assim, um turista, no Brasil, que precisa passar por um atendimento emergencial de pronto socorro será atendido pelo SUS e não irá ressarcir os cofres públicos pelo serviço ao qual teve acesso. Outra questão sobre o SUS é que a iniciativa privada também pode participar do sistema, em caráter complementar (Brasil, 1990, p. 01), de acordo com o que está expresso na Constituição Federal, em seu art. 199, o qual afirma que:

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (Brasil, 1988, p. 165).

A participação complementar se dá quando os serviços oferecidos pelo SUS forem insuficientes para atender a população, sendo formalizada tal participação através de contrato ou convênios, com a priorização das entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (Brasil, 1990). Dessa forma, o SUS pertence ao Estado, mas é também gerido por interesses de ordem econômica.

Dentre as atividades do campo de atuação do SUS destaca-se a de vigilância epidemiológica, na qual se encontram as atividades que estão voltadas para a prevenção e o combate à TB. De acordo com a lei de no. 8.080, citada anteriormente, as atividades de vigilância epidemiológica consistem no:

Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (Brasil, 1990, p. 02).

As ações e serviços de saúde do SUS são realizados de forma regionalizada e hierarquizada e em níveis de complexidade crescente. No âmbito da União, cabe ao Ministério da Saúde dirigir as atividades; nos Estados e Distrito Federal, fica sob a responsabilidade das secretarias de saúde ou órgão equivalente; e, por fim, as ações dos municípios ficam sob a responsabilidade das secretarias municipais, cabendo aqui a possibilidade de uma organização através de distritos, visando “integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde” (Brasil, 1990, p. 03).

A portaria nº 2.436, publicada em 21 de setembro de 2017, apresenta a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS, aprovando, assim, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) são considerados equivalentes e designam o trabalho de porta de entrada, ofertado integral e gratuitamente, voltado para o conjunto das ações de saúde individuais, familiares e coletivas relacionadas à promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, e que são realizadas através das práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, através de equipe multiprofissional voltada para a população que reside no território de atuação da APS (Brasil, 2017). O trabalho da APS possui características da inclusão, sendo proibido excluir qualquer paciente/usuário por questões de idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional, dentre outras (Brasil, 2017).

Obedecendo às diretrizes do SUS das Redes de Atenção à Saúde (RAS), todo o trabalho é pautado nos princípios da universalidade, na equidade e na integralidade; e, ainda, nas diretrizes da regionalização e hierarquização, na territorialização, na população adscrita, nos cuidados centrados na pessoa, na resolutividade, na longitudinalidade do cuidado, na coordenação do cuidado, ordenação da rede e, por fim, na participação da comunidade (Brasil, 2017). Ressaltamos que o princípio da participação popular no contexto da APS pode permitir a criação de espaços mais democráticos e dialógicos, desde que a experiência da participação seja praticada em sua essência e não trabalhada apenas no sentido de adesão.

As ações e os serviços da APS são ofertados através das UBSs, as quais são vistas como espaço educativo, de formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS, sendo as unidades de saúde classificadas como Unidade Básica de Saúde, Unidade Básica de Saúde Fluvial e Unidade Odontológica Móvel.

No que se refere à funcionalidade das UBSs, a orientação é a de que haja uma carga horária mínima de 40 horas/semanais, em cinco dias da semana, nos doze meses do ano, podendo haver horários alternativos, desde que sejam discutidos através das instâncias de participação social, atendendo uma população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (ESF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território (Brasil, 2017).

As UBSs são formadas pela: a) Equipe de Saúde da Família (ESF), sendo a estratégia prioritária de atenção à saúde, composta, no mínimo, por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS. Há possibilidade de se ter o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal; 2) Equipe da Atenção Básica (eAB), atendendo aos princípios e diretrizes propostas para a AB, podendo o município compor suas equipes de acordo com características e necessidades do próprio município (Brasil, 2017).

Os profissionais atuantes na APS estão sujeitos a normatizações específicas do Ministério da Saúde, além das normativas técnicas estabelecidas em âmbito federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal. Há atribuições que são comuns a todos os profissionais, as quais são expostas a seguir (Brasil, 2017) e, posteriormente, serão apresentadas as atribuições específicas dos ACSs.

Dentre as atribuições comuns a todos os profissionais, destacamos: 1) participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe através da identificação de pessoas, grupos que estão expostos a riscos e vulnerabilidades; 2) trabalhar no cadastramento e manter atualizado o sistema de informação da APS; 3) Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, no âmbito da UBS ou nos domicílios e espaços comunitários, inclusive as populações com necessidades específicas; 4) Realizar ações de atenção à saúde de acordo com a necessidade da população; 5) Garantir a atenção à saúde da população adscrita através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos; 6) Acolher os usuários; 7) Acompanhar a população adscrita no que se refere às situações de doenças e agravos; 8) Praticar cuidado individual, familiar e dirigido; 9) Responsabilizar-se pela população adscrita mesmo quando necessita de outros pontos de atenção do sistema de saúde; 10) Usar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) vigente para registro das ações de saúde na atenção básica; 11) Contribuir no processo de regulação do acesso a partir da AB; 12) Gerenciar as filas de espera, evitando o encaminhamento desnecessário; 13) Realizar busca ativa e fazer notificação de doenças e agravos, de internações e atendimento de urgência/emergência por causas sensíveis à AB; 14) Realizar visitas e atendimentos domiciliares às famílias e em pacientes em residências, instituições de longa permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território; 15) Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, fazendo integração de

áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e de outros níveis de atenção; 16) Participar de reuniões de equipe, bem como articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada; 17) Realizar ações de educação em saúde à população adstrita; 18) Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; 19) Mobilizar a comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da UBS e 20) Fazer a identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais (Brasil, 2017).

Partimos, então, para o trabalho dos ACSS, os quais têm algumas atividades que são comuns aos ACEs, as quais são expostas a seguir. A PNAB define que o ACS e o ACE devem trabalhar conjuntamente visando a identificação de problemas de saúde nos territórios das UBSs e realizando o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária. De acordo com o documento citado (Brasil, 2017), as atribuições comuns dos ACSs e ACEs são ações voltadas para o diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam; atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos; visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe; identificação e registro de situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais; orientação da comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva; identificação de casos suspeitos de doenças e agravos e encaminhamento dos suspeitos para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território; gerar informações e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores; ter conhecimento sobre o funcionamento das ações e serviços do seu território para orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; incentivar a participação da comunidade nas políticas públicas da área da saúde; fazer identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população; exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria (Brasil, 2017).

As atribuições específicas do ACS (Brasil, 2017) são descritas como: 1) Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida, fazendo o cadastramento de todas as pessoas de sua área, mantendo atualizados os dados atualizados no SIAB vigente,

para a análise da situação de saúde; 2) Fazer uso de instrumentos para coletar informações que contribuam no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; 3) Fazer registros de dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético; 4) Promover ações visando a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS de atuação, a partir das características e finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades; 5) Manter os usuários da UBS informados sobre as datas e horários de consultas e exames agendados; 6) Participar dos processos de regulação a partir da AB, visando acompanhar as necessidades dos usuários sobre os agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados; 7) Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica, seja da categoria ou do gestor federal, municipal ou do Distrito Federal (Brasil, 2017).

Há outras atividades (Brasil, 2017) descritas no PNAB que podem ser consideradas ainda do ACS, mas que serão realizadas em caráter excepcional, desde que assistida por profissional da saúde de nível superior, que seja membro da equipe. Para isso, o ACS deve receber treinamento específico e equipamentos adequados, como no caso de aferição de pressão arterial ou da realização do exame de glicemia capilar, inclusive em domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus, e de acordo com o projeto terapêutico prescrito pelas equipes da APS; aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar; realização das intituladas técnicas limpas de curativo realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobrem a ferida; orientação e apoio, em domicílio, na correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Essa última parte do documento no PNAB gera reflexões intensas e necessárias sobre o trabalho do ACS enquanto sujeito que precisa atuar como um profissional da área da saúde, realizando atividades, ainda que, na excepcionalidade, específicas dos profissionais da saúde chancelados pelo viés da educação formal. Embora o documento expresse que o ACS somente irá executar os procedimentos se tiver formação específica, talvez não haja garantia de que tal prática só exista pelo que está instituído no PNAB.

Em relação especificamente ao trabalho de prevenção e tratamento da TB, na equipe multiprofissional da saúde, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem têm atribuições que são inerentes a profissionais da área da saúde, como a solicitação de exames, encaminhamentos de pacientes, dar alta a pacientes com tratamento concluído, orientação quanto à coleta de escarro, aplicação de vacina BCG, realização de consulta conforme

protocolos estabelecidos, prescrição de medicações, convocação de contatos para realizar investigação, orientação de outros profissionais da saúde, de acordo com a hierarquia estabelecida, na qual médicos orientam enfermeiros e estes orientam ACSs, técnicos e auxiliares de enfermagem.

No trabalho de prevenção e tratamento da TB, há funções que são comuns a todos os profissionais, de acordo com o que já foi exposto anteriormente no texto. No entanto, o MS faz uma descrição de funções específicas do agente, conforme segue. Ao ACS, cabe o trabalho de fazer identificação de pessoas com sintomas respiratórios nos domicílios e na comunidade; fazer o encaminhamento ou a comunicação de caso suspeito de TB à equipe multiprofissional de saúde; orientar e encaminhar os contatos suspeitos à UBS para realização de consulta, diagnóstico e tratamento, se a suspeita for confirmada; fazer a orientação da coleta e o encaminhamento do escarro de pessoas com sintomas respiratórios; realizar a supervisão da tomada de medicação pelo paciente e a visita domiciliar, de acordo com o planejamento estabelecido pela equipe multiprofissional de saúde (os dados coletados na visita devem ser inseridos na ficha do SIAB (B-TB), visando a atualização do documento); verificar a situação vacinal das crianças, de acordo com as informações contidas no Cartão da Criança e encaminhar à UBS, caso haja pendências; realizar a busca ativa de pacientes faltosos e/ou que abandonaram o tratamento; verificar a presença de cicatriz no braço direito da criança, visando identificar a marca de aplicação da vacina BCG e encaminhar a criança para a vacinação, caso não haja comprovação de que a criança tenha sido vacinada; realizar ações educativas sobre saúde junto à comunidade e, por fim, participar do planejamento de ações para o controle da TB na comunidade juntamente com a equipe multiprofissional de saúde (Brasil, 2008).

Diante das atribuições dos ACSs na comunidade e diretamente junto aos pacientes de TB, há de se perceber sua atuação como mediador na comunicação, sendo fundamental, então, partir da discussão sobre comunicação na perspectiva relacional, o que será exposto no capítulo a seguir.

3 A MEDIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA DISPUTA DE SENTIDOS SOBRE O TRATAMENTO DA TB

No mesmo dia, à noite, fui à consulta com a infectologista contactada pela minha irmã. A médica me deu todas as orientações possíveis sobre a doença, me explicou sobre as dificuldades do tratamento e me informou seu número de celular, caso eu necessitasse falar sobre possíveis problemas que eu tivesse com a medicação (Judy, 2023).

Por compreendemos que o trabalho de mediação do ACS deve ser discutido a partir do modelo praxiológico (relacional) da comunicação, neste capítulo, acionaremos, inicialmente, alguns conceitos que entendemos como basilares para nossa tese, como Comunicação (Queré, 2018; França. 2016), Interação (Queré, 2018; Braga, 2012; França. 2016) e Circulação (Braga, 2017). A seguir, os processos, estratégias, técnicas e contextos que permeiam a práxis da comunicação dos ACSs com os pacientes de TB serão discutidos a partir de Baldissera (2009a), De Melo Lanzoni *et al* (2014), Abrunhosa (2011), Rogério *et al* (2015), Pinto *et al* (2017), Galavote *et al* (2013), Carli (2014), Lotta (2012) etc. Após, explicaremos o papel de interlocução dos ACSs na perspectiva da Comunicação Pública, a partir dos trabalhos de Matos e Gil (2014), Esteves (2019, 2021) e Weber (2007, 2017), entre outros. Por fim, explicaremos sobre a área da Comunicação e Saúde como campo de atuação de diversos agentes, fundamentando nossas reflexões a partir de Araújo e Cardoso (2007), Araújo (2013a), Araújo, Cardoso e Murtinho (2009), Araújo e Mandu (2016), Araújo, Moreira e Aguiar (2013), Baldissera (2009), Gil e Matos (2013), Gouvêa e Coutinho (2016), Feichas, Schweickardt e Ferla (2020), Sales (2019), etc.

3.1 CONCEITOS BASILARES DA COMUNICAÇÃO SOB A ABORDAGEM PRAXIOLÓGICA

Ao iniciarmos a discussão a respeito da função institucional de interlocução (Brasil, 2022b) desenvolvida pelo ACS, partimos do entendimento de que sua prática acontece a partir de processos comunicacionais promovidos face a face, e que são potencialmente dialogados. Percebemos tais processos a partir da adoção da abordagem comunicacional discutida por Queré (2018, p. 17 - Grifo no original), que a compreende como uma “alternativa crítica à tradição ‘epistemológica’ que herdamos do século XVII”. Isto é, enquanto aquela abordagem trabalha a partir de um modelo representacionista-informacional, e que “opera em termos de

produção e transferência de conhecimento sobre o mundo e as pessoas” (Queré, 2018, p. 18), o modelo praxiológico refere-se ao “esquema da constituição de um mundo comum pela ação ou, como se diz às vezes em Ciências Sociais, do esquema da ‘construção social da realidade’” (Queré, 2018, p. 18 – Grifo no original). E esse direcionamento sobre a formação de um espaço comum e compartilhado é fundamental para nossa visão sobre os processos comunicacionais existentes nas interações entre ACS e os pacientes. Tais processos são percebidos com suas características singulares e artesanal, a cada conversa gerada durante o acompanhamento que o ACS faz no tratamento do paciente.

Só há interlocução no trabalho do ACS porque há dois sujeitos em interação, em trocas, de maneira que o modelo representacionista-informacional da comunicação que, de modo limitado, divide o contexto comunicacional entre os “os que sabem” e os que “não sabem”, cabendo aos primeiros “transmitir” a informação” (Fernandes *et al*, 2017, p. 3177 - Grifo no original) não representa o que existe de comunicacional durante o atendimento promovido pelo ACS. No representacionista-informacional, o ACS, no lugar de interlocução, transmitiria as informações, as instruções sobre o tratamento, ao paciente, e este, de maneira receptiva, absorveria o que estaria sendo transmitido, sem interferência de contexto, de interpretações, de formas diversas de apropriação.

Em perspectiva de superar esse olhar epistêmico que restringiria a potencialidade da dimensão comunicacional no trabalho de interlocução do ACS, entendemos a comunicação a partir das relações que se estabelecem entre os sujeitos, portanto, reconhecendo o “agenciamento humano, a natureza simbólica da linguagem, a reflexividade e recursividade do processo, etc” (França, 2016, p. 158) presentes na comunicação relacional entre ACS e pacientes.

A adoção da perspectiva praxiológica da comunicação em nosso trabalho é também resultante de nossa percepção de que a interlocução do ACS junto ao paciente deve ser vista a partir dos pressupostos apontados por França (2016): 1) comunicação como práxis humana na qual os interlocutores ACSs e pacientes se vêm ocupando seus lugares durante as interações, onde cada um “se vê afetado pelo outro” (França, 2016, p. 159) em uma relação de conexão; 2) a comunicação produz experiência, pois “estamos continuamente afetando e sendo afetados pelos acontecimentos, pelas pessoas, pelos objetos” (França, 2016, p. 160), surgindo novas experiências a cada novo encontro de acompanhamento do tratamento, com a possibilidade de novas inferências, de sentidos postos em movimento e que são gerados pela afetação entre ACS e paciente; e 3) o fato de que “a comunicação é uma ação com o outro, uma interação,

marcada pela reflexividade” (França, 2016, p. 162), na qual ambos se afetam, e é exercida com “consciência do outro (quem ele é, como está reagindo ou irá reagir) e autoconsciência (consciência da própria atuação e formas de expressão)” (França, 2016, p. 162).

França (2016) ressalta que o movimento de afetação é marcado pela circularidade, quando, ao projetarmos o outro, fazemos previsão sobre a afetação que temos expectativa e, assim, somos afetados antecipadamente. Esse, “o outro me afeta duplamente: através da consciência que eu desenvolvo sobre ele, sobre suas possíveis reações e atitudes, e me afeta também em função de sua reação e sua intervenção efetivas” (França, 2016, p. 162). Esse posicionamento da autora converge com olhar de Braga (2017) sobre a comunicação, caracterizando-a como tentativa, por duas razões: 1) a imprecisão dos processos comunicacionais, sendo aproximativas as contribuições de quem dele participa e não correspondente de toda potencialidade; e 2) os episódios comunicacionais são probabilísticos, “significando que alguma coisa relativamente previsível pode acontecer” (Braga, 2017a, p. 22). Projeção, afetação, reações, atitudes são elementos que fazem com que a comunicação seja tentativa dentro de potencialidades e probabilidades de significados.

Braga (2017) apresenta outro conceito importante para entendermos as tentativas, que é o de dispositivos interacionais, os quais seriam a produção social formada a partir dos códigos, sendo esses “elementos compartilhados de referência comum entre os participantes” (Braga, 2017a, p. 27) e de desenvolvimento de inferências²⁴ mutuamente e em comum. O autor enfatiza que o conceito de dispositivos interacionais abrange questões que vão além de caráter institucional ou tecnológico, englobando os “dispositivos que se organizam social e praticamente como base para comunicação entre participantes (em qualquer abrangência, número, dimensão ou processualidade)” (Braga, 2017a, p. 39), o que nos permite refletir sobre nosso papel de sujeitos produtores de dispositivos interacionais, ao participar de processos de comunicação promovidos face a face.

Como elementos fundamentais no processo de circulação, o autor define os produtores dos dispositivos como qualquer participante “de um episódio interacional que fornece elementos para circulação; e “receptores” são os participantes de outro episódio, que acionam aqueles elementos para suas ações comunicacionais” (Braga, 2017, p. 51 - Grifo no original). Nesse sentido, produtores e receptores são marcados pelo caráter dinâmico, contínuo, de movimento dos processos interacionais, realizando trocas simbólicas a partir das inferências

²⁴ Braga afirma que as inferências formam “o próprio núcleo da atividade comunicacional” (Braga, 2017a, p. 27)

sobre o que está sendo compartilhado. E essa dinamicidade e continuidade do processo forma o espaço de circulação, entendido esse como o “espaço do reconhecimento e dos desvios produzidos pela apropriação” (Braga, 2017, p. 50), conforme salienta o autor.

Um fluxo comunicacional contínuo e adiante que dinamiza passagens de resultados entre dispositivos interacionais de ação frequente. Após a apropriação dos sentidos de uma mensagem originada em qualquer ponto da sociedade, seus captadores/apropriadores podem sempre pôr em circulação no espaço social sua resposta. Essa resposta, independente de um retorno imediato, segue adiante, em processos diferidos e difusos (2017, p. 47).

A comunicação se realiza, de acordo com Braga (2017), a partir das interações, seja entre pessoas e/ou grupos, presencial e/ou midiaticizada, envolvendo uma “grande variedade de circunstâncias, processos, participantes, objetivos e encaminhamentos” (BRAGA, 2017a, p. 20), o que faz com que cada interação social seja marcada pela sua singularidade. Destacamos, aqui, que essa interação pode ser “uma forma de tecer vínculos, uma estrutura de expectativas recíprocas, um mundo e um horizonte comuns e certamente um conteúdo da comunicação” (Queré, 2018, p. 25), relacionando assim o conceito de interação com o de comunicação apresentado anteriormente.

Ao discutir as interações como episódios comunicacionais, Braga (2010) evidencia a importância do contexto e da linguagem, sendo estes elementos que se encontram imbricados nas interações. Para o autor, os episódios são ““pré-moldados” pelos processos sociais mais amplos em que se desenvolvem – e que deveriam igualmente ser examinados em contexto, para não perdermos a complexidade de suas vinculações” (Braga, 2010, p. 42 - Grifo no original). As instituições sociais, nesse caso, formam o lugar dos contextos mais amplos dos processos interacionais, e que constituem o historicamente dado onde todo o social se elabora, conforme afirma o autor. A linguagem, por sua vez, é o elemento acionado durante a interação, de forma que precisa ser estudada junto as instituições sociais (Braga, 2010); a linguagem é o meio pelo qual a interação se faz possível (França, 2016).

O conceito de circulação parte do movimento contínuo existente nos processos de interação, quando “potencialmente, onde termina um episódio interacional, inicia-se outro” (Braga, 2017, p. 43), gerando matéria para outros processos de interação social, seja produto ou memória das falas, gestos, decisões (Braga, 2017). O processo de circulação acontece quando “um sistema de resposta social se desenvolve, repondo na sociedade (frequentemente

através de processos mediados, mas também por ação direta) vozes que se posicionam e procuram agir comunicacionalmente” (Braga, 2017, p. 46).

A circulação se dá através de circuitos comunicacionais, formado por diferentes dispositivos interacionais, a qual “passa a direcionar explicitamente o fluxo comunicacional adiante, em determinadas condições contextuais” (Braga, 2017, p. 44). O circuito é a base objetivada para o que precisa circular através de pontos nodais ou estação identificável, lugar onde se dão as “ações interacionais, adjunção de códigos, geração de inferências – desenvolvendo portanto outros sistemas de relações entre os componentes aí articulados” (Braga, 2017, p. 45) em fluxos interligados e contínuos.

3.2 PROCESSOS, ESTRATÉGIAS, TÉCNICAS E CONTEXTOS NA PRÁXIS DA COMUNICAÇÃO DOS ACSS COM OS PACIENTES DE TB.

No panorama comunicacional, entendemos que o ACS promove o olhar para os interlocutores participantes do campo da comunicação e saúde dentro de um complexo organizacional que é o SUS. Mas diferentemente dos processos comunicacionais que são comumente trabalhados pelas assessorias e setores de comunicação, com suas campanhas, *folders*, cartazes, *banners* sobre saúde e que precisam alcançar os usuários/pacientes do SUS, os ACSs promovem a comunicação sobre TB durante sua prática laboral.

Situamos, assim, a comunicação do ACS como constituinte da comunicação sobre TB que é feita pelo SUS, mas que ocorre nas interações face a face. Nesse sentido, tal comunicação é situada em uma perspectiva sistêmica, abordada por Baldissera (2009a), sendo um lugar constituído por sujeitos que disputam e internalizam sentidos, podendo o ACS ser visto como agente pertencente à dimensão “comunicada” da comunicação organizacional²⁵ (Baldissera, 2009b), como sujeito de fala autorizada do SUS enquanto comunicador sobre saúde, mas que, em território, também pode, no processo de interlocução junto aos pacientes

²⁵ Baldissera (2009b) apresenta a comunicação organizacional em três dimensões: comunicada, comunicante e falada, as quais são tensionadas e interdependentes entre si. A organização comunicada refere-se aos processos formais, oficiais, a fala autorizada da organização, e que são propagados institucionalmente. A organização comunicante refere-se ao “ao processo comunicacional que se atualiza quando, de alguma forma e de algum nível, qualquer sujeito (pessoa, público) estabelecer relação com a organização” (2009b, p. 118). A terceira dimensão, a falada, faz referência aos processos indiretos sobre a organização. Conforme dialoga o autor, “esses processos, que podem parecer distantes e sem relevância, também são Comunicação Organizacional, ainda que se reconheça a impotência da organização em estabelecer qualquer controle direito sobre eles” (2009b, p. 119).

(que são também seus vizinhos), participar de processos indiretos sobre a organização, no caso, no âmbito das dimensões “comunicante” e “falada”.

Para avançarmos no sentido de compreender os processos comunicacionais existentes na atuação do ACS, primeiro é preciso abordar sobre o lugar ocupado por esse sujeito no que se refere ao tratamento da TB, serviço esse oferecido gratuitamente pelo SUS, que, através da descentralização, transformou as UBSs em porta de entrada para pessoas que apresentam sintomas mais comuns da doença, como tosse por mais de duas semanas e/ou emagrecimento sem motivo aparente. Além do lugar institucional no qual desempenha as funções anteriormente expressas no capítulo anterior, é necessário entendermos os outros papéis que são desempenhados pelo agente, e que reverberam naquele seu lugar da comunicação (França, 2000). Situamos, assim, o ACS como um ator social que traz em sua função de interlocução das incumbências institucionais e as necessidades dos usuários das UBSs, um sujeito que pode representar papéis diversos, sendo, então, necessário apresentar algumas reflexões sobre o lugar ocupado pelo ACS em três perspectivas: como agente institucional do SUS, como agente de saúde das UBSs e como agente na comunidade, o que está exposto a seguir.

Primeiro, deslocamos o olhar para o que há de institucionalmente constituído como o lugar ocupado pelo ACS: sujeito que faz parte de um sistema público de saúde. Refletindo sobre o papel desempenhado pelo agente, bem como a descrição do que oficialmente está constituído como sua responsabilidade, há de fazermos algumas reflexões inerentes a esse processo, as quais são oriundas de um contexto de tratamento de saúde formado por profissionais chancelados com seus diplomas da área da saúde e outros sujeitos que não são necessariamente portadores de diploma dentro da área citada. Temos, assim, na rede pública de saúde, um lugar que é ocupado por um sujeito que pode ter entre suas funções a de identificar pessoas com sintomas respiratórios e/ou monitorar o uso de medicações, acompanhando diretamente os pacientes, mas que oficialmente não é detentor de conhecimento oficializado pelo diploma, pelo saber hegemônico e biomédico, como no caso dos médicos, enfermeiros ou técnicos em enfermagem. Nesse contexto, temos, ainda, a prática do ACS exercida dentro de um sistema de hierarquia de saberes na equipe multiprofissional da saúde, mas que, também, reflete nas diferenças salariais marcadas, principalmente, na questão da defasagem, ao compararmos a remuneração do ACS em relação ao salário dos demais profissionais, conforme apontam Nunes *et al* (2002).

Para desempenhar seu papel como agente de saúde do SUS, passa por treinamentos e recebe informações através de manuais e cartilhas elaboradas pelo próprio sistema de saúde,

além de estar diariamente em contato com os outros profissionais da saúde das UBS, o que pode promover o aprimoramento e a expansão de conhecimentos como agente de saúde. Tais interações podem possibilitar ao ACS ter acesso ao conhecimento biomédico sobre tratamento de TB que venha refletir em sua prática como agente de saúde.

Apesar da práxis do ACS junto a equipe multiprofissional de saúde ser uma possibilidade de gerar processos pedagógicos, a continuidade na formação dos ACSs é um aspecto que precisa ser priorizado pelos dirigentes, uma vez que suas atribuições na comunidade envolvem diversas ações na área da saúde. Por não ser portador de uma formação nessa área, seu conhecimento sobre saúde e doença pode vir de fontes diversas. No caso específico de TB, Gaspar *et al* (2019) indicam que em pesquisa com 385 agentes, 210 (54,8%) informaram que têm como fonte de informações os colegas de trabalho, e 175 (45,7%) responderam panfletos, textos de internet, rádio ou TV, o que pode sinalizar que se não há formação na área da saúde e/ou outras capacitações prévias que permitam aos ACSs saber identificar e selecionar fontes de informações científicas, estes ficam expostos a tantas outras fontes de informação que nem sempre são confiáveis, e que podem comprometer, em algum grau, o trabalho feito junto aos pacientes/usuários.

Na formação dos ACSs há materiais específicos que funcionam como fonte de informações, como no caso dos manuais, guias e cartilhas. Tais materiais podem operar tanto como material didático-instrucional e como ferramenta de gestão e organização do trabalho. Tem-se, assim, uma dupla função ferramental para legitimar e definir a sociabilidade contemporânea estipulada pelas formas de trabalho e do ser trabalhador sob o capital, conforme aponta Martins e Stauffer (2012), quando citam que em tais documentos encontramos modelos do como promover a interação. Dessa forma, o aspecto relacional poderá surgir a partir da normatização contida em documentos.

Tal normatização sobre as interações a serem promovidas também é destacada nos encontros e conversas do cotidiano, momentos estes de encontro espontâneo dos ACSs com as pessoas de sua própria comunidade. Segundo os próprios ACSs, esses espaços gerados de forma orgânica são vistos como ferramentas informais, mas que os agentes fazem uso para estarem presentes na vida dos pacientes, visando obter a confiança deles (De Melo Lanzoni *et al*, 2014). Embora a própria percepção do agente em relação a esses encontros seja de que são realizados obedecendo a certa informalidade, é possível identificarmos alguma institucionalidade nesse processo já que o ACS é um agente pertencente ao SUS. Participar de tais interações no cotidiano junto aos pacientes pode funcionar para ele, o ACS, como

elemento propiciador de uma relação que chancela sua autoridade de fala, e, em alguns casos, exerce maior influência do que a própria equipe formada pelos profissionais da saúde.

Por causa da influência que alguns ACSs têm diante dos pacientes, há aqueles que optam em compartilhar informações sobre sua saúde para o agente e não para o médico ou enfermeiro. No entanto, nem sempre esse conhecimento que o ACS obtém em território é um saber chancelado pela equipe multiprofissional de saúde (Abrunhosa, 2011). Ainda que trabalhem com grande volume de documentos oficiais sobre saúde, os espaços institucionais não conseguem abarcar tantas outras informações e dados que os ACSs coletam em suas atividades de visitas domiciliares ou em outros encontros desenvolvidos no território da comunidade (Abrunhosa, 2011). Nessa perspectiva, temos o ACS como um alimentador do sistema de saúde, mas que não é apenas condutor de informações, e sim tem protagonismo na comunicação sobre saúde, tendo uma função de mediador, conforme indica Rogério *et al* (2015). Assim, coleta e registra informações, fazendo interpretações a respeito do conteúdo que recebe, realizando traduções que poderão interferir no atendimento dos pacientes e demais moradores da comunidade.

Constituído o lugar institucional do ACS no SUS, deslocamos o olhar para sua prática dentro das UBSs, espaço que o coloca como interlocutor da saúde na comunidade. É na práxis que o ACS pode deparar-se com interações marcadas por relações de poder, nas quais seu papel institucionalmente chancelado pode não ter voz junto à equipe multiprofissional de saúde, podendo lidar, dentre outras coisas, com diferentes níveis de apagamento de saberes adquiridos em sua atuação na comunidade. Seus conhecimentos sobre os comunitários, que são obtidos no território de abrangência da UBS, podem não ter espaço para tornarem-se legítimos dependendo do tensionamento existente, com possibilidade de ficar restrito às informações que necessita coletar para preencher os diversos documentos do sistema informatizado do SUS.

É, ainda, nos espaços das UBSs que continua o processo de apropriação de sentidos sobre o tratamento da doença, o qual foi iniciado no acesso a informações normativas através de possíveis treinamentos e contidas em guias específicos, como os manuais e cartilhas, e que são continuados no cotidiano dos ACSs através de possíveis interações obtidas junto a equipe multiprofissional. Acentuamos que o agente é formado por uma bagagem política, cultural, socioeconômica que influencia diretamente nesse processo de produção, circulação e apropriação de sentidos sobre o que é normatizado a respeito do tratamento da TB, contidas nas diretrizes do SUS.

O ACS é sujeito que “pensa, sente, sabe, elabora estratégias, concentra ou compartilha poder, enfim, imprime seus próprios sentidos no conteúdo que recebe para repassar” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 55). Pensando além do normatizado, entendemos que cada ACS apresenta diversas competências singulares em sua prática como agente comunicador da saúde, como a linguagem, a forma de interpretar as informações recebidas, a forma de produzir, de partilhar e de fazer circular conhecimentos a respeito de TB e de outras doenças, de sua prática de escuta, dentre outras.

O terceiro lugar de deslocamento de olhar é na comunidade de abrangência da UBS. É neste lugar que o agente, embora não tenha uma chancela da educação formal como profissional da saúde, tem potência em ter sua voz reconhecida como autoridade. Temos, assim, a possibilidade de se ter na práxis do ACS um reconhecimento duplo, de um sistema público que o legitima como agente comunitário de saúde e, a partir da lei nº 14.536²⁶, de 20 de janeiro de 2023, que o reconhece como profissional da saúde, e da comunidade, a qual pode percebê-lo como aquele que tem origem local, mas é, também, voz autorizada da saúde. Nesse sentido, o ACS é visto como um sujeito da saúde, que “explica bem direitinho o que pode e o que não pode. Orienta. Tira dúvidas. Até de gente que não quer escutar. É muito bom contar com esse agente de saúde no bairro (Usuário)” (Pinto *et al*, 2017, p. 795). Esse reconhecimento pode ser construído a cada visita domiciliar realizada pelo ACS, na interação face a face, diverso de alguém de atuação restrita aos espaços das UBSs.

É na comunidade que o ACS pode exercer seu papel de agente comunicacional da saúde em uma perspectiva relacional, de aproximação junto aos moradores, indo além das ações de saúde, mas, também, trazendo o olhar para questões socioeconômicas que não são trabalhadas dentro de um modelo biomédico, mas que influenciam diretamente nas questões de saúde. Além do ACS ser um sujeito que é autorizado a traduzir o conhecimento científico sobre a doença em códigos reconhecidos pela comunidade (Araújo; Cardoso, 2007), torna-se ouvidor da realidade de muitos usuários do SUS. Assim, temos um sujeito que, a cada acompanhamento feito, pode estreitar laços com o paciente atendido, podendo fazer uso, inclusive, de uma linguagem mais próxima do cotidiano da comunidade, linguagem essa que faça sentido, que gere identificação para aqueles que se encontram em um estágio de adoecimento em um longo tratamento de saúde. Se médicos, enfermeiros, pacientes

²⁶ Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14536.htm Acesso em 30.jan 2023.

comumente realizam sua prática dentro dos espaços de uma UBS, o ACS pode ser aquele sujeito conector entre as questões de saúde promovidas pela UBS e os comunitários adoecidos.

Por ser aquele que produz conhecimento baseado na prática da saúde na comunidade, o ACS pode ser portador de outros saberes, como os tradicionais, que comumente circulam no estado do Amazonas, tão característicos da cultura do povo que vive na região norte. São saberes populares em saúde e que são legitimados nas comunidades a cada nova experiência contada sobre o êxito obtido no uso da medicina tradicional. O ACS, assim, tem possibilidade de dominar outros conhecimentos que vão além do que é prescrito na prática médica como saber hegemônico, reconhecendo sua prática dentro de uma perspectiva da ecologia dos saberes (Santos, 2002). São aspectos culturais que atravessam os processos diversos de disputa de sentidos que são estabelecidos dentro desse contexto de informações biomédicas, de informações normativas, de saberes populares que influenciam na comunicação sobre o tratamento da TB, com ganhos e perdas.

Perceber a prática atuante do ACS em um contexto que faz circular diferentes saberes leva também à necessidade de refletir sobre possíveis “desvios” existentes entre o que está normatizado e instituído pelo SUS quanto ao tratamento da TB, e práticas decorrentes de escolhas e saberes dos ACSs que podem influenciar o tratamento dos pacientes. Optamos por colocar a palavra “desvios” entre aspas para salientar que outros saberes que circulam fora do normativo podem assim ser caracterizados. Em nossa compreensão, os desvios não são vistos como ruídos que podem ser totalmente eliminados; são também elementos constituintes dos processos de comunicação. Os interlocutores são oriundos de diferentes contextos sociais, culturais, políticos, econômicos, de forma que a presença de “desvios” é sempre uma possibilidade nos processos de comunicação realizados. Problematizamos, aqui, sobre a necessidade de se identificar a natureza do que está sendo considerado como desvios: se são informações equivocadas a respeito de doenças e tratamento, ou se são saberes diversos do que está instituído como o normativo e que circulam em território. Caso seja a segunda opção, é preciso criar espaços de diálogos entre os saberes circulantes, respeitando e valorizando a natureza de cada um.

A prática dos ACSs é também marcada por processos dialógicos entre os atores sociais diversos (Abrunhosa, 2011), desde os que compõem a equipe multiprofissional de saúde atuante nas UBSs e, principalmente, no acompanhamento dos pacientes da comunidade. Para Pinto *et al* (2017), são as atitudes e os diálogos que geram o cuidado, e é a promoção da saúde

que estabelece os vínculos entre os atores sociais. A comunicação, então, que orienta sobre os cuidados necessários tem potência para promover afetividades mútuas entre ACS e pacientes, e pode impactar na efetividade do tratamento.

Destacando a perspectiva relacional do trabalho dos ACSs, Galavote *et al* (2013) apontam que o agente constrói sua própria teia, sendo singular para cada paciente, extensiva a diferentes territórios, e construída a cada encontro e agenciamento feitos pelo ACS. A escuta e a disponibilidade em estabelecer uma relação de comunicação podem ser vistas como uma espécie de instrumento do trabalho educativo que o ACS promove, visando criar vínculo necessário para o trabalho de educação em saúde (Abrunhosa, 2011).

É essa proximidade no atendimento e a possível preocupação no estabelecimento de vínculo que o ACS promove que tende a influenciar, de forma positiva, o tratamento de cada paciente. Para o paciente/usuário da UBS, pode haver uma identificação com a comunicação sobre o tratamento que precisa ser feito, podendo o paciente vê o ACS como um profissional que esclarece sobre as possibilidades no tratamento, faz as orientações devidas, situação que seria diferente de quem nem sempre está disposto a ouvi-lo (Pinto *et al*, 2017), como no caso de alguns profissionais da saúde.

A escuta possui um aspecto valorativo acentuado, sendo esse momento do acolhimento muito mais importante do que cumprir os protocolos e trabalhar informações que nem sempre pertencem à realidade dos pacientes (Carli, 2014). As visitas domiciliares (VD) promovem o aspecto relacional do ACS no território, sendo “uma ferramenta fundamental para abordagem à família, e do (re)conhecimento do contexto em que esta e o caso-índice estão inseridos, auxiliando na identificação dos contatos domiciliares, diagnóstico precoce, análise de possíveis causas de abandono ao tratamento” (Braga, 2021, p. 07). Além desses aspectos protocolares citados sobre as VDs, enfatizamos que é no espaço da visita domiciliar que se abre espaço para o diálogo, e o paciente pode compartilhar suas questões de saúde, e, em muitos casos, as necessidades da família, podendo gerar acolhimento (Carli, 2014).

No que se refere à variável comunicacional existente na prática profissional dos ACSs, identificamos o uso de algumas estratégias de comunicação com o foco no informacional. No cotidiano do trabalho, no que se refere ao tratamento de TB, há uma demanda de informações que são registradas em documentos específicos das UBSs, como a ficha de visita domiciliar – e-SUS, livro de registro do sintomático respiratório no serviço de saúde, ficha de notificação/investigação de tuberculose, livro de registro de pacientes e acompanhamento de

tratamento dos casos de TB, boletim de acompanhamento dos casos, acompanhamento de tomada diária da medicação do TDO e controle de contatos.

Toda a documentação anteriormente citada pode ser situada como constitutiva da comunicação administrativa do ACS. Apesar de essa prática ser em uma perspectiva tratada como burocrática, segundo Pinto *et al* (2017), é nessa parte operacional de cadastramento, de registro e de monitoramento dos pacientes que surgem os diálogos e a criação de vínculos de confiança entre ACS e paciente. Além desses documentos formais que registram dados do cotidiano do ACS, para trabalhar as informações sobre o tratamento de doenças, o agente pode fazer uso de estratégias, instrumentos, canais diversos, com o intuito de trabalhar conteúdo sobre o assunto que precisa chegar aos pacientes das UBS.

Abordamos, ainda, sobre a mediação existente no trabalho dos ACSs. Lotta (2012) apresenta uma concepção de mediação que percebe os contextos de diferentes saberes não como completamente segmentados, tendo de um lado o científico e do outro o popular. Seriam, então, mundos possuidores de múltiplas formas de encontros, e que há entre os atores pertencentes a tais espaços certa conexão estrutural. Seria, assim, uma mediação como prática comunicativa que envolve conciliações provisórias entre os dois mundos. A mediação se daria não apenas na construção de pontes relacionais, mas também no conteúdo de tais relações. Há movimentos, fluxos do ir e vir, no qual os ACSs levam as idéias, práticas e ações das políticas públicas para a comunidade e, por sua vez, trazem da comunidade as informações e necessidades para o aparato estatal. Inferimos que a ideia apresentada por Lotta (2012) é dentro de um cenário idealizado em que as relações entre os interlocutores não são, também, conflitivas e a autoridade de fala do ACS chegaria também diante dos outros profissionais da equipe multiprofissional de saúde, situação bem diferente do que ocorre em muitas realidades dos agentes.

No prisma contextual da práxis dos agentes, abordamos sobre o papel ocupado pelos ACSs diante da equipe multiprofissional de saúde e a comunidade nem sempre é um espaço sem conflito. Se, por um lado, o agente representa aquele que é da comunidade e pertence à equipe multiprofissional da UBS como promotor de saúde para os comunitários, por outro lado, na relação com os profissionais da saúde, sua atuação pode ser questionada. Cardoso *et al* (2020) apresentam dados sobre a relação conflituosa de percepção sobre o trabalho do ACS, quando profissionais da saúde indicam que falta treinamento suficiente para a qualificação dos agentes, o que acaba por influenciar negativamente na prática do trabalho, além do fato de muitos agentes serem desconhecedores da rotina e do fluxo de

encaminhamento do paciente. O ACS, segundo uma enfermeira entrevistada por Cardoso *et al* (2020, p. 2933 - Grifo no original), “estaria arraigado à “cultura da comunidade”: Temos que trabalhar essa mudança de que o ACS não é morador e sim um trabalhador da saúde (enfermeira, RJ)”, apontando a necessidade de o agente assumir seu lugar institucional, desempenhando seu papel profissional, para além de ser membro da comunidade.

Complementando essa questão, Pinto *et al* (2014) problematizam sobre esse papel ocupado pelo ACS, especificamente sobre a supervisão do trabalho que o agente recebe, caracterizada, assim, por tensões e conflitos e, ainda, predominando o saber técnico e institucional e não uma construção do pólo político e comunitário. O trabalho do agente está limitado à concepção saúde-doença de quem supervisiona seu trabalho.

E, ainda, o lugar institucional do ACS é marcado por outras tensões voltadas para as condições laborais dos agentes. Em estudo realizado no ano de 2010, com 369 ACS da cidade de Manaus/AM, Palhares (2011), ao traçar um perfil dos ACSs, classifica-os etariamente com uma média de 40 anos, sendo que a maioria é do gênero feminino. Durante a execução de suas atividades, os agentes enfrentam riscos ocupacionais diversos, como físico (exposição solar, temperatura elevada), químico (poeira), biológicos (tuberculose). Há riscos ergonômicos surgidos em decorrência das longas caminhadas, tempo em pé, falta de mobiliário suficiente ou de espaço físico na UBS, atividades de estresse. Outros riscos referem-se à possibilidade de acidentes, a questões de saúde, possibilidade de sofrerem violência verbal, queimadura solar, mordida de cachorro (Palhares, 2011). Todas essas condições impactam diretamente na qualidade de vida do agente enquanto sujeito da saúde e, também, pode influenciar nas atividades que precisam ser realizadas junto aos pacientes.

3.3 A RELEVÂNCIA DA COMUNICAÇÃO PÚBLICA PARA GERAR DEBATES SOBRE TEMAS DE INTERESSE PÚBLICO

O entendimento sobre a comunicação pública é bastante diverso e ocorre em diferentes perspectivas. Podemos citar Brandão (2006) apresentando cinco diferentes áreas de conhecimento e atividade profissional com as quais a comunicação pública se identifica: 1) Comunicação Organizacional; 2) Comunicação Científica; 3) Comunicação do Estado e/ou Governamental; 4) Comunicação Política e, por fim, 5) estratégias de comunicação da sociedade civil organizada. Em cada uma das áreas, a autora discorre sobre a presença de dimensões da comunicação pública. Temos, também, Kunsch (2012) trabalhando em uma perspectiva organizacional, a qual, ao falar sobre as instituições públicas/governamentais,

ressalta a necessidade de que tais organizações sejam abertas e interajam junto à sociedade, ouvindo-a e atendendo suas demandas sociais.

Em uma perspectiva mais ampla de sistemas e redes, Weber (2017) argumenta que a comunicação pública é a capacidade de movimentar temas que pertencem à esfera pública. Para a autora, o conceito de comunicação pública:

Está circunscrito à existência de um espaço onde possam circular temas de interesse público gerados por sistemas e redes, assim entendidos por debaterem valores vitais para o Estado, a sociedade e indivíduos, tanto nas instâncias de produção, quanto naquelas de recepção (Weber, 2017, p. 43).

Weber (2017) usa a metáfora de redes de comunicação, com seus nós, conexões e extensão, espaços nos quais há a circulação de informações e ações, incluindo as percepções, significados e interpretações sobre a comunicação pública. É também tal metáfora que nos dá a “ideia da circularidade de informações e opiniões que fortalecem determinados arranjos sociais e sua mobilização” (2017, p. 45), tão necessários e característicos desse tipo de comunicação. Os sistemas e redes da comunicação pública nos permitem ampliar nossa visão, extrapolando os conceitos que limitam os fluxos de informações pertencentes apenas ao que é promovido pelas organizações estatais, passando a incluir todo um emaranhado de agentes públicos e privados que atendem ao interesse público, sendo esta uma perspectiva fundamental para nossa discussão.

De atuação ampla e diversa, as redes de comunicação pública, segundo Weber (2017), são formadas: no âmbito do Estado - tendo poder legal de governar e intervir (Redes de Comunicação do Poder Executivo, Redes de Comunicação do Poder Legislativo e Redes de Comunicação do Poder Judiciário e Sistemas de Comunicação e Radiodifusão Pública); no âmbito da sociedade - com poder passional, científico e ideológico de organização e manifestação (Redes de Comunicação Política, Redes de Comunicação Social, Redes de Comunicação Mercadológica, Redes de Comunicação Científico-educacional e Redes de Comunicação Religiosa); e os sistemas de comunicação mediática – que têm o poder de visibilidade e centralização e formam as Redes de Comunicação Mediática (Weber, 2017).

A mesma autora considera a comunicação pública como espaço de debate público, com circulação de temas a partir dos “poderes da República, de instituições, sistemas de mídia ou redes de comunicação capazes de gerar disputa de opiniões, ações coletivas, associações, mobilizações consequentes ou não” (Weber, 2017, p. 29). Pensando na comunicação

enquanto processo de “produção, circulação e apropriação de bens simbólicos” (Araújo, 2015), entre os interlocutores, assumimos, também, tal defesa, quando, em nossa compreensão, percebemos que o tema da saúde se faz circular por diversas vozes institucionais, midiáticas, cidadãs, e não somente pelos setores oficiais dos órgãos de saúde.

Entendemos, então, a comunicação pública como processos de “interlocação possível, aberta, livre e igualitária entre cidadãos e Estado, de forma a promover o debate racional sobre temas de interesse público” (Gil; Matos, 2013, p. 144). Pensarmos na interlocação constituída de forma livre e igualitária entre os participantes da comunicação pública nos faz pensar que além de sua dimensão normativa, que é estabelecida pela ordem de como deve ser, há a dimensão fática/empírica (Esteves, 2021), formada pela ordem de como é. Enquanto prática, podemos encontrar na área da comunicação pública o interesse privado se sobrepondo ao interesse público, como quando os governantes usam a máquina estatal para promover suas ações enquanto gestores públicos ou quando há “intensas campanhas de propaganda ditas de utilidade pública sobre mudanças na educação ou na saúde, sem que a sociedade delas participe (Weber, 2017, p. 26), situação tão comum de observarmos.

Ao debater sobre Comunicação Pública, Esteves (2021) argumenta que essa área se encontra estilhaçada entre os pólos antagônicos da transparência e da opacidade, quando mantém seu compromisso com a transparência, mas, na prática, ocorre o que o autor nomeia de opacificação da realidade. Temos, assim, uma ideia de realidade promovida através da transparência da comunicação pública, mas, que nem sempre condiz com a realidade, uma vez que esta encontra-se opaca.

Embora haja divergências quanto à possibilidade de construção da esfera pública na perspectiva habermasiana, conforme versa Matos e Gil (2013), a qual deveria ser formada por “pessoas com igual oportunidade de acesso, em livre argumentação e dotadas de uma capacidade argumentativa racionalizada a ponto de, juntas, alcançarem um entendimento sobre seus problemas” (Matos; Gil, 2013, p. 15), a saúde pública faz parte da lista de temas que precisam ser discutidos pelos diversos agentes que compõem a esfera pública, seja através do Estado, dos movimentos sociais, da mídia, dos educadores, dos cidadãos e cidadãs.

Possibilitar a circulação de temas de interesse público através de agentes e vozes diversas é uma premissa da democracia, pois, de acordo com Weber e Carnielli (2016, p. 03), somente os regimes ditatoriais “não incluem o interesse público e seus sistemas de comunicação produzem propaganda e censura”. Logo, na democracia, como o caso do Brasil, podemos pensar em uma prática de comunicação pública que seja legítima e que respeite o

interesse público, o coletivo. Nesse sentido, Esteves (2021) enfatiza a importância de a Comunicação Pública não ser uma prática apenas das instituições, mas sim “tem de haver uma dinâmica mais profunda e ampla da própria sociedade, a partir dos próprios cidadãos” (Esteves, 2021, p. 233). Precisamos, dessa forma, da mobilização de setores diversos, incluindo uma formação cidadã que nos permita compreender que somos sujeitos no debate de temas de interesse público.

3.4 CIRCULAÇÃO DOS SENTIDOS SOBRE TUBERCULOSE POR VOZES DIVERSAS

A discussão, a seguir, versa sobre a área da Comunicação e Saúde, sendo abordada como campo de atuação de diversos agentes, dentre os quais, destacamos em nossa tese: a voz legitimada institucionalmente da área da saúde, a voz autorizada dos profissionais da área da saúde, a voz da mídia sobre saúde, a fala do paciente *expert*, a voz dos saberes tradicionais sobre saúde e, por fim, a comunicação sobre tuberculose. Fundamentamos nossas reflexões a partir de Araújo e Cardoso (2007), Araújo (2013a), Araújo, Cardoso e Murtinho (2009), Araújo e Mandu (2016), Araújo, Moreira e Aguiar (2013), Baldissera (2009), Gil e Matos (2013), Gouvêa e Coutinho (2016), Feichas, Schweickardt e Ferla (2020), Sales (2019), dentre outros.

3.4.1 Reflexões sobre a interseção formada pela Comunicação e Saúde

As áreas da Comunicação e Saúde, no Brasil, estão formal e institucionalmente vinculadas desde o início do século XX, a partir da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, quando esse órgão público passou a trabalhar as questões de saúde sob o viés da propaganda e da educação sanitária (Araújo; Cardoso, 2007). Naquele período, a ciência já tinha conhecimento sobre a existência de agentes patológicos específicos para cada tipo de doença e, conseqüentemente, nos processos de transmissão. Dessa forma, o foco das ações eram as medidas de higiene dos indivíduos, as quais poderiam influenciar na mudança de comportamento e de hábitos, sendo esses vistos como causadores das doenças, conforme apontam Araújo e Cardoso (2007).

Observamos que a comunicação era situada em uma perspectiva instrumental na área da saúde, quando, “o início das campanhas amplas de mobilização pró-saúde se deu no fim dos anos 1920, revestido do discurso da autoridade científica, que passou a receber as

instruções de cuidados com higiene” (Gil; Matos, 2013, p. 147), sendo direcionado para o foco no informacional, priorizando conteúdo de mensagens que precisavam ser enviadas para “receptores”. Esses, por sua vez, ao receberem as informações a respeito de como proceder para evitar a doença, poderiam mudar seus hábitos e adotar os comportamentos sugeridos nas instruções a serem seguidas. Cabe observarmos, desde aqui, que as informações que circulavam tendiam a ser de caráter geral (genérico), com tendência ao apagamento dos aspectos contextuais que compunham a vida de cada pessoa, o que inclui elementos que influenciariam na adesão ou não de práticas comportamentais a partir do que estava sendo divulgado pela voz autorizada da saúde.

Gil e Matos (2013) discorrem sobre momentos históricos que caracterizam o papel do Estado em realizar campanhas com marcas de instrução, de controle sobre os corpos dos indivíduos ou de aspectos de eugenia, como: as campanhas realizadas pelo Ministério da Educação e Saúde Pública da Era Vargas, nos anos 30, com foco em palavras como controle e proteção; a criação do exame pré-nupcial, nos anos 40, no Rio Grande do Sul, assumindo um discurso de proteção à transmissão de sífilis e tuberculose; as campanhas da década de 60, “baseadas em recursos da propaganda e na forte intervenção estatal, por meio de seus departamentos de saúde especializados em doenças alarmantes” (Gil; Matos, 2013, p. 147), e dentre tais doenças, a tuberculose. E, também, o discurso sobre saúde com o slogan “povo desenvolvido é povo limpo” dentro do modelo pró-desenvolvimento na propaganda estatal durante a ditadura militar, partindo para a ideia de certa participação comunitária; e a segmentação de públicos e linguagens, com o discurso do Estado sobre saúde valorizando o saber tecnocrático em detrimento do saber popular. Somente a partir do fim dos anos 80 que houve mudanças com adesão a um modelo mais culturalista, reconhecendo as diversas identidades e modos de vida das pessoas (Gil; Matos, 2013).

Contribuindo, também, com a discussão de alguns aspectos históricos sobre a relação entre Comunicação e Saúde, no Brasil, Stevanim e Murtinho (2021) afirmam que tais áreas foram se desenhando nos anos de 1980, a partir de quatro fases, a saber:

- 1) os diferentes estágios dos movimentos sociais da comunicação e suas intervenções no campo da saúde; 2) o reconhecimento da necessidade de políticas públicas e ações intersetoriais entre as duas áreas; 3) o desenvolvimento do campo científico da comunicação e saúde; 4) a ampliação de projeto no âmbito do SUS e a consolidação da comunicação como área finalística em instituições de saúde (Stevanim; Murtinho, 2021, p. 70).

Temos, assim, o entendimento de que a potência da área da Comunicação e Saúde está relacionada a influências externas de outras áreas, como no caso das descobertas no campo científico sobre os agentes causadores de doenças e o investimento em tecnologias para a fabricação de novos medicamentos; as políticas públicas na área da saúde que permitem que mais pessoas tenham acesso ao serviço público ofertado pelo Estado, seja em esfera federal, estadual ou municipal, aos aspectos sociais que permitem que a população possa se organizar e fazer reivindicações legítimas para ampliar a oferta dos serviços de saúde, dentre outras.

3.4.2 A Comunicação e Saúde como campo de atuação de agentes diversos

No direcionamento deste trabalho, partimos da compreensão da área da Comunicação e Saúde como campo, afastando-se da percepção instrumental “que atribui à comunicação a identidade de um conjunto de meios a serviço da saúde” (Araújo, 2013a, p. 04). A visualização como campo permite-nos percebê-lo dentro de sua complexidade, sem marcas de subordinação da comunicação para a saúde e vice-versa.

Assimilamos que tal campo é formado por agentes diversos com várias vozes que conversam a respeito da saúde, como as instituições da saúde através de suas assessorias de imprensa, a mídia, especificamente a imprensa, os núcleos acadêmicos e outros “sujeitos situados em diversos lugares de fala” (Araújo, 2013a, p. 07), os quais fazem circular conteúdo qualificado sobre a saúde, sendo, também, “formado por teorias e métodos, políticas e práticas, instituições e interesses, tensões e negociações” (Araújo, Cardoso e Murтинho, 2009, p. 107). Por isso, conforme afirmamos anteriormente, há a necessidade de que a concepção sobre comunicação e saúde seja ampliada, não podendo limitar-se ao uso de instrumentos, ao conjunto de meios ou ao de veículos para a circulação de mensagens sobre saúde.

Como campo polifônico, importa, também, privilegiar os contextos da comunicação e os processos, ambientes e situações que afetam a produção de sentidos das pessoas, atentando para as desigualdades, as diferentes realidades e interesses sociais, nomeando as discordâncias, resistências ou dificuldades, como falta de informações (Cardoso, 2006). O deslocamento de posicionamento para os aspectos contextuais da produção de sentido, ao invés do olhar sobre as condições da produção sobre comunicação e saúde, nos dá a permissão para abandonar os modelos vigentes da comunicação, os quais “já foram amplamente criticados teórica e politicamente, mas são suficientemente fortes para continuar

pautando as definições dos modos de enfrentamento dos agravos vividos pelas populações e pelo país” (Araújo; Moreira; Aguiar, 2013, p. 08).

Outro aspecto que enfatizamos é que dentro de um modelo público de assistência de saúde, que trabalha em uma atuação hierarquizada dos poderes federal, estadual e municipal, como é o caso do SUS, há a possibilidade de termos práticas tão enraizadas com marcas de silenciamento de outras vozes fora do SUS, bem como o “privilegiamento da fala institucional e a desqualificação de outras vozes e saberes” (Araújo; Moreira; Aguiar, 2013, p. 08). Essa prática é bem distante de um dos princípios do SUS, que é o da participação, o qual, ao lado dos princípios universalidade, equidade, integralidade e descentralização, permite-nos pensar em um modelo mais plural de comunicação e saúde.

O nosso entendimento sobre os processos de comunicação que ocorrem dentro do campo de Comunicação e Saúde se dá a partir da definição de comunicação proposta por Baldissera (2009, 05), que assim a define como “[...] processo de construção e disputa de sentidos”. Em suas palavras, “essa compreensão atribui centralidade à questão dos sentidos em movimento e atualiza a ideia de que a comunicação pressupõe relação”. Ao deslocar a ideia da comunicação de modelos funcionalistas, nos quais o olhar está costumeiramente voltado para as questões do planejamento da comunicação, o autor direciona para os sentidos em movimentos e em disputa. Além de pressupostos da Semiótica, o pensamento de Baldissera é desenvolvido a partir de Foucault (1996), quando afirma que toda relação é relação de forças e, assim, a relação também é disputa²⁷. Nos processos comunicacionais, seus sujeitos-indivíduos, no caso, os interlocutores em relação de forças, disputam os sentidos em movimentos com dois principais propósitos sobre os quais nem sempre estão conscientes:

a) o propósito de individualizar/internalizar os sentidos em circulação para, dentre outras coisas, aproximar-se e conhecer os sentimentos do interlocutor, obter informações/conhecer, refletir, responder, resistir, cooperar e/ou desconstruir as estratégias cognitivas dos interlocutores; e b) para, de alguma forma, levar seu interlocutor (alteridade) a internalizar a significação desejada. Essas disputas e, portanto, interpretações realizadas pelos sujeitos em comunicação, dá-se em contextos específicos. Não se trata, pois, de algo pronto, pressuposto, acabado, independentemente dos propósitos” (Baldissera, 2009, 05).

²⁷ Para Foucault (1989, p. 175), o poder “não é principalmente manutenção e reprodução das relações econômicas, mas acima de tudo uma relação de força”, não trabalhando assim apenas o caráter repressivo das guerras, combates, mas que se estende por outros meios.

E é a partir desse processo dinâmico de sentidos sobre saúde que são disputados nas relações entre os interlocutores que discorreremos a respeito da polifonia no campo da Comunicação e Saúde, apresentando, dessa forma, algumas vozes que participam de tal campo.

3.4.3 Agentes diversos do campo da Comunicação e Saúde

Partindo de Araújo e Mandu (2016), que enfatizam a questão dos discursos em movimento, os quais “são construídos e acionados a partir de espaços simbólicos em contínua atualização, como: o senso comum, a cultura popular, a ciência, a política, a religião e outros” (Araújo; Mandu, 2016, p. 365), formando as comunidades discursivas, que são os “grupos de pessoas que produzem e fazem circular discursos peculiares por meio dos quais se reconhecem e são reconhecidos” (Araújo; Mandu, 2016, p. 365), discorreremos, a seguir, sobre cinco agentes que situamos como vozes protagonistas do campo da Comunicação e Saúde: 1) a voz legitimada institucionalmente da área da saúde; 2) a voz autorizada dos profissionais da área da saúde; 3) a voz da mídia sobre saúde; 4) a fala do paciente *expert*; e 5) saberes tradicionais sobre saúde.

3.4.3.1 A voz legitimada institucionalmente da área da saúde

As falas oficiais sobre questões de saúde, dentre outras formas, são produzidas e propagadas²⁸ pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelos órgãos governamentais de saúde, como o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de saúde. O trabalho do MS é bastante amplo, englobando o SUS, o Conselho Nacional de Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, dentre outros órgãos, os quais trazem ao campo da Comunicação e Saúde sentidos oficiais e normativos, com orientações e determinações sobre saúde (e, conseqüentemente, sobre doença) do que deve ser posto em movimento. Tais sentidos oficiais das vozes institucionais e autorizadas sobre saúde, e em esfera federal, estadual e/ou municipal, entram em disputa com as outras comunidades discursivas que estão presentes na vida dos interlocutores, como conteúdos que acessam através de conversas com conhecidos, familiares, colegas de trabalho, em *sites* e plataformas *online*, e que nem sempre são conteúdos na mesma perspectiva dos conteúdos das vozes oficiais e normativas. E, além

²⁸ Informações coletadas em <https://www.saudebrasilnet.com.br/sistemas-saude> Acesso em 02.dez 2022.

disso, há os aspectos singulares de apropriação dos sentidos, o que pode gerar interpretações diversas do que foi posto inicialmente em movimento.

Consideramos, para nossa discussão, que uma das principais vozes percebidas como legítima da saúde é a promovida através da comunicação pública gerada pelas redes de comunicação do poder executivo, conforme classificação de Weber (2017). Nesse caso, a circulação pode ocorrer através das campanhas de saúde em formatos diversos, seja eletrônico, digital, radiofônico, em murais, material impresso e, ainda, ações, programas, projetos da área da saúde, movimentando interlocutores diversos que atuam na área. Os sujeitos podem ser tanto os profissionais dos órgãos da saúde nas várias instâncias, mas podem ser também aqueles externos, como no caso do Programa Saúde na Escola²⁹, promovido pelo Ministério da Educação, e que envolve articulação junto ao Ministério da Saúde e às escolas da comunidade de abrangência da Estratégia Saúde da Família.

O fluxo vertical de produção e circulação de conteúdo dos órgãos de saúde diversos faz-nos pensar sobre a necessidade de práticas dentro da comunicação que rompam com o modelo centralizado no qual o MS planeja, produz e faz circular conteúdo, e que a “distribuição é verticalizada para núcleos estaduais e municipais” (Lofego; Pinheiro, p. 2013, p. 04), sendo que a “circulação e distribuição de materiais para a população costuma ser realizada de forma aleatória, sem planejamento ou aproximação com a cultura local” (Lofego; Pinheiro, p. 2013, p. 07). Encontramos, assim, um modelo homogêneo de conteúdo para realidades que são plurais, diversas, o que poderá implicar no não alcance de objetivos da comunicação. E, nesse modelo que não observa as diferenças, pode haver prejuízos no alcance do conteúdo disseminado, caso os sujeitos que vão receber tais mensagens não as relacionem com a própria realidade.

3.4.3.2 A voz autorizada dos profissionais da área da saúde

Para nossa discussão, temos o entendimento de que os profissionais da área da saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), ocupam o espaço da voz autorizada da área da saúde, dos que detém o conhecimento

²⁹ O projeto Saúde na Escola objetiva “contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino” (Brasil, 2023a).

inquestionável sobre a doença, sobre o tratamento e a possibilidade ou não de cura para doenças. Nesse sentido, importa destacarmos que “o discurso médico-científico é hegemônico em nossa cultura, sendo veiculado por várias comunidades discursivas. Ele é popularizado, acessado pelas pessoas no contato com os serviços de saúde, pela mídia, nas escolas, dentre outras formas” (Araújo; Mandu, 2016, p. 370).

Assim, enquanto esse lugar de fala é reservado ao profissional da saúde como legítimo, ao paciente, com frequência, é destinado o lugar da escuta e/ou do silêncio. Nessa situação, que poderia ser uma relação de troca, de diálogo, nem sempre há o espaço para que o paciente faça uso de algo que é inerente a toda relação entre interlocutores: a fala. O interlocutor da saúde tem seu desempenho chancelado pela autoridade e legalidade da fala, marcas de sua origem do saber técnico e científico (Lefevre; Oliveira, 2012), situação diferente de quem não pertence a esse meio, o qual está sujeito passivamente ao poder de quem conduz sua cura, apagando o papel ativo de quem está doente, não reconhecendo que o paciente “além de proprietário do corpo, também é proprietário de vontade, livre para colaborar, duvidar, discordar, impedir, ou negar” (Lefevre; Oliveira, 2012, p. 03).

Nega-se ao paciente o lugar de discurso competente diante do entendimento de que “não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância” (Araújo, 2013, p. 127), embora saibamos que quando a área em questão é a da saúde, o conhecimento científico precisa balizar a produção e a circulação de informações, bem como as orientações e ações nos consultórios, unidades de saúde, hospitais e outros espaços de atendimento. Entretanto, é fundamental enfatizarmos a necessidade de não ser negado ao paciente o direito a falar, a manifestar-se sobre seu processo de adoecimento, de expressar como se sente e falar sobre as implicações do tratamento em seu corpo. Entendemos que a passividade do paciente não deve ser naturalizada diante do profissional, ainda que tal silêncio, “é nada menos do que o produto da projeção das imagens de seu próprio lugar e do médico, as quais expressam a resignação diante do discurso competente historicamente instituído” (Araújo, 2013, p. 130). Silenciar é cumprir seu papel de paciente que está ali para ouvir o que o “doutor” tem a dizer.

Em nossa compreensão, as relações entre profissionais da saúde, como os médicos, e seus pacientes; ou entre as próprias categorias que compõem a equipe multiprofissional, inclusive os ACSS, são marcadas por relações de poder, as quais permitem que discursos, indicações de tratamento, elaboração de diagnósticos sejam vistos como legítimos ou não.

Para dialogarmos a respeito, acionamos o conceito de poder a partir de Foucault (1977), que o caracteriza como dispersivo, evidenciando sua mobilidade que o faz não pertencer a nenhum centro permanente, e sim está em fluxo, funcionando em cadeia, em circulação, como no caso do poder que circula na equipe multiprofissional da saúde. Tal fluxo ocorre dentro de uma estrutura de saberes, sejam eles científico, normativo, territorial a partir dos usuários que são atendidos pela ESF. Nesse sentido, destacamos que “não há saber neutro. Todo saber é político” (Foucault, 1986, p. 21), estando saber e poder imbricados dentro de uma estrutura estatal que pode usar tais elementos como instrumento de dominação.

A estrutura do Estado e suas instituições, dotada de poder, define quem pode atender os pacientes, prescrever exames e/ou medicação e quem deve situar seu trabalho no acompanhamento e monitoramento dos pacientes. Em circulação, o poder que os médicos exercem nas outras categorias, como de enfermeiras, dos técnicos de enfermagem, auxiliares e ACSs move-se para quando esses profissionais passam a acompanhar os comunitários e/ou pacientes. Nesse sentido, Furtado e Camilo (2017, p. 35) apontam que o “poder atua não em conformidade à lógica binária dos dominadores versus dominados. Não é da onisciência de um soberano-que-tudo-sabe que o poder emana ou conserva-se. Ele irradia-se de modo microfísico, sem possuir um centro permanente”. Continuam, ainda, afirmando que as “relações de força são móveis e suscetíveis de se modificarem, compõem arranjos transitórios dados a uma constante transfiguração” (Furtado; Camilo, 2017, p. 35), mas obedecendo a lógica política que move a estrutura sociopolítica do campo da saúde.

3.4.3.3 A voz da mídia sobre saúde

No trabalho de Comunicação e Saúde, a mídia realiza um papel bastante significativo para as pessoas que a reconhecem como credível para falar sobre saúde. Seja através das matérias alimentadas pelas assessorias de imprensa e/ou de comunicação dos órgãos e instituições de saúde ou por matérias surgidas de pautas que são de interesse público.

A imprensa tem interesse particular nas notícias que podem chamar a atenção das pessoas, gerar sensibilização e, até mesmo, comoção do público. Falar de câncer, portanto, pode atingir esse objetivo, por ser ainda uma doença repleta de tabus, mitos, desconhecimentos e preconceitos (Gouvêa; Coutinho, 2016, p. 05).

O trabalho da mídia voltado para questões de saúde, seja no formato eletrônico da televisão, do rádio, de *podcasts*, de portais de notícias, do jornal impresso, também precisa obedecer a critérios de noticiabilidade, do que é de interesse para as pessoas e atenda os interesses das organizações de mídia. Mas seu papel possibilita promover temas que passam a fazer parte da agenda das pessoas, podendo ampliar o debate, permitindo que o tema se “torne mais aceitável, ou menos estigmatizado pela população. E, sendo produtos de nossa cultura, notícias e reportagens tentam abordar esses mitos, às vezes por sua desconstrução e, em outros momentos, mantendo-os, ainda que de maneira indireta” (Gouvêa; Coutinho, 2016, p. 14), o que contribui na formação do imaginário coletivo sobre as doenças.

Para um trabalho efetivo da mídia, enquanto voz que permite propagar temas da saúde, faz-se necessário que as autoridades da área tenham clareza de “que uma melhor cobertura depende de um maior comprometimento e abertura em relação aos veículos, buscando sensibilizá-los sobre a importância de se falar em saúde e estimulando, com isso, um conhecimento mais amplo dos jornalistas que cobrem a área” (Gomes; Ferraz, 2012, p. 278). Nesse sentido, é primordial a articulação entre as assessorias e setores de imprensa e de comunicação dos órgãos da área da saúde e os jornalistas das redações, visando conseguir pautar matérias sobre saúde. Esse trabalho da imprensa extrapola o uso de jargões e termos técnicos da área, precisando ser feito a partir do conhecimento especializado do jornalista em relação não somente à questão da doença, mas a questões mais amplas, como o próprio funcionamento do SUS, questões referentes à vigilância sanitária, aos avanços da ciência sobre tratamento etc.

Precisamos, também, olhar as questões referentes à visibilidade de temas da saúde na mídia englobando outros atravessamentos que se fazem presentes na prática da imprensa, como as implicações político-partidárias e econômicas que envolvem a área. A existência de apoio ou não dos veículos de imprensa aos candidatos eleitos pode ter efeito direto na realidade social que é criada pela imprensa. Dialogando, nesse sentido, Silva e França (2017) afirmam que há outros aspectos que precisam ser estudados ao pensarmos sobre as questões de noticiabilidade, como os valores sociais e os interesses ideológicos, que acabam por mediar as práticas e processos jornalísticos.

As questões políticas na área da saúde prejudicam diretamente a população, criando, inclusive, cenários inexistentes, como o episódio da febre amarela, em 2008, quando houve a circulação de discursos alarmistas sobre a doença, que gerou superdosagem de vacinas e a internação de pessoas, a partir de pânico estimulado pelas notícias sobre uma epidemia não

existente (Gomes; Ferraz, 2012). Isso nos leva a destacar que dentro deste campo há forças históricas, políticas, culturais direcionando os processos de Comunicação e Saúde. sendo “necessário estar atento para os campos de poder que se estabelecem” (Almeida, Guindani, 2012, p. 136). E, atentando para o fato de que as “práticas comunicacionais não podem ser encaradas como resultado de ações individuais, mas corporativas, políticas, as quais correspondem a uma historicidade e a uma matriz cultural complexa” (Almeida, Guindani, 2012, p. 136). Entendemos, assim, que a voz da mídia enquanto prática poderia ser vista a partir de pluralidade de interesses que envolvem seu próprio funcionamento, especificamente no caso do jornalismo, bem como as diversas forças atuantes no campo da Comunicação e Saúde.

3.4.3.4 A voz do paciente

Ampliando a rede de agentes que compõem o campo da Comunicação e Saúde já citados, há outras vozes de sujeitos, os quais, atualmente, encontram-se conectados e atuantes na internet, realizando buscas sobre saúde e/ou doenças em *sites* específicos. Em tais espaços, é possível encontrar vozes oficiais e legitimadas da área da saúde ou relatos de outros pacientes, os quais disponibilizam em plataformas *online* narrativas específicas sobre a experiência com a doença, como em casos tornados públicos no *Youtube* e/ou no *Facebook*.

O paciente, então, é relator da própria experiência, tornando-se também participante da disputa de sentidos sobre a doença, com a diferença de que as narrativas de “depoimento” tendem a ser reconhecidas, especialmente pelos leigos (e no senso comum), como legitimadas pela experiência dos sujeitos. Citamos o caso do grupo privado Tuberculose tem cura³⁰, organizado na plataforma *online Facebook*, e que na data de 03 de dezembro de 2022, contava com 4,7 mil membros, os quais, diariamente, trazem seus relatos e dúvidas diversas sobre sua experiência com a doença, havendo, inclusive, a troca de informações sobre possíveis tratamentos alternativos que poderiam ajudar na cura da doença, segundo os próprios relatores. Esse relator recebe o nome de paciente *expert*, de acordo com Knorst, Jesus e Menezes Júnior (2019), sendo responsável em mudar o modelo biomédico da relação médico-paciente, ao chegar ao consultório “munido pelas informações retiradas da Internet,

³⁰ O grupo fechado está disponível no endereço https://www.facebook.com/groups/207921412654435/?hoisted_section_header_type=recently_seen&multi_per_malinks=5165395426906984 Acesso em 23. maio 2022.

assume, cada vez mais, um papel proativo no cuidado à saúde, e introduz uma nova lógica de discussão de condutas e compartilhamento de decisões no encontro clínico” (2019, p. 11).

Esse encontro entre o paciente *expert* e o paciente que busca informações acaba formando outro espaço de sentidos que são disputados a respeito da doença em questão, os quais nem sempre correspondem ao científico e/ou normativo propagado pelos profissionais da área da saúde. As tecnologias que proporcionam a produção e circulação facilitada de conteúdos diversos - e não necessariamente verídicos, também geram no paciente a facilidade em se informar sobre o próprio estado de saúde, ainda que seja através de informações descontextualizadas já que quando falamos em saúde, há sempre implicações em caráter singular.

Complementarmente, observamos que os pacientes fazem suas buscas em plataformas *online* por motivos diversos, dentre outros, sendo:

Guiados simplesmente pela curiosidade, pelos seus problemas de saúde, pela existência de dificuldades em contatar seu médico, para tentar autodiagnosticar um problema de saúde associado aos sintomas de desconforto ou apenas para pesquisar informação relacionada com a promoção da saúde e hábitos de vida saudáveis (Nunes, 2018, p. 150).

Ou ainda, quando os espaços virtuais de vozes chanceladas pela saúde e pela ciência promovem conteúdo visando esclarecer a sociedade a respeito de determinada doença, como o trabalho que o médico Dráuzio Varella³¹ realiza em diversas plataformas *online*, inclusive em inserção em canal de TV aberta. No entanto, o acesso equivocado e acesso a informações descontextualizadas sobre saúde pode implicar em autodiagnóstico de doenças inexistentes, resultado de “consulta com o “Dr. Google” (Gouvêa; Coutinho, 2016, p. 12 - Grifo no original), o que só poderá ser esclarecido quando o paciente receber atendimento do profissional da saúde.

3.4.3.5 Saberes tradicionais na saúde

Como o território geográfico de nossa pesquisa está localizado na cidade de Manaus, no Amazonas, situamos a voz dos saberes tradicionais³² como agente que fala em prol da

³¹ O médico divulga conteúdos diversos a partir de seu site oficial, disponível em <https://drauzioarella.uol.com.br/> Acesso em 03.dez 2022.

³² A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a medicina tradicional como “a soma de conhecimentos, capacidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, explicáveis pelos

saúde para os pacientes da região. Assim como nos demais estados do Brasil, o saber biomédico é o saber predominante diante dos interlocutores envolvidos no processo de tratamento dos pacientes. No entanto, atrelado a tais saberes, encontramos a presença dos saberes tradicionais, podendo agregar ganhos não somente ao serviço de saúde ofertado aos pacientes, mas também no conhecimento que é ofertado ao quadro de funcionários. Conforme afirmam Feichas, Schweickardt e Ferla (2020, p. 14), “não há esvaziamento dos saberes biomédicos e das práticas oficiais, mas a expansão da capacidade de produzir saúde como ação para prevenir e tratar doenças e expandir a potência da vida de cada pessoa sob cuidado, incluindo os trabalhadores”. A perspectiva de tais autores é da coexistência dos dois saberes, tendo um cenário de ampliação nos serviços ofertados na área da saúde.

Haveria, assim, saberes distintos, no caso, o biomédico e os tradicionais, mas unidos em uma “cogestão do cuidado, aproximando as práticas dos dois modos de realizar o cuidado em saúde” (Feichas, Schweickardt e Ferla, 2020, p.11). Cuidadores da floresta, seja o ribeirinho, o caboclo ou o indígena, com práticas de cura, com os chás de ervas, de plantas diversas, além do trabalho das parteiras tradicionais, dos curandeiros, sendo todos eles vozes que fazem parte da polifonia de sentidos sobre saúde que circulam na região.

O reconhecimento dos saberes tradicionais como legítimos, quando falamos a respeito da saúde no Amazonas, demarca um processo necessário de situar que nossa “formação histórica e cultural se deu de modo muito distinto entre as regiões do país” (El Kadri, 2022, p. 37). E isso exige atentarmos para o fato de que

Construir um SUS pós-abissal³³ na Amazônia passa por considerar que os atores locais não são apenas portadores de uma “opinião”, mas sim de um conhecimento real e válido e como sujeitos participativos na construção das intervenções de saúde e não apenas objeto delas. De tal modo, abre-se a possibilidade de co-presença de saberes, mas também de ignorâncias dos dois lados da linha abissal (El Kadri, 2022, p. 42).

métodos científicos atuais ou não, utilizadas para manter a saúde e prevenir, diagnosticar, melhorar ou tratar doenças físicas e mentais” (OPAS, 2023, p. 01).

³³ Santos (2007, p. 85) apresenta o pensamento pós-abissal como “um aprender com o Sul usando uma epistemologia do Sul. Ele confronta a monocultura da ciência moderna com uma *ecologia de saberes*, na medida em que se funda no reconhecimento da pluralidade de conhecimentos heterogêneos (sendo um deles a ciência moderna) e em interações sustentáveis e dinâmicas entre eles sem comprometer sua autonomia”. Em nossa pesquisa, os saberes tradicionais serão acionados a partir de sua natureza legítima como conhecimento existente e que deve ser reconhecido enquanto tal.

A coexistência de saberes tradicionais e biomédicos atuando juntos na região é resultado de aspectos culturais dos conhecimentos da região, mas, também, da dificuldade das pessoas em acessar ao sistema público de saúde. As UBSs não estão presentes em todas as áreas rurais. Ou ainda, há casos de que mesmo que haja as “casinhas de saúde”, os moradores ainda fazem a opção de ter acesso à medicina tradicional, como no caso de Lindóia, comunidade rural da cidade de Itacoatiara, no interior do Amazonas, lugar no qual as parteiras são protagonistas no atender as pacientes grávidas e/ou em trabalho de parto, ainda que a comunidade tenha acesso ao serviço de uma UBS.

O ser parteira assume grande importância na identidade social das mulheres, sendo, inclusive, ressaltado quando uma parteira afirma que “não se torna parteira, mas se nasce parteira”, (Silva; Dias-Scopel; Schweickardt, 2020, p. 08) e assim vão fazendo uso de seu conhecimento tradicional diante da comunidade, com “remédios caseiros e chás, além da técnica de “pegar barriga” para encaixar a criança” (Silva; Dias-Scopel; Schweickardt, 2020, p. 09). No conhecimento tradicional, a saúde, no caso citado, é constituinte da vida das moradoras, integrando-se ao saber biomédico, quando a própria unidade de saúde dispõe de uma sala de parto organizada por uma das parteiras, a qual também compõe a equipe de saúde (Silva; Dias-Scopel; Schweickardt, 2020).

O olhar sobre a voz dos saberes tradicionais na saúde precisa ser feito com o uso de uma lente que perceba as particularidades do contexto, identificando-o como existência e, em alguns casos, como resistência e única possibilidade, como nos espaços nos quais não há acesso aos serviços ofertados pelo SUS. Precisamos, assim, que a área da saúde coletiva seja vista a partir da perspectiva freiriana, quando há “a valorização da vivência cotidiana dos diferenciados grupos populacionais na lida com as adversidades e a sua sabedoria para seguirem resistindo e existindo” (Albuquerque, 2021, p. 03).

Outro retrato da realidade faz referência ao trabalho que os Agentes Indígenas de Saúde fazem na comunidade dos Mundurucus, a TI Kwatá-Laranjal, situada no município de Borba, no Amazonas. Conforme Scopel, Dias-Scopel e Langdon (2015, p. 2562 – Grifo no original), era comum que os AIS fizessem ““indicação de “remédios do mato” e orientavam doentes que procurassem curadores, pajés e outros especialistas”. Os saberes tradicionais circulavam livremente no que se refere à saúde, com mães consultando “pegadores de desmentidura” e/ou “benzedores”, a partir da indicação do AIS. Em um trabalho de coexistência, os AISs sugerem chás para hipertensos enquanto fazem aferição de pressão, ou para pacientes com diabetes. De acordo com os autores, a indicação de remédios caseiros

“não era restrita à visita dos AIS, constituindo-se como atividade de autoatenção amplamente difundida” (Scopel, Dias-Scopel e Langdon, 2015, p. 2562), presentes nas rodas de conversas.

Os saberes tradicionais fazem parte da cultura local das comunidades. No caso das UBSs que trabalham na perspectiva da ESF, os profissionais da saúde, dentre eles, o ACS, precisam aprender a atuar em um contexto no qual há possibilidade dos saberes tradicionais não serem vistos como subalternos ao saber científico, e sim coexistindo em igualdade de valorização com o que está estabelecido no modelo biomédico. Além disso, conforme versa Albuquerque (2021, p. 03) ao se “conhecer outras cosmologias na compreensão da saúde e do cuidado, principalmente em países como o Brasil, onde há rica diversidade cultural, potencializa caminhos mais autônomos e com menos medicalização da vida”, sendo esta uma proposta que não marginaliza saberes diversos ao biomédico, e sim reconhece sua potência, dependendo do contexto do tratamento.

A coexistência, no entanto, pode ser tensionada entre os interlocutores, como nos casos em que os profissionais da saúde “outorgam às práticas resultantes da medicina convencional a única possibilidade de êxito na saúde do usuário. Julgam seus saberes como soberanos e nem cogitam outra possibilidade de tratamento, despersonalizando o indivíduo” (Junges, 2011, p. 4330). Nessa tentativa de apagamento dos saberes tradicionais, aplica-se uma prática medicinal sem reconhecimento da pluralidade de saberes discutida por Santos (2007).

3.5 A COMUNICAÇÃO SOBRE TUBERCULOSE

A discussão a respeito da comunicação no contexto da TB, aqui, será feita em três perspectivas: 1) A comunicação no sistema público de saúde; 2) A comunicação realizada pelos órgãos da saúde e que é publicizada através das campanhas; 3) O trabalho de comunicação sobre TB realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com os pacientes em tratamento, este último a partir dos fundamentos teóricos sobre os quais versamos anteriormente.

1) *A comunicação no sistema público de saúde* - pensar a respeito da comunicação dentro de um sistema amplo e público de saúde, como é o SUS, envolve circunscrevê-la a partir dos princípios que regem tal sistema: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação. Nesse sentido, Araújo e Cardoso (2007) promovem reflexões que embasam essa proposta, dentre as quais, discorreremos sobre algumas a seguir.

Iniciamos pelo primeiro princípio do SUS, o da universalidade, no qual a comunicação deve ser vista como direito de todos. Segundo Araújo e Cardoso (2007), embora historicamente as instituições de saúde não ofertaram à população espaços, como meios e canais, para que as pessoas pudessem se expressar, na atualidade, há o discurso de uma comunicação democrática e a percepção de que as pessoas são interlocutoras no processo. Outra questão é a necessidade de ampliar o pensamento, com a percepção de que, ao invés de uma comunicação linear, bipolar e unidirecional, tenhamos uma comunicação em rede, formada por diversas vozes sociais, que “circulam em várias direções, conduzindo múltiplos discursos, idéias, propostas, opiniões, saberes, sentimentos” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 63).

O segundo princípio é o da equidade, que coloca em relevo a importância da contextualização da comunicação para contemplar o aspecto da diversidade. Comunicar, então, “é a capacidade de contextualizar” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 65), procurando compreender as diferenciações sociais das pessoas. Esta é, então, uma condição necessária para “o acesso das pessoas às informações e a possibilidade da apropriação dos inúmeros produtos comunicacionais das instituições de saúde” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 66). Assim, produtos de comunicação importados de outras esferas apresentam limitação quanto à circulação e apropriação.

O princípio da integralidade na comunicação envolve “perceber um processo que contempla a formação dos sentidos sociais na sua inteireza” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 73). Abre-se mão de modelos de transferência de conteúdo, os quais costumam focar apenas na produção da comunicação, passando a compreendê-la como pertencente a um ciclo produtivo.

A descentralização trabalha na perspectiva de descentralizar também o poder já que “a comunicação está no cerne das relações de poder, sendo delas constitutiva, portanto, concentrar comunicação significa concentrar poder” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 77). Esse princípio está diretamente relacionado ao princípio da equidade, que reconhece a existência da pluralidade de vozes, com representações diversas e não apenas um modelo centralizador das instituições da área da saúde, como no caso do Ministério da Saúde. Assim, a comunicação torna-se meio para maior mobilização e participação das vozes, envolvendo, assim, questões de cidadania.

A diretriz da hierarquização está relacionada a uma atuação do Ministério da Saúde que vá além da elaboração das campanhas e a redistribuição delas em nível estadual e municipal, passando, sim, a dotar tais esferas de recursos e apoio técnico para os esforços comunicativos (Araújo; Cardoso, 2007). Essa diretriz promove uma melhor redistribuição de

recursos e, conseqüentemente, gera mais autonomia para as esferas estaduais e municipais, o que reverbera também em outras comunidades discursivas que estão ligadas a tais esferas, como os conselhos de saúde, movimentos sociais etc.

A última diretriz refere-se à participação, devendo a comunicação ser vista além do trabalho realizado pelos conselhos de saúde. Para Araújo e Cardoso (2007), “a relação da comunicação com a diretriz da participação é ontológica, no sentido de que, sem comunicação universal, equitativa, integral, descentralizada e hierarquizada, dificilmente teremos uma participação como a desejada e vice-versa” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 83). Uma comunicação permeada pela participação promove “espaços, processos e práticas que ampliem as vozes mais periféricas, sejam das comunidades discursivas, dos trabalhadores da saúde ou da população” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 84). Essa participação dos interlocutores que reivindica “o direito a voz diz respeito a acesso a meios para fazer circular sua própria voz, se fazer ouvir e ser levado em consideração” (Araújo; Aguiar Cordeiro, 2020, p. 221) e, por conseguinte, participa dos processos de disputa os sentidos, podendo mobilizar outros interlocutores, e não apenas os internaliza como nos propostos nos modelos transferenciais da informação.

Ao falarmos da participação, retomamos o conceito da comunicação pública caracterizada pela possibilidade de produzir e fazer circular temas que pertencem à esfera pública, conforme ressalta Weber (2017), nos dando a compreensão de que a diretriz participação tangencia com a comunicação pública. A comunicação no SUS está diretamente relacionada à promoção da cidadania e, nessa perspectiva, Araújo e Cardoso (2007) afirmam que o objetivo comunicacional deve “minimamente, estabelecer um debate público sobre temas de interesse e garantir às pessoas informações suficientes para a ampliação de sua participação cidadã nas políticas de saúde” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 61). No entanto, ainda que saibamos que a participação popular contribui na geração de um sistema de saúde de atuação ampla, e que deve ser democrático e inclusivo, há fatores na estrutura de funcionamento que acabam gerando diversos tensionamentos na forma de participação e, conseqüentemente, nos processos de comunicação.

Vejamos a inserção de membros da comunidade no trabalho do SUS, como na própria dinâmica dos conselhos de saúde. Nessa situação, Oliveira (2006) afirma que estamos “diante de relações de poder presididas por diferentes formas de competência, como a do saber, do poder dizer e saber dizer e do poder fazer que determinam a práxis discursiva na arena dos conselhos de saúde” (Oliveira, 2006, p.40). Assim, compreendemos que a participação

depende, também, de outros princípios, como o da equidade, que reconhece as outras vozes dentro de um modelo polifônico na área da saúde. E torna-se uma questão de cidadania, como aponta Esteves (2019), entendida como “participação regular dos cidadãos na discussão dos problemas da sua comunidade” (Esteves, 2019, p. 19), como questões relacionadas a um melhor acesso à saúde.

As conferências e os conselhos de saúde são duas importantes formas de participação social já que reúnem segmentos representativos da sociedade (no caso das conferências) ou os representantes do governo, dos usuários, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços (como os conselhos). Tanto nas conferências quanto nos conselhos, podemos compreender a atuação de seus participantes de acordo com a conceituação dada por Esteves (2019) em relação a atores políticos. As deliberações envolvem questões orçamentárias, financeiras, de carreira. Para exemplificar, trazemos dados do relatório³⁴ tornado público pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Manaus, o qual aponta que dentre os assuntos tratados, incluiu-se a Lei dos Agentes Comunitários de Saúde, visando ajustar a situação financeira de tais profissionais.

Convergindo nesse sentido, Fernandes *et al* (2017), ao se referir à participação, destaca o aspecto da mobilização da comunidade, convidando-nos a partir da “ideia de mobilização como um fluxo de diálogos, onde as vozes de todos os lados são igualmente valorizadas e têm valor para o bem comum a ser atingido” (Fernandes *et al*, 2017, p. 3177). Segundo ele, rompe-se com o modelo unidirecional e vertical da comunicação e com o monopólio do saber que distanciam os sujeitos, promovendo uma mobilização na comunidade que vá além dos mutirões de combate aos mosquitos.

Antes de discutirmos sobre a comunicação realizada pelos órgãos da saúde e que é publicizada através das campanhas, entendemos como necessário abordar questões relativas às doenças negligenciadas para, em seguida, situar o tema tuberculose dentro da discussão de comunicação negligenciada.

A TB faz parte do grupo chamado de doenças negligenciadas, no qual prevalecem as condições de pobreza e que ajudam a manter o quadro de desigualdade existente, como as seguintes doenças: dengue, doença de Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose e malária (Brasil, 2010). Nesse grupo, o conhecimento produzido através de financiamento não

³⁴ Informações disponíveis em <https://semsa.manaus.am.gov.br/noticia/conselho-municipal-de-saude-homologa-relatorio-consolidado-da-ix-comus> Acesso em 20.out 2023.

é revertido em avanços terapêuticos, novos métodos de diagnósticos e/ou em vacinas devido a questões voltadas ao baixo retorno lucrativo para as indústrias já que a população de interesse é de baixa renda e de países em desenvolvimento (Brasil, 2010). Nesse sentido, Sales (2019, p. 32) afirma que a “tecnologia prioritariamente está a serviço do grande capital, ou na busca de altos lucros”, não sendo este o caso da tuberculose.

Sobre os aspectos financeiros, os dados apresentados por Santos *et al* (2012) indicam uma discrepância quanto aos investimentos feitos pela indústria farmacêutica. No período de 1975 a 2004, a indústria registrou apenas 1% de fármacos voltados para as doenças tropicais em comparativo aos novos 1.535 produtos. O investimento de fármacos destinado à malária chega a ser 80 vezes menor do que o valor destinado a HIV/AIDS (Santos *et al*, 2012). Tais dados refletem a lógica de um mercado farmacêutico que acaba funcionando como fator determinante, embora não seja o único, para a normalização de adoecimento por tais doenças, como TB, malária, dengue, em países como o Brasil.

Ampliando a discussão, Sales (2019) enfatiza que os estudos direcionados para a área estão voltados para o enfrentamento de tais doenças a partir do modelo biomédico, sendo tal abordagem insuficiente para a complexa situação das doenças negligenciadas. Para a autora, é necessário incluir, no debate, o protagonismo da população, adotando a discussão a partir da saúde negligenciada das pessoas que são diretamente acometidas por tais doenças, percebendo o “sujeito enquanto alguém capaz de pressionar as instâncias governamentais para a intervenção nesses quadros endêmicos” (Sales, 2019, p. 35). Nesse sentido, a comunicação funciona como potência para gerar a mobilização dos sujeitos em busca do exercício da cidadania.

É sobre o entendimento da existência da comunicação negligenciada a partir das doenças negligenciadas que situamos a comunicação sobre tuberculose.

A comunicação pode ser considerada negligenciada quando persevera nos velhos modelos e práticas, age de forma centralizada, privilegia exclusivamente a fala institucional, ignora os contextos, é tratada como informação e não como interlocução; a comunicação negligenciada nega princípios do Sistema Único de Saúde (Araujo; Moreira; Aguiar, 2013, p. 01).

Apesar de ser uma doença milenar e que ainda afeta a vida de quase dez milhões de pessoas no mundo todo anualmente, o tema TB fica restrito à sazonalidade, às matérias nas quais são apresentados os números de infectados pela doença, acrescentadas de informações

que funcionam como instruções sobre o que é a doença, seus sintomas, a forma de contágio e/ou o tratamento gratuito oferecido pelo SUS. Rosseto *et al* (2017), a partir de análise de conteúdos sobre TB que foram produzidos pelo Ministério da Saúde nos anos de 2007, 2008, 2010 e 2011, enfatizam que tais conteúdos recaem sobre a necessidade de conscientização individual, de autocuidado e da adoção de uma postura vigilante, trabalhando imagens com elementos com pouca representatividade para o universo de pessoas que são acometidas pela doença. Identificada como produtos de uma comunicação negligenciada, as campanhas transformam-se em uma espécie de roteiro sobre como a população deve agir em relação à TB.

O negligenciamento em relação à comunicação faz parte da dimensão política e econômica do contexto da doença, e que permeia também o trabalho dos veículos de comunicação. Cavaca e Vasconcellos-Silva (2013, p. 01) trazem tensionamentos relevantes sobre esse contexto, quando afirmam que “os critérios envolvidos na noticiabilidade dos temas mais candentes acatam a lógica jornalística implicada no Mercado da Atenção, não raro, desarticulada de demandas essenciais de informação dos indivíduos mais vulneráveis”. Para os autores, o Mercado da Atenção é que dá as condições para que haja a invisibilidade de doenças, como é o caso da TB, na qual sua continuidade está relacionada às questões socioeconômicas, e não apresentam atrativos para sua divulgação. Há, assim, diversas negligências, como a da ciência, do mercado, do Estado e da mídia, que não só cria a distância entre os responsáveis e os vulneráveis, “como reforça a alienação desses indivíduos em relação às mínimas condições de subsistência constitucionalmente garantidas” (Cavaca; Vasconcellos-Silva, 2013, p. 02).

2) *A comunicação realizada pelos órgãos da saúde e que é publicizada através das campanhas* - o tema tuberculose ganha espaço nas campanhas anuais de combate à doença, realizadas durante o mês de março. Nos conteúdos propagadas na mídia, nos espaços publicitários e em perfis em redes sociais *online*, percebemos algumas características: 1) a sazonalidade, com o tema da TB sendo veiculado nesse período específico, nem sempre fazendo parte da agenda de notícias em outros meses; 2) construção de narrativa na qual o paciente ou paciente em potencial precisa ser vigilante de si, com a autoidentificação de sintomas para, se for o caso, buscar o tratamento da doença nos serviços de saúde; 3) comunicação voltada para recomendações: identificar sintomas, buscar unidade de saúde e continuar o tratamento. Tais características foram elencadas a partir da discussão proposta por

Araújo, Moreira e Aguiar (2013), a respeito das relações entre comunicação e negligenciamento.

A partir de reflexões a respeito de campanhas na área da saúde, Rangel-S, Serafim, Cerqueira e Pinto (2014) afirmam que os produtos comunicativos que circulam na sociedade brasileira fazem parte de ações pontuais de comunicação e apresentam conteúdos técnicos sobre a sintomatologia e direcionam as pessoas para a busca pelas unidades de saúde. Sem foco no aspecto da contextualização, segundo eles, são produtos que desconsideram o processo de atribuição de sentidos ao que está sendo veiculado, o estigma e o preconceito em relação à TB, a diferença de saberes e as especificidades da doença (Rangel-S; Serafim; Cerqueira; Pinto, p. 2014). A existência dessa negligência fere os princípios da comunicação dentro do SUS, especialmente o da integralidade, que percebe a comunicação como espaço de produção social dos sentidos.

3) *O trabalho de comunicação sobre TB realizado pelos ACSs com os pacientes em tratamento* – a partir dos conceitos apresentados anteriormente, faremos a discussão sobre o trabalho comunicacional realizado pelos ACSs, situando-o em três classificações: ACS como agente interacional, como mediador e como agente comunitário de saúde da comunicação pública.

a) Nossa compreensão sobre o trabalho do ACS tem o foco no interacional, sendo agente e pacientes sujeitos e interlocutores do processo. Reconhecemos na função de interlocução do ACS uma potência quanto a trabalhar como sujeito que propaga informações sobre saúde na comunidade, optando pela adoção do conceito de informação em perspectiva comunicacional apresentado por Braga (2017, p. 44) como “tudo aquilo que pode passar diretamente de um estado de não compartilhado para um estado de compartilhado”. E é este compartilhado que nos direciona a considerar a comunicação como “processo de globalidade, em que sujeitos interlocutores, inseridos em uma dada situação, e através da linguagem, produzem e estabelecem sentidos, conformando uma relação e posicionando-se dentro dela” (França, 2016, p. 158).

Como interlocutores, ACSs e pacientes são marcados pela ação e não pela passividade de apenas codificar e decodificar informações sobre TB, produzindo, também, sentidos sobre a doença, e colocando-os em movimento, seja no papel de quem trata ou de quem é tratado. No atendimento dos pacientes, a comunicação sobre tratamento de TB resulta em significações diversas de processos de caráter normativo (a interlocução do ACS) com o experiencial (a interlocução do paciente), elaborada a partir de uma “atividade conjunta de

construção de uma perspectiva comum, de um ponto de vista partilhado, como base de inferência e de ação” (Queré, 2018, p. 24). Nesse sentido, França (2000, p. 139), ressalta que “a comunicação realiza o estar com o outro; constitui o mundo comum, partilhado”), sendo esse momento de construção do social.

b) Circunscrevemos os agentes comunitários de saúde como mediadores³⁵ entre o SUS e os pacientes, quando pensamos a respeito dos sentidos sobre o tratamento de TB que são colocados em movimento, seja quando o ACS leva o resultado do atendimento do paciente ao sistema SIAB ou a algum profissional da saúde ou quando o próprio paciente faz reverberar sentidos diversos com seus interlocutores a respeito do tratamento que está enfrentando, em processo ampliado e difuso.

Bornstein e Stotz (2008, p. 02) afirmam que a mediação dos ACS é bastante diversa, podendo:

Ser vista como facilitação do acesso da população ao serviço; melhor estratégia para que as normas, objetivos e metas dos serviços sejam entendidos e assimilados pelas ‘classes populares’; maneira de buscar nos serviços uma abertura para o entendimento da lógica e da dinâmica locais; e, ainda, mediação entre o conhecimento popular e o conhecimento tecnocientífico.

Essa função mediadora, segundo Bornstein e Stotz (2008), é identificada por duas características: 1) caráter vertical e assimétrico, marcada pela ideia de orientações e convencimento da população em relação ao saber tecnocientífico; e 2) caráter transformador, o qual rompe a verticalidade e apresenta o olhar voltado para as necessidades e demandas da população (Bornstein; Stotz, 2008). Embora os autores apontem a mediação com essas duas características, em nossa percepção, o lugar de interlocução do ACS é espaço que pode gerar processos diversos de mediação e sem tanta delimitação entre sentidos de verticalidade e horizontalidade, entre orientação quanto a normas e instruções sobre saúde e práticas de transformação do sujeito, entre interesses de um sistema público de saúde, o SUS, e dos pacientes.

c) É com base nesse papel mediador do ACS que também o situamos como agente comunitário de saúde que conduz seu trabalho na perspectiva da comunicação pública,

³⁵ Recorremos ao conceito de mediadores trabalhado por Velho (2001, p. 27), que os compreende como aqueles que estabelecem “comunicação entre grupos e categorias sociais distintos”, tendo o potencial de se tornar agentes de transformação, de alterar fronteiras no ir e vir, transitando com informações e valores”, conforme apresentamos na introdução da tese.

realizando uma “certa reorganização do fazer científico, das relações sociais entre especialistas e não especialistas e do questionamento da supremacia da Ciência como lugar de fala” (Costa, 2016, p. 84), ainda que seu próprio lugar de fala forme um espaço entre os saberes da saúde e da comunidade.

A função de interlocução do ACS é vinculada ao SUS (Brasil, 1990; Brasil, 2017) tendo seu trabalho direcionado pelo que há de institucionalmente no sistema público de saúde, mas que é na sua atuação em território da UBS que se transforma no sujeito de promoção do tema da saúde, que faz uso da explicação, das orientações, de possíveis atendimentos às dúvidas dos pacientes em estão sendo acompanhados, para promover o debate público. Nisto, podemos circunscrever o ACS como sujeito com certo poder comunicacional na esfera pública, no sentido de olhar a “capacidade do sistema de comunicação de tornar visível suas versões (estratégias de visibilidade) e contagiar as demais redes em torno do tema, repercutir e mobilizar a opinião pública e a opinião de públicos” (Weber, 2007, p. 25).

Pelo fato de exercer seu papel institucional dentro de um sistema público de saúde que é assegurado por uma Constituição Federal, e que resiste a trocas de governos, não importando quem assuma o cargo de presidente (a), governador (a) ou prefeito (a), há um lugar assegurado de que o ACS estará em território cumprindo sua responsabilidade quanto à interlocução. Nesse sentido, podemos vê-lo como agente de promoção de temas de “interesse da sociedade e não segundo a perspectiva de governos ou de estratégias políticas” (Matos; Gil, 2013, p. 16). Saúde coletiva é de interesse público e não governamental ou político, embora tenhamos consciência de que as ideologias que permeiam as ações governamentais e políticas resultem na influência do trabalho que será feito, com investimento econômico maior ou menor.

Essa perspectiva comunicacional sobre o trabalho do ACS converge com a ideia da promoção da vigilância em saúde, a qual:

Propõe horizontalidade de saberes e práticas, e imprime novas formas de relação no âmbito do trabalho em saúde. O diálogo entre os profissionais, bem como entre estes e a população, é entendido como essencial para a identificação das necessidades de saúde e o planejamento das ações (Fernandes *et al*, 2017, p. 3174).

Todavia, essa potencialidade de atuação comunicacional do ACS dependerá do próprio contexto de atuação, das condições de trabalho, do incentivo da participação popular, que são questões externas, coletivas, públicas ao querer fazer do ACS.

Também destacamos a voz da comunidade que se faz presente na função institucional do ACS, ajudando a compor a pluralidade de “vozes que não apenas aquelas vinculadas à esfera pública dominante” (Matos; Gil, 2013, p. 23), mas de outros saberes que venham enriquecer o debate público sobre saúde. Ainda que a função de ACS exista a partir do que há de institucional, sua fala é também resultado do sujeito-morador da comunidade, que conhece as particularidades do território externo à UBS. Não é possível afirmar que a voz institucional do ACS seja homogênea, sendo formada apenas pela esfera dominante, ainda mais pela existência da função de interlocução, que é permeada por processos de mediação, conforme já exposto anteriormente.

Diante dos fundamentos teóricos discutidos sobre a mediação da comunicação dos ACSs em um cenário polifônico marcado por disputa de sentidos sobre o tratamento de TB, apresentaremos, a seguir, nossas escolhas metodológicas que conduziram a produção da nossa tese.

4. O ACS COMO INTERLOCUTOR DA SAÚDE NO ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES DE TUBERCULOSE: ESCOLHAS METODOLÓGICAS E O PERCURSO DA PESQUISA

Ser paciente de tuberculose me levou a um contexto de uma doença marcada por estigmas. Dos médicos e dos profissionais que me atenderam durante meu processo de adoecimento, ouvi uma frase de estranhamento sobre ser paciente de TB. Costumeiramente ouvi “É interessante você estar com tuberculose. Você não tem o perfil das pessoas que têm a doença”, a qual evidencia que a doença afeta principalmente pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade socioeconômica. E, ainda, ao comentar com pessoas próximas que estava me tratando da doença, ao mencionar a palavra tuberculose, era comum ver que, nesse momento, o interlocutor dava um passo para trás (Judy, 2023).

Neste capítulo, apresentamos os processos metodológicos da pesquisa, os quais são explicados de forma seqüencial: o método, a coleta de dados da pesquisa documental, a coleta de dados da pesquisa empírica, explicitando o contexto de cada entrevista e o perfil dos participantes da pesquisa e, ainda, a categorização dos dados de acordo com a proposta da Análise de Conteúdo de Bardin (2016).

4.1. QUESTÕES INICIAIS: PESQUISA QUALITATIVA.

Escolhemos como método para nossa investigação a pesquisa qualitativa, compreendendo que é através dela que é possível analisar as experiências, examinar as interações, processos de comunicação de indivíduos e grupos (Barbour, 2009). É característico da pesquisa qualitativa não fazer uso de números, mas de texto como material empírico, observando que a realidade pesquisada é constituída dentro de uma realidade social, tendo interesse no olhar dos participantes sobre a questão estudada ((Flick, 2009). Em nossa pesquisa qualitativa, optamos em reunir diversas técnicas e fontes de dados para atender aos objetivos do trabalho, conforme apresentado no quadro-síntese 01, a seguir, e explicado em detalhes nos próximos parágrafos.

Quadro 01 - Síntese dos procedimentos metodológicos

Objetivo geral	Explicar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como mediadores da comunicação entre o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), e os pacientes residentes na cidade de
-----------------------	---

Manaus/AM, na disputa de sentidos sobre o tratamento da tuberculose.		
Objetivos específicos	Técnicas de coleta	Fontes
Etapa 1 da pesquisa: estado da arte e quadro teórico		
1) Levantar os fundamentos teóricos e metodológicos do campo da comunicação e saúde voltados para o processo dialógico e discursivo que envolve os profissionais da saúde, agentes comunitários de saúde e pacientes.	Pesquisa bibliográfica (Stumpf, 2005).	Livros, teses, dissertações, artigos científicos publicados em periódicos e em anais de eventos da área da comunicação e do campo da comunicação e saúde, publicados no período de 2011 a 2022.
Etapa 2 da pesquisa: estudo empírico.		
2) Investigar como se dão os protocolos que regem a comunicação dos ACSs a respeito do tratamento da tuberculose em nível federal, estadual e municipal.	Pesquisa documental (Marconi; Lakatos, 2003).	Arquivos públicos disponíveis em fontes oficiais, como os <i>sites</i> do Ministério da Saúde (MS), da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas Dra. Rosemary Costa Pinto (FVS) e da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA/AM)
	Entrevista semiestruturada (Duarte, 2004)	Lideranças em saúde do governo local (município e estado) que coordenam as ações de combate à tuberculose em Manaus/AM: 1) Liderança estadual; 2) Liderança municipal; 3) Técnico distrital; e 4) Liderança popular.
3) Investigar se, além dos validados pelo SUS, há outros saberes sobre o tratamento da tuberculose que circulam dos ACSs para os pacientes de TB e que podem gerar tensionamentos com a equipe multiprofissional de saúde.	Entrevista semiestruturada (Duarte, 2004)	Agentes Comunitários de Saúde das cinco zonas de Manaus/AM.
4) Compreender os papéis exercidos pelo ACSs a partir do lugar de mediação entre o SUS e os pacientes de TB.		
5) Investigar sobre estratégias, canais e processos de comunicação adotados pelos ACSs para as interações com os pacientes para o tratamento de TB.		

6) Compreender como os aspectos relacionais entre ACSs e pacientes impactam no tratamento de TB.	Entrevista semiestruturada (Duarte, 2004)	Agentes Comunitários de Saúde das cinco zonas de Manaus/AM.
7) Compreender os fluxos circulantes das vozes sobre tratamento da TB que influenciam o trabalho dos ACSs junto aos pacientes.		

Fonte: Elaborado pela autora.

Antes de prosseguir, importa destacamos que partimos do pressuposto de que a compreensão de aspectos do contexto dos sujeitos precisa ser estudada para melhor investigação no campo de tratamento da tuberculose. Assim, para nosso estudo, optamos pela pesquisa empírica, a qual, segundo Martino (2018, p. 98) “estuda os fenômenos reais, concretos, com dados obtidos a partir de documentos ou do trabalho de campo”. Em nosso caso, fizemos uso da pesquisa documental e a de campo, com intuito de coletar dados que nos levassem a alcançar os objetivos desta investigação.

Para fins de registro, destacamos que nosso percurso metodológico foi iniciado a partir da pesquisa bibliográfica, a qual acompanhou todo o processo de elaboração e realização da pesquisa e da tese, partindo da revisão de literatura (Stumpf, 2005) para elaboração do estado da arte (apêndice A) e do quadro teórico do trabalho que compuseram os capítulos um, dois e três da tese, bem como foram acionados na análise dos dados coletados, revisitando fichamentos e demais anotações feitas anteriormente. Nossa pesquisa bibliográfica foi realizada em teses, dissertações, artigos científicos, livros que trabalham o tema da comunicação e saúde e, em alguns casos, mais especificamente sobre comunicação, agentes comunitários de saúde e tuberculose.

A seguir, discorreremos sobre cada uma das etapas da pesquisa empírica.

4.2. COLETA DE DADOS DA PESQUISA DOCUMENTAL

Marconi e Lakatos (2003, p. 174) afirmam que a principal característica da pesquisa documental é “que a fonte da coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias”, sendo essas feitas no momento ou depois que o fato ou fenômeno ocorre. Em diálogo com a definição das autoras, Kripka, Scheller e Bonotto (2015, p. 58) observam que esse tipo de procedimento “se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados

tipos”, enfatizando que as fontes primárias são aquelas que “não receberam nenhum tratamento analítico” (Kripka; Scheller; Bonotto, 2015, p. 59), diferente dos documentos que compõem a bibliografia científica.

Dentre os diversos tipos, fizemos uso dos documentos oficiais, por entendermos que representam a “fonte mais fidedigna de dados” (Marconi; Lakatos, 2003, p. 178), não tendo qualquer interferência do pesquisador na sua elaboração. Optamos pelo uso de fontes primárias, recorrendo aos arquivos públicos disponíveis em fontes oficiais, como no caso dos *sites* do Ministério da Saúde (MS), da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas Dra. Rosemary Costa Pinto (FVS) e da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA/AM), com o objetivo de coletar informações referentes ao aspecto normativo e prescritivo trabalhado no SUS e, a partir disso, compararmos as normatizações existentes nos níveis federal, estadual e municipal da atuação dos ACSs no que se refere à comunicação sobre tratamento de TB. No quadro 02, apresentamos os nove documentos estudados como fontes primárias e que constituíram nossa pesquisa documental.

Realizamos a pesquisa documental de acordo com as fontes que foram previamente apresentadas, acrescentando, ainda, o GUIA D@S ACS PARA TPT - *Identificação, avaliação e tratamento preventivo dos contatos de pessoas com tuberculose pulmonar*, documento este elaborado pelo Comitê Comunitário de Acompanhamento em Pesquisa - CCAP ExpandTPT, composto por profissionais de cinco cidades: Manaus (AM), Porto Alegre (RS), Recife (PE), Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP). Destacamos, também, que conforme informações contidas no guia, esse documento foi avaliado por alguns ACSs, através de grupo focal, em cada uma das cinco cidades, os quais foram convidados a participar da elaboração do guia. Diante disso, embora o conteúdo seja voltado para TB latente, optamos por incluí-lo na pesquisa documental por: 1) resultar de processo colaborativo que envolveu os ACSs na elaboração; e 2) incluir os *comunicantes*³⁶ (que são os contatos dos doentes de TB que podem ter sido também infectados pela bactéria da TB, por causa da proximidade) no processo de tratamento da doença.

³⁶ A palavra *comunicantes* aparece na tese grafada em itálico, para assim explicitar o sentido biomédico adotado nesse trabalho. Esclarecemos que nosso conhecimento sobre essa palavra surgiu a partir da realização da pesquisa empírica junto aos ACSs, os quais fazem menção a ela em sua prática cotidiana.

Quadro 02 – Relação de documentos analisados para pesquisa documental.

No.	Fonte	Descrição	Disponível em / Acesso
01	Ministério da Saúde	Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública - Estratégias para 2021-2025	https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/plano-nacional-pelo-fim-da-tuberculose-como-problema-de-saude-publica_-estrategias-para-2021-2925.pdf/view#:~:text=O%20Plano%20tem%20como%20objetivo,per%C3%ADodo%20de%202021%20a%202025.
02	Ministério da Saúde	Tudo que você precisa saber sobre a tuberculose - Álbum Seriado da TB	https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/tuberculose/publicacoes/tudo-que-voce-precisa-saber-sobre-a-tuberculose-album-seriado-da-tb.pdf/view
03	Ministério da Saúde	Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil	https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/tuberculose/publicacoes/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil.pdf/view
04	Ministério da Saúde	Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde Tuberculose	https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/cartilha_agente_comunitario_saude_tuberculosis.pdf
05	Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas	Nota Técnica nº 19 / 2022 / DVE / DITEC / FVS-RCP	https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/NOTA_T%3%89CNICA_N%C2%BA_019.DVE.DITEC_FVS-RCP.pdf
06	Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas	Nota Técnica nº 018 / 2022 / PECT / DVE / LACEN / FVS-RCP	https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/NOTA_T%3%89CNICA_N%C2%BA_018.DVE.LACEN.DITEC.FVS-RCP.pdf
07	Secretaria Municipal de Saúde	Boletim Epidemiológico nº 01	https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/Boletim_01_TB-revisado_timbrado1.pdf
08	Secretaria Municipal de Saúde	Painel de Indicadores da Tuberculose	https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/Painel_Indicadores_TB_Manaus_2021.pdf
09	Secretaria Municipal de Saúde	GUIA D@S ACS PARA TPT Identificação, avaliação e tratamento preventivo dos contatos de pessoas com tuberculose pulmonar	Recebido diretamente do chefe do núcleo de controle de TB da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), no formato digital.

Fonte: Elaborado pela autora.

As informações coletadas a partir desses documentos foram organizadas em ficha específica que estruturamos, conforme segue, no quadro 03.

Quadro 03 – Ficha para sistematização da pesquisa documental.

Documento	Protocolo sobre tratamento de TB	Dimensão da comunicação	Profissionais envolvidos

Fonte: Elaborado pela autora.

Na coleta de dados, fizemos a leitura de cada documento, identificando as orientações biomédicas sobre o tratamento da TB, buscando localizar aspectos que referenciassem a dimensão comunicacional que envolve os ACSs, profissionais da saúde, os pacientes, os *comunicantes* e os comunitários. A partir da *Dimensão da Comunicação* identificada nos documentos, os protocolos e orientações que envolvem o tratamento de TB foram organizados de forma que o nosso objetivo fosse alcançado.

Em busca de outros dados que nos permitissem comparar a normatização existente nas esferas federal, estadual e municipal da atuação dos ACSs, no que se refere à comunicação sobre tratamento de TB, fizemos entrevistas (no próximo subitem discutiremos sobre essa técnica de coleta de dados) com quatro lideranças em saúde do governo local (município e estado) que coordenam, atualmente, as ações de combate à doença, na cidade de Manaus/AM, além de uma liderança popular em saúde.

No quadro a seguir (quadro 04), sintetizamos as informações sobre os participantes da pesquisa que foram entrevistados.

Quadro 04 – Identificação das lideranças em saúde entrevistadas

Número	Esfera	Liderança
01	Estadual	Liderança da FVS-RCP. Data da realização da entrevista: 01 de agosto de 2023.
02	Municipal	Liderança da SEMSA ³⁷ , na época. Data da realização da entrevista: 25 de julho de 2023.
03	Municipal	Técnico distrital - DISA. Data da realização da entrevista: 21 de julho de 2023.
04	Estadual e Municipal	Liderança popular do combate à tuberculose. Data da realização da entrevista: 18 de julho de 2023.

Fonte: Elaborado pela autora.

³⁷ Quando realizamos a entrevista, este participante da pesquisa encontrava-se na gestão do setor, mas, a partir de setembro de 2023, entrou em licença para formação, assumindo novo gestor.

As entrevistas foram realizadas a partir dos roteiros propostos (Apêndices B, C, D, E) e previamente aprovados, conforme a seguir:

1) Em relação aos aspectos éticos, a tese é fruto da submissão, aprovação e autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-UFRGS, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 510, de 2016, na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, no qual o protocolo de pesquisa foi aprovado sob o número de parecer 6.164.523 (Anexo A). Dessa forma, a pesquisa atende às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos, de acordo com a resolução CNS 196/96, realizando a coleta de dados empíricos a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice H) pelos participantes. Registramos que demos todas as explicações necessárias sobre o conteúdo do documento antes de iniciar cada entrevista com os participantes.

2) Submissão do projeto à Escola de Saúde Pública de Manaus – ESAP, para assim obtermos a autorização (Anexo B) para realização das entrevistas com os ACSs, com o período destinado à coleta de dados de 01 a 30 de agosto de 2023, assumindo o compromisso de apresentar os resultados da pesquisa na Mostra de Pesquisa Científica da SEMSA, realizada anualmente no mês de dezembro.

A este ponto, importa destacarmos que os dados da pesquisa documental compuseram a subseção *A comunicação sobre tratamento de TB contida em normas, cartilhas, manuais divulgados pelo Ministério da Saúde*, do capítulo a seguir. Já as subseções *A comunicação sobre tratamento de TB a partir da voz da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas Dra. Rosemary Costa Pinto (FVS-AM)* e *A comunicação sobre tratamento de TB a partir da voz da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), em Manaus* foram elaboradas a partir dos dados da pesquisa documental e dados empíricos de entrevistas com as lideranças.

Em busca da coleta de dados que nos permitisse alcançar os demais objetivos da tese, escolhemos o uso da entrevista semiestruturada (Duarte, 2004) com ACSs, a qual é uma técnica bastante usada em pesquisa qualitativa. Haguette (1992) define entrevista como um processo no qual há a interação de duas pessoas e o entrevistador busca obter informações junto do indivíduo entrevistado. O ato da entrevista exige um olhar objetivo dos entrevistadores dentro de todo um universo de subjetividade da pessoa que está ali compartilhando sua visão sobre a realidade pesquisada. Seria a responsabilidade em “reconhecer que estamos recebendo meramente o retrato que o informante tem de seu mundo, cabendo a nós, pesquisadores, avaliar o grau de correspondência de suas afirmações com a

‘realidade objetiva’, ou factual” (Haguette, 1992, p. 88 - Grifo no original). Nessa relação construída durante uma entrevista, e que não é igualitária em relação ao exercício de poder, cabe ao pesquisador, no papel de entrevistador, saber identificar chancelas que qualifiquem a subjetividade em objetividade.

Delgado e Gutiérrez (1995) apontam um aspecto artesanal da entrevista feito a partir de uma construção comunicativa, não havendo discursos preexistentes, os quais vão surgindo de acordo com os questionamentos feitos em uma situação dual e de conversação entre entrevistador e entrevistado. Cada pesquisador acaba realizando uma entrevista diferente, conforme sua cultura, sensibilidade e conhecimento sobre o assunto. Entendemos, também, que ao fazer as entrevistas junto aos ACSs, temos nessa prática uma possibilidade de cada agente, ao narrar sua experiência, ter construído e reconstruído as próprias percepções sobre sua atividade laboral.

4.3. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ACSs COMO PARTICIPANTES DA PESQUISA.

Considerando o rigor em pesquisa, cabe também apresentarmos os critérios empregados para a seleção dos ACSs entrevistados. Primeiro, procuramos direcionar nossa escolha para a possibilidade de diversificar os perfis e experiências dos entrevistados visando potencializar os achados. Dessa forma, estabelecemos um número total de 12 participantes de pesquisa, das cinco zonas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), norte, sul, leste, oeste e área rural. Por termos feito a escolha pelo método qualitativo, entendemos que o número de doze entrevistas semiestruturadas com os ACS nos trouxeram elementos suficientes para melhor analisarmos as experiências, o que nos permitiu fazer inferências em realidades distintas.

Também incluímos, como critério de seleção, ACSs que já tivessem acompanhado pacientes que fizeram ou estavam fazendo tratamento da tuberculose, para assim coletarmos dados que nos dessem indícios dentro do nosso propósito da pesquisa. Esse segundo critério gerou a necessidade de formularmos um terceiro, que é sobre o tempo de experiência como agente. Como a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, SEMSA/MANAUS contratou novos agentes em março de 2023, somente nos interessaria dentre os novatos, como participantes da pesquisa, àqueles que já estavam acompanhando pacientes de TB, que foi a situação de uma das entrevistadas.

4.4. SOBRE AS PRÁTICAS DAS ENTREVISTAS COM OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Cada entrevista foi realizada com base em um roteiro, conforme o apêndice F, contendo as perguntas específicas em eixos diversos, mas complementares, do ser ACS, sua vivência, aspectos gerais sobre a comunicação e o aspecto relacional no cotidiano do agente para, enfim, trabalhar a respeito da comunicação sobre tratamento da tuberculose.

Para fazermos a abordagem junto aos ACSs, inicialmente, realizamos contatos com pessoas de nosso convívio que trabalham na área da saúde pública, visando identificar possíveis sujeitos que atendessem aos critérios estabelecidos. Nessa articulação inicial, conseguimos conversar com vários contatos, mas efetivamente tivemos acesso a apenas um participante da pesquisa. A partir disso, fizemos busca em espaços virtuais diversos de participação ativa dos agentes, buscando realizar novas articulações. Tivemos um bom retorno, mas havia implicações quanto à atuação de tais agentes já que vários estavam lotados em outros municípios do Amazonas.

Em um terceiro momento, começamos a contatar profissionais da saúde lotados na SEMSA/MANAUS, visando a indicação de ACS para que pudéssemos fazer os primeiros contatos. Essa articulação foi bastante fecunda já que à medida que explicávamos nosso projeto de pesquisa, pudemos perceber uma ótima recepção sobre a temática em questão, o que facilitou bastante a identificação dos ACSs que cumpriam os critérios para serem entrevistados, bem como para a realização das 12 entrevistas.

Inicialmente, tínhamos a intenção de realizar as entrevistas fora do ambiente de trabalho para evitarmos situações que pudessem interromper o momento das entrevistas e/ou, principalmente, minimizar possíveis tensionamentos e pressões que afetassem a espontaneidade das respostas a serem obtidas. Algumas entrevistas foram realizadas fora das unidades de saúde, como em comércios e área externa da unidade, mas, devido à demanda de trabalho dos agentes, os quais não podiam se ausentar do seu lugar de lotação, tivemos a necessidade de entrevistar alguns participantes dentro das unidades de saúde. No entanto, pudemos contar com a colaboração de gestores, os quais disponibilizaram espaços específicos e isolados para que pudéssemos conversar com os participantes da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas no período de 18 de julho a 07 de agosto de 2023, havendo dias nos quais conseguimos realizar duas entrevistas e, em outros, tivemos cancelamentos. Nos dias nos quais não tínhamos atividades por causa de cancelamento, fizemos novas articulações. Registramos que houve da parte dos ACSs manifestação de

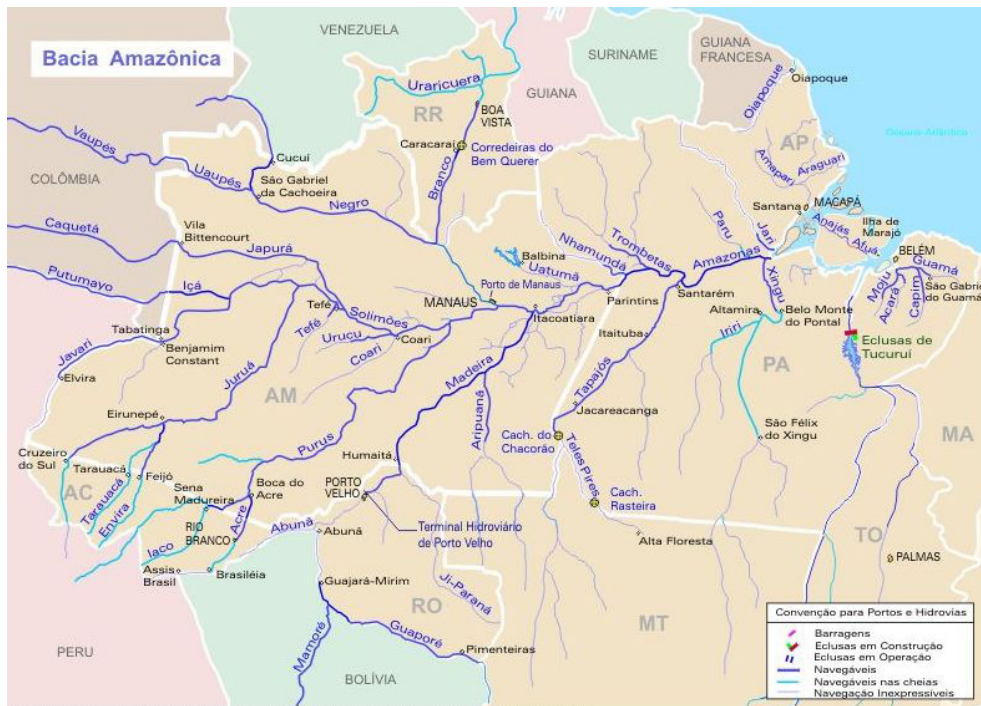
contentamento ao saber que gostaríamos de ouvi-los para realizar nossas entrevistas, o que nos permite pensar de que tal elemento pode ter contribuído para que coletássemos os dados em um espaço de tempo menor do que tínhamos previsto inicialmente. Registramos que houve a realização de treze entrevistas porque uma ACS insistiu em participar, apesar de já termos alcançado nosso corpus definido anteriormente, mas o material foi descartado porque na hora em que estávamos realizando a entrevista, surgiu uma demanda maior para a agente e a mesma precisou se ausentar, o que não nos permitiu completar o processo.

Todas as entrevistas foram gravadas através de aplicativo de telefone celular, sendo o material de áudio transcrito para texto, em formato *Word*. A duração das entrevistas foi bastante variada, de 29 minutos e 10 segundos a uma hora e onze minutos. Todo o material de áudio e texto está contido em um espaço virtual. Essa variação de tempo de entrevista está relacionada ao fato de que alguns participantes conversaram de modo mais detalhado a respeito do que propusemos, e outros demonstraram certo nervosismo, o que pode ter impactado em respostas mais diretas.

A seguir, no quadro 05, apresentamos a distribuição dos participantes de pesquisa conforme as zonas de abrangência das UBSs. Observamos que, nesta pesquisa, para preservar as identidades dos informantes, atendendo a perspectiva ética, cada entrevistado recebeu um nome de um rio afluente do estado do Amazonas, ao invés de caracterizá-los com a letra E seguida de um número. Optamos por assim fazer para marcar em nossa tese de que assim como os rios fluem pelo território amazônico, levando vida a toda população local, inclusive as que vivem em áreas nas quais a passagem é estreita, por causa da floresta, assim é o trabalho dos ACS, comunicando sobre saúde para moradores das diversas comunidades. Para ilustrar o motivo de nossa escolha, incluímos uma imagem³⁸ com vista de topo da Bacia Hidrográfica do Rio Amazonas (Figura 02), a qual perpassa pelos estados da região norte, no Brasil, dentre eles, o Amazonas. Nela, podemos ver a imagem dos rios que fluem por municípios diversos, correndo de forma descentralizada e capilarizada, semelhante à forma como situamos a atuação dos ACSs.

³⁸ Imagem disponível em <https://www.infoescola.com/hidrografia/rio-amazonas/> Acesso em 30.set 2023.

Figura 02 – Rios da Bacia Amazônica



Fonte: Secretaria Executiva do Ministério dos Transportes, 2015.

Quadro 05 – ACSs participantes da pesquisa conforme a zona e a ordem dos encontros

Quantidade	Zona	Identificação / rio afluente
03	Leste	Negro
		Branco
		Japurá
01	Oeste	Juruá
02	Norte	Purus
		Tefé
01	Oeste	Madeira
01	Norte	Içá
02	Sul	Javari
		Jutai
02	Rural	Tapajós
		Xingu

Fonte: Elaborado pela autora.

Esclarecemos de que a ordem apresentada no quadro 05 está de acordo com a ordem de realização das entrevistas junto aos participantes. Conseguimos realizar as entrevistas da

zona leste, sul e rural em dias seqüenciados, mas em relação às das zonas oeste e norte tivemos de ir em dias que intercalamos zonas, por causa de desistências de participantes.

Destacamos que as zonas norte e leste apresentam um número maior de participantes de pesquisa por causa dos dados tornados públicos no documento Indicadores Epidemiológicos Distritais³⁹, os quais indicam que essas duas zonas da cidade de Manaus tiveram crescimento expressivos de novos casos de TB, entre 500 a 600 pessoas adoecidas de TB de todas as formas.

4.5. CONTEXTO DAS ENTREVISTAS E O PERFIL DE CADA PARTICIPANTE DA PESQUISA

A seguir, faremos observações sobre o contexto de realização de cada conversa, sendo esta a palavra que usamos com nossos interlocutores, com o objetivo de aproximarmos pesquisadora e participante da pesquisa, no momento da coleta de dados. A apresentação ocorre de acordo com a seqüência dos encontros realizados. As explicações foram elaboradas a partir de registros feitos em um diário de campo, o qual foi preenchido ao término de cada encontro. Optamos pelo preenchimento após a conversa para tentar minimizar os efeitos que distanciam os interlocutores, os quais podem colocar o sujeito da pesquisa como objeto a ser estudado. Após as observações de cada conversa, trazemos dados empíricos que apresentam a história de vida como ACS, buscando trazer a voz de cada agente antes de apresentar a categorização dos dados.

1. Conversa com a ACS Rio Negro.

Conseguimos realizar a conversa com a ACS Rio Negro, a partir de indicação de uma agente que não quis participar da pesquisa. Após o recebimento do contato, mandamos mensagem, via aplicativo *Whatsapp*, enviando informações sobre nossa pesquisa. Procuramos, nesse momento, apresentar as principais informações da investigação, mas fazendo uso de uma linguagem mais próxima de uma conversa. Acertamos dia e horário do encontro e, a pedido da própria agente, nos encontramos em um comércio próximo da UBS na qual trabalha.

³⁹ Informações disponíveis em https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/Painel_Indicadores_TB_Manaus_2021.pdf Acesso em 01.jan 2024.

Por estarmos situadas em um comércio, optamos em conversar em um mezanino, o qual estava com apenas uma mesa ocupada por clientes, mas, em alguns poucos momentos, alguns ruídos vindos de pessoas usando o telefone celular acabaram por nos fazer aumentar o volume da nossa voz. Desde o início, a conversa foi pautada pela proximidade, sendo que a Rio Negro demonstrou sentir-se muito à vontade para falar sobre a própria experiência, afirmando em vários momentos que queria contribuir com a proposta já que também tinha sido paciente de TB. Havia apenas certa preocupação em voltar para a UBS e assim continuar com suas atividades para encerrar a semana, mas esse fato já havia sido previsto por nós, por sabermos sobre as intensas demandas de quem atende na atenção primária de saúde.

1.1 História de vida da ACS Rio Negro

A participante da pesquisa atua há aproximadamente 20 anos como ACS. Seu ingresso na área da saúde ocorreu de forma inesperada, quando precisou ir a um Serviço de Pronto Atendimento (SPA), por encontrar-se doente, com febre. Naquele momento, soube por meio de profissionais da unidade de saúde de que estavam selecionando ACS. Após conseguir uma ficha, entregou seus documentos e, meses depois, foi contatada por uma enfermeira. A profissional perguntou se ela tinha se candidatado a ser uma ACS e, ao receber a resposta afirmativa da ACS Rio Negro, a profissional informou que ela tinha sido selecionada como agente e já começaria na segunda-feira seguinte.

De início, recebeu uma farda para iniciar as atividades. Conforme relato dela, era um momento no qual “ninguém sabia o que era um agente de saúde, ninguém sabia o que a gente ia fazer. Cada um pegou sua farda e agora vamos ser agente de saúde. Fomos pra casa das pessoas” (Rio Negro, 2023). Era uma época na qual o trabalho do ACS era visto, em Manaus, a partir da política partidária do prefeito da época. Por causa dessa visão conturbada por parte da população, a Rio Negro afirma ter sido ameaçada juntamente com outra colega de área, respondendo ao agressor que “olha o senhor não vai bater na gente porque tamo fazendo o nosso trabalho”, informando que se ele fizesse algo contra elas, iria dar queixa na delegacia.

Sobre sua trajetória inicial, compartilhou duas questões que gostaríamos de destacar: 1) de que os agentes não eram bem aceitos, isso só ocorreu tempos depois, quando houve a compreensão de que a função não era político-partidária, surgindo uma mudança de atitude por parte da comunidade, já sendo receptiva ao trabalho dos ACSs; e 2) os agentes aprenderam a função quando já estavam em território; somente após anos de trabalho participaram de treinamentos específicos.

2. Conversa com a ACS Rio Branco

Nosso contato com a Rio Branco foi feito a partir de uma articulação feita por outro ACS, informando-nos que havia uma agente de saúde com menos experiência do que ela mesma, mas que estava acompanhando paciente de TB. Após termos confirmado se a Rio Branco atendia os requisitos necessários para participar de nossa pesquisa, a convidamos, via aplicativo de mensagem, para conversar conosco. Como a mesma é lotada, também, na zona leste, e a partir da experiência com a primeira entrevistada, estabelecemos o mesmo comércio como ponto de encontro para realização de nossa conversa.

Como chegamos antes de nossa convidada, separamos uma mesa no mezanino para tentar ter certa tranquilidade para começar o diálogo. A ACS Rio Branco chegou no dia e hora marcados, aparentando estar inicialmente um pouco mais tímida durante as perguntas iniciais, e agradecendo pela oportunidade de falar sobre o trabalho que vem realizando na atenção primária. Após as perguntas iniciais, demonstrou sentir-se mais à vontade com o processo de dialogar sobre a própria experiência. Ao fim da conversa, enfatizou que esperava ter contribuído com a pesquisa e que achava importante ter espaço de falas para os agentes.

2.1 História de vida da ACS Rio Branco

Seu trabalho como ACS surgiu a partir do interesse que tinha em ter uma atividade de trabalho mais estabilizada. Antes de ser agente, havia tido uma função comissionada no Estado, mas já fazia dois anos que o contrato tinha sido encerrado, e a Rio Branco encontrava-se trabalhando no mercado informal. Em busca de melhorias, fez sua inscrição no concurso da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), pensando em concorrer em uma vaga na qual tivesse mais possibilidade de ser aprovada. Percebeu no concurso para ACS uma oportunidade interessante de trabalho e que teria condições de se dedicar para estudar e ser aprovada. Nesse momento, buscou pesquisar sobre a atividade, na fase de preparação do concurso. Fez a inscrição e a prova, sendo aprovada. Até aquele momento, não havia trabalhado anteriormente na área da saúde.

3. Conversa com a ACS Rio Japurá

Chegamos ao contato da Japurá, a partir da indicação de um de nossos conhecidos, depois de algumas tentativas frustradas de agendarmos entrevistas com outros ACSs. Após alguns momentos nos quais a agente aceitava e declinava do convite, a ACS Japurá decidiu

participar da entrevista, e foi nos encontrar no mesmo espaço do comércio na qual já havíamos usado anteriormente.

Ao chegar ao nosso encontro, a Japurá aparentava estar um pouco tensa com o processo de ter de responder questões. Ela enfatizou de que havia ido contribuir com o trabalho, mas precisava atentar para o tempo da entrevista porque tinha demandas que precisava resolver ainda naquela manhã. Após agradecermos por ela ter aceitado nosso convite e ter ido ao encontro, começamos a conversar com ela, a partir do roteiro estabelecido.

3.1 História de vida da ACS Rio Japurá.

Antes de ser ACS na SEMSA, a Japurá já havia trabalhado em uma organização, mas de outra natureza e em outra função. Naquele período, ela engravidou e, logo, seu contrato foi encerrado. Após seu filho nascer, ela soube por uma ex-colega de trabalho que o município estava realizando processo seletivo para ACS. Ela hesitou um pouco em se inscrever porque não desejava trabalhar fora do ambiente de casa devido ao seu filho ainda ser muito pequeno. O fato de a mãe dela ser moradora da zona leste foi uma motivação para que pudesse pensar na possibilidade de ser ACS já que poderia ter na própria mãe uma rede de apoio para conseguir trabalhar.

Após analisar as variáveis de sua situação, entregou uma cópia do currículo na SEMSA, sendo chamada para a função dois meses depois. Inicialmente, teve de fazer um curso e, após, foi encaminhada para a UBS perto da casa de familiar, onde permanece até hoje.

4. Conversa com a ACS Rio Juruá

A conversa com a ACS Juruá ocorreu a partir da indicação de um contato de dentro da SEMSA, o qual, a partir do momento em que soube da nossa pesquisa, fez algumas indicações de nomes de agentes com os quais poderíamos entrar em contato, visando realizar nossa coleta de dados. Enviamos mensagem, via aplicativo, para agendar uma entrevista para os dias subsequentes, mas, ao nos responder, a agente informou de que se tivéssemos disponibilidade de encontrá-la naquele momento, ela estaria com horário vago. Naquele dia, como a entrevista que tínhamos agendado com outro agente seria realizada somente no período da tarde, em outra zona da cidade, nos deslocamos até a unidade de saúde da RIO Juruá, localizada na zona oeste, e conversamos a respeito do trabalho dela como ACS.

Desde o início, a Juruá demonstrou sentir-se muito à vontade para conversar conosco, disponibilizando o tempo necessário para responder nossas questões. De forma bastante falante e segura, foi respondendo às perguntas, interrompendo a conversa muito brevemente em poucos momentos, para atender a demandas de outros profissionais. Em quase todo o período do encontro, a sala da unidade de saúde foi ocupada apenas por nós e pela ACS, havendo a circulação de pessoas apenas nos breves momentos nos quais outras pessoas precisaram fazer indagações a Juruá.

4.1 História de vida da ACS Rio Juruá

Atuando como ACS há aproximadamente duas décadas, quando começou o programa Estratégia de Saúde da Família, a ACS Juruá contou-nos de que começou a trabalhar como ACS de forma inesperada. Quando iniciou a atividade, estava em processo de separação do marido e a mesma queria torna-se independente financeiramente. Segundo ela, na época, ainda que o trabalho de agente fosse remunerado com o valor de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais), havia a vontade de ter os próprios objetivos e independência. No início das atividades, o prefeito daquele momento inaugurou as unidades de saúde que são chamadas popularmente de “casinha”, sendo que, segundo Juruá (2023), “muito pequeno esse nome pra casinha pro que a gente faz”.

5. Conversa com o ACS Rio Purus

A conversa com o Rio Purus foi realizada a partir de nossa articulação junto ao Distrito de Saúde da zona norte. O nome do agente já tinha sido indicado por outros contatos que fizemos, mas ainda não tínhamos conseguido agendar a entrevista. Ao fazermos novo contato via aplicativo de celular, tivemos, de imediato, a resposta positiva, agendando para a tarde de uma sexta-feira, segundo o qual, seria o dia ideal para conversarmos a respeito. O próprio Juruá pediu que o encontro fosse realizado na unidade de saúde na qual trabalha, informando de que lá mesmo teríamos uma sala para conversar a respeito do trabalho dele, sem significativas interrupções. A unidade de saúde na qual trabalha é localizada em um dos bairros da periferia de Manaus, sendo área na qual há intensas atividades de tráfico de drogas.

Chegamos cedo para a entrevista e aguardamos cerca de quinze minutos até que o Rio Juruá fosse ao nosso encontro. Após as devidas apresentações, fomos para um espaço específico, onde pudemos realizar a entrevista, tendo apenas duas breves interrupções de pessoas que estavam aguardando consultas médicas. Ressaltamos que próximo à sala na qual

realizamos a conversa, há uma sala nomeada como “ACS”, mas não usamos tal espaço porque havia ali outras demandas durante o horário. Da hora em que começamos a conversar, o ACS Purus demonstrou estar bastante comprometido e seguro em responder as questões, procurando trazer informações detalhadas a respeito do que estávamos perguntando. Também se colocou à disposição para responder qualquer outra demanda, caso necessitássemos de algo.

5.1 História de vida do ACS Rio Purus

O Rio Purus iniciou suas atividades como agente há cerca de 20 anos. Na época, havia uma movimentação de pessoas na rua convidando e perguntando aos comunitários “quem quer ser agente de saúde?”. Quando iniciou, não havia quase procura pela função de ACS. Ao saber da oportunidade, o ACS Rio Purus encontrava-se desempregado e tinha recém chegado à Manaus, vindo de outro estado. Foi em busca de informações na SEMSA, precisando passar por uma seletiva, sendo aprovado. Segundo Purus, ele já tinha experiência anterior em trabalhar com pessoas, por conta de sua religião, e sempre esteve envolvido em trabalhos comunitários.

6. Conversa com a ACS Rio Tefé

Após termos a indicação da Tefé por outro agente, entramos em contato com ela e a mesma demonstrou bastante disposição em participar da nossa entrevista. Ficamos aguardando até que ela finalizasse o atendimento que estava fazendo na unidade de saúde para que iniciássemos o trabalho. Quando ela pôde nos atender, fomos conversar em uma sala reservada, na qual encontravam-se apenas duas profissionais, o que nos permitiu conversar tranquilamente sobre as questões. Segundo a Rio Tefé, ela se sentiu orgulhosa em saber que poderia participar de uma pesquisa em nível de doutorado que era destinada a ouvir os agentes comunitários de saúde, por isso resolveu participar.

A ACS Tefé foi bastante espontânea ao responder cada questão, não aparentando ter qualquer desconforto diante do que estava sendo conversado. Ao responder as perguntas, procurava demonstrar os sentimentos, sejam de alegria, preocupação ou tensão que envolve suas atividades como agente. Ao final da conversa, ao saber que ainda não tínhamos tomado a vacina bivalente que previne em relação à Covid-19, a mesma nos convidou a receber o imunizante naquele momento mesmo, o que foi feito assim que terminamos a entrevista.

6.1 História de vida da ACS Rio Tefé

A agente Rio Tefé é técnica na área da saúde, mas, atualmente, exerce a função de ACS. Seu ingresso na área se deu a partir do momento no qual seu esposo informou que estavam contratando ACSs. Na época, a Tefé não tinha conhecimento de quais eram as atribuições dos agentes de saúde. Ao ser contratada, ficou trabalhando em território por vários anos, em áreas indígenas, onde teve oportunidade de treinar dois membros da comunidade de lá para atuarem como apoio na área da saúde. Optou em sair da área indígena, quando se fazer mais presente na vida dos membros de sua família, retornando à Manaus.

7. Conversa com o ACS Rio Madeira

Conhecemos o ACS Rio Madeira a partir da indicação de outro ACS. Quando nos apresentamos pessoalmente, ele disse que poderia nos atender na manhã do dia seguinte, mas que deveríamos chegar às oito horas da manhã, antes dele sair para começar as visitas domiciliares. Chegamos cedo e com ele fomos para uma sala onde pudéssemos conversar. Inicialmente, pudemos conversar sozinhos, mas, após cerca de meia hora, outras pessoas adentraram no espaço, as quais começaram a conversar em volume alto, o que começou a prejudicar nossa conversa. Percebemos que duas profissionais que estavam lá começaram a observar o que o ACS Madeira falava durante a conversa.

Apesar do espaço que estava sendo compartilhado com outros profissionais, o Rio Madeira continuou conversando livremente, não demonstrando importar-se com a presença das demais pessoas. As respostas foram concedidas de forma bastante objetiva, mas com demonstração de que havia da parte do agente interesse em participar ativamente da pesquisa.

7.1 História de vida do ACS Rio Madeira

Antes de começar a trabalhar como agente de saúde, o Rio Madeira não tinha tido nenhuma experiência na área da saúde. Era uma época na qual exercia uma atividade técnica em outra área, quando aproveitou que o município estava contratando agentes comunitários de saúde e se candidatou, passando a exercer a função há vários anos. Para ele, há um sentimento gratificante em trabalhar como ACS, mas lida, também, com aspectos negativos, os quais o deixam cabisbaixo.

8. Conversa com a ACS Rio Içá

Conseguimos conversar com a ACS Içá a partir de indicação de profissionais atuantes no DISA Norte. Fizemos o contato inicial e ela nos convidou a conversar após o expediente de trabalho já que a mesma nos disse que a unidade em que trabalha é no modelo “casinha”, sendo um espaço pequeno para conversarmos à vontade. Por indicação dela, nos encontramos em um comércio local. Chegamos cedo e ficamos aguardando a ACS. Quando chegou, apresentou-se e a convidamos para conversar a respeito do seu trabalho.

A agente demonstrou estar um pouco emocionada em poder falar da própria atividade, dando contribuições diversas à medida em que íamos avançando nas perguntas. Ressaltamos, também, que apesar de estar sempre respondendo as questões de forma afetuosa e delicada, além de sempre apresentar um suave sorriso no rosto, a Içá se emocionou em dois momentos durante a entrevista, ao falar de tristezas em sua atividade laboral. Nesse momento, a Içá demonstrou estar se sentindo constrangida e pediu desculpas. De nossa parte, contou com nossas palavras de que esse é um processo muito natural ao precisar falar sobre si mesma.

8.1 História de vida da ACS Rio Içá

Antes de começar a trabalhar como agente de saúde, a Rio Içá e seu esposo estavam desempregados e com três crianças em casa. Naquele momento, a moça que trabalhava como ACS na mesma vaga que hoje pertence à Içá, tinha sido aprovada em concurso público, o que necessitou que a SEMSA abrisse uma nova seleção. Uma colega da Içá foi quem falou pra ela sobre a vaga que estava em aberto na “casinha”, sendo que até aquele momento, ela não tinha conhecimento sobre o que fazia um ACS. Após fazer a seleção, em que uma enfermeira realizou uma entrevista e aplicou uma prova escrita com conteúdo da área da saúde e sobre contatos com os comunitários (a agente já desenvolvia trabalhos por causa da religião dela e desenvolvia alguns trabalhos voluntários na comunidade), foi aprovada. Segundo a Içá, a enfermeira disse “olha, daqui a tanto tempo vai sair no Diário Oficial o nome de quem foi escolhido” (Rio Içá, 2023). Logo depois, a agente soube que tinha sido aprovada, ao fazer a leitura do Diário Oficial.

9. Conversa com a ACS Rio Javari

Nosso encontro com a Javari, atuante na zona sul de Manaus, deu-se após muitos desencontros com agentes que tinham previamente sido contatados, mas que acabaram desistindo de nos atender. Seu nome foi indicado por um profissional da saúde da SEMSA, o

qual nos deu seu número de celular e fomos ao seu encontro, na própria unidade de saúde, por escolha dela já que após a entrevista, ainda sairia para fazer algumas visitas domiciliares.

Não havia um espaço mais isolado e tranquilo para conversamos naquela tarde, de forma que tivemos que fazer a entrevista na sala dos ACSs, sendo um espaço muito movimentado. Logo no início de nosso encontro tentamos criar um clima bem descontraído diante do cenário e, assim, em uma conversa, falamos sobre as questões pertencentes ao roteiro de entrevista.

Da parte da Rio Javari, houve bastante tranquilidade e boa vontade em responder as questões, sendo que assim como ocorreu em outras situações, a mesma verbalizou estar feliz em saber que poderia contribuir com uma pesquisa que engloba o trabalho dos ACSs.

9.1 História de vida da ACS Rio Javari

A Rio Javari iniciou seu trabalho como agente há aproximadamente duas décadas. Ela nos informou que não necessitou fazer uma prova para ser agente, diferente de outros ACSs que também entrevistamos. Segundo ela, “naquele tempo pegavam você assim: tem calça preta ou azul? Tem camisa branca? É teu, resolve” (Rio Javari, 2023). Após já estar trabalhando como agente é que ofertaram cursos para formação deles, como de hanseníase, TB, cuidador de idoso.

No início, havia bastante dificuldade em entrar na casa do comunitário já que havia resistência por parte deles. Os agentes eram agredidos, seja por palavras ofensivas ou porque havia comunitários que jogavam água neles. A Rio Javari nos disse que nunca pensou em desistir e que depois conseguiu ser aceita na comunidade. Era uma época na qual o trabalho dos ACSs focava também questões relacionadas ao descarte de lixo ou sobre uso da água.

10. Conversa com a ACS Rio Jutai

A ACS Jutai participou de nosso processo de coleta de dados a partir da indicação do Disa Sul, pelo fato da mesma atender os requisitos de agentes a serem incluídos em nossa pesquisa. Agendamos a reunião para o turno da tarde, cabendo-nos a responsabilidade de encontrá-la antes das demandas que precisaria atender após o almoço. Chegamos à unidade de saúde, a qual estava bem movimentada, tanto pelo número de pacientes quanto pela entrada de funcionários. Ainda que estivesse tumultuada, conseguimos conversar atendendo o roteiro previsto da entrevista.

Em relação às percepções sobre o comportamento da Jutai, a mesma aparentou estar muito à vontade com a condução do trabalho, procurando responder a todas as questões que foram feitas. Também teve interesse em participar da conversa pelo fato de um familiar bastante próximo ter adoecido pela tuberculose, razão pela qual considerou bem importante nossa pesquisa.

10.1 História de vida da ACS Rio Jutai

A agente nos contou de que “o trabalho bateu na porta dela” (Rio Jutai, 2023) quando uma pessoa foi até lá e perguntou se ela queria trabalhar como agente, há bastante anos. Naquele momento, ela trabalhava como empregada doméstica. Depois disso, entregou os documentos, sendo chamada para trabalhar. Por já ser moradora do bairro, apesar das demandas iniciais, o fato de conhecer as pessoas da comunidade, ajudava em seu trabalho. Naquela época, não havia médico, somente enfermeiro, o que impactava também no trabalho dos agentes. Da parte dos comunitários, havia resistência em relação ao trabalho dos ACSs. Segundo a Jutai, havia comunitários que diziam “Pra quê quer saber da minha vida? Pra quê? Pra quê quer saber dos meus dados? Pra quê quer saber os meus dados?” (Rio Jutai, 2023). Os agentes haviam feito cursos sobre a forma de se relacionarem com os comunitários, bem como aspectos que envolviam as questões administrativas, como preenchimento dos formulários. A medida do possível, ia esclarecendo as pessoas sobre os dados que estava levantando, os quais estavam relacionados à possibilidade de oferta do serviço de saúde. O imprevisto na fase inicial resultava em ordem que recebia para se tornarem agentes de qualquer jeito, como “pega tua roupa, um chapéu, arruma uma blusa branca e vai” (Rio Jutai, 2023).

11. Conversa com a ACS Rio Tapajós

Para conseguir contatos com ACS que atuam na área rural, fizemos articulações inicialmente com outros agentes da área urbana. Sem ter tido sucesso, acionamos o Disa rural, o qual passou uma relação com nome de profissionais da SEMSA que poderiam nos ajudar a localizar pessoas que atendessem ao perfil das entrevistas. E assim conseguimos localizar uma agente que atua na parte rural terrestre já que nossa intenção era coletar dados tanto da área terrestre quanto da fluvial, pelas características da atenção primária na cidade de Manaus.

No dia da entrevista, viajamos bem cedo para a área de rodovias da cidade, em busca de localizar a unidade de saúde. Havíamos combinado de que nós precisaríamos estar na

unidade antes das oito da manhã já que a agente iria fazer visitas domiciliares, após a entrevista. Ao chegarmos ao local no horário marcado, nos deparamos com a agente nos esperando. Conseguimos uma sala específica para fazer o trabalho, sendo que o espaço ficou ocupado somente por nós e a agente.

Durante toda a conversa, a Rio Tapajós demonstrou estar tranqüila diante das perguntas, procurando responder tudo com assertividade, colaborando com o processo de condução da entrevista. Embora pudéssemos ouvir o barulho do movimento da antessala, na qual havia um inúmero expressivo de pacientes, nossa conversa foi bastante proveitosa e sem qualquer problema que afetasse sua qualidade.

11.1 História de vida da ACS Rio Tapajós

A Rio Tapajós atua há aproximadamente uma década como ACS. Quando iniciou as atividades, era moradora nova da “estrada”, palavra usada pelos manauaras para nomear a área terrestre rural, e recebeu um convite da gestora da UBS, na época, para participar do processo seletivo. Era um contexto no qual não conhecia tantos comunitários. Em um encontro espontâneo, foi abordada pela gestora, a qual perguntou se ela gostaria de ser ACS. Como ela desejava trabalhar, aceitou o convite e começou a fazer parte da equipe multiprofissional de saúde. A Rio Tapajós já tinha conhecimento prévio sobre o trabalho do agente porque no município em que morava já havia a figura do ACS, sendo um familiar também um agente de saúde, o que já havia lhe rendido uma experiência anterior de seis meses substituindo tal pessoa, quando esta precisou se ausentar.

12. Conversa com a ACS Rio Xingu

Além da Tapajós, através do contato do Disa rural, conseguimos acesso à ACS Xingu, a qual trabalha em uma unidade de saúde que fica na área fluvial. Após conversarmos com o gerente da UBS, fizemos uma articulação junto ao Disa para que pudéssemos nos deslocar através da lancha da SEMSA, a qual sai de uma marina local, acompanhando a equipe multiprofissional de saúde que se desloca diariamente da área urbana para a área rural, e assim termos acesso à ACS Rio Xingu. Chegamos antes das sete horas da manhã, para sairmos às sete e quinze da marina. Não havia profissionais da SEMSA no local ainda, o que fez com que ficássemos aguardando a chegada do gerente. Quando a lancha adesivada com a

marca da SEMSA chegou, os profissionais da equipe se juntaram e embarcamos todos em direção à UBS, sobre as águas do Rio Negro.

Ao chegarmos ao local, precisamos aguardar a agente terminar de fazer alguns atendimentos para poder conversar conosco. Também nos foi reservada uma sala exclusiva para conversarmos a sós com a Rio Xingu. Aparentando certa timidez, a agente respondeu as perguntas de forma objetiva, mas demonstrando ter vontade de colaborar com o que estávamos coletando.

12.1 História de vida da ACS Rio Xingu

Antes de trabalhar como ACS, função na qual tem bastante experiência, a agente Xingu encontra-se em condição de desemprego. Até aquele momento, sua experiência na comunidade era no comércio local, e também ser comunitária. Na classificação do concurso, a Xingu lembra que ficou entre as quatro primeiras aprovadas, iniciando logo as atividades.

4.6 A ANÁLISE DE CONTEÚDO (BARDIN, 2016) COMO REFERENCIAL METODOLÓGICO PARA ANÁLISE DOS DADOS

Estabelecemos como referencial metodológico para a análise dos dados que foram coletados empiricamente - através das entrevistas semiestruturadas realizadas com os ACSs, a Análise de Conteúdo (AC), utilizando a técnica da Análise Categórica ou Temática, a partir do trabalho proposto por Laurence Bardin. A AC refere-se ao conjunto de técnicas que permite analisar a partir de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, permitindo inferências de acordo com as condições de produção e recepção das mensagens enviadas. O foco da AC é a mensagem, procurando, assim, os significados menos óbvios que estão despercebidos em um primeiro contato (Martino, 2018), sendo a análise feita com a categorização, inferência, descrição e interpretação dos dados (Bardin, 2016).

A intenção da AC é fazer inferências relativas às condições de produção e, em alguns casos, de recepção, das comunicações, recorrendo, assim, a indicadores que são construídos durante o processo, os quais contribuiriam para o desenvolvimento de olhares que vão além do que está na superfície, levando o analista, conforme Bardin (2016), a fazer um trabalho de arqueólogo, verificando vestígios, partindo do tratamento que é dado às mensagens para, posteriormente, fazer as inferências.

O trabalho da AC é realizado em três fases distintas e sequenciais: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; e 3) O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2016). Na fase da pré-análise é que se elege o programa a ser seguido, sendo constituída pela organização propriamente dita, essa fase tem por objetivo tornar operacionais e fazer a sistematização das ideias iniciais, visando a condução de um esquema preciso de desenvolvimento de operações sucessivas. Constitui-se da escolha dos documentos que serão analisados, a formulação de hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que irão fundamentar a interpretação final que será dada (Bardin, 2016).

O trabalho é feito através de: a) leitura flutuante, quando o analista tem o primeiro contato com os documentos a serem analisados, para fins de conhecimento inicial, formando as primeiras impressões; b) a escolha dos documentos, os quais podem ser escolhidos a priori ou posteriormente, a partir da determinação do objetivo. É a partir da demarcação do universo a ser analisado que se constitui o *corpus*, a qual deve obedecer às seguintes regras: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; e, por fim, c) a preparação do material, reunindo tudo que será analisado (Bardin, 2016).

A segunda fase, exploração do material, trata da aplicação sistemática das decisões que foram tomadas, na qual se faz as operações de codificação, decomposição ou enumeração, de acordo com o que foi estabelecido previamente. A codificação refere-se à transformação dos dados brutos em representação do conteúdo ou em sua expressão, a partir de regras precisas. Trabalha com unidade de registro (UR) e unidade de contexto (UC), sendo a unidade de registro a significação codificada, correspondendo ao segmento de conteúdo considerado unidade de base; e a unidade de contexto é a codificação que engloba a unidade de registro (Bardin, 2016).

A terceira fase é o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, referindo-se ao momento no qual os resultados brutos são tratados para tornarem-se significativos.

Nesta pesquisa, a operacionalização da AC foi feita conforme a seguir:

1) Com o trabalho de pré-análise, fazendo a organização de todo o material após a realização das doze entrevistas, as respectivas gravações e transcrições de todo o conteúdo, gerando 12 arquivos, os quais foram nomeados obedecendo: ordem de realização da entrevista, o título ACS, a zona a qual se referia e o número do ACS que estava sendo entrevistado daquela zona, conforme o seguinte exemplo: 1 ACS ZONA LESTE 01. Fizemos a leitura flutuante de todo o material, fazendo as marcações iniciais para identificar os temas que apareciam como recorrentes no material e formar as primeiras impressões da análise.

2) Na fase de exploração do material, fizemos a codificação, a partir da identificação da unidade de registro (UR) e unidade de contexto (UC) das falas dos 12 participantes da pesquisa. Consideramos como unidade de contexto as frases enunciadas pelos ACSs durante a coleta de dados, sendo compostas por um número variado de orações. Mantivemos como critério para o estabelecimento das unidades de contexto a formação de frase, no sentido de exposição de uma determinada ideia. Em relação à formação da unidade de registro, procuramos caracterizar o conteúdo de cada unidade de contexto (de forma espontânea, orgânica), e assim, posteriormente, agrupar as unidades de registro por proximidade de conteúdo para formar os núcleos de sentido.

Sistematizamos as informações organizadas a partir do conteúdo de todas as 12 entrevistas em um quadro, conforme abaixo (Quadro 06), contendo os temas das perguntas, as unidades de registro e as unidades de contexto identificadas.

Quadro 06 – Codificação dos dados.

Tema da questão	Unidade de Registro (UR)	Unidade de Contexto (UC)

Fonte: Elaborado pela autora.

3) Na terceira fase, fizemos a categorização a partir dos dados da tabela anterior, procurando agrupar as unidades de registro que apresentaram semelhanças e, assim, definindo as categorias de análise. Optamos, também, em trabalhar com os dados sistematizados em um quadro (quadro 07), para melhor visualizá-los e fazermos a categorização.

Quadro 07– Categorização dos dados

Categorias	Subcategorias	Núcleos de sentidos

Fonte: Elaborado pela autora.

E, em busca de uma visualização condensada das categorias e subcategorias, elaboramos o seguinte mapa mental (figura 03):

Figura 03 – Mapa mental com síntese da categorização



Fonte: elaborado pela autora

A seguir, apresentamos a síntese da categorização (quadro 08).

Quadro 08 – Síntese da categorização dos dados.

Categoria	Subcategorias	Núcleos de sentidos
PERSPECTIVA PROFISSIONAL DE SER ACS	Agente de políticas públicas da saúde	<p>É uma ocupação que promove sustento financeiro;</p> <p>Cabe ao agente realizar busca ativa, visitas domiciliares, com fins de saber a necessidade dos comunitários sobre saúde para levar informação até a UBS.</p> <p>Envolve ouvir as demandas dos comunitários;</p> <p>É a porta principal de acesso para o paciente;</p> <p>É o elo, a ponte entre a comunidade e a unidade de saúde;</p> <p>É o profissional da ponta, sendo o mais importante da equipe de saúde da UBS;</p>

		<p>Cabe realizar cadastro e levantamento de comunitários adoecidos com hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e etc;</p> <p>Realiza trabalho de prevenção de doenças, de vacinação, através de informações e orientações, para a comunidade;</p> <p>Leva as demandas da comunidade para a equipe médica;</p> <p>Acompanha tomada de medicação de alguns pacientes;</p> <p>Conhece profundamente a realidade dos pacientes;</p> <p>Facilita o acesso a consultas e exames dos comunitários;</p> <p>São as portas do Governo Federal para que o povo chegue às unidades de saúde;</p> <p>São os olhos do Governo Federal dentro da comunidade, identificando onde está o problema;</p> <p>Tem ética, cuidado e respeito;</p> <p>É um trabalho de educação mútua, com o ACS aprendendo com o comunitário e vice-versa;</p>
	<p>Agentes com papéis diversificados</p>	<p>É uma categoria que faz diversos papéis, como psicólogo, médico, assistente social, enfermeiro, macumbeiros, conselheiros, de agente de endemias.</p> <p>É uma profissão que engloba tudo, como psicologia, humanização, acolhimento, saber ouvir, saber escutar;</p>

	<p>Satisfação e alegrias</p>	<p>É uma profissão prazerosa e que dá satisfação;</p> <p>Profissionais são reconhecidos e valorizados pela comunidade;</p> <p>Trabalho dinâmico no qual lida com pessoas diversas;</p> <p>Conseguir ofertar o serviço de saúde;</p> <p>Comunitários aceitam as orientações vindas do ACS</p> <p>Poder ajudar os comunitários</p> <p>Ter uma atividade laboral</p> <p>Estabelecer elo com a comunidade</p> <p>Oferecer acolhimento aos comunitários</p>
	<p>Desafios e tristezas</p>	<p>Profissionais desvalorizados</p> <p>Profissionais sobrecarregados, com diversas demandas.</p> <p>Profissional nem sempre reconhecido pela comunidade</p> <p>Oferta insuficiente dos serviços de saúde, como exames e consultas.</p> <p>Realidade dos serviços de saúde é diferente do que é visibilizado na televisão</p> <p>Falta de materiais, medicamentos e recursos.</p> <p>Cobranças excessivas por parte dos comunitários</p> <p>Estar ausente das ações em territórios, por questão de saúde.</p> <p>Precariedade das condições de vida de muitos comunitários.</p> <p>Perder pacientes.</p> <p>Paciente falta à consulta que foi agendada.</p>

		<p>Não conseguir ajudar os comunitários.</p> <p>Oferta insuficiente de treinamentos e ferramentas.</p> <p>Exposição a riscos de violência</p> <p>Exposição a doenças, como a própria TB.</p> <p>Equipe de saúde não ser incluída como <i>comunicantes</i>.</p> <p>Sobrepeso adquirido por causa do trabalho</p> <p>Resistência da comunidade em relação a alguns ACSs.</p>
	<p>Reconhecimento como profissional da saúde</p>	<p>Possibilidade de acumular cargos</p> <p>Reconhecimento como sujeito da saúde</p> <p>Reconhecimento entre os pares</p> <p>Reconhecimento por parte dos governantes.</p> <p>Valorização profissional e salarial.</p> <p>Legalização da profissão dá projeção social.</p> <p>Apesar de ser a porta de entrada da saúde, é visto de posição inferior.</p> <p>Posição principal, a frente dos médicos e enfermeiros.</p>
<p>PERSPECTIVA RELACIONAL NA PRÁTICA DO ACS</p>	<p>Agentes de afetividades e confiança</p>	<p>Ideia de pertencimento de família, de amizade;</p> <p>Envolve levar uma palavra amiga pra um idoso necessitado;</p> <p>Estabelece vínculos de confiança junto aos comunitários;</p> <p>Nem sempre consegue estabelecer vínculos de confiança junto aos comunitários;</p>

		Envolve ouvir os comunitários;
	Relação entre os interlocutores	<p>Tensões surgidas com os pacientes porque não há vagas suficientes para consultas.</p> <p>Descaso de pacientes com consultas agendadas com empenho pelos agentes.</p> <p>Sistema de funcionamento da marcação de consulta por abrangência de área.</p> <p>Desafio em atender pacientes de outra nacionalidade.</p> <p>A equipe busca se entender por causa do profissionalismo de todos.</p> <p>Compartilhamento e troca de ideias entre os antigos e novos agentes.</p> <p>Ajuda mútua entre os ACSs para atender os pacientes.</p> <p>O trabalho gera respeito e amizade junto aos comunitários.</p> <p>Proximidade com os comunitários permite que eles conversem sobre as doenças.</p> <p>Clima agradável e descontraído entre os agentes.</p> <p>Sentimento de alegria durante o exercício da atividade.</p> <p>Conflitos internos são resolvidos entre os próprios agentes.</p> <p>Tensões circunstanciais entre os membros da equipe.</p> <p>Boa relação entre todos da equipe, com o agente se sentido valorizado pelos demais profissionais.</p> <p>Na há embates na equipe de saúde.</p>

	<p>Práticas de compartilhamento de informações</p>	<p>Práticas de compartilhamento de dúvidas entre os colegas de trabalho.</p> <p>Práticas de compartilhamento de informações com outros ACSs sobre a necessidade de acolhimento dos pacientes.</p> <p>Práticas de compartilhamento de informações com outros agentes da equipe para tomar decisões no trabalho.</p> <p>Práticas de compartilhamento de informações entre os membros da equipe que participam de cursos.</p> <p>Práticas de compartilhamento de informações entre os membros da equipe sobre a área de abrangência da UBS.</p> <p>Existência de fluxos informacionais no sistema sobre os processos dos pacientes</p> <p>Práticas de compartilhamento de informações, via conversação, sobre a práxis da unidade.</p> <p>Práticas de compartilhamento de informações entre os agentes sobre a dimensão política da categoria.</p> <p>Práticas de compartilhamento de informações com os pacientes através das visitas domiciliares.</p> <p>Orientação dos pacientes como uma espécie de empoderamento do agente.</p>
<p>PERSPECTIVA DA MEDIAÇÃO NA INTERLOCUÇÃO DO ACS</p>	<p>Sentidos de comunicação</p>	<p>Comunicação como interação com todos os interlocutores.</p> <p>Comunicação como entendimento mútuo.</p>

		<p>Comunicação como apoio mútuo.</p> <p>Não comunicação discordância com os demais.</p> <p>Comunicação como diálogo com a equipe para estabelecer consenso.</p> <p>Comunicação como diálogo com a equipe e com os pacientes.</p> <p>Comunicação como prática de transmissão de informações</p> <p>Comunicação como olhar empático sobre os colegas.</p> <p>Comunicação como aconchego.</p> <p>Comunicação como potência para resolver problemas de saúde dos comunitários.</p> <p>Comunicação como necessidade para os pacientes terem conhecimento sobre seu estado de saúde.</p> <p>Comunicação como reuniões semanais como espaço para informar sobre mudanças de protocolo e/ou fazer sugestões nas práticas da equipe.</p> <p>Comunicação como potência para alcançar os indicadores da equipe.</p>
	<p>A escuta da voz do ACS</p>	<p>Escuta voltada para a integração e acolhimento</p> <p>Boa escuta entre os membros da equipe, mas há exceção.</p> <p>A escuta da voz do paciente.</p> <p>Agentes têm direito à fala e a fazer sugestões.</p> <p>Demandas dos agentes são atendidas dentro da unidade.</p> <p>Dirime suas dúvidas com o médico, a</p>

		<p>direção, a enfermeira.</p> <p>Rodas de conversa como espaço de fala para os ACSs dialogarem sobre sugestões e dificuldades.</p>
	<p>Visibilização de informações na perspectiva da saúde</p>	<p>Usa a ficha de visita domiciliar para começar a estabelecer vínculo de tratamento</p> <p>Usa as palestras, as conversas sobre orientações diversas aos comunitários.</p> <p>Uso da busca ativa para falar sobre questões de saúde</p> <p>Uso de palestras junto aos demais membros da equipe, cabendo à enfermeira fazer as devidas explicações.</p> <p>Faz distribuição de <i>folders</i> durante as campanhas mensais temáticas.</p> <p>Informam à comunidade sobre eventos da UBS.</p> <p>A demanda nos serviços de saúde aumenta após as palestras.</p> <p>Trabalha-se na perspectiva transferencial da comunicação</p> <p>Comunitários buscam dirimir dúvidas através de ligação.</p> <p>Uso de perguntas para os comunitários, buscando identificar sintomas de possíveis doenças.</p> <p>Falta de equipamentos para melhorar o uso de informações.</p> <p>Monitora as informações dos pacientes através de aplicativo.</p> <p>Faz adaptação de protocolo, solicitando ajuda de colega.</p>

		<p>É um grande desafio convencer os pais a levar os filhos para serem vacinados.</p> <p>Dificuldades para que as mulheres compareçam ao exame preventivo.</p>
	<p>Movimentos na linguagem adotada com os pacientes</p>	<p>Faz a relatoria do estado de saúde do paciente para a enfermeira.</p> <p>Necessidade de usar linguagem mais acessível para o paciente.</p> <p>Percebe-se como tradutora de informações.</p> <p>Percebe-se como facilitador de informações, e não um tradutor.</p> <p>Percebe a tradução como potência de esclarecimento para os comunitários.</p> <p>Faz uso de linguagem coloquial para fazer o trabalho de orientação dos pacientes.</p> <p>Ausência de respaldo por causa da não diplomação na área da saúde.</p> <p>Faz interlocução entre o paciente e os estudantes de medicina que estão acompanhado os pacientes em território.</p>
	<p>Método de trabalho para contemplar todas as informações</p>	<p>Criação de próprio método.</p> <p>Reprodução de método de outros agentes</p> <p>Trabalha a partir do roteiro da SEMSA</p> <p>Adaptação do método da SEMSA</p>
<p>PERSPECTIVA DO CONTEXTO DE TRATAMENTO DA TB</p>	<p>Aspectos essenciais no tratamento</p>	<p>Necessidade de orientação profissional sobre a doença</p> <p>Diálogo e orientações como potência para continuidade do tratamento</p> <p>Proposta de acordo mútuo entre</p>

		agente e paciente.
	Desafios e dificuldades	Tomada da medicação Questão da alimentação Contexto de vulnerabilidade social Paciente que faz uso de entorpecentes Estigmas e preconceito em relação ao paciente de TB. Possibilidade de contaminar os familiares Realização do Tratamento Diretamente Observado - TDO
	Sobre se tornar um paciente de TB	Receio de adoecer Não tem receio de adoecer
PERSPECTIVA DA QUALIFICAÇÃO PARA TRABALHAR COM TB	Atividades específicas institucionais	Cursos e treinamentos ofertados pela SEMSA Quando há atualização de protocolo de tratamento dos pacientes de TB
	Atividades específicas por iniciativa própria	Iniciativa dos próprios ACSs em busca de qualificação.
	Aprendizado pela prática	Aprendizado na prática
	Fontes de informação	Fontes diversas: Material institucional; Busca na internet; Diálogo com profissionais da equipe de saúde.
	Fontes para dirimir dúvidas	Não faz uso da internet Site da Fundação de Vigilância Sanitária. Profissionais da equipe, como médicas e enfermeiras
PERSPECTIVAS COMUNICACIONAIS SOBRE O TRATAMENTO DE TB	Informações centrais do protocolo	Proteção a si e aos outros Aspectos da alimentação Apoio familiar Condição de estar como paciente de

		<p>TB e ter restrições</p> <p>Incentivar o paciente a continuar o tratamento.</p> <p>O paciente aceitar a medicação</p>
	<p>Uso de estratégias para destacar conteúdo das mensagens</p>	<p>Reforço nas visitas domiciliares</p> <p>Uso de estratégia para acionar medo nos pacientes</p> <p>Enfatizar sobre a importância do tratamento para ficar curado.</p> <p>Proximidade com o paciente em tratamento.</p>
	<p>Adaptação de protocolo à realidade do paciente</p>	<p>Acionar os idosos, membros da família para apoiar as ações</p> <p>Foco continua na medicação e da alimentação, ainda que perceba que eles não irão seguir as orientações.</p> <p>Convida médica e enfermeira para reforçar a própria fala</p> <p>Fazer orientações quanto à alimentação</p> <p>Busca fazer adaptações, mas continua seguindo o protocolo</p> <p>Enfatiza a questão da medicação</p> <p>Busca convencer o paciente sobre a importância do tratamento.</p>
	<p>Questões centrais para que o paciente continue o tratamento</p>	<p>Não interromper o tratamento medicamentoso</p> <p>Atentar para os efeitos colaterais da medicação</p> <p>Receber incentivos, com o rancho.</p> <p>Acionar a família para participar do processo</p>

		Realização de palestras nas comunidades, com orientações para os pacientes. Acolhimento
	Assunto que mais aparece nas conversas com pacientes	Mal-estar Medicação Medo de sofrer preconceito Receio de morrer Sobre possíveis sequelas Sobre contaminar outras pessoas Se podem viver a vida normal
	Uso da medicina tradicional	Não viu nenhum tipo de influência Peculiaridade no tratamento dos venezuelanos. Perguntas sobre a possibilidade de fazer uso de chás Não incentiva o uso de chás para tratar especificamente da TB Práticas ancestrais entre os indígenas Fez indicação para familiar. Indica uso de chá com moderação
	Recursos e estratégias de comunicação	Telefone, Visita domiciliar Acionando familiares Usa telefone que adquiriu para trabalhar Conversa face a face durante a visita domiciliar Telefone, principalmente grupo no aplicativo <i>Whatsapp</i>
	Sugestões	<i>Uso de tablet</i> no cotidiano do trabalho Intensificação do tema TB na mídia televisiva Gostaria que o resultado da tese fosse compartilhado com os ACSs.

A partir da explanação de nossas escolhas metodológicas e do percurso da pesquisa que traçamos, faremos, a seguir, a apresentação dos dados coletados e sistematizados na pesquisa documental, os quais compõem a discussão a respeito da dimensão comunicacional sobre o tratamento normativo da TB que é estabelecida em nível federal, estadual e municipal.

5 ASPECTOS COMUNICACIONAIS SOBRE O TRATAMENTO DA TUBERCULOSE A PARTIR DO VIÉS NORMATIVO ESTABELECIDO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Percebi que estava em um cenário de vários estranhamentos e estigmas em relação à doença, mas comecei a observar que eu também tinha essas questões não resolvidas dentro de mim. Em consulta pós-diagnóstico junto ao mastologista, lembro de estar angustiada e desabafar com ele sobre não entender o motivo de passar por aquilo tudo já que eu sou uma mulher de hábitos saudáveis e que, de forma periódica, faço exames para saber do meu estado de saúde. E ele, em tom de consolo, falou: Judy, você já parou para pensar que se você não se cuidasse e não tivesse acesso a isso tudo, teu quadro poderia ser bem pior?! (Judy, 2023).

Este capítulo foi elaborado a partir de dados coletados na pesquisa documental (quadro 02), através da leitura, identificação e sistematização em categorias, por proximidade de conteúdo, das diversas orientações normativas expressas nos documentos analisados, cumprindo, assim, o objetivo de investigar em nível federal, estadual e municipal como se dão os protocolos que regem a comunicação dos ACSs a respeito do tratamento da tuberculose.

Os documentos específicos do Ministério da Saúde (MS) são: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública - Estratégias para 2021-2025, Tudo que você precisa saber sobre a tuberculose - Álbum Seriado da TB, Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil e Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde Tuberculose.

Já os documentos analisados da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas Dra. Rosemary Costa Pinto (FVS-AM) foram: Nota Técnica nº 19 / 2022 / DVE / DITEC / FVS-RCP e Nota Técnica nº 018 / 2022 / PECT / DVE / LACEN / FVS-RCP.

Em relação aos documentos da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA/Manaus, analisamos os seguintes: Boletim Epidemiológico nº 01, Painel de Indicadores da Tuberculose e GUIA D@S ACS PARA TPT Identificação, avaliação e tratamento preventivo dos contatos de pessoas com tuberculose pulmonar.

Neste capítulo, também estão incluídos os dados coletados nas entrevistas realizadas junto a quatro lideranças em saúde do governo local (município e estado) que coordenam, atualmente, as ações de combate à doença, na cidade de Manaus/AM, além de uma liderança popular em saúde.

5.1 A COMUNICAÇÃO SOBRE TRATAMENTO DE TB CONTIDA EM NORMAS, CARTILHAS, MANUAIS DIVULGADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Ao olharmos para a normatização produzida e que se faz circular através do material disponibilizado (quadro 02) pelo Ministério da Saúde (MS), identificamos quatro categorias de dimensão comunicacional que permeiam as atividades laborais dos ACSs: 1) **Orientações com potencial dialógico**, sendo aqui definido como criação de espaços de fala e de escuta entre ACS, pacientes e demais comunitários, e que proporcionam acolhimento para os pacientes de TB; 2) **Orientações sobre comportamentos** a serem adotados pelos comunitários adoecidos por TB; 3) **Divulgação de informações**, com uso de estratégias diversas com o foco em educação em saúde; e 4) **Registro em sistemas informatizados** para monitoramento dos pacientes pela equipe multiprofissional de saúde. A seguir, com base nos documentos pesquisados, apresentamos os protocolos de tratamento da TB com as respectivas dimensões da comunicação.

5.1.1 – Orientações com potencial dialógico

Os documentos analisados, sob o prisma normativo, orientam para que o diálogo seja empregado nas ações de busca ativa de novos casos de TB, as quais são realizadas pelos ACSs e demais membros da equipe da saúde da ESF. É na busca ativa que comunitários que estão apresentando sintomas respiratórios da doença são identificados para realizar os exames (clínico, escarro, radiológico) em busca do diagnóstico da doença, havendo a necessidade de essa atividade ser realizada permanentemente. Em direção semelhante, o diálogo deveria ser empregado na avaliação dos contatos dos pacientes diagnosticados com TB (chamados de *comunicantes*), sendo realizada pelos profissionais de saúde da ESF, para ofertar tratamento específico para cada caso, e para evitar adoecimentos futuros. Nos documentos também está ressaltado que, mediante relações dialógicas com os comunitários, é possível saber se a cobertura vacinal da BCG está em dia, e identificar as crianças de até cinco anos que não tenham sido imunizadas.

A realização da visita domiciliar é outra estratégia que, segundo os documentos, permite que haja promoção de espaços de diálogos, nos quais o ACS pode acompanhar os pacientes em tratamento de TB e identificar os *comunicantes*. Tais diálogos poderiam proporcionar o acolhimento do paciente e de seus familiares, permitindo a aproximação entre todos, com escuta qualificada, esclarecimento de possíveis dúvidas, dentre outros. Conforme

encontramos nos documentos, por parte dos pacientes, são nos espaços dialógicos que podem se manifestar a respeito de dificuldades que estejam tendo em relação à adesão ao tratamento, estigmas que esteja sofrendo ou saber sobre permissão ou não para uso de álcool. Além disso, ao diálogo (e vínculo) promovido pelo agente é atribuído um papel fundamental para a cura dos pacientes, como quando estes necessitam fazer o Tratamento Diretamente Observado (TDO).

5.1.2 - Orientações sobre comportamentos

Em território, o trabalho dos ACSs é permeado por orientações diversas sobre comportamentos a serem adotados pelos comunitários adoecidos por TB, além de esforços que alcançam também os familiares destes e os *comunicantes*. Identificamos, então, o viés biomédico e prescritivo materializado nos documentos em relação ao tratamento da doença. Na equipe multiprofissional de saúde, cabe ao agente colaborar na promoção de ações na perspectiva da educação em saúde, o que inclui, também, o diálogo sobre questões que permeiam o imaginário social sobre a doença. Há atividades voltadas para o acompanhamento e monitoramento, como realizar o controle diário dos pacientes considerados faltosos. Na comunidade, ao agente, cabe dar orientações quanto às formas de transmissão e de contágio de TB, questões biomédicas, nomes dos medicamentos e possíveis conseqüências, caso o tratamento seja interrompido.

5.1.3 – Divulgação de informações

Encontramos orientações que direcionam as atividades dos ACSs para práticas comunicacionais em relação às informações que precisam ser compartilhadas com os pacientes, familiares e *comunicantes*, como principais sintomas, diagnóstico da doença e formas de prevenção, o que permite gerar fluxos informacionais sobre a doença. Cabe ao agente também realizar práticas de comunicação sobre prevenção e controle da doença, inclusive produzir material de cunho educativo e informativo a respeito de TB, para distribuir na comunidade. Há, também, orientações quanto a possibilidade de estabelecer parcerias em seu território de atuação para controlar a doença, bem como reduzir estigmas e o preconceitos em relação aos pacientes.

5.1.4 - Registro em sistemas informatizados

Esta última dimensão faz referência à coleta de dados que precisa ser feita pelos ACSs, ao realizar suas atividades laborais, e, conseqüentemente, fazer o registro nos sistemas do SUS. Ao fazer a busca ativa, o ACS faz o registro no documento intitulado Ficha de Visita Domiciliar. Em algumas localidades, já há o uso de dispositivos tecnológicos como *tablet*, o que permite que o ACS faça o registro diretamente no aplicativo *e-SUS AB Território*. Nos casos nos quais tal tecnologia não está disponível, os ACSs acabam tendo dupla demanda porque inicialmente fazem o trabalho no documento impresso e, posteriormente, ao chegar à UBS, repassam para o sistema através do computador da unidade.

Em relação às pessoas que estão apresentando sintomas respiratórios que condiz com o quadro de TB, o ACS precisa fazer uma notificação no livro de Registro do Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde, permitindo, assim, que a unidade faça o monitoramento dos casos. Caso o comunitário seja confirmado como paciente de TB, após a realização dos exames, o ACS precisa fazer a notificação na Ficha de Notificação/Investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. No caso do TDO, o acompanhamento deve ser registrado na Ficha de Acompanhamento de Tomada Diária da Medicação.

5.2 A COMUNICAÇÃO SOBRE TRATAMENTO DE TB A PARTIR DA VOZ DA FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS DRA. ROSEMARY COSTA PINTO (FVS-AM)

No que se refere à comunicação sobre tratamento da TB a partir da incumbência da gestão estadual, acessamos o site da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas Dra. Rosemary Costa Pinto (FVS-AM). Encontramos quantidade bastante reduzida de material: apenas duas notas técnicas. (Quadro 02). No entanto, a partir da nota técnica nº 018 / 2022, encontramos orientações para os profissionais da saúde, informando que as amostras dos exames enviadas ao laboratório do município ou ao Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN-AM precisam ser cadastradas no sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL. As equipes de vigilância, os coordenadores municipais do Programa de Controle de Tuberculose e os profissionais de saúde devem utilizar tal ferramenta para o acompanhamento e monitoramento, realizar busca ativa e, ainda, gerar relatórios. Diante disso, como resultado de nossa pesquisa documental nos espaços virtuais, classificamos tal protocolo normativo na dimensão comunicacional de *Registro em sistemas informatizados*.

Partimos, então, para os dados empíricos coletados com a entrevista realizada com a liderança em saúde de atuação estadual, conforme expusemos no quadro 04. A partir do relato da entrevistada, sistematizamos as informações, as quais são expostas a seguir.

De acordo com os dados da entrevista, a FVS-AM replica todos os protocolos de tratamento que são instituídos pelo Ministério da Saúde, permitindo que as informações alcancem todos os 62 municípios do Amazonas. Nesse sentido, quando há modificações protocolares, como políticas novas, tratamentos, testes, diagnósticos novos, a fundação elabora notas técnicas, as quais se tornam públicas para a rede de todos os municípios, enviando ofício circular, via email e/ou *Whatsapp*, para todos os secretários municipais de saúde, bem como os coordenadores municipais do Programa de Controle de Tuberculose. Ou, ainda, replica quando há informações que são específicas para as unidades de referência, como a Policlínica Cardoso Fontes (para os casos extrapulmonares e multirresistente) e Fundação de Medicina Tropical (esta referência para tratar TB-HIV), ambas de coordenação do governo estadual. No sentido de produção e circulação de informações, a FVS-AM faz bastante uso da internet, conseguindo acessar todos os coordenadores através de grupo no aplicativo *Whatsapp*.

O trabalho de combate à TB da fundação é feito através do Programa Estadual de Controle da Tuberculose, sendo articulado também às ações da coordenação municipal da Semsa, com a realização de capacitações, visitas integradas, seja de supervisões, recomendações ou orientações.

A entrevistada registra que, atualmente, há uma articulação feita entre as esferas federal, estadual e municipal, com o Expand TPT, que trabalha com uma política de vigilância da infecção latente, tendo, assim, um viés de prevenção, procurando alcançar os grupos mais vulneráveis ao adoecimento, fazer uma triagem, visando identificar aqueles que estão infectados com o BK, embora não estejam em um quadro de adoecimento. Nesse sentido, o trabalho é voltado para os contatos dos pacientes de TB, população vivendo com HIV/AIDS, os imunossuprimidos, os profissionais de saúde, diabéticos, desnutridos, tabagistas. Nessa perspectiva e, a partir do relato da participante da pesquisa, identificamos, como categoria de estudo, a *Orientações com potencial dialógico*, com a necessidade de realizar a busca ativa de comunitários que apresentam sintomas respiratórios, dos *comunicantes* e das pessoas que estão em risco de adoecer por TB, para que sejam investigadas precocemente.

Na mesma direção, conforme a entrevistada, está a orientação ao acolhimento através das visitas domiciliares, classificado como uma tecnologia leve, e que pode contribuir para que o paciente vá até o serviço de saúde, além de ampliar as possibilidades para que sejam tratadas questões relacionadas aos estigmas que a pessoa adoecida por TB acaba enfrentando, bem como para a realização do TDO.

5.3 A COMUNICAÇÃO SOBRE TRATAMENTO DE TB A PARTIR DA VOZ DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SEMSA), EM MANAUS.

Em nossa pesquisa, apesar de termos relacionados três documentos da SEMSA/Manaus, ao fazermos a leitura, identificamos que apenas um documento continha informações que pudessem enriquecer nossa discussão, no caso, o Guia d@s ACS para TPT: Identificação, avaliação e tratamento preventivo dos contatos de pessoas com tuberculose pulmonar. Após a leitura, identificamos duas categorias da dimensão comunicacional destacadas no documento principal, de alcance municipal, voltado para os ACSs, a saber: 1) *Orientações com potencial dialógico* e 2) *Orientações sobre comportamentos* a serem adotados junto aos *comunicantes* dos pacientes de TB.

Segundo o documento, a indicação da necessidade de diálogo e de orientações diversas surge nas atividades que precisam ser feitas no momento no qual o agente precisa orientar quanto à coleta e o transporte do escarro do exame (a forma correta de coleta para que seja realizado um exame de qualidade), a identificação dos *comunicantes*, a realização da primeira consulta, bem como o rastreamento dos sintomas, sejam eles *sistêmicos, respiratórios ou não respiratórios*.

De modo complementar, acionamos os dados coletados com as entrevistas feitas com duas lideranças de atuação municipal, no caso, o gestor do núcleo de controle de TB da Secretaria Municipal de Saúde/Manaus e o técnico distrital que trabalha dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF), do Distrito de Saúde e Endemias Leste (DISA LESTE). Faremos à exposição das informações e dados de forma separada, iniciando pelos dados coletados junto ao gestor do núcleo de controle de TB da SEMSA e, logo a seguir, as informações coletadas junto ao técnico distrital.

Apresentamos, inicialmente, aspectos do trabalho protocolar sobre o tratamento de TB ofertado pela Semsas/Manaus, a qual, segundo o gestor local do núcleo de controle de TB, adota os protocolos conforme é institucionalizado e recomendado pelo MS, como a parte do diagnóstico, da prevenção, do tratamento e do acompanhamento. Havendo necessidades, a

Semsa adapta de acordo com especificidades do território manauara, como no caso da autorização que permite que os ACSs também solicitem exame de escarro diretamente aos laboratórios. Na atualidade, o Programa de Controle da Tuberculose está implantado em todas as unidades de saúde da rede, com exceção da Policlínica Castelo Branco, unidade do município que oferta atendimento especializado.

De acordo com o gestor local, nesse primeiro momento, é o profissional técnico em enfermagem ou o enfermeiro quem faz a primeira abordagem do paciente para a realização dos exames para o diagnóstico e outros complementares e iniciação do uso da medicação. Para isso, segundo o gestor, as UBSs têm reserva de estoque da medicação para o esquema padrão de tratamento da doença. Embora a rede primária seja responsável pelos casos de TB pulmonar, que são mais de 80% dos casos da doença, em Manaus, há muitos casos em que o paciente de TB extrapulmonar busca medicação na unidade mais próxima da residência e não na Policlínica Cardoso Fontes, conforme nos relata o gestor. Os casos são avaliados de acordo com periodicidade, se o paciente não consegue ir à Policlínica a cada 15 dias ou mensalmente, nos relata o gestor.

No protocolo cumprido pela unidade, de acordo com o gestor, o processo de acompanhamento de diagnóstico e de tratamento na cidade de Manaus é centrado na enfermagem. E isso não é característico somente em relação aos pacientes de TB. Ao médico cabe um papel mais secundário de atendimento nos retornos ou de diagnóstico dos casos em que o exame inicial de escarro deu negativo, mas o paciente ainda continua a ter sintomas. Este modelo de atendimento que tem sido trabalhado precisa passar por modificações, de acordo com o próprio gestor, com o objetivo de o paciente ser atendido pela equipe multiprofissional, passando por olhares de diversos profissionais.

Os dados do paciente com TB precisam ser lançados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), tanto do que está sendo tratado na rede primária quanto na secundária, ou terciária, nos relata o gestor. O trabalho de combate à TB é feito de forma coletiva, a partir de discussões entre os profissionais. Após o alinhamento dos fluxos conforme o contexto da doença, as definições são tornadas públicas através de nota técnica, a qual é socializada pela área técnica, via memorando. Depois, de acordo com o entrevistado, o fluxo comunicacional continua até a parte operacional, para as unidades de saúde, para o gestor, cabendo este socializar com os profissionais da equipe.

Abordando especificamente sobre as atividades voltadas para os ACSs, o gestor local relata que o fluxo de mudança de protocolo que precisa alcançar os ACSs é feito geralmente

por meio de seminários, com 100 profissionais da saúde. Também são realizados workshops e/ou eventos grandes presenciais, visando disseminar as informações. De acordo com o entrevistado, a gestão realizou um treinamento através do trabalho remoto, mobilizando mais de 600 ACSs em uma única atividade. No entanto, em avaliação feita pela equipe da própria gestão, foi percebido que, muitas vezes, o ACS que está em trabalho na comunidade não consegue participar de seminário ou dar a devida atenção naquele momento, por causa das demandas da unidade. Fazendo uma autocrítica, a gestão nos relata que percebe a necessidade de mudar o formato do encontro, reunindo grupos menores ao invés do modelo adotado, mas atendendo a todos.

De acordo com o gestor, em termos de manifestação da opinião dos ACSs, comumente estes se expressam diretamente junto à área técnica distrital, sendo as informações repassadas posteriormente para a gestão, não havendo manifestação direta entre coordenação do núcleo e os ACSs.

A gestão trabalha usando um sistema de gestão da clínica e do cuidado ao paciente com tuberculose chamado de ITB⁴⁰, desenvolvido para fazer o monitoramento dos casos que são modificados pela tuberculose, conforme nos relatou o entrevistado. De uma forma geral, a rede faz uso de vários sistemas de informação, como de mortalidade, de internação, de laboratório. De acordo com o gestor, há expectativas de que o sistema ITB consiga fazer a junção das informações que estão nesses vários sistemas segmentados, e que o profissional consiga visualizar o percurso desse paciente no seu atendimento, podendo gerar alertas também aos profissionais, além de informações sobre a medicação que o paciente teve acesso ou não, cadastrar contatos dos pacientes para monitorar os *comunicantes*, como saber que exames já realizou, e assim dar seguimento da sua avaliação.

O ITB trabalhará na perspectiva da TB latente, conforme as ações que o município tem intensificado como forma de controle da doença, de acordo com o gestor. As mudanças no sistema encontram-se em fase piloto, atuando em 56 unidades de saúde, com o intuito de estar funcionando em todas as unidades da atenção primária até o fim do primeiro semestre de 2024. No entanto, apesar de todos esses avanços, há limitações que afetam diretamente o

⁴⁰ O sistema ITB recebeu em dezembro de 2023 reconhecimento público através do Prêmio Transformação Digital na Saúde 2023, que é voltado para aplicações tecnológicas que podem ser usadas no SUS, e que foi realizado pela Fiocruz Brasília em parceria com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Informações disponíveis em <https://semsa.manaus.am.gov.br/noticia/sistema-para-saude-desenvolvido-pela-prefeitura-recebe-lo-inovacao-em-transformacao-digital/> Acesso em 09.dez 2023.

trabalho dos ACSs, como, apesar de eles conseguirem acessar informações gerais no sistema, não é possível que eles visualizem o próprio trabalho e/ou registrar que fez uma visita para um paciente de TB para fazer o TDO, conforme nos relatou o entrevistado.

Na visão da gestão, a rede de atenção primária perdeu bastante a figura do ACS nos últimos anos, somente havendo mudanças positivas no quadro funcional em 2023, com a contratação de novos ACSs. Embora reconheça a importância dos novos agentes, para o gestor, o trabalho dos ACSs continua precarizado e, ainda que tenha o protagonismo de realizar visitas, de monitorar de pacientes, de fazer TDO, na realidade, muitos agentes foram realocados de função, por motivo de doença, de envelhecimento, e tais fatores afetaram diretamente o papel de acompanhar a família e, também, de realizar o TDO.

Ainda nos relatou de que algumas unidades conseguiram manter o TDO, mas outras tiveram dificuldade em continuar impactando diretamente na cobertura da atenção primária. Segundo o gestor, apesar de a secretaria divulgar que há a cobertura de 70% na AP, a cobertura de ESF, na qual se tem a figura do ACS, é menos de 30%, ou em torno de 30%. Na última avaliação que a gestão fez em relação ao TDO, o alcance era de somente 12% dos casos.

Outro problema relatado pela gestão é a falta de estrutura das unidades de saúde para ofertar a dose supervisionada. Além do aspecto que afeta a tomada de medicação, também impacta no acolhimento, nas conversas com o paciente, para saber de como se sente no tratamento. Questões sobre o custo que ficaria com o paciente em ter de deslocar-se até à unidade de saúde, ao invés de receber o ACS no domicílio, além de dificuldades em conciliar horário de funcionamento da unidade com o horário disponível para os pacientes que trabalham, acabaram impactando diretamente na oferta do TDO em Manaus. Dessa forma, o TDO não se torna uma prática estimulada pela gestão, embora esta reconheça que a estratégia é muito eficaz, mas que precisa de estrutura e de profissionais para que seja feita de forma correta.

Em relação aos conteúdos sobre TB que são veiculados pelo MS, a gestão aponta que há desafios em relação à linguagem adotada. Nos treinamentos ofertados, a gestão oferta material elaborado com linguagem mais científica, pensando no profissional de nível superior também, e isso se torna um desafio já que este mesmo material é o utilizado com os ACSs.

Nas palavras do gestor,

Se a gente for falar hoje da TB que vai abastecer a TB latente. Por mais que o ACS, às vezes, não entenda o que é a TB latente, ele ouviu falar em algum treinamento sobre a TB latente, e ele vai repassar a tuberculose latente pro usuário. E aí o usuário não entende, o ACS não entende, e acaba não dando o produto necessário para a gente (Gestor municipal, 2023).

A gestão ainda nos relata sobre os aspectos da cultura do Amazonas que se fazem presente na forma de tratamento da TB, sem afetar a questão do tratamento medicamentoso, como o uso de chá, mel, mastruz. De acordo com o gestor, os pacientes acabam fazendo a tomada de medicação associada a essas terapias naturais, sem conflitos entre esses tratamentos, e sim coexistindo tranquilamente. No entanto, segundo nos relatou, a cidade de Manaus recebeu uma população culturalmente diversa, como os indígenas venezuelanos da etnia Warão, decorrente do processo de migração, chegando, assim, fragilizados e alguns adoecidos com TB. Após o diagnóstico, o tratamento somente foi iniciado após a realização de rituais pelo cacique da etnia.

O entrevistado reconhece que não tem produzido ultimamente nenhum material específico para ACS, sendo esta situação, segundo ela, uma falha na instrumentalização desse profissional também. Os materiais produzidos pela gestão são referentes a slides, além de organizar uma pasta no *Google Drive*, para compartilhar os arquivos do setor com profissionais interessados, dentre eles, os ACSs. Aproveitando a experiência promovida pelo MS, com o ExpandTPT, o gestor indica a necessidade de elaborar material de forma colaborativa e não ficar restrito à área técnica, sendo que esta repassa esse material em linguagem biomédica para o setor de comunicação e este repassa para a agência que presta serviço à prefeitura, o que resulta na produção de material sem discussão com os profissionais que realmente vão utilizar o material, sem a validação deles. Há aspectos que a gestão indica que precisam ser observados quanto ao problema de não entendimento do conteúdo por parte dos agentes, os quais, segundo ele, acabam trazendo para si o problema da interpretação que não é dele e sim de quem está preparando o material e fazendo a apresentação.

Diante do relato obtido junto à liderança municipal em saúde, foi possível identificar a dimensão *Orientações com potencial dialógico* presente na realização das visitas domiciliares, as quais proporcionam, ainda, a possibilidade de monitorar os pacientes e, principalmente, a realização do TDO, surgindo, aqui, a dimensão *orientações sobre comportamentos*. As dimensões *Divulgação de informações* e *Registro em sistemas*

informatizados se fazem presente de acordo com as incumbências institucionais citadas pelo gestor, ainda que haja limitação de acesso para os ACSs.

A seguir, apresentamos os dados coletados junto a uma liderança que atua em um dos distritos de saúde das cinco zonas de Manaus, a leste. Em termos gerais, o trabalho da Gerência de Vigilância é uma área técnica, a qual é formada por uma enfermeira e três técnicos de enfermagem. A atuação da equipe é dividida em turnos da manhã e tarde, ofertando suporte para todas as unidades de saúde e profissionais, como os médicos e enfermeiros, inclusive para os ACSs. Especificamente sobre a TB, a gerência é responsável em fazer explicações introdutórias sobre o trabalho ofertado, desde a suspeita, a identificação de sintomáticos respiratórios, os acolhimentos e recepção de unidade.

Conforme a liderança relatou, o setor tem focado em ações junto aos profissionais que se encontram no entorno e na recepção das unidades de saúde, como os técnicos em enfermagem e os ACSs, para que possam identificar pessoas que estão apresentando sintomas respiratórios da doença, para solicitar os exames de escarro.

Os ACSs teriam espaços de fala junto à gerência, podendo se manifestar através do uso do telefone, caso haja demandas, dúvidas que a equipe necessite dirimir ou dificuldades em desenvolver ações. No entanto, o participante da pesquisa não conseguiu lembrar de alguma sugestão que tenha vindo diretamente dos ACSs, apontando que esse silêncio pode ser por questões culturais, e que, talvez, os agentes que iniciaram as atividades a partir de março de 2023 possam ter atitudes mais proativas, nesse sentido.

De acordo com a liderança, a proatividade necessária para os ACSs pode permitir que questões que passam despercebidas pelos outros profissionais seriam identificadas pelos agentes já que estes estão presentes no cotidiano da família, tendo vínculo maior. Para ele, o ACS é o profissional no qual o comunitário o procura para agendamento de consultas, sendo esses acessos feitos via telefone celular, não precisando que o morador se desloque até a unidade de saúde. Nesse sentido, as ações de vigilância estão integradas com a atenção primária, com a possibilidade do ACS, ao realizar uma visita domiciliar, usar o momento para observar:

Todas as pessoas, todo o ambiente. Eu faço a minha visita de controle vetorial, por exemplo, que eles têm uma mania de achar que a visita de controle vetorial é uma coisa e a domiciliar outra. Não, não, é a mesma coisa. Naquela visita ele tem que fazer tudo. Não adianta querer correr com a visita. Eu vou entrar na casa do usuário, eu vou ver como é que está a minha gravadinha, eu vou ver como é que está meu hipertenso. Depois vou ver como

é que tá o meu tuberculoso. Se eu não tiver um tuberculoso e nem uma pessoa com hanseníase, eu vou ver se tem alguém com sintomas em que eu possa fazer alguma coisa e evitar que esse paciente transmita mais, que ele grave, como nós tivemos algumas situações de óbito por tuberculose, em 2023. É bem difícil falar disso, sim, mas nós tivemos óbito por tuberculose que o paciente passou pela unidade muitas vezes, e ninguém pediu o exame. Dessa vez que não foi, mas se a gente dar essa orientação sim, para as bases de dados, olha, nós somos vigilância, mas nós estamos aqui como um suporte, o start, aquele olhar de vigilância, aquele paciente (liderança distrital, 2023).

Há observações sobre o perfil dos ACS de atuação em Manaus, o qual, segundo a liderança, precisa ser modificado para que, de fato, estes possam se transformar na porta de entrada para a unidade de saúde. Para ele, é necessário estabelecer comunicação adequada com os usuários dos serviços de saúde. Visando melhorar os processos comunicacionais junto com os novos ACS, a equipe vem trabalhando com conteúdo específico para eles, diferente do material que circula junto aos médicos e/ou técnicos.

Outro aspecto apontado pela liderança é o uso da internet por parte dos agentes (dimensão *orientações de informações*), com exemplos de ACS que são “pessoas sensíveis que tomam atitudes, atitudes próprias, decisões próprias, tipo eu vou criar aqui um grupo de *WhatsApp*, por exemplo, por exemplo, só de gestantes, onde eu posso tirar dúvidas” (Liderança distrital, 2023). Embora valorize a iniciativa de alguns ACSs, a liderança indica de que fazer uso da internet para as atividades de estreitar vínculos junto aos pacientes não é algo institucionalizado.

Sobre os casos de TB, a liderança explana de que é uma doença que vincula o paciente à unidade de saúde por seis meses, pelo menos, e exige do ACS o que a liderança denomina de “senso de comunicação, de chegar junto do paciente, porque o TDO, você vai observar se está pelo menos uma vez por semana a unidade e o ACS indo na residência dele também. Ele vem, mas o ACS precisa estar indo lá também” (Liderança distrital, 2023). Identificamos em sua fala as dimensões *Orientações com potencial dialógico e orientações sobre comportamentos*.

A coexistência dos saberes tradicionais e os saberes biomédicos é uma característica da área, embora em um primeiro momento, a liderança afirme que se há a circulação de saberes tradicionais isso ocorre através de agentes que estão há mais tempo na função. No entanto, a liderança afirma que ela mesma sugere chás, mas em situação direcionada. Em relação à TB, o entrevistado afirma não ter conhecimento a respeito de possíveis indicações

feitas por terceiros. O participante da pesquisa indica que é uma pessoa que nasceu em um dos municípios do interior do Amazonas, tendo conhecimento sobre propriedades curativas de elementos da floresta, e que faz uso quando está com a chamada “gripe improdutiva”. Nas palavras dele: “eu gosto de comprar mastruz, bater e tomar. Então, eu não falo só porque eu conheço própolis e casca da mangueira, andiroba, copaíba. Então, tudo isso eu tenho em casa, mas assim de saber “Ah! O ACS orientou use isso”, não tenho esse conhecimento” (Liderança distrital, 2023).

A liderança acredita que tem papel fundamental nesse processo de divulgação de informações, não só através das equipes de saúde, mas também da mídia, havendo a necessidade de informar a população não apenas no mês de campanha de combate à TB, mas de janeiro a dezembro. Explana, ainda, que o distrito tem parceria com o setor de comunicação da Semsa, mas sinaliza sobre a carência em implementar o que ele denomina de novas ideias, citando a própria pesquisa que estamos realizando em nível de doutoramento, em busca de realizar ações que possam mudar a situação atual e retirar o Amazonas do cenário de disputa com o estado do Rio de Janeiro, como lugar com maior predominância de casos de TB.

5.4 O QUE DIZ A LIDERANÇA POPULAR EM SAÚDE

Visando ampliar nossa discussão, também trouxemos como interlocutor sobre o trabalho de combate à TB, uma liderança popular em Saúde, a qual apresentou as ações que são realizadas pelo comitê que coordena, o Comitê⁴¹ Estadual de Controle da Tuberculose no Amazonas, sendo o representante civil, além de presidir uma organização não-governamental chamada Catiró, de atuação no combate a mesma doença.

De acordo com a liderança popular, o trabalho do comitê é direcionado para o monitoramento das atividades e ações de saúde de combate à doença, tendo atuação planejada e articulada junto aos coordenadores do estado e do município, uma vez que o comitê é composto pela sociedade civil e governo. Os dados epidemiológicos com que o comitê trabalha são os fornecidos pelo Estado e município já que estes têm seus representantes como membros, conforme nos relatou.

Em termos de articulação conjunta, a liderança cita a obtenção do passe livre para os pacientes de TB, visando resolver desafios relacionados a questões financeiras que podem

⁴¹ O comitê fica localizado no centro de referência Policlínica Cardoso Fontes.

comprometer o deslocamento do paciente até a unidade de saúde, a qual necessita ir para buscar medicação, ainda que haja o foco para que o atendimento ofertado seja o mais próximo da residência do paciente.

Um dos focos das ações do comitê é desenvolver ações junto aos gestores para fazer com que os pacientes de TB pulmonar possam ser atendidos nas UBSs, conforme política estabelecida pelo estado e município, descentralizando atendimentos que ainda são feitos de TB pulmonar no centro de referência, Policlínica Cardoso Fontes. A questão na descentralização no atendimento, conforme a liderança, é reflexo de problemas ocorrentes na ponta do atendimento na área da saúde, como é o caso da atenção primária. E isso seria extensivo aos outros municípios do estado do Amazonas, como Manacapuru, Iranduba, Rio Preto da Eva, dentre outros, os quais acabam enviando seus pacientes para a própria Cardoso Fontes.

Segundo a liderança, um dos desafios locais para se combater à TB, em Manaus, é o que a liderança nomeia como educação e saúde para a população, que seria promover informações sobre os lugares corretos de tratamento, bem como tornar o tema TB mais visível na mídia, informando de que a TB continua sendo um grave problema de saúde pública, veiculando, principalmente, na TV, em horário nobre. Ao falar da questão, a liderança faz a comparação com o tema da AIDS, indicando que este ainda é visível, mas que de TB é negligenciado.

Especificamente em relação aos ACSs, o trabalho do comitê envolve o diálogo junto ao gestor municipal e dos distritos de saúde. Através de reuniões, o comitê conversa com os agentes para saber como está o trabalho de atendimento, incluindo as dificuldades para ter acesso ao paciente de TB, de acordo com o participante da pesquisa. A liderança cita a situação dos ACSs que atuam na zona rural, a qual é marcada, também, por pacientes que abandonam o tratamento, caso não haja a busca ativa. Ainda, destaca a importância do papel da família, a qual interage junto aos ACSs e pode, segundo ele, ter mais educação e saúde, diminuindo o preconceito em relação à doença e outros agravos, conseqüentemente, em relação aos estigmas.

Optamos em não definir dimensões da comunicação no caso da liderança popular em saúde porque o trabalho desenvolvido por ela não apresenta nenhum tipo de normatização de protocolos.

Os dados coletados na pesquisa documental e nas entrevistas junto às quatro lideranças em saúde (estadual, municipal e popular) nos permitem compreender que os

protocolos que regem a comunicação dos ACSs estão baseados prioritariamente em *orientações com potencial dialógico*. Sabemos que as ações dos ACSs em território dependem principalmente dos encontros, seja em visitas domiciliares, busca ativa, tomada de medicação do TDO, sendo assim há o protagonismo do potencial dialógico, de trocas entre os interlocutores, sendo este fundamental para que os processos de tratamento e cura propagados pelo SUS sejam de compreensão dos pacientes de TB.

As dimensões *Orientações sobre comportamentos, divulgação de informações e registro em sistemas informatizados*, embora apareçam em posição secundária, também são essenciais na comunicação sobre TB, as quais encontram-se atravessadas pela dimensão *Orientações com potencial dialógico*, principalmente no que se refere a orientações sobre comportamentos que precisam ser adotados pelos pacientes e *comunicantes*, e, na divulgação de informações, a qual, embora pareça ser unilateral na emissão de conteúdo, envolve sempre interlocutores do processo com potencial de diálogo.

6 A DIMENSÃO COMUNICACIONAL NO TRABALHO DOS ACSS QUE ACOMPANHAM OS PACIENTES EM TRATAMENTO DE TB NA CIDADE DE MANAUS/AM.

A resposta do médico trouxe, para mim, certa libertação de uma culpa que sentia naquele momento. Talvez esse sentimento pesaroso seja resultado da forma como enxergamos a questão da saúde, muito mais voltada para decisões pessoais do que aspectos contextuais que também influenciam diretamente em um corpo e mente saudáveis. E no meu quadro de adoecimento, fiz o que precisava fazer: tomar medicação e fazer os exames periodicamente. Mas nada disso é fácil, principalmente a medicação. A adaptação aos antibióticos é um processo muito difícil e angustiante. Durante o início do tratamento, após os três primeiros dias de medicação, senti enjôos e indisposição tão intensos que não conseguia ingerir nada em estado sólido. Houve a interrupção da medicação por alguns dias até recomençar o processo. Foram mais cinco dias sem possibilidade de me alimentar corretamente, me restando ficar deitada durante todo o tempo. Até o dia no qual consegui me levantar e fazer uma refeição sólida, trazendo não somente a alimentação que meu corpo, fraco, precisava, mas o sabor e o sentimento de que a vida corria dentro de mim. Naquele dia, a comida saboreada e digerida me permitiu pensar que comer bem era questão imprescindível para os longos nove meses que me aguardavam. Comer bem durante o tratamento foi esperar sobre meu processo de cura (Judy, 2023).

A partir das análises das entrevistas realizadas com os 12 ACSs foram estruturadas as categorias: Perspectiva profissional de ser ACS, Perspectiva Relacional na práxis do ACS, Perspectiva da mediação na interlocução do ACS, Perspectiva do contexto do Tratamento da TB, Perspectiva da Qualificação para trabalhar com TB e Perspectivas Comunicacionais sobre o tratamento de TB, as quais são discutidas a seguir:

6.1 A PERSPECTIVA PROFISSIONAL DE SER ACS

Esta categoria foi estruturada a partir de seis subcategorias: Agentes de políticas públicas de saúde, Agentes com papéis diversificados, Satisfação e alegrias, Desafios e tristezas, Reconhecimento como profissional da saúde e, por fim, Lugar ocupado na equipe multiprofissional de saúde. Cada uma das subcategorias compreende diversos aspectos – como será apresentado na sequência –, complementares entre si, sobre o que constitui “ser” o profissional ACS.

A primeira subcategoria refere-se ao *Agente de políticas públicas da saúde*, o qual, primeiramente, se constitui como uma atividade laboral que oportuniza a empregabilidade às pessoas da comunidade, tendo, assim, uma ocupação oficial e institucional e que promove

sustento financeiro. Esse vínculo formal envolve os direitos e deveres dos ACSs, bem como suas funções e responsabilidades, como o que está contido na normatização de suas atividades, de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2017).

Dentre as falas dos participantes da pesquisa, surgiram respostas voltadas para funções exercidas nesse lugar de agente de políticas públicas da saúde, como a realização de busca ativa de pacientes faltosos, e das visitas domiciliares, com a finalidade de fazer-se presente na realidade da comunidade. Essas funções que são de práxis no território estão diretamente ligadas ao ouvir as demandas de diversas ordens, não sendo necessariamente voltada para questões de saúde, conforme os núcleos de sentidos que surgiram em nossa análise.

Especificamente, sobre a função de realizar visitas domiciliares, o excerto, a seguir, destaca a prática do agente em procurar conhecer as demandas de saúde para fazer os devidos encaminhamentos:

Basicamente o agente comunitário entra naquela casa, ele escuta as necessidades deles e leva pra UBS resolver essa necessidade. E, quando eles não fazem relato de doença que estão sentindo alguma coisa, a gente procura saber e encaminhá-los também, ver se já fez os exames, se já marcou consulta este ano e vai pra unidade, né? (Rio Branco, 2023).

Esse relato de Rio Branco presentifica as falas dos participantes da pesquisa, os quais consideram o ACS como a porta principal de acesso em relação aos serviços de saúde ofertados para os comunitários. Dessa forma, constitui-se como um profissional que, no nível capilar, é a extremidade de um sistema que liga a comunidade ao acesso à saúde, bem próximo da definição da função do que está instituído em documento publicado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2022b). Surge, ainda, outra percepção que leva o ACS para o lugar da ponta, saindo do fluxo do acesso da comunidade aos serviços de saúde para os serviços de saúde sendo ofertados à comunidade, em uma perspectiva de oferta proativa e não apenas demandada. Destacamos que quando falamos de acesso, a práxis do agente está voltada, principalmente, à possibilidade de os comunitários conseguirem realizar o agendamento das consultas e exames que necessitam; essa atividade é bastante requisitada aos ACSs.

Nesse fluxo da unidade de saúde para a comunidade, encontramos definições que direcionam a constituição do agente como as portas do Governo Federal para que o povo chegue às unidades de saúde, voltando ao aspecto de acesso no sentido de adentrar os espaços institucionais de saúde pública (o SUS), conforme evidenciamos a partir do seguinte excerto

de entrevista: “Nós somos os olhos do Governo Federal, independente de partido político, nós somos a ponte, a gente que abre as portas pra comunidade (Rio Purus, 2023). Além disso, destacamos que também está presente o direcionamento para o olhar do Governo Federal dentro da comunidade, procurando identificar os problemas e estruturar sistemas de informação: “é a gente que está lá, sabe quem nasceu, quem não nasceu, a gente sabe quem está com tuberculose, a gente sabe quem tem diabete, quem não tem diabetes” (Rio Purus, 2023).

De tais respostas, inferimos que há a percepção de si mesmo de acordo com o que está instituído como deve ser prática da profissão, como as atividades de realização de cadastro e levantamento de comunitários adoecidos com doenças diversas (hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase etc.), ou, ainda, aspectos relacionados à promoção de temas da saúde, como prevenção e orientação sobre doenças e vacinação, acompanhamento da tomada de medicação de alguns pacientes, tudo voltado para a comunidade. E, ainda, o exercício de suas funções de acordo com um trabalho de vigilância e monitoramento da comunidade, e certa tentativa de controle, conforme o relato: “Então eu vejo assim que meu trabalho é muito importante, que eu faço busca ativa, entendeu? Vacina, TB. Eu tenho três TB na minha área, dois abandonou. Mas todo dia eu tô lá pra ver se tomaram o remédio, entendeu? Pergunto do avô ‘tomou o remédio?’ (Rio Javari, 2023). Compreendemos que questões de saúde pública precisam ter uma atuação mais enérgica do governo, como o trabalho de vigilância e monitoramento dos pacientes, inclusive, caso necessário, através do acionamento do núcleo familiar dele.

A atividade diária do agente envolve estar em território, o que pode proporcionar um conhecimento profundo da realidade, e que inclui a aproximação dos demais comunitários, e não somente pela vinculação profissional, mas, também, pelo fato de o agente ser um deles, alguém que reside na comunidade. Em estudo anterior, Rogério *et al* (2015) abordava que este lugar de elo também acarreta em ser a voz dos comunitários sobre as próprias necessidades. Nos casos nos quais o ACS não é morador do lugar, torna-se uma espécie de forasteiro, podendo sua função estar mais relacionada aos fluxos e demandas que surgem da unidade de saúde para a comunidade, tendo certa fragilidade no processo inverso, de viver a experiência de ser comunitário e conhecer seus hábitos, aspectos culturais, suas necessidades em questões de saúde para, assim, leva-las para a UBS, o que é evidenciado no seguinte excerto:

Passei três anos lá, e lá na área tem muito (doentes com TB). É que quando eu fui pra área indígena, não tinha agente de saúde que, no caso, é o agente de saúde que é o agente lá. Aí o que que eu fiz. Aí eu comecei e peguei dois Yanomamis, dois indígenas, e disse ‘Ó! Vocês é que têm que trabalhar aí. Você que tem que treinar’. Fui treinando, treinei e quando eu chegava... porque a gente ficava andando lá na aldeia, passava três meses, e ficava 15 dias aqui, e aí eu fui treinando eles. ‘Não porque tu tem que dizer o que que eles estão falando porque eu tenho que compreender isso’. Então, eu dava um alimento para eles e, por troca, eles ficavam comigo para dizer tudo na hora (Rio Tefé, 2023).

O relato da agente Rio Tefé refere-se ao período em que ficou como ACS na área indígena. Por não pertencer àquela comunidade, precisou desenvolver junto aos comunitários um trabalho de formação para superar as barreiras decorrentes do fato de ser uma forasteira entre eles, o que se traduzia em dificuldades de compreensão das demandas que precisava atender. Podemos, então, inferir que a práxis do ser agente envolve, ainda, um trabalho de aprendizagem mútua, com o ACS aprendendo com o comunitário e vice-versa, indo além dos aspectos informacionais costumeiramente relatados sobre as atividades dos agentes. Também queremos evidenciar que, pelo fato das orientações terem sido traduzidas por dois membros da comunidade indígena, os conteúdos das mensagens da agente passaram por filtros, não tendo como exercer qualquer forma de controle sobre o que estava sendo conversado entre eles. São desafios que expressam o que é atuar como agente comunitário de saúde em território no qual não pertence.

A segunda subcategoria refere-se à constituição do ser *Agente com papéis diversificados*, relacionada às diferentes atuações que surgem durante a práxis no território de abrangência da UBS. Conforme entrevistas, os ACSs percebem-se desempenhando diversos papéis, como psicólogo, médico, assistente social, enfermeiro, macumbeiros, conselheiros, agente de endemias. De acordo com as funções que exercem no trabalho de atendimento, orientação, aconselhamento dos comunitários, o agente vê-se praticando funções que pertencem a outras áreas, sendo delicado definir os limites de sua atuação profissional. Pelas responsabilidades de sua função, principalmente em relação ao trabalho de fala e de escuta dos comunitários, os ACSs relacionam sua atividade a uma multiplicidade de papéis a serem exercidos na comunidade, conforme identificamos nos seguintes excertos: “Porque o agente comunitário, ele faz todos os papéis. De psicólogo, de médico, de assistente social, de enfermeiro, em geral, faz de tudo.” (Rio Japurá, 2023). Inferimos, também, que a referência

ao papel do psicólogo é decorrente de certa percepção de que a escuta e a fala qualificadas fossem de uso quase que exclusivo de tal profissão, conforme segue:

A gente passa a ser também psicólogo. Às vezes, a gente entra, vai na casa, a pessoa quer desabafar algum problema. A gente acaba sendo psicóloga e ouve porque muitas das vezes, a gente só vai dizer mesmo ‘vai passar’, ‘isso é assim mesmo’, e isso é bom e gratificante você poder ajudar, né? (Rio Içá, 2023).

Por sua vez, outras falas relacionam o ser ACS a funções de outras profissões, ressaltando que o ser ACS é compreender-se em um ofício que engloba tudo, psicologia, humanização, acolhimento, saber ouvir, saber escutar. Temos, assim, uma prática profissional na qual “ser um agente de saúde é você se entregar totalmente na profissão, e ter amor pela profissão. (Rio Juruá, 2023), com acionamentos de sentidos que vão além do que está instituído na legislação, e trazendo aspectos intangíveis, como o afeto pela profissão.

Temos, ainda, mais uma característica inerente a outras profissões, como a ideia de êxito do trabalho estar diretamente relacionada à possibilidade de poder auxiliar em um problema do comunitário, o que é compreendido, pelo agente, como uma atividade em que o oportuniza a ajudar a alguém, e não o mero cumprimento do seu dever na função.

Dentre os papéis diversos, encontramos outras responsabilidades que vão além do modelo biomédico de saúde, estando voltadas para o contexto social dos comunitários, como é o caso das orientações de limpeza e de monitoramento da casa dos comunitários. Nesse sentido, encontrarmos indícios de que é desafiador estabelecer limites no trabalho dos ACSs e dos ACEs, como no relatado no excerto, a seguir:

Aqui na zona norte tem os dois, mas quando o agente de saúde vai pra visita domiciliar, a gente tem que ver como tá o quintal. Mas isso sempre teve, tá? A gente tem que olhar o quintal, tem que olhar o camburão pra ver se não tem bichinho da dengue e orientar quando tem: pra limpar, pra deixar fechadinho (Rio Içá, 2023).

Essa linha tênue entre o trabalho dos ACSs e os ACEs está estabelecida na legislação, quando há atividades comuns aos dois profissionais, em território, como a orientação que precisa ser feita sobre riscos e agentes transmissores de doenças, além de medidas de prevenção individual e coletiva, conforme está expresso na PNAB (Brasil, 2017).

Há aspectos singulares dos agentes que podem ampliar a associação de outras funções a suas incumbências institucionais, como iniciativas que podem auxiliar a comunidade a ter

acesso a mais qualidade de vida, como o relato feito pela agente Rio Tefé, a qual buscava mobilizar membros da comunidade para a construção de hortas nas residências, fazendo convocações: “olha, vocês têm que limpar! Vamos fazer uma horta” (Rio Tefé, 2023). Para os comunitários, a atuação mais enérgica da ACS possibilita um ambiente de casa mais limpo, com aproveitamento de espaços improdutivos nos terrenos e que promove a cultura de produção familiar de hortaliças, ampliando o protagonismo do trabalho da ACS entrevistada. Fica evidente que essas orientações feitas são oriundas do conhecimento prévio que a agente tem a respeito da estruturação de hortas, sendo uma habilidade específica da agente em questão e não da formação dos agentes enquanto coletivo.

Na terceira subcategoria *Satisfação e Alegrias*, encontramos aspectos que caracterizam o ser agente como uma atividade gratificante, embora o fato de, ao aparecer no relato, esse adjetivo tenha sido precedido da locução adverbial “no fundo”; supomos que, talvez, isso se deva aos desafios existentes em desenvolver atividades como agentes do SUS. A profissão também foi classificada como atividade prazerosa e que gera satisfação. Esses sentimentos de contentamento foram expressos em momentos nos quais os entrevistados relacionaram a atividade ao processo de ajudar os comunitários: “o retorno deles com a gente, quando a gente ajuda, quando a gente marca consulta, que, às vezes, eles são muito carente, tem pessoas muito carentes (Rio Xingu, 2023); ou, no relato da ACS Rio Içá que, de forma emocionada, ressalta que o não “poder ajudar”, conforme o sentido acionado, afeta seu bem-estar emocional: “quer ver eu ficar triste e, muitas vezes, eu até chego a chorar é quando eu não ajudo, sabe?” (Rio Içá fala, 2023). O ajudar a comunidade está diretamente relacionado a conseguir ofertar o serviço de saúde, conforme a demanda, como nos casos das marcações de consultas e exames, o que é reforçado no seguinte relato:

Então a nossa satisfação é quando eles estão com os exames em mãos, passam no médico, elas avaliam aquilo que eles têm, passa a medicação e eles saem do consultório. ‘Olha, muito obrigada, muito obrigada mesmo. Graças a Deus, ela olhou a minha medicação e agora eu tô indo pra casa’ (Rio Negro, 2023).

Os relatos apontam que os sentimentos de satisfação e alegria advêm, principalmente, dos retornos que vêm da comunidade, como nos casos em que a comunidade reconhece e valoriza os ACSs. Temos, assim, situações nas quais os comunitários aceitam as orientações vindas do ACS, o que pode gerar bons sentimentos em relação à legitimidade e autoridade da fala do agente, o que reverbera na forma em que exerce sua prática profissional, conforme

relata o Rio Juruá (2023), “eu levo esse trabalho com amor, com afinco, com carinho, com dedicação”, trazendo à superfície elementos que considera como diferenciais na condução de sua atividade.

Também é estabelecido elo com a comunidade, não necessariamente como o lugar ocupado pelo ACS a partir da sua função institucional, mas sim como um profissional ao qual a comunidade se liga por laços de confiança, gerando contentamento.

A tua atenção já, já, já transforma aquele momento. Aí a pessoa se sente segura, já, já vem. Muitas vezes a pessoa não tem coragem de passar com o médico e falar, correr atrás de um tratamento, entendeu? E o agente de saúde serve pra isso. Então, a alegria é essa (Rio Tapajós, 2023).

A satisfação que alguns agentes expressam com os resultados das suas atividades parecem estar relacionadas, também, ao exercício de poder na comunidade, como a possibilidade de agendar consultas e exames ou de ser um profissional com mais proximidade com os comunitários, pacientes ou não, do que médicos e enfermeiros. Nesse sentido, refletimos, a partir de Foucault (1977), que destaca que o poder permanece em estado de movimento, circulando, nesse caso, para os agentes quando estão em território, e retornando aos demais profissionais, quando os ACSs retornam às UBSs.

Como forma de manifestação de afeto por parte dos comunitários, é comum presentear os ACSs com comidas e objetos: “todo ano, eles dão presente pra gente. Eles dão presente, olha, todo ano. Eu tinha a minha sombrinha, todo ano, tinha mais sombrinha, todo ano tinha minha sombrinha, porque eles compravam” (Rio Tefé, 2023). Destacamos que é hábito cultural no estado do Amazonas presentear com comidas e objetos, como forma de manifestação de afeto e de agradecimentos às pessoas. E esse gesto, também, contribui para o fortalecimento dos vínculos entre os ACSs e os comunitários.

Outro processo que gera satisfação para os ACSs é oferecer alguma forma de acolhimento aos comunitários que estão necessitados. No caso, a escuta dedicada (e que precisa ser qualificada) também é potência vinculativa entre todos.

Só por a gente ter conversado, ter orientado, ter falado bem, falado legal porque, às vezes, têm pessoas que chega estressada, falam mais alto, aí eles já sentem raiva. E quando a gente trata bem e conversa bem e dá o retorno, eles já se sentem alegres e a retribuição deles com a gente é o carinho, né? E isso é bom (Rio Xingu, 2023).

A dinamicidade do trabalho do agente, ao lidar com pessoas e demandas diversas, foi apontada como um aspecto que gera alegria no exercício da função, conforme o excerto a seguir: “A religião disso, a religião daquilo, respeito também, e a gente vai, cada um é diferente. Olha esses anos todinhos, mas sempre vai ser diferente. ‘Ah, porque na mesmice’. Não. Não existe mesmice. É você que cria, é você que faz seu trabalho né?” (Rio Jutai, 2023). Percebemos, assim, que a possibilidade de ter autonomia para romper a rotina na prática profissional é considerada como elemento promotor de satisfação para o ACS. A respeito do protagonismo dos agentes, Araújo e Cardoso (2007) destacam que há neles o poder, seja de pensar, de sentir, de saber e de elaborar estratégias. Completando a discussão, recorreremos novamente ao Foucault (1989), que afirma que o poder se constitui em relação de forças, no caso, o protagonismo e autonomia do agente dependem das estruturas de funcionamento do sistema de saúde, inclusive das permissões que são autorizadas ou não aos agentes.

Os *Desafios e Tristezas* aparecem como a quarta subcategoria, a qual é formada por núcleos de sentidos relacionados às condições de trabalho dos ACSs, à insuficiência na oferta de serviços, à exposição dos agentes à violência e às condições de vida dos comunitários, dentre outros.

A desvalorização dos agentes por parte da comunidade (em determinados momentos ou por parcela da comunidade) e de outros profissionais da saúde é uma questão que entristece os ACSs, pois tendem a ser vistos como pertencentes a uma profissão marginalizada em relação aos demais membros da equipe multiprofissional, conforme o relato: “fica na parte técnica e ficamos atrás da, do médico, sendo que nós também fazemos parte dessa equipe, nós também somos importante” (Rio Negro, 2023). Outro elemento desafiador relaciona-se às condições de trabalho, com os profissionais sobrecarregados, atendendo diversas demandas em vários setores, o que impacta diretamente na qualidade do serviço prestado no território de abrangência da UBS, isso para evitar a oferta de serviço de saúde sucateado na unidade. Nesse sentido, o relato do ACS Rio Madeira (2023) é bastante explícito: “[...] a gente fica ali fora, às vezes, ajudando o posto porque ele tem poucos funcionários. Então, às vezes, a gente faz não só a nossa atividade, mas também outras atividades, que é pra ajudar no andamento do trabalho, senão não flui”.

Indícios de precariedade nos serviços ofertados, como a quantidade insuficiente de exames e consultas que atendam as demandas, são problemas que afetam o bem estar dos agentes já que as consequências ocorrem diretamente na comunidade, como relata um dos ACS entrevistados: “quem tem carência esperando alguma coisa urgente tem que esperar”

(Rio Negro, 2023), sendo esta uma realidade na oferta dos serviços de saúde bastante diferente da que é televisionada pelo município.

A operacionalidade do sistema de marcação de consultas e exames, o Sistema Nacional de Regulação - SISREG, também é elemento que afeta os serviços ofertados pelos agentes diretamente aos comunitários. No limite, temos como relato: “coloca no SISREG. Aí tem que esperar. Paciente morre” (Rio Japurá). Aqui, muito além da morosidade do sistema que frustra expectativas e urgências, temos o impacto da morte do paciente que não obteve atendimento. Nesses casos, os impactos são diversos e negativos, desde a tristeza e o luto pela morte até a percepção da impotência frente o sistema. Embora saiba que tais limitações são desafios que pertencem a uma estrutura maior de oferta de serviços insuficientes diante das demandas, é o ACS que se encontra na ponta, com os comunitários e seus familiares, lidando não apenas com as próprias frustrações, mas tendo de explicar sobre o não agendamento das consultas e exames e ouvindo as percepções dos comunitários diante de tais dilemas.

Questões como falta de materiais, medicamentos e recursos também influenciam negativamente nas atividades do ACS. Por outro lado, apesar das dificuldades no processo de marcação de consultas, há paciente que não comparecem às consultas que foram agendadas, sendo esse um aspecto que, também, entristece o ACS.

Da parte dos comunitários, por sua vez, sobram cobranças, as quais atingem um patamar excessivo, segundo os entrevistados. Para o ACS Rio Madeira (2023), essa questão é algo ruim de sua atividade profissional:

Até exame a gente leva na casa do paciente pra ele fazer. Nós somos facilitador. O paciente nem precisa vir fazer o exame, a gente vai lá e leva, e eles, muitas vezes, cobram da gente: ‘Cadê, hoje vai ter médico, não vai ter? Cadê fulano? por que não veio?’, eles cobram e perguntam tudo. É uma parte ruim.

Há desafios em relação à situação de muitos pacientes que estão longe do escopo de atuação dos agentes, como no caso da precariedade das condições de vida de muitos comunitários, o que impossibilita uma atuação mais enérgica do ACS; e a indiferença de alguns médicos em relação ao tratamento que está sendo ofertado ao paciente, como relata o Rio Purus (2023):

O que mais me deixa triste, porque a gente vê dentro da comunidade, a gente vê a realidade das comunidade. A gente vê, a gente convive, a gente vivencia todos os dia, a gente vivencia todos os dias a dificuldade. Então, aí

chega com médico, chega com médicos, colega, médico, olha, nem olha na cara da pessoa, não quer saber, abaixa a cabeça, faz a receita, manda embora.

O comportamento com marcas de indiferença de alguns profissionais da saúde pode estar relacionado a alguns fatores, como a própria demanda de atendimento de cada UBS e/ou a questões singulares de escolha do próprio profissional em conduzir seu trabalho etc. Entre o que o agente escuta e vê na comunidade (e, talvez, até faça promessas sobre intervenções para mudar a situação dos comunitários) e a realidade dos atendimentos das UBSs pode existir uma distância gigantesca, e isso refletir sobre as percepções que os comunitários têm em relação a oferta dos serviços de saúde prestados.

Há relatos que apontam aspectos insalubres que são inerentes à práxis do ACS na comunidade, como a fala da ACS Rio Içá, a qual, por questões de saúde, foi retirada da atuação *in loco* no território. Embora tenha consciência de que essa retirada foi para preservar seu estado de saúde, essa questão a impactou diretamente, fomentando sentimentos de tristeza:

O que me deixa triste na hora de fazer alguma coisa pelo comunitário é que eu sou barrada, é a pior coisa do mundo pra mim. Aí eu fico com as mãos atadas. Por exemplo, hoje em dia, desde outubro do ano passado, que eu tô fora de área, me apareceu um CA. Eu fiz a biópsia, deu positivo; fiz a cirurgia, fiz tudo direitinho e já deu negativo. Tô curada, graças a Deus (Rio Içá, 2023).

Outro relato aponta o problema da falta de treinamentos e ferramentas suficientes para qualificar os agentes. Além disso, são citadas questões desafiadoras sobre a exposição que alguns agentes sofrem em relação à violência que perpassa a cidade de Manaus, por causa da existência de rota de tráfico de drogas, conforme os excertos a seguir: “não posso entrar em conflito com uma pessoa dessa (uma pessoa envolvida com o tráfico de drogas na região). Aí, eu digo, ‘Ah, não! É uma amiga minha. Dá para você arranjar? [...]’. A gente tem que facilitar, né?” (Rio Tefé, 2023);

Já, já aconteceu caso de eu chegar, chegar na comunidade onde tem o tráfico, onde tu anda, aqui, é tráfico, e a gente tem que ir lá pedir permissão para eles para fazer o nosso trabalho. [...] Quando eu cheguei fardado, eles soltaram fogos e tal, pensava que era a polícia disfarçada, enfim. Então a gente tem que é necessário, que a gente ande identificado. E aí o traficante me chamou, e perguntou o que eu estava fazendo lá, com uma arma lá, não

apontou para mim, mas tava com a pistola em punho e perguntou o que eu estava fazendo (Rio Purus, 2023).

Ou, ainda, a resistência da comunidade em relação a algum ACS, desconfiando da identidade do mesmo, comparando-a a uma pessoa que já assaltou pessoas da comunidade. No relato da Rio Tefé (2023), podemos encontrar tais marcas:

‘Não vamos deixar a senhora entrar porque entrou uma magrinha aqui, outro dia, com essa mesma capa da senhora entrou aqui. Magrinha. E levou um dinheiro nosso’. Tava agindo como se fosse ACS. E isso acontece, né? E não é todo mundo, não. Até hoje tem uma resistência porque a gente bate, olha, a gente é de saúde, eu sou dessa área.

Em estudo anterior, Palhares (2011) já investigava sobre as tensões vividas pelos agentes, ao exercer suas atividades laborais, sendo a questão da violência verbal um dos riscos citados no estudo e que, pelos relatos da agente Rio Tefé e do agente Rio Purus, são questões que impactam diretamente no sentimento de insegurança que pode existir durante o trabalho realizado no território. Dentre os riscos, Palhares cita, ainda, os riscos biológicos, como no caso da exposição à bactéria da TB, que afeta a qualidade de vida não somente do ACS infectado, mas dos colegas de trabalho também.

As entrevistas também revelaram vários desafios relacionados à saúde dos próprios agentes, como é o caso de exposição a doenças (inclusive TB). Cabe destacarmos um caso em que a equipe que teve contato próximo com outro profissional que estava adoecido (TB), não foi incluída como *comunicante*, para fins de realizar os exames necessários, o que se contrapõe aos protocolos. E, ainda, o sobrepeso adquirido por causa do trabalho no território, quando é comum que comunitários ofereçam comida aos agentes, e a agente considera que a recusa do que está sendo ofertado pode gerar sentimentos ruins nos comunitários, conforme o relato a seguir:

Eu não, eu peso. Eu não passava 64kg, 64kg. Aí, diminuiu 64, diminui, e eu fiquei nesse peso agora, porque quando a gente chega lá, a gente também recebe. Eles dão café, dão um lanche, ‘olha, tem um café, vamos tomar um café’. Aí, no almoço, tem um bolo, sabe? Então, eu vou rejeitar? Lógico que não porque, né? Não posso rejeitar. Ah, eu tô lá. ‘Não, tá bom, não’. Aí, quer dizer, eu rejeitando, ela vai dizer ‘Ah, tá com nojo de mim’, sabe? Aí, eu não posso, eu tenho que aceitar, mas, né? (Rio Tefé, 2023).

A quinta subcategoria consiste no *Reconhecimento como profissional da saúde*, a partir da legislação nº 1.802, de 2019. Embora tenha sido um tema menos evidenciado por parte dos agentes, apresenta alguns indícios que nos permitem realizar inferências sobre o contentamento que há em relação à legislação, uma vez que possibilita o acúmulo de cargos para o agente, estando inserido agora na categoria profissional da saúde. Além disso, há nela o reconhecimento do ACS como sujeito da saúde na saúde, como demonstramos com o excerto “depois dessa lei, eu vejo que mudou muita coisa. Hoje, o pessoal olha com a gente com respeito (Rio Purus, 2023). Talvez o reconhecimento aqui aconteça como legitimidade de fala sobre saúde na comunidade, uma vez que anteriormente à lei, o ACS já podia falar a respeito da saúde, embora não houvesse garantias de que seria reconhecido na qualidade de sujeito da saúde.

Outro aspecto refere-se ao reconhecimento entre os pares, na própria unidade de saúde. As palavras de uma participante da pesquisa explicitam a tensão existente entre os profissionais que fazem parte da mesma equipe, sendo que com a legislação, há possibilidade de certa mudança de cenário. As marcas de lugar de marginalidade no qual é/era colocado o ACS ficam explícitas no relato de Rio Içá (2023), quando afirma: “porque eu acho que quando o agente de saúde não era reconhecido como profissão era como se a gente fosse um zero à esquerda, entendeu?”.

A questão do reconhecimento envolve também os governantes, os quais podem proporcionar maior valorização profissional e aumento salarial, além do fato de a legislação gerar projeção social, de acordo com o ACS Rio Madeira (2023): “se você não sabe, toda profissão tem que ser reconhecida pelo governo federal. Ela leva anos, às vezes, pra ser reconhecida. Vai surgindo outras profissões [...] e só depois vai ser reconhecida”.

Há, ainda, questões que abrangem o lugar ocupado pelo agente na equipe multiprofissional de saúde, sendo evidenciado o aspecto da desvalorização do ACS como profissional, colocando-o em lugar de quase invisibilização; apesar de ser a porta de entrada da saúde, é visto como sendo de posição inferior. O excerto, a seguir, evidencia essa questão: “por isso que a gente tinha que ser reconhecido como uma das peças importantes porque nós somos importantes na UBS” (Rio Japurá, 2023). Ainda que esteja em situação subalterna em relação à valorização, comparando aos demais membros da equipe multiprofissional, da parte dos agentes há o esclarecimento de que deveriam estar em outro lugar, em uma posição de destaque, a frente de outros profissionais chancelados pelo diploma acadêmico, como relata o ACS Rio Xingu (2023): “Eu não sei se eu estou sendo tão prepotente, mas eu vejo como o

lugar do ACS merece é como diz na escala, é topo da equipe porque eu acredito assim, que é o ACS que traz toda a demanda da população para a equipe de saúde”.

As questões de desvalorização dos ACSs por parte de alguns membros da equipe multiprofissional de saúde podem ser geradoras de microviolências no ambiente de trabalho dentro de um sistema público de saúde que o chancela como profissionais, mas que nem sempre oferta as condições necessárias para que desenvolva suas atividades com domínio de técnicas, habilidades e competências como agentes de saúde. Conforme discute Cardoso *et al* (2020), essa falta de qualificação por parte dos agentes influencia negativamente a rotina de trabalho, enfrentando, inclusive, resistência de colegas diplomados, sendo percebidos como um intruso da comunidade em território estranho, como no caso dos espaços da UBS.

Pinto *et al* (2014) evidencia os conflitos e o cenário de tensão que há na relação entre os ACSs e os outros profissionais, inclusive por causa dos saberes que são hierarquizados. Galavote *et al* (2013, p. 581) corrobora com tal questão, enfatizando que ao trabalho dos agentes “se atribui menos valia em relação aos saberes instituídos”, sendo o saber territorial dos ACSs visto como inferior em comparação aos demais.

Ainda que não haja o reconhecimento entre os pares, algumas comunidades situam o agente em lugar de destaque, conforme observamos na fala do Rio Juruá:

Não, a comunidade, ela aceita muito bem, elas até diz assim ‘olha, se não existisse vocês, o posto tava lotado, os hospitais tava lotado’ porque nós viemos, no caso, pra ‘dessuperlotar’ os hospitais, né? (Rio Juruá, 2023).

O excerto apresenta um cenário no qual há esse reconhecimento do trabalho do ACS, situando-o como uma possibilidade de oferta dos serviços de saúde fora do ambiente das unidades, como no caso dos hospitais, enxergando a função do ACS como legítima da área da saúde. Além da figura do ACS vinculada à esperança de acesso à saúde, Pinto *et al* (2017, p. 795) aponta que “na convivência direta e horizontal com os usuários, os ACSs resgatam histórias de vida que dão àquelas pessoas a oportunidade de se tornarem sujeitos de seu tratamento”, sendo, talvez, essa característica de ofertar escuta uma estratégia fundamental que gera a valorização do agente como profissional da saúde por parte da comunidade.

6.2 PERSPECTIVA RELACIONAL NA PRÁXIS DO ACS

A segunda categoria apresenta as questões relacionais que influenciam de alguma forma a práxis dos ACSs, as quais estão divididas nas subcategorias *Agente de afetividades e*

confiança, Relação entre os interlocutores e Práticas de compartilhamento de informações, que são discutidas a seguir:

Na análise dos núcleos de sentidos que constituem a subcategoria Agentes de afetividades, atentamos para a referenciada ideia de pertencimento, do estabelecimento de laços familiares e afetivos que o agente tem em relação aos demais interlocutores, principalmente os comunitários. Conforme relatos, pelos vínculos que são estabelecidos, é possível atender demandas afetivas dos comunitários, como a possibilidade de, através das interlocuções, adentrar em espaços de carência, como no caso dos idosos, os quais costumam viver de forma mais isolada, ainda que compartilhe a moradia com outras pessoas. Pinto *et al* (2017, p. 793) enfatizam que a práxis dos agentes influencia positivamente a comunidade, sendo que “as atitudes e os diálogos para o cuidado e a promoção da saúde no território da ESF proporcionam o estabelecimento de vínculos entre as pessoas”, sendo esta uma relação bilateral, na qual há reflexos também, afetivos, para os ACSs.

Os vínculos são, ainda, elementos fundamentais para que os agentes e os comunitários estruturem e fortaleçam relações de confiança, que podem proporcionar trocas conversacionais nas quais os comunitários confidenciam suas intimidades, como relata a ACS Rio Negro (2023): “A gente acaba ganhando confiança do comunitário e, muita das vezes, a gente ouve dos pacientes coisas íntimas que a gente nem devia saber, mas porque eles confiaram em nós, eles relatam, e a gente aqui só guarda”. Dessa forma, podemos perceber que tais vínculos geram práticas profissionais através da oralidade, do encontro, em que o comunitário reconhece o agente como alguém para quem pode relatar suas questões privadas, o que converge com achados da literatura, quando De Carli (2014, p. 630) discute que o vínculo “é uma ferramenta que, além de favorecer a proximidade e fortalecer o relacionamento profissional entre o agente de saúde e a família, faz com que o usuário sintase mais confiante para relatar as dificuldades e riscos a que está exposto”.

Interessa-nos destacar que doenças marcadas por estigmas, como a Aids e a tuberculose, costumam permanecer em fórum íntimo, ainda que o segredo, nesse caso, pode retardar o início do tratamento. O silêncio, comumente causado por algum tipo de receio e/ou vergonha, traz implicações não somente para o sujeito adoecido, mas, inclusive, para a UBS de abrangência do doente, conforme está exposto no excerto a seguir:

Na minha área teve um rapaz, mas hoje em dia que é casado e mora com a família em outro bairro, mas ele tava com TB e a família toda não me contou. Eu não sei se ficou com medo ou vergonha, mas partiu de receio

não fazer isso. O pessoal do Cardoso Fonte mandou uma mensagem pro disanorte. O disanorte chegou na unidade perguntando quem era o agente de saúde da rua tal, que morava o senhor fulano de tal. Aí eu falei assim ‘sou eu’, ‘e por que você não identificou o fulano? Porque ele tá fazendo tratamento no Cardoso Fonte e deveria tá fazendo aqui’ (Rio Içá, 2023).

O sujeito adoecido optou em buscar atendimento diretamente na Policlínica Cardoso Fontes, no centro da cidade de Manaus, em um lugar bastante distante da UBS na qual está localizada sua residência, talvez por motivos relacionados a possíveis estigmas e preconceitos que poderia sofrer, ao precisar frequentar a UBS para fazer exames, diagnóstico, passar por consultas e, frequentemente, retirar a medicação, por um período de tempo. Nesses casos, a existência de afetividades e vínculos poderia redimensionar o processo de modo que o paciente se sentisse à vontade para romper o silêncio com sentido de autopreservação e relatasse a situação para o agente. O rompimento dessas barreiras, dentre outras coisas, permitiria que o paciente se sentisse seguro para conversar com o ACS a respeito de seus temores e, assim, confortável em conversar e dirimir suas dúvidas.

A subcategoria *Relação entre os Interlocutores* faz correlações entre núcleos de sentido que tensionam aspectos dos relacionamentos, sejam positivos ou negativos, entre os ACSs e os interlocutores com os quais estão vinculados, como os outros profissionais da equipe multiprofissional de saúde ou os comunitários (pacientes ou não). Nessa direção, iniciamos por atentar para as tensões surgidas das relações com pacientes que, de acordo com os entrevistados, decorrem de não haver vagas suficientes para consultas, o que pode, inclusive, afetar os vínculos afetivos anteriormente estabelecidos, conforme expõe uma das participantes da pesquisa: “Tinha um paciente que gostava quiçó de mim, mas de tanto ele tá no SISREG, os exames dele, ele me trata de outra forma. Então aí já é o ponto negativo, né? Eles não entendem isso e acabam culpando a gente” (Rio Japurá, 2023).

Podemos inferir que, independente dos aspectos relacionais que os agentes podem priorizar para ter proximidade com os comunitários, as questões estruturais têm grande impacto sobre a continuidade ou não de tal proximidade, isto é, questões externas podem interferir diretamente na atuação e nas relações que os ACSs estabelecem com os comunitários. Segundo De Carli *et al* (2014), a ideia de acolhimento integral está diretamente relacionada não somente a oferta da escuta, mas, também, em conseguir atender as necessidades dos comunitários. Embora os agentes consigam identificar as demandas, há dificuldades em elaborar estratégias resolutivas, por causa de questões estruturais e da própria

limitação do que se compreende como acolhimento (De Carli *et al*, 2014). E, se “as pessoas da comunidade percebem que o trabalho daquele profissional está voltado para a garantia dos direitos à saúde e a melhoria da qualidade de vida” (Pinto et al, 2017, p. 797), o não conseguir agendar consultas e exames, para o comunitário, pode significar a perda de tal garantia.

Outro aspecto envolve o descaso de pacientes com consultas que foram previamente agendadas com empenho dos agentes, os quais, conforme ressaltamos anteriormente, fazem exigências diversas em relação ao serviço de saúde que está sendo prestado, mas, em contrapartida, nem sempre cumprem com as obrigações que se constituem no momento em que se tornam pacientes da UBS. No relato do Rio Juruá (2023), a seguir, podemos identificar essa questão:

Por exemplo, tem os exames? Vamos fazer, ‘eu te agendei pra consulta, venha pra consulta, venha fazer seu preventivo, venha fazer seu bolsa-família, venha fazer o que é necessário’ e, muitas das vezes, tem o descaso. Eles gostam do programa que foi criado, mas não gosta de atender as exigências que a gente faz.

Pelo relato, percebemos que há tensões que envolvem além dos direitos dos comunitários, mas os deveres em relação a cumprir com o contrato que é feito, ainda que verbalmente, entre comunitário e ACS, ao fazer a solicitação de agendamento de consultas e exames.

Continuando a análise dos núcleos de sentidos, novamente, o SISREG aparece como elemento propulsor de tensões, por causa do funcionamento na marcação de consulta, que atende por abrangência de área, o que nem sempre é compreendido pelos comunitários. Nas palavras da ACS Rio Branco (2023), podemos reconhecer tal fato: “a nossa unidade fica bem aqui, e tem muita gente que mora bem pertinho da unidade e, no mais, já tá fora da área de abrangência”. No caso relatado, a ACS aponta que em termos da estrutura atual de atendimento, o que existe é satisfatório, mas há um embate relacionado às possibilidades limitadas, não apenas no atual sistema de marcação de consulta, mas a própria questão de estrutura da rede, incluindo profissionais, espaços, equipamentos e laboratórios.

Há, ainda, o desafio que existe no atendimento de pacientes de outra nacionalidade, por causa de idioma estrangeiro. Como a cidade de Manaus tem recebido imigrantes

venezuelanos⁴² nos últimos anos, esses já se estabeleceram na cidade fazendo parte também da área de abrangência das UBSs. Nos excertos a seguir, encontramos marcas desses atravessamentos culturais que se fazem presentes na realidade de alguns agentes, os quais procuram encontrar possibilidades para atender os pacientes:

O único desafio que a gente tem aqui é com estrangeiros porque assim, no meu ponto de vista, eles acham que a gente que tem que aprender a língua deles, e é ao contrário (Rio Madeira, 2023).

A gente, além de, a gente acompanha, por exemplo, se a gente tiver na recepção, aí vem um menino dali e ajuda. Ajuda e a gente pega quem sabe mais ou menos, e a gente acompanha tudo (Rio Madeira, 2023).

Ainda que o SUS proporcione atendimento a qualquer pessoa, estrangeira ou não, que necessite receber cuidados necessários, há aspectos limitantes, como o fato dos ACSs (e, provavelmente, de outros profissionais da UBS) não terem domínio de outros idiomas. Entendemos que essa situação acaba sendo fora do escopo do trabalho dos agentes, mas em se tratando especificamente da cidade de Manaus, essa situação se torna comum devido ao processo imigratório venezuelano. E tais questões se transformam em desafios para quem precisa acompanhar pacientes em consultas e tratamento.

Sobre aspectos que convergem em sentidos mais positivos dos relacionamentos entre os interlocutores, os entrevistados apontam que há bom entendimento entre os componentes da equipe da UBS por causa do profissionalismo apresentado por todos, e isso, conforme a entrevista Rio Javari (2023), é resultante dos processos comunicacionais, conforme a seguir: “Então tem toda aquela comunicação, então, aqui nós todos se damos bem”. Esse relato contraria dados apresentados anteriormente, sobre a desvalorização dos agentes vinda de colegas da UBS, bem como o que a literatura comenta sobre a possibilidade de existência de tensões, conforme Cardoso *et al* (2020), Pinto *et al* (2014) e Galavote *et al* (2013).

Na mesma direção, há o compartilhamento e a troca de ideias entre os antigos e novos agentes, sendo reconhecida pelos ACSs como uma prática bastante fértil para os processos de interação da equipe. Também são relacionados aspectos voltados para a ajuda mútua entre os ACSs para atender os pacientes, sempre fazendo combinações entre eles para não deixar

⁴² Conforme relatório disponibilizado pela Agência da Organização das Nações Unidas para refugiados, há uma estimativa de que 15 mil venezuelanos residam na cidade de Manaus. Informações disponíveis em https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2022/05/OS843_Relatorio_de_Pesquisa_V8.pdf Acesso em 22.fev 2024.

pacientes sem atendimento; e, ainda, a característica de que o trabalho dos agentes gera respeito e amizade junto aos comunitários, retornando, aqui, aspectos de vínculos estabelecidos, o que pode permitir que haja diálogos sobre as doenças. Para exemplificar a relação afetiva, trouxemos o excerto a seguir:

Na minha área, também na área das minhas colegas, você vai, eles dão as coisas, conversa, e nem querem nada. Às vezes querem só conversar, às vezes só uma conversa. Você vai lá e pergunta: ‘o que que tu tem?’ E eles dizem: ‘não é nada, não, não tenho nada, não’. Só querem conversar mesmo (Rio Madeira, 2023).

Em relação ao ambiente de trabalho, os participantes da pesquisa revelam que o clima é agradável e descontraído entre os próprios agentes, além do sentimento de alegria no exercício das atividades. Questões conflitantes são resolvidas pelos e entre os próprios ACSs: “se eu falei algo assim que magoou, vamos resolver isso aqui. ‘Não foi certo o que eu falei’ ou você falou alguma coisa ou não gostou, e assim a comunicação vai fluindo entre a gente, todas nós aqui” (Rio Jutai, 2023). O citado comportamento maduro e assertivo dos membros de equipes não anula tensões circunstanciais entre todos, com desentendimentos, conforme relata a ACS Rio Içá (2023):

Mas é assim, teve aquela discussão, aquela coisa, ‘não porque eu acho assim’, mas passou dali, acabou. É resolvido, não fica ninguém de mal com ninguém. O nosso ambiente de trabalho não fica pesado porque é como a enfermeira sempre diz: ‘olha, gente, a gente é uma família. Toda família tem as suas picuinhas’. Então, a gente resolve aqui mesmo pra gente não ficar mal com ninguém, entendeu? Nosso relacionamento até que é bom.

Portanto, embora, de modo geral, os indicativos são de que não há embates na equipe multiprofissional de saúde, o fato é que pequenos embates são presença, porém tendem a ser rapidamente solucionados, o que é um indicativo de que ocorram processos comunicacionais resolutivos, bem como da existência de bons níveis de respeito entre os componentes da equipe.

A subcategoria *Práticas de compartilhamento de informações* foi elaborada a partir da identificação de relatos de práticas de interação entre os interlocutores que permitem o compartilhar informações que venham a ter certa influência na prática profissional do ACS. Encontramos, inicialmente, práticas de compartilhamento de dúvidas entre os colegas de trabalho, os quais têm a possibilidade, em equipe, de receber esclarecimentos diversos sobre

dúvidas do cotidiano, de acordo com o excerto apontado: “quando a gente tá com dúvida, a gente sempre pede orientação do outro. Pra isso que a gente é uma equipe” (Rio Japurá, 2023)”, demonstrando que esse é um processo inerente a agrupamentos dentro do ambiente laboral, no qual dúvidas existirão e poderão ser dirimidas, desde que a questão seja tratada de forma receptiva e os agentes se sintam à vontade para elaborar as perguntas. O excerto, a seguir, aponta essa possibilidade: “quando a gente não sabe, a gente pergunta” (Rio Jutáí, 2023).

Os dados dos participantes da pesquisa apontam que, de maneira geral, no ambiente de trabalho, os agentes têm certa proximidade com o processo de compartilhamento de informações entre os próprios ACSs, como no caso da necessidade de acolhimento dos pacientes; ou, ainda, para tomar decisões de trabalho. Essas trocas são vistas como uma questão chancelada pelos anos de experiência de muitos agentes, o que é evidenciado a partir dos excertos a seguir:

A gente pode não ter uma faculdade, a gente não tem um curso especializado ali, mas a convivência de 20 anos do que eu já vi na minha vida, o médico sentar aqui. Na época, antigamente, os médico ia nas casa, as consulta era na casa, eles consultava, então, a gente ficava lá com o médico, o médico deixava a gente próximo dele pra certificar. Então, a gente aprendeu muita coisa, muita coisa que serve pra comunidade, que, às vezes, a comunidade está precisando e a gente pode ajudar com uma informação (Rio Purus, 2023).

São vários tipos de informação: informação sobre pacientes, sobre doenças, sobre o método de trabalho, como facilitar, como é que pode fazer, como a melhor estratégia para a gente cuidar daquele paciente, como é que a gente vai chegar, como é que vai atuar? Então, são diversos enfoques com essa troca aí. São diversas maneiras. Então são doença, método de trabalho, enfim (Rio Purus, 2023).

O compartilhar pode funcionar como um importante processo de aprendizado mútuo, através de prática colaborativa, como nos casos nos quais nem todos os membros da equipe podem participar dos treinamentos e cursos ofertados pela SEMSA. Nesses casos, conforme o excerto, “o que foi, repõe pra nós” (Rio Madeira, 2023), há um direcionamento para uma prática de formação de multiplicadores de conteúdo. Ainda que reconheçamos que essa ideia de reposição de conteúdo caminha para uma direção instrumental na qual a informação é apenas repassada, como se não houvesse distintos processos de interpretação nos interlocutores, essa é uma possibilidade potente para permitir que os fluxos continuem fluindo dentro do próprio sistema de saúde, mas que apresenta certa limitação, como a existência dos

diferentes níveis de compreensão nos processos de aprendizagem. Possibilitar espaços de formação para todos profissionais da equipe multiprofissional seria uma prática com mais possibilidade de êxito no aprendizado de todos, e com mais potência do que ficar limitado aos espaços das reuniões semanais para informar sobre as mudanças de protocolos.

Os participantes da pesquisa também direcionam que o êxito das atividades internas depende que as informações sobre a área de abrangência da UBS, na comunidade, continuem circulando, e não fiquem retidas entre os interlocutores participantes dos acontecimentos, conforme encontramos no excerto a seguir:

Se acontece algo na área, a colega chega e ‘olha aconteceu isso’. Até porque o médico e o enfermeiro precisam saber o que tá acontecendo na nossa área. Ele tem que ficar sabendo. Então, a gente tem que compartilhar tudo o que acontece na área (Rio Içá, 2023).

Alimentar os fluxos de informações, sejam eles em sistemas informatizados, através de plataformas e aplicativos de mensagens, como no caso de *whatsapp* e/ou em conversas face a face é uma prática que deve ser estimulada por todos. Uma equipe de formação multiprofissional funciona em rede de trabalho, de modo que a comunicação oriunda de tais relações devem ocorrer no mesmo formato. Abrunhosa (2011) destaca que o compartilhamento e troca de informações deve ser inerente a todos os membros da equipe multiprofissional de saúde, e não apenas do ACS, que costuma ser responsabilizado devido o lugar ocupado como mediador entre a unidade de saúde e a comunidade. Nas palavras dela, o SIAB não é de uso exclusivo do ACS, mas “toda a equipe deveria utiliza-lo como instrumento de trabalho. Mesmo porque as estratégias de comunicação e educação em saúde poderiam se basear em prioridades definidas a partir do SIAB” (Abrunhosa, 2011, p. 28). O ACS deve ser um dos alimentadores do SIAB, mas não o único.

Essa dinamicidade da área da saúde na comunidade também aparece nos relatos, sendo monitorada através de fluxos informacionais nos sistemas existentes, conforme a fala do Rio Jutáí (2023): “Se saiu um hipertenso, a gente já dá baixa, se entrou criança, nasceu criança, a gente já põe no cadastro”. Dessa forma, as práticas de compartilhamento de informações, via conversações, tornam-se inerentes à práxis da unidade, conforme o excerto do Rio Tapajós (2023):

Olha, agora, como eles dividiu as áreas, então, pacientes meu passou pra minha colega; paciente da outra colega passou pra mim. Então, a gente tem

muito essa comunicação porque ela conhece melhor do que eu. Então, a gente está tendo muito esse elo de comunicação, de troca de informação.

Há, ainda, nos relatos, conteúdos referentes ao compartilhamento de informações da dimensão política da categoria ACS, como no caso de questões sindicais. Assim, “se alguém tem uma novidade, quando chega uma reunião do sindicato, põe no grupo” (Rio Tapajós, 2023), tornando públicas pautas que foram discutidas no sentido de mobilizar politicamente a categoria.

Em relação ao compartilhamento de informações com os pacientes, os participantes da pesquisa indicam que é uma possibilidade institucionalizada já que dentre as funções dos ACS, há algumas específicas para a promoção da saúde e realização das visitas domiciliares, como demonstra o seguinte relato: “são feita através das visita domiciliares, que é muito importante porque lá você tá vendo tudo, toda a situação do paciente, inclusive você vai ver a parte social dele, né?” (Rio Juruá, 2023). Temos, assim, evidenciado a importância do cumprimento das visitas domiciliares como um importante espaço de conhecimento sobre a realidade de cada comunitário (paciente ou não), o que converge com dados que apareceram na pesquisa empírica junto ao técnico distrital que apresentamos anteriormente, quando afirma que “naquela visita ele tem que fazer tudo. Não adianta querer correr com a visita” (Liderança distrital, 2023). E, na literatura, encontramos Abrunhosa (2011, p. 36 – Grifo no original) afirmando de que “o território é o local onde é realizado o trabalho empírico do ACS e de onde os dados são “extraídos”. É no território que ocorrem a comunicação e a circulação de informações que serão a base das ações voltadas à comunidade”. Sabemos, no entanto, que a qualidade da visita domiciliar, assim como das outras funções a serem desempenhadas pelos agentes, depende das condições de trabalho de cada UBS, e isso tudo influencia na alimentação dos dados coletados.

Os participantes da pesquisa direcionam, ainda, para como o trabalho de orientação sobre saúde é visto pelos ACSs, como uma espécie de empoderamento, conforme citado por uma participante da pesquisa:

A gente diz ‘olha aconteceu assim, assim. Tem um problema ali com a paciente, ela está rejeitando de vir porque... Vamos! É a gangue dos ACS’, eu falo, né? Que vai lá e atua, e a gente tem um empoderamento de dizer ‘você vai fazer sim, você vai para o médico e você vai tomar esse remédio porque tá aqui ó. O médico passou tá, o médico que passou’ (Rio Tefé, 2023).

Nesse sentido, destacamos o reconhecimento da própria voz do ACS, ao perceber-se ouvido na comunidade, voz esta que vem chancelada a partir da fala médica, com orientações prévias sobre o trabalho que o agente deve desenvolver junto à comunidade e, também, institucionalmente legitimada, conforme as normas do MS.

6.3 PERSPECTIVA DA MEDIAÇÃO NA INTERLOCUÇÃO DO ACS

A categoria Perspectiva da mediação na interlocução dos ACSs constitui-se nas seguintes subcategorias: *Sentidos de Comunicação*, *A escuta da voz do agente*, *Visibilização de informações na perspectiva da saúde*, *Movimentos na linguagem adotada diante dos pacientes* e *Método de trabalho para contemplar todas as informações*, as quais são discutidas a seguir:

Os relatos nos permitiram compreender que à comunicação são atribuídos sentidos diversos, situação esta semelhante a questões da academia, sobre a polissemia do termo. Consideramos apresentar os achados, de forma sistemática, já que a partir da percepção de cada agente, podemos ter um melhor entendimento sobre os processos de mediação que se fazem presente na práxis dos ACS, sendo os *Sentidos de Comunicação* a primeira subcategoria a ser apresentada.

Iniciamos pelos sentidos que estão relacionados a questões interacionais, como o explicitado pela ACS Rio Negro (2023), a qual está atrelada a significação de comunicação à certa qualidade do relacionamento junto à equipe multiprofissional de saúde. Em suas palavras, “Eu acho que a gente tem uma boa comunicação um com o outro, tanto entre nós, ACS, quanto técnico, quanto enfermeira, quanto à médica”.

Outro sentido é o de comunicação como entendimento mútuo inicialmente, mas, logo a seguir, é acrescentado o aspecto do acolhimento, conforme o excerto “Então, a gente tem um entendimento com a técnica, com a enfermeira, com a doutora e entre os ACS também. As pessoas são muito acolhidas, tem um ou outro que não se enquadra (Rio Branco, 2023), o que deixa também transparecer uma forma de se relacionar com apoio entre todos. A mesma agente responde que comportamento que não concordam com os demais é entendido como um processo de não comunicação, conforme relata: “aquele que é mais rebelde em concordar, a gente expõe (no sentido de informar sobre tratamentos, cuidados e outros procedimentos), mas também deixa ele fazer” (Rio Branco, 2023).

No excerto anterior, ao apontar a questão do não enquadramento de alguns, a participante da pesquisa parece indicar que há indícios de padronização na forma como a qual

a maioria se identifica, o que não quer dizer que esse tipo de prática seja unânime, conforme atenta no relato feito. Temos aqui pistas que indicam que a agente entende a comunicação como um processo conversacional (e com potência dialógica) em busca de estabelecer consenso, como, também, relata outra agente: “Então, nós temos que ser, nós entramos num consenso, conversamos, pra ver o que nós podemos fazer por aquele paciente” (Rio Juruá, 2023).

Refletindo a partir dos excertos, recorreremos à discussão sobre comunicação feita por França (2016), na qual a comunicação é um processo no qual há afetação mútua em uma relação de conexão. Membros da UBS que não têm um sentimento maior de pertencimento as questões organizacionais, por diversas razões, podem ter uma atitude menos aberta a processos mais colaborativos e de convergência entre todos.

Também, os relatos evidenciam aspectos de relacionar-se com o mundo simbólico dos outros interlocutores como dimensões comunicacionais, o que convergem com o sentido de existência de diálogo entre todos, como o que encontramos em dois excertos: “eu sei que nem todas as vezes a gente tá 100%, mas aí a gente tenta um ajudar o outro: ‘o que houve ou que não houve?’”(Rio Madeira, 2023); ou, ainda, “Comunicação, no meu entender porque, no meu ponto de vista, o diálogo, diálogo com a equipe, o diálogo com os pacientes, basicamente seria isso para mim” (Rio Purus, 2023). Destacamos que, aqui, o diálogo parece estar diretamente relacionado aos espaços de conversas do cotidiano, não sendo, necessariamente, relações dialógicas mais aprofundadas em relação a temas específicos.

Outra dimensão que aparece nos relatos, e de forma recorrente, é comunicação como prática de transmissão de informação: 1) “Hoje, a gente tem equipe multiprofissional. Isso que é a parte de informação que a gente passa as informações para os comunitários” (Rio Tefé, 2023); 2) “A comunicação é informações, né? A gente recebe informação e passa as informações que a gente recebe pra eles. Essa é a nossa comunicação” (Rio Xingu, 2023); e 3) o repasse de informações recebidas por membros da equipe multiprofissional e que é socializado entre os demais, conforme a seguir:

Se a enfermeira for ou a enfermeira ou a médica for pra uma reunião, aí ela faz essa reunião com a equipe pra passar pra equipe o que foi feito nessa reunião... o que foi dito, pra gente estar ciente do que vai acontecer, ali, no nosso trabalho, se houve alguma mudança em alguma coisa (Rio Içá, 2023).

Os excertos apontam a redução da dimensão comunicacional ao modelo representacionista-informacional discutido por Queré (2018), que concebe os processos da

comunicação de forma simplista e limitada, na qual há apenas a transferência de informações entre os que sabem para os que não sabem.

Outros aspectos são evidenciados pelos participantes da pesquisa, como comunicação como olhar empático sobre os colegas, conforme relata o rio Madeira (2023): “a gente nota logo quando a pessoa não tá legal. Então, eu acho que nossa comunicação aqui tá bem, tá muito boa”, que tanto ele quanto outros interlocutores parecem atentar-se para a realidade de seus colegas. Ou, ainda, de aconchego, quando a agente aponta que “a gente tem um ambiente de trabalho muito aconchegante” (Rio Japurá, 2023), sendo comunicação entendida como o estar bem com o outro, o relacionar-se de forma saudável.

A comunicação pode ser entendida como potência para resolver problemas de saúde dos comunitários, sendo premissa para que isso ocorra, conforme relata a agente Rio Içá (2023): “Então, pra gente resolver alguma coisa tem que haver a comunicação. E se o comunitário ficar sem expor, como aconteceu o meu TB, que eu não sabia, como eu ia resolver?”

Identificamos, também, a comunicação como uma necessidade para os pacientes terem conhecimento sobre seu estado de saúde. Para corroborar, trouxemos o relato do ACS Rio Madeira (2023):

Vou só dar um exemplo. Vamos dizer que a pessoa veio pegar o resultado do preventivo, né? A mulher tem que passar lá pela coisa pra botar no sistema, aí cai nome lá na triagem. Aí a pessoa, ainda agorinha, uma respondeu ‘mas eu tenho que fazer uma triagem pra pegar o preventivo?’ Aí eu disse ‘é porque cai lá, cai lá. Aí depois você vai, não custa nada saber como tá seu peso, sua altura, é bom a gente saber como tá seu nível de corpo, gordura, nos exames de rotina’. No exame biométrico, o exame de rotina da pessoa, exame de pressão, é bom. Aí você ainda reclama porque vai passar por uma triagem? Porque isso é bom pra gente saber porque, às vezes, a pessoa nem sabe o quanto ela tá pesando.

As informações que podem ser obtidas no momento no qual uma paciente vai até uma UBS buscar o resultado de exames pode ser um elemento importante não só para o paciente, mas, ainda, para a alimentação do sistema informatizado da unidade de saúde. No entanto, embora o agente saiba da importância de manter essas informações atualizadas para o atendimento prestado dentro da Estratégia Saúde da Família, para a comunitária, que se desloca até a unidade de saúde em dia e horário que considera mais apropriado, são informações desnecessárias, ao menos para aquele momento. Da parte do ACS, cabe explicar

de forma mais minuciosa, através de conversa, a importância de aproveitar o momento de busca de exames para complementar dados sobre a saúde da comunitária.

Há sentidos comunicacionais que aparecem em uma dimensão de operacionalidade do trabalho, como no caso das reuniões semanais como espaço para informar sobre mudanças de protocolo e/ou fazer sugestões nas práticas da equipe, e comunicação como potência para alcançar os indicadores da equipe: “a comunicação é sempre pra isso, pra somar dentro do nosso trabalho” (Rio Tapajós, 2023). Nos casos voltados para o alcance de metas específicas das equipes, a comunicação parece funcionar como possibilidade de realizar ajustes entre todos, visando os objetivos coletivos.

Os relatos que compõem a subcategoria *A escuta da voz do ACS* apontam a voz dos agentes, tanto como potência para integrar outros ACSs quanto na propagação de suas idéias com os demais membros da equipe multiprofissional de saúde. Nesse sentido, temos achados que trazem essas marcas, como a fala da ACS Rio Japurá (2023): “eu fui bem acolhida, tanto pela enfermeira quanto pelos meus colegas agente comunitários. As técnicas também escutam a gente. Elas orientam a gente”, expressando o sentimento de valorização pelos outros profissionais. Embora haja um bom processo de escuta, não é um processo homogêneo, havendo tensões, como vimos expresso no seguinte excerto: “escuta, muito boa. A gente se dá muito bem na equipe. Certo que nem todas as equipes” (Rio Juruá, 2023). Essas tensões são inerentes aos processos que envolvem a coletividade, visto que os profissionais embora dentro de uma organização busquem alcançar os objetivos institucionais, agem a partir da própria singularidade e das influências que constroem a subjetividade, conforme conceitos trabalhos por Guareschi (2019).

A prática da escuta qualificada permeia, ainda, os relacionamentos entre os agentes e os comunitários, sendo uma estratégia valorizada pela comunidade. De acordo com a ACS Rio Juruá (2023), “muitas vezes, o paciente não tá nem doente, mas se você tem um bom atendimento, o paciente vai te agradecer, mas se você tratá-lo mal ele vai sair mais doente”, sendo a escuta potência para estreitar o relacionamento entre todos e, talvez, promover no comunitário o sentimento de visibilidade e acolhimento por parte do agente.

No ambiente interno da unidade de saúde, reconhece-se o direito à fala do agente, o qual pode fazer sugestões. Em alguns casos, a demanda dos ACS é atendida, além de poder fazer orientações sobre os processos internos. Para o agente Rio Purus (2023): “a gente tem sim autonomia, e tem esse espaço pra falar e eles entenderem o que é o correto em relação ao que a gente tá falando”, reconhecendo o poder de fala que deveria ser inerente a todo cidadão.

Os participantes da pesquisa direcionam para a possibilidade de os agentes dirimirem suas dúvidas com os outros profissionais da saúde, no caso, médicos, diretores, enfermeiras são os interlocutores mais acionados para dar as devidas explicações aos agentes. No relato dos participantes, encontramos tais situações: a) “eu venho com esse profissional, com o médico. Se for uma outra coisa mais relativa, eu vou com a direção sim porque a direção ajuda muito a gente nesse tempo de confirmação, entendeu?” (Rio Tapajós, 2023); b) “eles podem dizer “ah, eu não sei te responder agora, mas eu posso verificar junto à direção”. E sempre a gente tem um retorno” (Rio Xingu, 2023);

Quando a gente tem uma situação e, por exemplo, na minha área, na minha nova área, tinha um rapaz que inclusive está fazendo tratamento de tuberculose, e ele se sentia muito mal, sentia alguns sintomas e tal. Passei com a enfermeira, na época, eu evitava muito caso, passou um exames de rotina e tal, aí eu vi que não passou de escarro. Eu mesmo fui lá, fiz o pedido de escarro, ele fez, deu positivo, então eu trouxe pra outra enfermeira, e aí ela foi nos orientando, fazendo todo o tratamento, e eu ia lá, eu levava a medicação (Rio Xingu, 2023).

Em espaços nos quais o agente sente que sua voz é valorizada e ouvida, é mais propício que ele assuma um papel de protagonista, buscando ter iniciativas em agir de forma proativa, como no caso da solicitação do exame de escarro. Ainda que em Manaus, os agentes tenham autonomia para solicitar esse exame, conforme informações coletadas junto à liderança municipal de combate à TB, a atuação do ACS depende muito das relações de respeito, confiança e comunicação que há na equipe multiprofissional de saúde. Em uma perspectiva do pensamento de Foucault (1977), o movimento de poder, como o de fala e de escuta sobre as dúvidas, entre a equipe multiprofissional de saúde é contínuo e dispersivo, indo dos profissionais chancelados pela educação formal na área da saúde para os profissionais que estão na ponta, como os ACSs, e vice-versa.

Diante disso, os relatos trazem achados que nos permitem inferir que alguns agentes encontram nas conversas face a face, nas rodas de conversa, espaços de fala para dialogarem sobre suas sugestões e dificuldades, o que pode gerar um maior sentimento de pertencimento, a partir da escuta da sua voz, tanto por eles mesmo quanto pelos outros profissionais.

Os achados expressos nos relatos que compõem a subcategoria, *visibilização de informações na perspectiva da saúde* apresentam as estratégias, os processos articulados pelos agentes na função de promover saúde através do uso de informações. Dentre os relatos feitos,

há a indicação de que a ficha de visita domiciliar é um instrumento usado para começar a estabelecer vínculo de tratamento com os pacientes, conforme o excerto a seguir:

Porque a gente tem uma ficha também. Ela é só uma ficha de visita domiciliar, que é só uma ficha pra cada pessoa daquela casa, um cadastro. Nesse cadastro, também, nele, tem várias perguntas pra responder: se é diabético, se tem pressão alta, se já teve um AVC, câncer (Rio Branco, 2023).

O relato da Rio Branco converge com a discussão feita anteriormente por Pinto *et al* (2017), que afirma ser na operacionalização de diversos documentos que costumam ser visto como algo de natureza burocrática, como no caso do preenchimento das fichas de visita domiciliar, juntamente com os pacientes, que se forma os espaços de diálogo e os vínculos de confiança são estabelecidos entre ACS e paciente.

Identificamos, ainda, que o uso de palestras, da promoção de espaços de conversas com os comunitários (e, principalmente, para fazer o trabalho de identificar sintomas de possíveis doenças) e a realização de busca ativa são estratégias relacionadas como parte do processo de falar sobre questões de saúde. Em relação às palestras, cabe à enfermeira a responsabilidade em trabalhar a temática em questão. Ao ACS, é destinado um trabalho de apoio na entrega de material, conforme o relato “A gente faz, e tem as enfermeiras que fazem as palestras delas, e nós acompanhamos, entregamos os folders e a gente também entra um pouco no assunto” (Rio Juruá, 2023). A ACS Tapajós (2023) relata seu papel no mesmo sentido, quando afirma que “Então a diretora traz, aborda aqui, né? ‘Olha esse mês e tal X, vamos trabalhar nisso’. Aí os agentes de saúde vão divulgar em panfleto”, fazendo divulgação dos eventos, oferecendo, em alguns casos, um lanche ou café da manhã como estratégia para atrair as pessoas. Segundo a percepção da própria Rio Tapajós, os eventos com palestras possuem sua efetividade, quando esta percebe que, dias após os eventos, há maior demanda em busca dos serviços de saúde ofertados.

Nas ações anteriormente citadas, as práticas comunicacionais são desenvolvidas em uma perspectiva transferencial da comunicação, longe do princípio da integralidade na comunicação apontada por Araújo e Cardoso (2007), no qual os processos necessitam contemplar a formação dos sentidos sociais na sua inteireza e não apenas na circulação dos sentidos. E isso é reforçado conforme o excerto a seguir: “Aí quando tem, a enfermeira passa informações para a gente. E nós sempre na minha visita, né? Eu me organizo nas visitas do dia e vou na casa da pessoa e vou passando as informações” (Rio Xingu, 2023).

Em crítica a concepção transferencial na comunicação, Galavote et al (2013, p. 583) afirma que:

Na escuta dos ACS's percebe-se que a produção de saberes no encontro com a equipe de saúde se faz de forma verticalizada, com a mera transmissão de conhecimentos que possam instrumentalizar o seu agir cotidiano, ou seja, ele absorve o discurso do médico e do enfermeiro e o aplica no encontro com a comunidade.

Nesse sentido, os fluxos de informações entre os saberes da enfermeira para os agentes e desses para os comunitários não podem ser simplesmente repassadas, como se não houvesse intervenções no processo.

Talvez uma forma de possível diálogo seja quando os agentes abrem espaços para os pacientes, como relata uma ACS:

Os comunitários buscam dirimir dúvidas através de ligação. Eles fazem pergunta. Aí, às vezes, a gente explica, explica aí na hora, eles diz 'olha', depois eles ligam porque eu dei a liberdade de passar o meu número por meus pacientes (Rio Xingu, 2023).

As conversas do dia a dia, como as orientações que os agentes necessitam fazer com os pacientes, têm potência de eficácia no momento no qual as dúvidas que precisam ser dirimidas são de temas de domínio do ACS, o que implica na questão da qualificação do mesmo como profissional capacitado e com competências para exercer o trabalho.

Embora nas atividades que envolvem a equipe multiprofissional a enfermeira seja a protagonista nas palestras e orientações, em território, o ACS assume esse lugar de falar sobre saúde, fazendo orientações para que a comunidade possa se proteger de doenças diversas, como é o caso da tuberculose. Os participantes da pesquisa apontam indícios de que tais orientações podem ser feitas em estabelecimento sem critérios mínimos de qualidade, como no relato de uma participante da pesquisa: “eu dou uma orientada: ‘olha, vamos nos prevenir’ porque, ah, vou falar pra vocês, claro, porque, muitas vezes, eles são leigos, não sabem o que é TB. Aí temos que falar abertamente essa língua” (Rio Juruá, 2023). O assinalar com “dou uma orientada” produz sentido de um processo mais fragilizado de orientações sobre saúde.

Há um direcionamento de relatos que apontam a necessidade de haver investimento para superar a falta de equipamentos necessários para otimizar o uso das informações, no cotidiano dos agentes, tanto na alimentação do sistema quanto no recebimento de informações. De acordo com o ACS Rio Purus (2023),

Não só alimentar como também receber a informação. Que criasse um aplicativo do Governo Federal pra gente servir, até pra gente vai tá lá, vai tá dentro da comunidade... dentro da comunidade aquela informação aqui vai ser mais viável, vai ser mais rápido, aí eu vejo que não teria muita dificuldade de levar e trazer informação, do meu ponto de vista, entendeu?

A questão da tecnologia poderia ser inserida tanto em *tablets* como nos próprios aparelhos celulares dos agentes, o que iria convergir com o direcionamento que está sendo feito com o uso do ITB, apontado na pesquisa empírica junto às lideranças em saúde.

A adesão da tecnologia na práxis dos ACS já ocorre, também, de forma não institucionalizada, e sim por iniciativa dos próprios agentes, os quais buscam criar estratégias que venham somar aos esforços que fazem em território, como é a situação da agente que tem monitorado as informações de seus pacientes através de aplicativo de mensagem instalado em seu próprio celular:

Quando eu saí da rua, quando eu peguei o meu primeiro papel me afastando da rua, eu liguei logo pra eles, né? ‘Olha, gente! o médico me tirou da rua’. Eu tenho o grupo dos meus comunitários. É, que eu criei. Eu falei pra eles: ‘olha, gente, eu não tô mais na rua, mas eu continuo sendo agente de saúde de vocês até vir um agente pra vocês, né?’ Que eu não sei se isso vai acontecer porque tem microáreas aí na nossa casinha que tá sem agente de saúde faz é anos. Faz muito tempo (Rio Içá, 2023).

A ACS encontrou como forma de minimizar os efeitos de sua retirada do trabalho em território a oferta do acompanhamento *online* dos seus comunitários e pacientes, buscando driblar um sistema que ainda dá os primeiros passos no sentido de informatizar digitalmente a práxis dos agentes. Para isso, faz uso do telefone de uso pessoal, ao tentar achar uma solução, mas que onera para si mesmo em termos financeiros já que seu telefone, que deveria ser de uso pessoal, passa a ser de prática institucional, como ocorre em tantas outras profissões. A depreciação com o uso de celular, bem como sua conta telefônica, são despesas nas quais a responsabilidade recai sobre a agente, ainda que o trabalho que está sendo realizado pertença ao município. Além disso, o monitorar a distância afeta a qualidade das visitas domiciliares que precisam ser feitas, uma vez que a agente fica dependendo das informações que os comunitários resolvem repassar a ela ou não, além de ter de contar com uma colega de profissão, que a auxilia quando é preciso levar e buscar material junto aos comunitários, conforme o que está exposto no relato a seguir:

Eu peço pra minha colega, digo ‘colega, olha, na rua x, casa x, tem um comunitário meu que tá assim, assado, cozido. Leva esse potinho pra ele e pede pra ele fazer o exame. Quando tiver com o exame, fala pra ele me procurar’, entendeu? É assim que eu tô fazendo (Rio Içá, 2023).

E, ainda que a adaptação de protocolo no atendimento esteja permitindo o monitoramento, é uma situação que envolve questões sobre a usabilidade das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) na área da saúde, bem como gera a necessidade de desenvolver competências para lidar com um cenário permeado por tais aparatos.

Como desafios nesse processo de visibilizar as informações sobre saúde, há o de convencer os pais a levar os filhos para serem vacinados. No excerto a seguir, encontramos na fala do agente uma crítica que direciona exclusivamente às mães essa responsabilidade, e não aos pais também.

A gente tem que tá insistindo muito com as mães. Tem que tá insistindo. Você pergunta se a mãe vai vacinar, ela diz ‘vou’, mas você bate lá e ela não tomou (a vacina). Você pede o cartão e tá faltando. ‘Olha é pra prevenção’, mas tem mãe que não quer fazer, não quer trazer a criança pra vacinar (Rio Javari, 2023).

No que se refere à vacinação das crianças, diversos interlocutores têm papel definido. Ao estado, cabe a responsabilidade de oferta as vacinas necessárias, aos agentes cabe promover as campanhas em território para que os pais⁴³ ou qualquer outro responsável possa levar as crianças até a unidade de saúde para ser imunizada. Os entraves precisam ser solucionados, podendo as conversas serem importantes espaços de esclarecimento sobre a importância das vacinas.

Outro descaso apontado pelos participantes da pesquisa refere-se ao fato de que nem todas as mulheres que precisam comparecer para realizar o exame preventivo de câncer de colo de útero, cumprem com a responsabilidade, como afirma a ACS Rio Javari (Rio Javari): “preventivo também. O preventivo você agenda, você fala... Tem umas que vem, mas tem outras que não vem”, sendo este um dos cânceres com alta incidência no Estado do Amazonas. Cabe ao ACS fazer uso de estratégias mobilizadoras junto com a equipe multiprofissional de saúde e outras instituições da comunidade, para que assim o número de

⁴³ As perguntas feitas única e diretamente às mães podem ser resultado da sociedade patriarcal na qual vivemos, onde as mães são responsabilidades pela criação dos filhos enquanto aos pais, há permissão para que escolham exercer uma paternidade.

faltosas nos exames possa ser diminuído e, principalmente, criar espaços de falas para que as próprias mulheres possam conversar a respeito do atendimento que recebem em relação especificamente a esse tipo de exame, o qual ainda pode ser tema velado entre as próprias mulheres.

Os relatos da subcategoria *Movimentos na linguagem adotada diante dos pacientes* direcionam a discussão para os processos que afetam, no sentido de que modificam em algum grau, a linguagem que os ACS fazem uso para conversar com os comunitários, seja com o objetivo de traduzir conteúdos biomédicos para uma linguagem mais coloquial e da realidade dos pacientes, ou como estratégia de aproximação, em busca de criação de vínculos.

Iniciamos a discussão com o fluxo que vem do território para a unidade de saúde, quando o agente faz relatoria do estado de saúde do paciente para a enfermeira: “É, porque a gente ouve a queixa deles, né? Então, a gente faz a escuta e aquela escuta a gente chega na unidade, a gente passa pra enfermeira ou para a médica” (Rio Branco, 2023). Chama a nossa atenção o sentido usado de passar a informação, sendo que, o trabalho de interlocução do agente, envolve práticas interpretativas sobre o estado de saúde do paciente, interpretação esta que pode ser pelo que escuta a partir do relato do comunitário ou a forma como percebe o sujeito que está a sua frente. O saber que vem do território é percebido por Pinto *et al* (2017) como o exercício de protagonismo surgido nas relações de trabalho, nas quais o agente faz a mediação entre os saberes populares de saúde, que nós entendemos como territoriais, e os saberes médico-científicos, que são os biomédicos. Dessa forma, ao relatar as questões de saúde diante da enfermeira, como citado pela ACS Rio Branco, o agente conversa a partir das próprias inferências e interpretações feitas através da mediação.

Um dos aspectos que foi bastante evidenciado nos achados faz referência a necessidade de adotar uma linguagem que seja mais acessível à realidade do paciente, conforme os excertos a seguir: a) “Até porque eu não sou de rodeios, né?!” (Rio Içá, 2023); b) “Aí eles entendem, né? A gente muda e tenta mudar, mas a gente tem conhecimento em relação isso... até porque a gente recebe treinamento” (Rio Purus, 2023).

Entendem. Porque assim, cada indivíduo entende da sua maneira. Eu não posso falar termo técnico. Se tu falar termo técnico, eles não sabem, não sabe, nem um deles sabe termo técnico, então tem que usar uma linguagem que eles entenda. Por exemplo, aqui na sala de vacina, a gente chama “sala de vacina”, mas lá tem a etiqueta “imunização”, então a gente usa o termo técnico porque a gente tem que botar, mas eles querem o termo comum, o simples (Rio Madeira, 2023).

Eu, pelo menos, ainda falo mais coisa mais simples possível, na linguagem do *leserê*. Eu digo: "Olha, eu tenho várias línguas, e eu tenho o *Ianomâmi*, o *waimiri-atroari*, o *leserê*⁴⁴. Todas essas coisas assim, e a gente vai no mais simples porque a comunidade ainda é muito carente, apesar de todo mundo morar na casa de alvenaria, muita população ainda é carente (Rio Tefê, 2023).

Fazer um movimento na linguagem para se aproximar da realidade do paciente é permitir que ele assuma seu lugar de interlocutor, e assim possa também expressar sentidos sobre questões do tratamento e da doença, e que não seja silenciado, situação essa tão comum nos modelos que caracterizam a comunicação negligenciada, conforme termo adotado por Araújo, Moreira e Aguiar (2013).

Esses movimentos que são feitos acontecem em uma direção de tradução de informações (Araújo; Cardoso, 2007), tendo o próprio ACS essa percepção de si mesmo: "Sim, eu penso como tradutora, traduzindo tudo pra eles que é pra eles não ter dúvidas, né?" (Rio Juruá, 2023). E, ainda, do Rio Xingu (2023), o qual aponta compreender que há processos de simplificação de conteúdo ou não, conforme quem é o interlocutor com quem conversa.

A gente usa o diálogo do dia a dia deles, né? A gente sabe, a gente conhece nossos pacientes e sabe o que eles não vão entender daqueles termos técnicos. Então a gente vai usando duma forma que eles entendam na linguagem deles, do dia a dia, que a gente tá sempre ali, dentro da casa deles. A gente já sabe a forma que eles conversam, a gente usa aquela linguagem que, às vezes, é diferente, né? Tem um que é totalmente analfabeto, tem o que já entende mais um pouco. Ai tem aqueles que por a gente já passar sempre já já sabe o que é que a gente vai explicando, não tem dificuldade (Rio Xingu, 2023).

Colocamos em relevo achados dos participantes da pesquisa que direcionam para algo com certa contradição em relação à tradução, quando falas direcionam o processo de tradução como uma prática que exige mais conhecimento, mais competência, cabendo ao agente um lugar de facilitador, tornando tudo mais acessível aos comunitários, conforme a seguir:

Porque tradutor, pra mim, eu tinha que ter experiência, um estudo, faculdade, pra mim falar com propriedade, tá entendendo? Mas assim

⁴⁴ A agente faz referência à língua faladas pelas etnias *Yanomami* e *Waimiri-atroari* e, ainda, ao que nomeia como *leserê*, como uma expressão utilizada por ela para falar das expressões do cotidiano que circula entre os amazonenses.

facilitador, por isso que eu digo um facilitador, eu tento facilitar dentro do conhecimento que a gente vai adquirindo, conforme nosso tempo de trabalho e experiência em cursos e vida real, no dia a dia, com pacientes de vários tipos de situações (Rio Purus, 2023).

Não, eu entendo como um facilitador porque a gente busca facilitar a vida da pessoa que não sabe. Cada indivíduo tem que agir conforme a linguagem dele, do jeito deles e, muitas vezes, não tem conhecimento. Por isso que eu digo que a gente tem que entender e, com o passar do tempo, a gente vai adquirindo isso aí tudinho com cada paciente, a maneira correta de falar. Porque a gente conhece eles a fundo, conhece o que vem mais, o que dá mais problema, o que dá menos problema, o que vem todo dia, o que não vem e tem que ir atrás pra vir, então tudo a gente já conhece (Rio Madeira, 2023).

O processo de interlocução e tradução de informações para uma ACS é ampliado quando precisa acompanhar estudantes de medicina que estão em atividade prática junto aos pacientes na comunidade. Segundo a ACS Rio Juruá (2023):

Então eu tenho que ser a tradutora pra eles porque eles vão dizer “eu não quero esse pessoal aqui”. Então, eu tenho que conversar e dizer que eles vão fazer aquela visita, que eles são estudantes de medicina, e que eles precisam ver e avaliar o paciente. Aí como eles têm total confiança em mim, o paciente chega, eu apresento com total liberdade.

Esses processos interpretativos apontados, nos excertos, estão relacionados a função mediadora do ACSs, mediação esta marcada não apenas pela simples tradução das informações, mas pelas interpretações, conforme Rogério *et al* (2015). Não é um processo neutro e de aplicação de mera operacionalidade de tradução de informações de mundos diversos; ao contrário, é complexo e influenciado por diferentes graus de compreensão sobre o tema tratado, valores, concepções de mundo, ideologias.

Ainda que a tradução seja potência para esclarecer os comunitários sobre doenças diversas, aspectos como a não percepção de si mesmo como um profissional com legitimidade de fala e o que é legítimo para o lugar que ocupa na estrutura e para o conhecimento que tem acabam influenciando no processo de traduzir as informações, como aponta o ACS Rio Purus: “Mas eu não posso, porém, todavia, não posso chegar lá e dizer “ó, tu faz isso, isso e isso” porque eu não tenho respaldo nenhum” (Rio Purus, 2023).

Os achados da subcategoria *Método de trabalho para contemplar todas as informações* englobam o protagonismo ou não dos ACS em desenvolver um método

específico para os comunitários. Nos achados, aparece agentes com tal iniciativa, como a ACS Rio Negro, que afirma que “Cada uma cria o seu melhor método de trabalho” (Rio Negro, 2023), a qual faz adaptações conforme o que considera mais interessante para ela em relação ao trabalho que precisa ser desenvolvido. Outra agente faz seu trabalho através de um mapa: “aí eu pego as quadras, trabalho por quadra, eu fecho as quadras, antigamente trabalhava por rua e dava muito conflito, então eu fecho a quadra, já saio todo com cronograma” (Rio Purus, 2023).

A práxis dos agentes é pautada pela normatização do SUS que traz orientações quanto ao trabalho que precisa ser feito, no território, mas, devido a figura do ACS ter grande visibilidade, em alguns momentos, há demandas de outras informações que fogem ao escopo do que é previsto nas normas, o que é ilustrado no excerto a seguir:

A gente dá informação até de benefício, por exemplo. Eu tô com uma paciente que fui visitar ela anteontem, ela tá com CA. Até hoje não saiu o benefício dela. Como que ela vai viver? Oito, cinco anos já, e ela ainda não conseguiu o benefício. A situação que ela mora lá é precária, lá pro... eu pingando de calor e ela puxou um ventilador, aquele sol todo bate em cima da cama dela. Aí ela toda ferida porque sabe que a rádio queima tudo. Aí precisa de um ar condicionado, uma boa alimentação, de produto pra passar nela, e ela não tem nada disso, então isso aí tem coisas que me revoltam (Rio Japurá, 2023).

Outros agentes optam em fazer reprodução do método que vem de outros agentes ou a partir das orientações da Sems, conforme vemos a seguir: a) “Tenho um roteiro, a gente não pode chega... tem o nosso roteiro da SEMSA porque se tem um paciente de TB, nós temos que, eu tenho o meu protocolo, aí se a SEMSA diz ‘olha, tem paciente’” (Rio Juruá, 2023); b) “Sim, mas a gente tem lá um papel que o nome dele é POP” (Rio Içá, 2023);

Acho que são as de praxe pra fazer, “a dona Maria, a senhora tomou as suas vacinas? tá tudo em dia? a senhora tomou a da gripe?”. Quando é dos homens, a gente faz aqui no posto também (Rio Madeira)

Não. Por exemplo, se é um beco, a gente vai naquele beco e é depois a gente começa a conhecer, por exemplo, naquele beco tal tem mais hipertensos ou naquele beco tem mais diabético, ou naquele beco tem mais grávida, aí a gente vai fazendo assim. (Rio Branco)

A possibilidade de adaptação de métodos no trabalho dependerá da iniciativa dos agentes, mas, ainda, dos elementos contextuais que englobam a UBS na qual está vinculado,

bem como as questões territoriais, cabendo ao ACS fazer as escolhas adaptativas, sutis ou não, desde que não infrinja questões éticas e legais sobre as funções que precisa exercer.

6.4 PERSPECTIVAS DO CONTEXTO DO TRATAMENTO DE TB

A categoria Perspectivas do contexto do tratamento de TB é constituída pelas subcategorias *Aspectos essenciais no tratamento*, *Desafios e dificuldades* e *Sobre se tornar um paciente de TB*, as quais seus núcleos de sentidos são descritos e analisados a seguir.

Os relatos que formam a subcategoria *Aspectos essenciais no tratamento de TB* tratam das práticas e comportamentos que, na percepção dos participantes da pesquisa, são elementos que funcionam para o êxito do tratamento dessa doença, como: a) Necessidade de orientação profissional sobre a doença, identificada no relato da agente Rio Negro (2023), “Tem o profissional pra orientar. Isso, de fato, faz sucesso”; e b) A existência de conversas e orientações como potência para continuidade do tratamento, o que é intensificado ainda mais quando o ACS precisa acompanhar pacientes que desconhecem o cenário da doença. O excerto, a seguir, aponta tal aspecto, incluindo ainda a questão da não mobilização familiar: “devido também a ele ser leigo, tem que estar conversando, orientando direito. A família não auxilia também, aí a gente que tem que fazer o papel de família também, né?” (Rio Juruá, 2023). Ao cumprir o papel que caberia à família, os agentes acabam assumindo a responsabilidade de oferecer o apoio necessário que, conforme Silva *et al* (2017), deveria ser ofertado no lar do paciente.

O relato do ACS Rio Xingu também aponta a importância da conversa para aproximar os interlocutores: “A gente está sempre ali conversando, tanto que ele vê se ele tem algum sintoma e liga. Ou a gente passa. Quando passa, nos fala ele está bem, é bem próximo, né? Eu acredito que seja isso” (Rio Xingu, 2023).

Chamou nossa atenção a fala do ACS Rio Purus, o qual enfatiza a relação que precisa ser estabelecida entre aquele que exerce funções que contribuem para o tratamento e cura dos pacientes e aquele que está em processo de tratamento, devendo existir uma espécie de pacto de comprometimento entre ambos. O excerto, além de trazer elementos que aproximam o tema da TB da realidade dos pacientes, também faz a articulação sobre a necessidade de se estabelecer uma parceria entre agente e paciente.

O Tiago, aquele jogador da seleção brasileiro pegou tuberculose, e o Thiaguinho, aquele cantor de pagode, pegou tuberculose também. Mas eles fizeram tratamento, tá aí os dois tão bom, então, se o senhor me ajudar, eu

lhe ajudo. Como é que eu lhe ajudo? Vou trazer o remédio pra você. Todos os dias vou tá aqui com você (Rio Purus, 2023).

Ao acionar a ideia do pacto que precisa ser feito, o ACS coloca em evidência a responsabilidade que o paciente também tem no processo, de continuar o tratamento, tomando toda medicação, tendo participação direta em todo o processo, o que não significa que o trabalho deve ser feito de forma solitária.

Nos achados da subcategoria *Desafios e Dificuldades* para o tratamento da TB, encontramos o delicado processo que é a tomada da medicação, sendo este tema presente em vários relatos dos participantes da pesquisa. A questão medicamentosa aparece, muitas vezes, como sinônimo de tratamento, como se para tratar a TB, basta tomar os antibióticos, apagando, assim, outras implicações que impactam diretamente no processo. Conforme os excertos, a) “O maior desafio é eles mesmo. “O maior desafio é o paciente mesmo porque eles precisam tomar aquela medicação e não tomam” (Rio Japurá, 2023), b) “O maior desafio é você ir lá com ela para tomar o remédio. Chega lá, a pessoa não tá nem em casa, tá dormindo. Esse é o desafio, sabe?” (Rio Tefé, 2023):

Chego lá, a mulher é rebelde, pessoa tá em tratamento, só que é seis meses, faltando dois meses, a mulher parou de tomar o remédio. Aí eu vou lá, tenho que bater foto, assim, a recusa deles pelo tratamento até porque o remédio faz mal, é muito pesado (Rio Purus, 2023).

Mana, é quando eles não querem tomar o remédio porque o remédio é forte. Quando eles não querem tomar o remédio ou quando eles abandonam o tratamento. A gente tem muito problema com isso (Rio Içá, 2023).

Olha, eu acredito que ele sinta dificuldade pra tomar a medicação, que é cada remédio grandão que tem... a avó da minha neta não conseguia, ela morreu de tuberculose (Rio Içá, 2023).

Diante dos relatos, podemos inferir que, ainda que a TB seja uma doença que tenha tratamento medicamentoso e não haja custo direto em relação à aquisição dos antibióticos, essa solução, isolada, não parece ter toda eficácia, quando se trata do tratamento. Então, as falas dos agentes que apontam certa frustração, ao falar da questão do abandono do uso da medicação, parece estar direcionada para uma comunicação em apenas um viés, no caso, do olhar biomédico sobre o tratamento. Nesse sentido, há a necessidade de os ACSs trabalharem com uma comunicação mais realista com os pacientes, que seja contextualizada (Araújo;

Cardoso, 2007), saindo da esfera da normatização que vem de um prisma idealizado de modelo comunicacional de um agente que fala sobre a importância do tratamento e cura.

Além da dimensão do descanso necessário para o corpo e da medicação, a questão da alimentação é evidenciada nos relatos, como quando uma ACS precisou tratar o próprio filho que adoeceu de TB. Além disso, a agente aponta sobre os possíveis impactos que o uso da bebida alcoólica poderia ter no processo de tratamento e cura, conforme o excerto:

Alimentação porque tem que se alimentar na hora certa, dormir e tomar a medicação nas horas certas. Então, meu filho aceitou. ‘Se você não aceitar, você vai prejudicar sua avó, as pessoas que estão perto’, e ele viu, ele mesmo falou: ‘Mãe, eu senti que eu ia morrer, e eu não queria morrer, mãe’, e ele entendeu que ele tinha que se tratar pra que ele tivesse mais longa vida e as pessoas que ele convivesse ali não adquirissem a doença. Ele entendeu que era preciso ele fazer isso, Assim, porque meu filho, graças a Deus, ele não é usuário de drogas, mas ele bebia, e eu falei pra ele ‘ou você bebe e fica com as pessoas que fumam quando sai ou a tua vida, meu filho’ (Rio Jutai, 2023).

A ACS que tratou o próprio filho, embora tenha um papel que costumeiramente seja de autoridade, como na relação entre mães e filhos, no acompanhamento feito, trouxe informações biomédicas que cancelaram os sentidos que precisou acionar junto ao filho, como a questão da bebida alcoólica e a possibilidade de contaminar outras pessoas da família.

É sabido que a maior parte das pessoas que adoecem por TB está em situação de vulnerabilidade social, como pessoas que vivem de forma aglomerada em ambientes pequenos, que fazem uso de entorpecentes, em situação de rua, que são privadas de liberdade, sendo esta questão complexa e contextual um dos maiores desafios em tratar os pacientes. Alimentar-se de forma nutritiva ou poder não fazer esforços físicos podem ser orientações não cumpridas por pacientes que não têm condições de aderir a tais orientações médicas. Observemos os seguintes relatos:

A gente chega, a casa é carente. Aí buzina, aí a gente vê que não tem nenhum alimento, e aí eles não vão tomar o remédio porque eles já tomaram, se sentiram mal. Porque parece que coisa, o estômago dá aquela reviravolta, é um enjôo contínuo, aí dói a cabeça. Porque eu via que os Ianomâmis faziam assim (colocavam uma mão na parte de cima da cabeça) que doía muito a cabeça, e aí eu dizia: ‘Fica aqui. Botava uma rede, fica aqui e, na hora do almoço, eu vou fazer um sopão, e dava’. Aqui na cidade a gente não pode fazer isso, a gente não pode fazer isso (Rio Tefé, 2023).

‘Vamos arranjar um rancho’. Aí o que a gente faz. A gente vai na comunidade. Vamos aonde nossos parceiros, que são os nossos

comerciantes, para montar um rancho, para a gente poder levar para pessoa, quando a gente ver que é carente (Rio Tefé, 2023).

A mãe teve, o filho teve, a outra teve, e o ambiente era muito hostil. Lá era propício a pegar porque, na época, eles viviam num lugar desse tamanhinho aqui (faz menção a sala na qual a entrevista foi realizada) mesmo, aglomerados. Eram muitos, era bem uns 12, e não tinha condições a família. Tanto que era de barro e de madeira (Rio Madeira, 2023).

A forma de viver de uma parte dos pacientes, de forma vulnerabilizada, parece ser um dos grandes problemas que impactam negativamente o tratamento, seja por causa de quadro de desnutrição e/ou condições de moradia; ou, ainda, outros aspectos relacionados à adaptação ao medicamento. O relato da Rio Tefé, que indica a forma que tratava os indígenas, com uma relação tão próxima à realidade deles, traz marcas de um tratamento mais cuidadoso e singular em relação ao paciente. O uso da rede e a sopa que era dada passam a fazer parte de um tratamento contextualizado com a cultura local, nos permitindo fazer inferências de que a comunicação tinha potência de fazer sentido para os pacientes indígenas.

Um dos desafios no tratamento dos pacientes de TB refere-se à situação dos pacientes que fazem uso de entorpecentes, sendo esta uma realidade frequente na cidade de Manaus, semelhante a situações de outras cidades, no Brasil. Esse tema surge constantemente nos relatos, conforme o que é exposto: “às vezes, não quer tomar a medicação, mesmo sabendo que tem que tomar, querem abandonar o tratamento, principalmente os usuários de droga” (Rio Juruá, 2023); “os adultos e jovens que são da droga e da bebida. Eles são muito complicados pra gente fazer os tratamento. Não só pra nós que vamo atrás, mas a enfermeira, o médico” (Rio Madeira, 2023); e

Muitos, a maioria dos pacientes de TB nosso é usuário. Aí eles não conseguem ficar sem usar a droga deles. Aí quando a gente vai, eu, por exemplo, o meu, tem um que eu tô contando, um tempão, que era pra terminar em seis meses, já tá em oito. Cada vez tá prolongando mais (Rio Japurá, 2023).

A situação da comunicação sobre o tratamento com os usuários de entorpecentes exige dos agentes conhecimentos e competências específicas para esse tipo de situação, além da necessidade de agir acompanhado de outros profissionais da equipe multiprofissional, por causa dos fatores contextuais que atravessam o acompanhamento que precisa ser feito.

Os participantes da pesquisa apontam que os estigmas e preconceito em relação ao paciente de TB são elementos que prejudicam diretamente aqueles que estão em tratamento, os quais sentem-se desconfortáveis com seu quadro fragilizado de saúde, como exposto nos relatos: “ele vai pra outro lugar onde ele não é conhecido... até pra que não comece uma fofoca, um negócio pra ninguém descobrir que ele tá com o vírus ou com a tuberculose, geralmente” (Rio Purus, 2023) e:

Cuidei dele, cuidei dele. Orientava, ia lá com a minha irmã. Era um preconceito porque era um tuberculoso. Existe esse estigma ainda, esses tabus da vida. Não, eu não tive. Graças a Deus, ele se tratou e se curou pelo Cardoso Fonte. Fez os testes, fez o teste de HIV porque tu sabe que a TB anda junto com o HIV, né? (Rio Juruá, 2023).

Por conta dos estigmas (Andrade, 2014), o tema TB ainda é visto de forma bastante marginalizada e assustadora, ainda mais quando há os casos de pessoas adoecidas que não conhecem a possibilidade de tratamento e cura dessa doença. Além disso, os estigmas afetam psicológico e emocionalmente o já enfraquecido doente (Silva *et al*, 2017), sendo um fator tão prejudicial para a cura do paciente.

E esse cenário desafia os agentes a encontrar formas de estabelecer uma comunicação sensível sobre TB, como quando se faz necessário dialogar com familiares que se encontram em situação de mais fragilidade. Observamos tal questão no excerto a seguir:

O meu da TB, eu demorei pra chegar ‘ô dona *****, queria falar com a senhora e com o seu neto. Olha tem que fazer tratamento, tem cura, é só você seguir o tratamento, te alimentar bem, entendeu?’ Pra depois eu chegar e dizer que (ele, o neto) tava com TB. Disse que era fácil de tratar, que se seguisse tudo direitinho, entendeu? (...). Aí ta bom, falei pra ele ‘Faça o tratamento, não pegue sereno, se alimente bem. Primeiro, você vai tomar um bocado (de remédios), depois vai diminuindo a medicação, vai dar enjojo da medicação, mas continue se tratando, continue se alimentando’, mas chegou um ponto que ele decidiu parar com a medicação. Ele optou, entendeu? (Rio Javari, 2023).

A oferta da comunicação sensível exige que os ACSs façam uso dos conhecimentos que têm em relação ao território, os quais estão voltados para as particularidades dos comunitários, da realidade de vida deles. Por outro lado, essa práxis precisa ser feita a partir de formação específica que a gestão municipal da saúde precisa ofertar, qualificando os agentes como comunicadores da saúde, não no sentido transferencial, e sim de analistas da

realidade, fazendo, assim, uma comunicação possível, contextualizada e real sobre o tratamento dessa doença.

Indo além da necessidade de apoio familiar, conforme os relatos, uma preocupação que os agentes têm em relação aos pacientes é a possibilidade de os pacientes contaminarem os parentes com quem residem já que a TB é uma doença infectocontagiosa. Familiares dos pacientes são incluídos como *comunicantes*, necessitando fazer o exame para saber se tem a bactéria e iniciar o tratamento para a doença ativa ou latente, se for o caso.

Mas em uma certa visita, eu descobri que ele estava morando com ela, e ela que me relatou a tosse dele porque ele não procurou. Quando eu chegava lá, ele entrava e tipo, ia no quarto. Ele tem 57 anos. Aí ela relatou ‘minha filha, meu filho está cheio, uma tosse, uma tosse, uma tosse que de noite não dorme’. Ai o que eu fiz? Conversei com o médico, conversei com a Diretora e contei a situação (Rio Tapajós, 2023).

Observamos que o processo de relatar sobre sintomas pode ser fundamental para que o ACS consiga identificar possíveis quadro da doença, como no caso da tosse, o sintoma mais comum no caso da TB pulmonar. Ainda que o paciente tenha estado ausente do contato junto a agente, foi a articulação de familiar que permitiu que o diagnóstico fosse realizado.

Embora o município esteja ofertando o Tratamento Diretamente Observado - TDO, em apenas 12% das UBSs, esse continua sendo um método eficaz para acompanhar o paciente de TB, inclusive é uma das funções destacadas nos documentos analisados para a elaboração da tese. Mas, para que o TDO cumpra seu papel no auxílio do tratamento dessa doença, é preciso que seja realizado dentro do escopo em que foi planejado, diferente da realidade apontada na pesquisa, conforme a seguir: “Aí tem as doses supervisionadas, que é fazer praticamente todo dia, mas a nossa dificuldade é grande, como eu te falei da logística, né?” (Rio Tapajós, 2023).

Eles ficam com a medicação. Eles levam, eles vêm com a enfermeira, pega a medicação, faz a dosagem supervisionada com a enfermeira e a dosagem supervisionada em casa com agente de saúde, mas eles levam a medicação para casa; e, quando eu vou, vejo eles tomarem a medicação e vou conta-la direitinho. Se eles tomaram esse tanto de um certo (fazendo menção com os dedos), contando a medicação com os dias de tomada (Rio Xingu, 2023).

Deixei com a mãe pra se responsabilizar. Aí ele (o paciente) usa a droga dele e não quer porque fica revoltado. Por isso que eu digo que a principal causa do tratamento não ser 100% é o paciente (Rio Japurá, 2023).

Porque antes, no início do programa, eu fazia TDO, tinha que ir lá e dar a medicação. Em 90 e pouco, agora não, a família também tem que cuidar. Eu monitoro, vejo a medicação, pergunto da família se tomou e ‘tomou, tomou direitinho’, fez o tratamento direitinho, agora tá tudo ok (Rio Juruá, 2023).

Vou lá todos os dias de manhã, bato foto, vejo ela tomar o remédio ‘poxa, falta pouco’. Dou um incentivo pra ela ‘mana, tu já passou o remédio mais pesado, tu já tomou lá atrás, então, bora lá daqui dois meses acaba isso aí’. Basicamente assim (Rio Purus, 2023).

A prática do TDO forma um espaço importante de conversas e trocas no acompanhamento dos pacientes, ampliando a ideia inicial de monitorar se a medicação está sendo ingerida. No entanto, o problema estrutural da falta de condições adequadas de ofertar o TDO e, mais grave ainda, da oferta da estratégia em apenas 12% das UBSs é impactante na realidade de quem precisa dessas interações para continuar em tratamento.

Na subcategoria *Sobre se tornar um paciente de TB*, percebemos que explicitam que há aqueles ACSs que têm receio de adoecer, tendo caso, inclusive, de agentes que já tiveram a doença, como a Rio Negro, que assim relata: “Eu que já peguei. Tenho é medo, mana!” (Rio Negro, 2023), além dos que não tiveram a doença, mas trabalham de forma protegida, como afirmam a Rio Tefé e a Rio Purus. O excerto da ACS Rio Purus ressalta tal questão: “Sim. Nunca adoeci, já fiz exames porque como a gente se trata assim, graças a Deus, não deu nada, e eu tenho medo, sim” (Rio Purus, 2023).

Já outros ACS afirmam não terem receio de adoecer, como o que demonstra o Rio Japurá (2023): “Eu não fico com medo porque a gente se preocupa em se cuidar quando a gente vai nas visitas” e “Por TB não, mas já cuidei de um sobrinho meu com TB, inclusive o dele já tava sangrando” (Rio Juruá, 2023), e:

Não, não tenho medo porque sou tranquilo. Porque a verdade é que depende muito do sistema imunológico de cada pessoa; porque a gente tem o vírus, ele fica lá dentro, então vai depender de você. Ambiente fechado, não estar com ar-condicionado (Rio Madeira, 2023).

O relato do ACS apresenta algumas questões verdadeiras sobre a possibilidade de adoecimento, como o sistema imunológico, mas outras informações que necessitam ser ajustadas, como o fato da TB ser causada por bactéria e não por um vírus e a questão do ambiente não estar com ar condicionado.

Pela realidade de acompanhar pacientes de TB, o cotidiano dos ACSs é permeado de práticas consideradas insalubres (Palhares, 2011), necessitando, assim, que os agentes estejam

com os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) quando estão em território. Também destacamos que o aspecto de formação dos ACSs precisa atentar para os conteúdos que abordam sobre formas de contágio da doença, evitando que agentes fiquem desprotegidos, por causa de informações equivocadas sobre essa questão.

6.5. PERSPECTIVA DA QUALIFICAÇÃO PARA TRABALHAR COM TB

A categoria Perspectiva de qualificação para trabalhar com TB é formada pelas seguintes subcategorias: Atividades específicas institucionais, Atividades específicas por iniciativa própria, Prática profissional, Fontes de informação e Fontes para dirimir dúvidas, formadas de acordo com os núcleos de sentidos.

Ao fazer parte da equipe multiprofissional de saúde, e lidando com a realidade de que muitos ACS não têm diplomas da área, se faz primordial de que os agentes sejam qualificados para realizar suas atividades em território com os comunitários, pacientes ou não. Embora essa seja uma necessidade da área, os achados indicam que a qualificação se dá, apenas em alguns casos, através de *Atividades específicas institucionais*. A SEMSA oferta alguns cursos e treinamentos para trabalhar em atividades de prevenção e tratamento de TB, conforme encontramos nos excertos a seguir: a) “Eu passei agora por um curso assim muito rápido falando do que era a doença, né? Foi aquele curso pela internet, que é muito rápido” (Rio Branco, 2023), b) “Tudo, tudo pelo Ministério da Saúde, tudo” (Rio Juruá, 2023), c) “Não, a gente faz... Eu já fiz um em uma escola” (Rio Javari, 2023), d) “Tá com uns dois ou três anos atrás, mas de vez em quando eles, quando eles percebem lá que já tem muito tempo, aí eles colocam a gente pra fazer de novo” (Rio Içá, 2023), e) “Eu acho que já tenho não sei quantos diplomas de TB, tá tudo engavetado, né? Mas é lidando ali com o problema de perto que é muito melhor?” (Rio Juruá, 2023) e f) “A gente já recebeu treinamento pelo nosso distrito” (Rio Xingu, 2023).

Observamos que, nos excertos, encontramos sentidos que apontam que a qualificação acontece em um processo mais esporádico e, como no caso relatado pela ACS Rio Branco, em curso rápido, o que nos permite inferir que talvez não tenha sido aprofundado, o que pode trazer influências nas práticas de interlocução do agente com os comunitários, com orientações insuficientes ou equivocadas a respeito do tema.

E, ainda, nesse item, colocamos em destaque certa inquietação com o fato de que o tema da TB extrapulmonar não faça parte da qualificação ofertada aos agentes, conforme a seguir:

Gente, será possível que não existe a extrapulmonar? A pessoa só foca no pulmonar, às vezes a pessoa tá com muita febre, tá com dor nos ossos, faz tudo. Vamos investigar, vamos fazer uma ressonância magnética, vamos fazer o que for possível. Será que não é uma tuberculose extrapulmonar?. Pois é, tem tuberculose na tireoide, tem em todo canto, mas é visto só como outros problemas (Rio Juruá, 2023).

Ainda que os pacientes diagnosticados com este tipo de TB não sejam tratados na atenção primária, nas ações em território, é necessário que os ACSs tenham conhecimento mínimo sobre as formas de manifestação dos casos extrapulmonares, para assim terem condições de reconhecer os casos suspeitos da doença e assim fazer os devidos encaminhamentos.

A carência de treinamentos para os ACSs foi uma crítica elaborada em um dos relatos, conforme a seguir. Para a agente, o espaço da formação tem sido a própria prática profissional com os outros profissionais da saúde, como médicos e enfermeiros.

Ultimamente, a prefeitura de Manaus não anda fazendo com nós, agente de saúde, não. Inclusive a gente estava até falando que logo que a gente entrou, sempre tinha curso. Agora, não. Está em falhas a Prefeitura de Manaus, a SEMSA, em não ter (curso) voltado pro agente de saúde. A formação que a gente pega mesmo é com o médico ou enfermeiro (Rio Juruá, 2023).

Convergindo com o relato feito, dois excertos, também, apontam esse aprendizado na prática, como uma forma que os agentes têm para aprender a trabalhar com a doença, como “A gente aprende na prática” (Rio Negro, 2023) e “Em UBS, a gente aprende na marra” (Rio Japurá, 2023), o que parece ser uma situação bastante comum nesse cenário. Sabemos que a experiência traz uma formação complementar aos agentes, mas promover espaços específicos para a educação formal dos ACSs pode qualificá-los de forma mais adequada para trabalhar junto aos pacientes de TB, e, também, de outras doenças.

Nos relatos, há achados sobre as situações em que há atualização de protocolo de tratamento dos pacientes de TB. Nesses casos, é a enfermeira quem assume a responsabilidade de trazer tais informações para os ACS, conforme comenta a Rio Tefé: “É, é a enfermeira. Elas comunicam. [...] diz ‘vai mudar tal lugar, vai ser assim, vai ser esse tanto’. Eles que dizem exatamente o que é para a gente fazer, e sempre eu participei, nunca perdi um desde lá, eu que queria” (Rio Tefé, 2023). A mesma situação é citada por outra agente: “Passa, tudo o que for atualizado. Tudo o que a SEMSA atualiza ou muda, a enfermeira vem

com a gente e repassa pros agentes de saúde em reunião” (Rio Juruá, 2023), a profissional exercendo, assim, um papel multiplicador na formação deles.

Alguns agentes citaram que também buscam *Atividades específicas por iniciativa própria*: “A gente mesmo é que procura a nossa qualificação” (Rio Japurá, 2023) e “Eu faço curso por conta própria” (Rio Purus, 2023). Ainda que buscar qualificação por vontade própria possa ser visto como proatividade, é possível que nem todas as fontes de informação sejam seguras e confiáveis na propagação de conteúdo, além de significar que os agentes que não buscam por iniciativa própria podem ficar bastante desatualizados em relação ao tratamento dessa doença.

Como *Fontes de informação*, os participantes da pesquisa relataram fontes diversas, tais como: material institucional (panfletos etc.), realização de busca na internet (no site da FVS-AM, por exemplo) e diálogo com profissionais da equipe multiprofissional de saúde: “Panfleto da SEMSA, na internet, com a enfermeira porque ela trabalha diretamente com a TB, e se a gente precisa de alguma informação, ela leva pra gente, né? Fiz (participou) aquela palestra de uma hora, né?” (Rio Negro, 2023); “Todos são repassados pra gente em forma de *folder* essas informações, e a gente repassa na área” (Rio Juruá, 2023); e “É, na internet. Pergunto pro profissional, pra doutora, pra enfermeira. Eu pergunto porque isso procede. Eu não tenho vergonha de perguntar se eu não sei” (Rio Madeira, 2023).

Nos relatos, localizamos uma fala na qual agente relata não fazer uso da internet, a não ser para fazer ligação ou usar o aplicativo *Whatsapp* (“Eu peço pra minha neta, minha neta que faz pra mim. O meu celular só é assim pra ligar e ver mensagem no Whatsapp. O resto dessas coisas eu não abro, não” (Rio Javari, 2023)), o que nos traz a reflexão de que talvez seja preciso ampliar a qualificação de alguns ACSs para questões iniciais de apropriação do uso na internet.

Quanto a fontes para dirimir as dúvidas, os achados indicam que há uma busca quase que unânime de acessar os profissionais da saúde, como médicos e enfermeiros, que fazem parte da equipe de trabalho. Para o agente Rio Juruá (2023), “Quando eu não entendo, eu pergunto pra doutora; quando ela não entende, ela passa pra enfermeira. Nós somos uma equipe muito unida, a gente se ajuda e se entende, interage, conversa” (Rio Juruá, 2023), o que nos dá indícios de que há certo entrosamento, apoio e confiança entre os interlocutores.

Enfatizando de que suas dúvidas não são dirimidas em fontes de consulta na internet, o agente Rio Purus (2023) nos relata de que opta, na prática, em dialogar diretamente com médico e enfermeira: “Eu vou com o médico, com a enfermeira, eu não vou para internet. Só

o curso mesmo, só a teoria, mas, na prática, mesmo, a gente vai com o médico, entendeu?” (Rio Purus, 2023), situação semelhante que foi exposta pelo ACS Rio Madeira (2023):

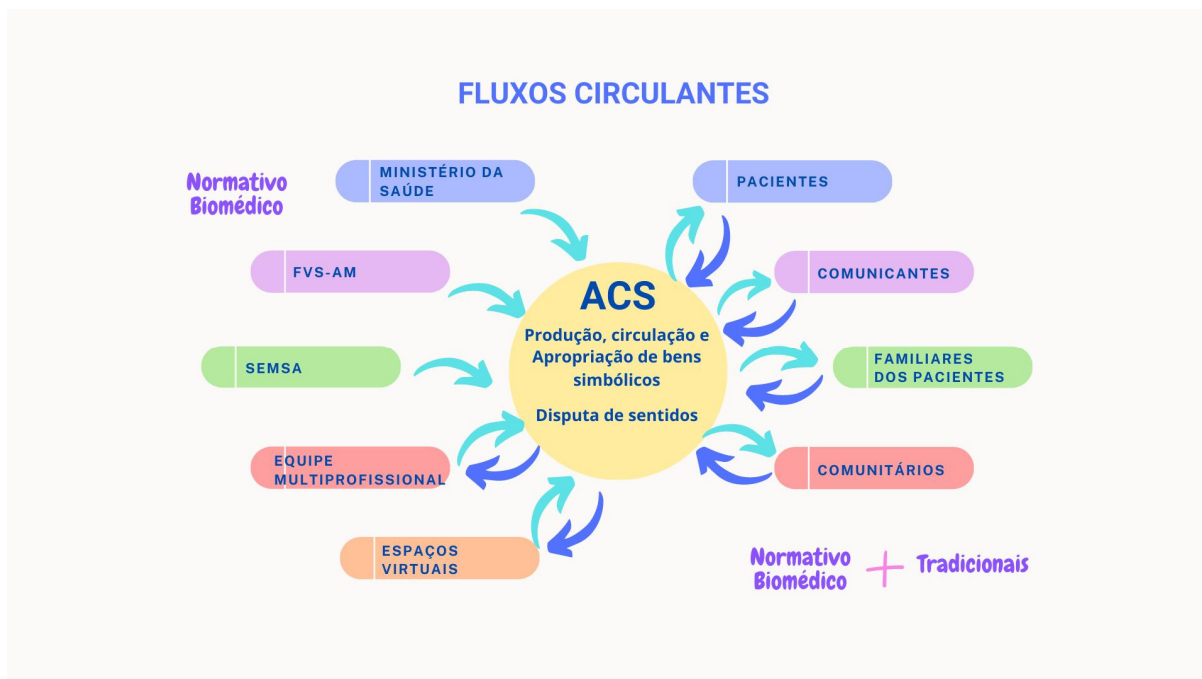
Eu digo ‘só um minuto que eu vou perguntar da enfermeira, pra me informar’. Eu vou lá com a doutora ou com a enfermeira, pra ela me informar. Às vezes, eu vou direto e pergunto pra doutora ou pra enfermeira, e ela explica direto pro paciente. Porque assim, a gente tem que ser coerente, se informar pra saber. É nosso trabalho no dia a dia. Não sabe, se informa.

A busca em sanar as próprias dúvidas, tendo como fontes de informações os próprios colegas de trabalho é uma estratégia fecunda e natural no ambiente de trabalho, espaço no qual os conhecimentos, sejam eles teóricos ou práticos, são compartilhados entre todos. Apesar de transparecer como solução adequada à falta de qualificação suficiente dos ACSs, essas demandas do cotidiano pode afetar o trabalho da equipe em três vieses: 1) Gerar tensões para os próprios ACSs, no momento em que se percebem sem qualificação para trabalhar em frente a demandas específicas; 2) Sobrecarga de trabalhos para médicos, enfermeiros, os quais precisam estar sempre prontos para dirimir as possíveis dúvidas e; 3) Transparecer para os pacientes de que os agentes que os acompanham não têm a qualificação necessária para lidar com a questão da saúde, fragilizando as percepções que eles têm em relação aos ACSs.

Em estudo anterior com ACSs atuantes em Belo Horizonte, Minas Gerais, Rocha *et al* (2015) argumenta que há um baixo conhecimento por parte dos agentes em relação às formas de transmissão da doença e questões de biossegurança, o que converge com os achados de nossa pesquisa, uma vez que, com a oferta de treinamentos de forma esporádica, atribuir responsabilidade formativa à prática de trabalhos dos agentes junto aos médicos e enfermeiros é gerar um cenário no qual os ACSs podem repassar informações equivocadas junto aos pacientes e, ainda, podem se colocar em situação insalubre já que não têm domínio sobre os procedimentos de segurança que precisam adotar para diminuir os riscos de adoecer por TB.

Os fluxos circulantes compostos pelas diversas vozes que acabam gerando algum tipo influência na práxis que o ACS exerce com os pacientes de TB podem ser mapeados conforme a figura a seguir.

Figura 04 – Mapeamento dos fluxos circulantes



Fonte: elaborado pela autora

Nela, situamos os profissionais da saúde da equipe da ESF da qual o agente também faz parte, a estrutura social de saúde formada pelo Ministério da Saúde, Fundação de Vigilância Sanitária Dra. Rosemary Costa e a Secretaria Municipal de Saúde, plataformas *online* (*Facebook, Google*), que foram citadas como fontes de informações e consultas para o ACS, sendo percebidas como produtores dos dispositivos que põem em circulação conteúdos sobre TB a partir de diversos episódios interacionais, conforme definição discutida por Braga (2017).

O processo de circulação de conteúdo sobre TB alcança os comunitários, podendo ser estes pacientes e/ou *comunicantes*, ainda que a circulação já seja oriunda de conteúdos que passam a constituir novos processos dinâmicos da comunicação, com seus sujeitos em relação entre si, imersos em processos de construção e disputa de sentidos (Baldissera, 2009).

6.6 PERSPECTIVAS COMUNICACIONAIS SOBRE O TRATAMENTO DE TB

A categoria Perspectivas comunicacionais sobre o tratamento de TB é composta pelas subcategorias *Informações centrais do protocolo, Uso de estratégias para destacar conteúdo das mensagens, Adaptação de protocolo à realidade do paciente, Questões centrais para que o paciente continue o tratamento, Assunto que mais aparece nas conversas com pacientes,*

Uso da medicina tradicional e Recursos e estratégias de comunicação. A seguir, a partir dos núcleos de sentidos, apresentaremos cada uma das subcategorias.

Como *Informações centrais do protocolo* de tratamento da TB, os ACSs apontaram, inicialmente, o aspecto de proteger-se a si mesmo e aos demais, como relata o Rio Japurá: “Passa pros outros, né? Aí vai pro outro porque é família, né? Aí se ele não se proteger, ele tem que se proteger pra não passar pro seu parceiro e outros, seus filhos e fora outros cantos” (Rio Japurá, 2023). Essa dimensão nos permite ampliar a visão de que abordar o tratamento da TB envolve aspectos, ainda, da prevenção, sendo importante que este tema esteja sempre circulando entre os comunitários, por causa da rede de contato dos adoecidos (os *comunicantes*) para identificar a doença ou não, além dos casos de TB latente. E o ACS, por estar em contato diariamente em território, é um profissional central da UBS, que pode trabalhar com tais informações, através das conversas durante as visitas domiciliares.

Os participantes da pesquisa, também, apontam sobre a importância de conscientizar o paciente de sua condição de estar adoecido com TB, o que envolve implicações, como no caso das restrições. como encontramos no relato a seguir: “Eu procuro dizer para eles: “olha, após você ter tuberculose, você é tuberculoso. Você tem que ter alguns tipos de restrição” (Rio Tefé, 2023). Nesse sentido, os agentes podem conversar com os pacientes, procurando ouvir suas demandas, para assim trazer um diálogo que os sensibilizem em busca de esclarecimento, além de procurar apresentar elementos que funcionem como amparo e apoio dentro no contexto do paciente.

A ênfase que é dada à alimentação foi também englobada nas respostas, apontando a necessidade de comer de forma correta e nutritiva, e assim preparar o organismo para o longo tratamento que será feito pelo paciente. Os excertos a seguir, apresentam tais aspectos: a) “Tem alguns casos de TB que são tratados aqui pelo posto e, normalmente, eles recebem aqueles rancho que eles mandam” (Rio Juruá, 2023); b) “Porque tu come, tem que deixar de comer coisas gordurosas, não pode comer mais gordura, tem que dar um tempo” (Rio Tefé, 2023); e c) “a gente incentiva eles no que eles têm que fazer. Tem que tomar a medicação, se alimentar, mas a gente percebe que, no fundo, eles não vão fazer nada do que a gente tá falando” (Rio Branco, 2023). No entanto, não podemos discutir esse aspecto sem registrar o perfil das pessoas que adoecem por TB, o qual, em sua maioria, está em condições de vulnerabilidade social, muitos sem acesso à alimentação contínua, necessária e nutritiva. Essa questão envolve um problema estrutural da sociedade, o qual impacta diretamente no tratamento, limitando as ações dos ACSs, inclusive na dimensão comunicacional.

O apoio familiar também é um tema surgido nos relatos, o qual é considerado uma questão basilar para o êxito do tratamento, como apontado no excerto: “essas questões aí a gente olha pelo âmbito total da estrutura familiar também” (Rio Juruá, 2023). Para que haja um maior envolvimento dos familiares nesse processo, os ACSs podem desenvolver ações diretamente com eles, seja com explicações sobre a doença, formas de contágio, tratamento, bem como ressaltar que eles, os membros da família, têm um papel importante no tratamento do adoecido, com co-participação no processo.

Encontramos, nos relatos, a necessidade dos agentes de buscarem motivar os pacientes, com palavras de esclarecimento e de incentivo sobre o processo de tratamento, conforme relatado a seguir:

Falar pra ele sobre o tratamento? Para que ele não desista do tratamento. Ele não pode desistir do tratamento porque ele não vai ter a cura da doença, a não ser que ele termine todo o tratamento, né? (Rio Xingu, 2023).

Que ele tá se recuperando. Que isso vai fazer bem pra ele mesmo porque se ele segue tudo direitinho, vem as consultas, faz o raio-X, faz o exame. É saber que o paciente vai ter êxito, e vai ficar bom, então, é dizer que ele tá sendo paciente, que seis meses é rapidinho. Enquanto isso é pra não se esforçar, pra se recuperar e depois você volta pra sua vida normal (Rio Madeira, 2023).

Nos dois relatos, é possível identificar que os agentes procuram enfatizar o modelo normativo de que a TB pode ser curada, mas que é necessário continuar o tratamento, que é tomar toda a medicação pelo período necessário, sendo esse um modelo idealizado da comunicação promovida face a face, a qual faz todo sentido para que precisa acompanhar o tratamento. No entanto, sem as interações, as conversas, há possibilidade de que tais conteúdos não sejam possíveis de aplicabilidade na realidade dos pacientes.

Na subcategoria *Uso de estratégias para destacar conteúdo das mensagens*, nos deparamos com achados que indicam o uso das visitas domiciliares como espaço de reforço de conteúdo, como o que é evidenciado no excerto a seguir:

Você tem que ter horário para tomar sua medicação, porque quando passa daquilo, vamos supor assim, é um antibiótico, se você tomar seis horas, seis horas, seis horas, seis horas, se você tomar 6:15, a bactéria já tem um pouco de resistência. "Mas como que tem resistência?" É porque tem um horário, entende? (Rio Tefé, 2023).

No entanto, sem a qualificação adequada dos ACSs, eles podem fazer circular informações incompletas ou que gerem equívocos sobre o tratamento, principalmente em

relação ao uso dos antibióticos. Os ACSs precisam ser reconhecidos pelo sistema público de saúde como profissionais que promovem temas de interesse da comunidade.

Os participantes da pesquisa apresentam o uso de estratégias voltadas para acionar medo nos pacientes, como:

A gente também faz um pouco de medo. Como assim? ‘Se você não se tratar, vai ser pior, mas se você tratar, você vai ter uma outra vida melhor’. Tem que usar, às vezes, os dois termos, dizer que se não fizer pode acontecer e falar que fizer, vai ser melhor; porque se não fizer direito, além de atrasar, vai prolongar (Rio Madeira, 2023).

‘Se tu não fizer o tratamento direito, ela vai te matar e se tu fizer o tratamento pela metade os remédios vão criar resistência, e aí o teu tratamento pode passar um ano, dois anos e o tratamento que é aqui em casa pode ir lá pro Cardoso Fonte. Lá pro Cardoso fonte, aí tu vai ter mais dificuldade pra ir pra lá ou vai morrer com tuberculose e ainda vai infectar muitas pessoas’ (Rio Purus, 2023).

A gente não sabe se eles tomam e acaba tendo resistência. E eu falo logo ‘vocês podem morrer de tuberculose’. Eu mando a real, eu dou logo um choque de realidade e digo ‘olha, você tem que tomar. Tuberculose pode matar’ (Rio Tefé, 2023).

A gente tenta fazer o paciente entender que é pro bem dele. A gente explica tudinho da gravidade da doença, mas eles não querem. ‘Se você não se tratar, vai’... porque você já chega com aquele medo pra ver se aceita o tratamento, mas os dois não aceitaram. Não aceitaram (Rio Javari, 2023).

Talvez, diante das questões que influenciam negativamente o tratamento, alguns agentes encontraram no uso de conteúdo que acione o medo uma estratégia possível e que promove certo controle do estado, responsabilizando o sujeito por um problema milenar de saúde pública. No caso brasileiro, pelo fato dos ACSs serem os agentes dos SUS na comunidade, eles acabam reproduzindo papéis que foram desempenhados em outros momentos pelo Estado, como as campanhas da Era Vargas, que tinham um viés de controle dos corpos, conforme Gil e Matos (2013).

Ao contrário de estratégias que tensionam o conteúdo para os pacientes, alguns ACS afirmam que focam na importância do tratamento, enfatizando para o paciente de que assim ele pode ficar curado: “O tratamento, né?. Porque se ele fizer o tratamento direitinho, ele vai ficar livre logo, né? daquelas medicações, daquele coisa ruim, porque se ele abandona o tratamento, ele vai iniciar tudo de novo, né?” (Rio Içá, 2023). Essa fala do Rio Içá nos faz refletir sobre o uso da expressão “tratamento direitinho”, quando o agente busca acionar uma

possibilidade de alívio que surgirá no momento no qual o tratamento acabará, quase em tom messiânico de salvação, após todo o sacrifício feito.

Os relatos trazem, ainda, a prática dos agentes de ficarem mais próximos dos pacientes que estão ou abandonaram o tratamento: “Todo dia eu tô indo lá, tô conversando com ele, pra ver se ele volta pro tratamento... Todo santo dia eu tô indo lá, que eu vou ver o irmão dele, todo santo dia eu tô lá e ele não volta” (Rio Javari, 2023). Nesse sentido, o agente procura usar estratégia de proximidade e manutenção de elo com o paciente, em busca de convencê-lo de retornar ao tratamento, sendo esse um dos grandes desafios para a eliminação da TB: o sujeito que não quer mais se tratar.

Na *Adaptação de protocolo à realidade do paciente*, há dados que direcionam para o acionamento dos idosos e/ou outros membros da família como uma adaptação necessária, para que assim as ações sejam apoiadas de acordo com a estrutura familiar existente. A participação de pessoas do núcleo da família do paciente pode gerar legitimidade e autoridade de outras vozes sobre as formas de cuidado que a pessoa adoecida necessita, o que inclui alimentação, descanso, a adaptação e a continuidade no uso dos antibióticos etc.

Pela autoridade de fala no lugar ocupado como profissionais da saúde, médica e enfermeira são convidadas para falar diretamente com os pacientes.

A gente chega, conversa com a doutora e com a enfermeira, e elas dizem que querem vê-los. Aí elas vão e aí reforçam, né? Porque tem que ser um pouco mais duro com eles, e percebi que com elas, eles ficam mais temerosos assim de... Realmente não tem o que fazer e tudo o mais, tem uns que escutam da gente, mas tem outros que sempre arranjam uma saída pro que a gente tá falando (Rio Branco, 2023).

Embora caiba ao ACS fazer essa comunicação em tom de convencimento com o paciente, pelo excerto, temos pistas que indicam que há um reconhecimento maior em relação às vozes dos profissionais da saúde legitimados há mais tempo, como os médicos e os enfermeiros, o que coloca o ACS em lugar secundário (o que não quer dizer sem importância).

Os achados também direcionam para orientações adaptadas quanto à alimentação, conforme a seguir: “é fácil você chegar na casa do paciente e dizer “tu come uma fruta”, mas eles não tem, então, fica mais difícil” (Rio Japurá, 2023), já que alimentar-se bem ou, ainda, alimentar-se nem sempre é uma possibilidade para o paciente. Diante disso, entre as orientações que precisam ser feitas com os pacientes, há articulações referentes a tentar obter

um rancho, conforme já exposto anteriormente, gerando outras responsabilidades que vão além do aspecto da comunicação sobre a TB.

O relato de uma agente aponta fazer adaptações, sim, mas que continua seguindo o protocolo instituído pela SEMSA: “sim, a gente tenta adaptar pra cada paciente, mas a gente tenta seguir todos os protocolos, que é o correto, que é o que vai nos respaldar até pra depois a gente não sofrer retaliação” (Rio Purus, 2023). Essa fala evidencia que o protagonismo e a proatividade dos agentes são limitados pela função e lugar do ACS dentro de um sistema público de saúde.

Os relatos direcionam para a questão da medicação, que é o que as normas evidenciam sobre o tratamento de TB, conforme o excerto: *tal horário, tantos dias, tal dia você vem pra trocar, aí faz a troca de medicamento*. *Aí eles já sabe, já*” (Rio Madeira, 2023). Talvez devido à impotência de agir de outra forma, ainda que possam perceber os cenários limitantes que impactam no tratamento, aos agentes resta a responsabilidade de falar sobre a medicação como questão enfatizada no tratamento, podendo sendo necessariamente uma intenção em apagar as questões contextuais que também impactam, mas sim como norma a ser seguida dentro do protocolo instituído.

Nas *Questões centrais para que o paciente continue o tratamento* aparece a importância de não haver interrupção do tratamento medicamentoso, inclusive para não virar um caso de TB multirresistente e, ainda, atentar para os efeitos colaterais dos remédios, conforme a seguir: “estômago dói, não consegue mais nem olhar pra medicação” (Rio Branco, 2023). Nesse sentido, os agentes podem fazer articulação junto aos outros profissionais da saúde, como médicos e enfermeiros para ver outra medicação que venha minimizar os efeitos colaterais dos antibióticos, sendo, assim, necessário que o ACS esteja sensibilizado pela questão, ao ouvir os pacientes.

Há achados sobre a possibilidade dos pacientes que estão vulnerabilizados socialmente receberem incentivos, como o rancho, conforme o excerto: “Assim, era um rancho todo mês, isso já incentivava eles a ficar bom e ir lá fazer seu exame, tomar a medicação. Então tem que ter algum incentivo” (Rio Japurá, 2023), o que poderia minimizar o problema da falta de alimentos, em alguns casos e retiraria da responsabilidade do ACS a articulação que alguns acabam fazendo em busca de rancho na comunidade.

Os relatos dos participantes da pesquisa indicam o acionamento da família para ser coparticipante no processo, conforme: “Tem que chamar a família e conversar” (Rio Juruá, 2023); e:

O que eu acho que é a base é a família porque no caso ele era um filho que vivia fora, já veio pra casa da mãe, com certeza, porque estava se sentindo doente. Então, para completar a situação dele, era alcoólatra, né? Usuário. não tinha aquela responsabilidade. Então acho que a família é muito importante (Rio Tapajós, 2023).

Diante disso, percebemos que a comunicação do ACS precisa ser ampliada para a família, explicando a co-responsabilidade dos membros para que o paciente consiga continuar o tratamento até o final, o que nos permite configurar a comunicação sobre TB a ser realizada com o paciente e seu núcleo familiar. Uma estratégia que pode ser fecunda para estabelecer a ampliação de tal comunicação é usar os espaços da visita domiciliar, a qual, segundo Braga *et al* (2021), é uma ferramenta ideal para abordar o núcleo familiar, conhecer o contexto dos pacientes, identificar os *comunicantes*, fazer o diagnóstico precoce e analisar as causas dos casos de abandono.

Embora tenha aparecido, nos relatos, a ideia de mobilização da comunidade através da realização de palestras, com orientações para os pacientes, como apresentado no excerto:

Olha, eu acho que deveria ter mais palestra nas comunidades, chamando esses pacientes pra que eles sejam orientados, pra que entre nas cabeças deles sobre o TB. Mas assim fora da comunidade, assim num local, um centro, uma escola, mas que venha com café da manhã porque eles gostam de comer, né? Então pra que a gente faça esse resgate de palestra em relação a esses pacientes (Rio Juruá, 2023).

Em nosso entendimento, esse tipo de estratégia poderia afugentar os comunitários já que pacientes de TB enfrentam preconceitos e estigmas, sendo uma estratégia arriscada em relação a participação, o que não invalida mobilizar a comunidade para trabalhar a temática como um todo.

O tema do acolhimento aparece, ainda, como uma questão central não apenas para o paciente, e sim para os *comunicantes*, como relata o ACS Purus:

A gente tem que acolher. O acolhimento é importante. Então, olha só, vou dar um exemplo, ele não tem visão pras pessoas que estão perto das pessoas, eles focam só na pessoa que tá com TB, por isso que talvez a TB ainda não foi eliminada. Então eles visam aquilo, eles têm que visar as pessoas porque uma pessoa com tuberculose contamina aí 15, 20... (Rio Purus, 2023).

Os Assuntos que mais aparecem nas conversas com pacientes de TB que apareceram nos relatos são: 1) Mal-estar, o que pode ser evidenciado pelo excerto a seguir: “Diz que não vai tomar mais porque não se sente bem” (Rio Negro, 2023); 2) Medicação, questão explicitada nos relatos: “Sintomas da medicação, né? Aí para de tomar a medicação porque se sente mal e querem parar de tomar” (Japurá, 2023) ou “Tem dúvida sobre a medicação porque é muito forte, né?” (Rio Juruá, 2023); 3) Medo de sofrer preconceito, com pacientes que “acham que as pessoas vão ter preconceito com eles” (Rio Juruá, 2023); 4) Receio de infectar outras pessoas, conforme os relatos: “De contaminar e esse tabu (preconceito) de hoje em dia” (Rio Juruá, 2023) e “perguntam se até quando elas podem contaminar elas, qual período, o que eles tem que fazer pra saber” (Rio Purus, 2023); 5) Receio de morrer, como o que nos mostra o excerto: “a preocupação deles mais é medo de morrer” (Rio Purus, 2023); 6) Sobre possíveis sequelas, com paciente querendo saber “se vai ficar com sequela. Uma das maiores dúvidas deles é se vão ficar com sequela” (Rio Purus, 2023); e 7) Sobre as condições de vida: “eles podem viver a vida normal. "Ah, eu posso viver a minha vida normal?" (Rio Tefé, 2023).

Os temas mais recorrentes nas conversas entre ACS e pacientes estão direcionados para questões comuns do contexto da doença, como a adaptação à medicação e seus efeitos colaterais, a possibilidade de contaminação de terceiros, possibilidade de falecer de TB. Essa espécie de mapeamento temático torna-se um elemento importante para a formação dos agentes, os quais podem ter uma ação mais proativa em território quanto aos conteúdos, reforçando-os durante a realização das atividades de acompanhamento, tornando-se, assim, fontes prioritárias a serem consultadas pelos pacientes.

Sobre o *Uso da medicina tradicional* no tratamento de TB, nos deparamos inicialmente com relatos que negavam qualquer uso de medicina tradicional entre os pacientes, como “Não, até hoje não vi” (Rio Negro, 2023) e “Não, nunca teve. ‘Ah, tô com tosse, eu tenho que tomar um mastruz com leite’, mas isso é mais dos antigos, a geração de agora vai direto pro medicamento. Mas isso deveria ser desenvolvido” (Rio Juruá, 2023). Em relato de outro ACS, encontramos mais elementos que indicam haver possibilidade de coexistência entre os saberes biomédicos e tradicionais no tratamento do paciente, conforme a seguir:

Então, tudo bem, desde que você faça o tratamento convencional, começa a fazer os dois. Acho que a medicina tá muito atrasada, porque na minha visão, tá sempre muito além, porque os dois tinham que andar junto. O

próprio governo federal tinha que investir pesado em planta medicinal. Tinha que unir o convencional com o medicinal. A planta com o biomédico, eles já tinham que ter abraçado isso aí (Rio Purus, 2023).

Chama nossa atenção o relato feito pela ACS Rio Juruá, a qual, mesmo negando a existência desse tipo de circulação de conteúdo, aponta que é algo que deveria ser feito. Em nosso entendimento, a partir da realidade local, na qual há a valorização do uso de chás, ervas, garrafadas, para tratar doenças diversas, ao relato “algo que deveria ser feito” pode ser no sentido de algo institucionalizado porque no vivido dos moradores de Manaus, essa prática é ocorrente. Ir ao mercado central da capital do Amazonas é se deparar com várias barracas nas quais tais produtos são livremente ofertados. A institucionalização seria, então, “a expansão da capacidade de produzir saúde como ação para prevenir e tratar doenças e expandir a potência da vida de cada pessoa sob cuidado”, conforme o discutido por Feichas, Schweickardt e Ferla (2020, p. 14).

Em outras falas, encontramos a coexistência dos saberes médicos e tradicionais em tratamentos diversos, como:

Isso é muito relativo. A gente não vê muito aqui, a gente vê mais nas visitas, eles usam e dizem que é pra ajudar. Esses remédios convencionais de folhas e ervas, eles usam. É difícil uma casa ou um paciente que não use um chá de cidreira, um chá de capim santo, pra quando tá ruim do estômago. ‘Rapaz, toma um chá de capim santo que quando toma, todo mundo fica bom’ (Rio Madeira, 2023).

‘Amassa mastruz, toma uma vez por dia que o pessoal dizem que tomar muito mastruz é perigoso’. Eles pesquisam também, eles vão atrás, não adianta, não (Rio Madeira, 2023).

Olha, em relação (a isso), a gente não interfere porque segundo o entendimento que a gente tem, o remédio natural, ele não interfere no tratamento, entendeu? Então, se é para somar, para melhorar a tua saúde, a gente não interfere, inclusive no nosso cadastro, que a gente faz de saúde, tem essa pergunta “usa plantas medicinais?” e a maioria usa. É contada as que não (Rio Tapajós, 2023).

Em outras falas, os achados direcionam para o não incentivo sobre o uso de chás para tratar especificamente da TB: “Ah, encontrei muito chá tal. É bom pra isso?”, ‘O que é bom pra tuberculose?’. Aí eu digo que tratamento pra tuberculose é o tratamento na UBS” (Rio Negro, 2023); “Aí entra com o chá, mas não é nossa orientação” (Rio Japurá, 2023); e

“Muitos perguntam até se eu não sei algum chá. ‘Eu não sei não, algum chá pra um tipo de doença. Eu digo ‘não sei não’, nesses casos assim” (Rio Içá, 2023);

Não, eu digo primeiro você tem que ir com enfermeira. A primeira coisa, a primeira parte, a gente tem que trazer logo depois que tu toma teu remédio, tu vai fazer teus exames, traz as tuas amostras para ver se vai dar positivo. Você não vai tomar esse remédio porque isso não vai curar, não. Só cura com remédio, ainda mais se for tuberculose, né? A tuberculose tem que ser o remédio certo porque não adianta, não. Mas das outras doenças, eu digo: Ah! tem a planta. Vou trazer para fazer uma garrafada para ti. Aí eu indico (Rio Tefé, 2023).

Eles perguntam se chá tal é bom, se ele fizer porque se a vovozinha ensinou chá tal que é bom pra tuberculose, e eu tento desmistificar isso porque a gente sabe que isso não tem efeito, não tem um chá, não tem uma comprovação científica que vá matar o bacilo. Então, a gente tenta desmistificar isso. Eu digo pra eles ‘olha, no tempo que eu nasci, a minha mãe botava a moedinha no umbigo pra não ficar com o umbigo pra fora, mas, naquela época, a minha avó falava, só que hoje eu tenho entendimento que uma moeda é cheia de bactéria. Se eu botar uma moeda no meu filho, eu vou acabar matando ele. Ele vai acabar pegando uma bactéria’ (Rio Purus, 2023).

A ACS que trabalhou em área indígena enfatizou sobre como essas práticas ancestrais são parte do processo de cura entre os indígenas:

Na área indígena eles são muito viciados em remédio porque eles acham que tudo com remédio passa de gripe, o mais era o Guaco. Eu não sei que esse é o gosto que tem porque o guaco é doce, né? O guaco para quem tem diabetes, pelo amor de Deus! E eu fazia, eu fazia o próprio o remédio. Eu pegava, eu vinha para Manaus, eu comprava aquelas... como é? Aquelas coisas de mangarataia E aí eu fazia e aprendendo, não sabia, limão, suco de limão. Botava só um pouquinho de açúcar para dizer que dava para fazer uma panelada, uma de limão bem forte, e eu não deixava eles tomarem nunca. Nunca deixei eles tomar remédio (Rio Tefé, 2023).

E a indicação que uma participante da pesquisa fez para um familiar, no caso, o próprio filho: “Meu filho, eu mesma mandei fazer. Fazia pra ele, ele tomava e acho que isso ajudou ele a melhorar e ficar bom, o mastruz” (Rio Jutai, 2023). E a indicação do uso de chá com moderação: “Não, não o que eles falavam “ah, eu posso tomar isso pra para ajudar meu fígado por conta da medicação?”, eu dizia “ah um chazinho lá”, mas são poucos que fazem isso” (Rio Xingu).

Alguns relatos dos ACSs direcionam para o reconhecimento da potência curativa da medicina tradicional, ainda que haja marcas de incertezas de qual seria esse poder. Nesse

sentido, é importante que essa questão seja abordada na formação dos agentes, para que eles consigam conversar a respeito do uso de tais elementos com os pacientes, como os chás e garrafadas, fazendo orientações cabíveis quanto ao que é possível usar ou não. Dessa forma, poderia evitar de que as dúvidas dos pacientes fossem respondidas por puro critério do ACS. E, ainda, a presença de perguntas sobre o uso da medicina tradicional indica que para o sistema de saúde há o reconhecimento da coexistência de saberes diversos no tratamento dos pacientes.

Os participantes da pesquisa apontam que Os *recursos e estratégias de comunicação* usados pelos ACS são diversificando, envolvendo telefone celular, visita domiciliar, acionamento de familiares, conforme o relato a seguir: “É ligação, indo na casa, falando com parente. Tudo que a gente pode fazer pra chegar até o paciente, a gente faz. Através de tudo, até da fumaça pra se comunicar com eles” (Rio Negro, 2023). É interessante notar que uma agente adquiriu um telefone exclusivamente para exercer suas atividades, o que, ao mesmo tempo que facilita o trabalho, também traz algumas cobranças por parte dos comunitários, conforme o excerto:

A gente tem um telefone porque a UBS não tem. Aí a gente, por exemplo, eu tenho um celular pra ligar pros pacientes, então uso pra ligar. É um outro chip, e aí, muitas vezes, eles ainda são abusados com a gente ‘porque não atende o telefone? Porque eu ligo, ligo, ligo’ (Rio Japurá, 2023).

Ao ofertar o número do telefone que adquiriu para os pacientes, a agente estabelece um canal de acesso com eles, os quais não são conhecedores de que o telefone adquirido foi obtido pela iniciativa e recursos da própria ACS, o que pode fazer com que eles tenham a leitura de que ela está sempre disponível, caso eles necessitem telefonar para ela.

O uso do território como espaço comunicacional ainda é bastante adotado por alguns agentes. A conversa face a face durante a visita domiciliar parece uma estratégia bem fecunda para os objetivos definidos, conforme relatos a seguir: “eu acho que o que vale muito é o acolhimento. Quando você chega com aquela pessoa, você já tem a autonomia de entrar na casa dela” (Rio Xingu, 2023); A minha comunicação eu saio pra fazer visita, oral, bato na porta e digo ‘oi, tô chegando’. Se for paciente de TB, ‘e aí, já tomou seu remédio hoje?’. Aí a família chega e diz ‘não, já tomou, já se alimentou’ (Rio Juruá, 2023);

Indo de casa em casa, é o resultado. É o melhor ainda, de casa em casa, de casa em casa. Funciona, ir funciona. Porque quando a gente vai fazer uma visita, a gente faz uma visita bem detalhada. A gente vai averiguando tudo

porque nós temos que ter um olhar clínico do lugar, como que tá, se tá escuro, se tá fechado, que hora eles comem, como é que tá o quintal, então, melhor a visita, visita lá mesmo no local (Rio Tefé, 2023).

A agente Rio Tefé relata a necessidade de fazer uma visita com mais profundidade, observando as particularidades das casas dos comunitários. Ao afirmar que “temos que ter um olhar clínico”, ela acentua uma habilidade necessária em cada agente, que é o de saber analisar o ambiente no qual os processos de interação e conversação ocorrem, por isso a visita *in loco* oferta mais possibilidade de levantar elementos que permitam saber como está o estado de saúde do paciente, a forma como ele se relaciona com o espaço da própria casa, questões que o atendimento *online* oferta, mas com limitações.

O uso do telefone conectado à internet já faz parte da realidade de muitos ACSs, sendo criado, inclusive, grupos junto dos comunitários no aplicativo de mensagem *Whatsapp*, conforme exposto nos excertos: 1) “Eu mesmo vou na internet e produzo. Agora todos eles estão assim. Tudo eu pego da Secretaria de Saúde agora. Como o meu *Facebook*, aliás as minhas redes sociais são mais uma informação” (Rio Purus, 2023); 2) “O *whatsapp*, não é o telefone, porque aqui nós estamos na área rural, sinal é mais difícil. Internet tem sim” (Rio Xingu, 2023).

Eu fui um dos pioneiros, na época, eu recebi muita crítica sobre isso da própria diretoria, porque eles achavam que eu tinha o grupo, mas não ia na comunidade fazer a visita, eles achavam que eu ficava monitorando só. Eu recebi retaliação dos meus colegas (Rio Purus, 2023).

A pessoa que tá com TB, como colhe o escarro, coloquei os *flyerzinhos*, que o próprio, a SEMSA (publicou) dentro do Instagram, das redes sociais. Eu vou atualizando tudinho o meu povo. Todo dia eu atualizo, tanto no meu grupo, quanto nos meus status (Rio Purus, 2023).

A apropriação que muitos agentes fizeram em relação ao celular, mais especificamente de aplicativos de envio de mensagens, tem permitido a produção e/ou circulação de informações que fazem parte da realidade tanto dos próprios ACSs quanto dos comunitários. Ainda que no momento inicial, o agente Rio Purus tenha recebido críticas sobre a inserção da tecnologia para acompanhar os comunitários, essa tecnologia tem sido bastante usada de uma forma geral, de forma complementar ao trabalho face a face que é feito nas visitas domiciliares, o que amplia a potência de uma comunicação mais eficaz entre os interlocutores.

Alguns conteúdos surgiram ao final das conversas, como *sugestões*, como: a necessidade de receber um *tablet* para o cotidiano do trabalho: “Eu acho que eles tem que dar pelo menos um *tablet* pra gente fazer a nossa visita domiciliar, fazer nossa produção na hora, *online*, na hora, sabe?” (Rio Negro, 2023), o que evitaria o retrabalho que os agentes têm ao coletar em material impresso e depois repassar todo o conteúdo nas UBSs da unidade. E a questão de intensificar o tema TB na mídia:

As mídias televisivas intensifiquem propaganda dentro da televisão, assim, eu quero deixar registrado assim que a informação pela televisão se preocupa mais com outra doença, mas quase não se fala na mídia de tuberculose, que bata na tuberculose. Todo mundo ficou preocupado quando muita gente morreu de covid. A mídia bateu, bateu. O que chegou de caso de tuberculose que o pessoal ficou preocupado só com covid, porque aumentou o número de pessoas com tuberculose (Rio Purus, 2023).

Eu acho que a mídia tem que focar mais na mídia. No tempo da pandemia, era mídia direto ‘em tal canto tem vacina, lá no Sambódromo, lá no Amadeu Teixeira’. Sempre tava em tudo isso aí, então foi uma divulgação danada, então que fosse assim pra todos os tipos de doenças. Quanto mais a mídia focar a importância, o povo vai mais atrás. Se não tiver, não vai atrás, não. É igual as campanhas, se não for avisado com muita antecedência, a campanha não é boa (Rio Madeira, 2023).

Nessa direção, conforme Cavaca e Vasconcellos-Silva (2013), para dar visibilidade à TB na televisão, os setores de comunicação das secretarias de saúde são dependentes do Mercado de Atenção. Tal questão pode explicar o uso intenso, ampliado e contínuo da mídia na época da pandemia causada pela Covid-19, doença que afetou pessoas de diferentes níveis socioeconômicos e que era totalmente desconhecida, situação oposta da TB, doença que existe há séculos e que não apresenta atrativos, inclusive financeiros, para ter maiores espaços de divulgação.

Os relatos dos ACSs expõem a comunicação sobre TB ser feita de forma negligenciada, em apenas períodos específicos. Nas percepções deles, a televisão continua sendo um grande espaço para pautar o tema e assim alcançar um número maior de pessoas e, ainda, é importante de que as campanhas sejam feitas em períodos maiores, para assim ter melhor qualidade.

E, por fim, uma participante da pesquisa manifestou seu desejo de que o resultado da tese fosse compartilhado com os ACS, enfatizando, inclusive, as práticas de cada ACS para que pudessem aprender com os demais, o que nos traz reflexões de que, ainda que nossa pesquisa não tenha natureza aplicada, temos potência de continuar dialogando junto aos

gestores do estado e município para ampliar os espaços formativos no que cabe à dimensão comunicacional, a partir dos dados levantados e analisados na pesquisa.

6.7. DISCUSSÃO

A centralidade da práxis comunicacional dos Agentes Comunitários de Saúde, ainda que constituída a partir do seu lugar ocupado como sujeito institucional de políticas públicas de saúde, de relações contratuais entre Estado e o agente, é oriunda de aspectos relacionais tão férteis para o êxito de suas ações no território de tratamento da tuberculose. É nesse seu espaço como ACS que o Estado realiza as cobranças de seu papel de agente promotor de ações de saúde na comunidade, mas que, na operacionalização das atividades, o limita a ser apenas um condutor de informações vindo de um modelo representacionista-informacional (Queré, 2018) e normativo, prescritivo e imperativo (Araújo; Aguiar Cordeiro, 2020), saindo das Unidades Básicas de Saúde para o território,

As percepções dos ACSs sobre a própria atuação como elo entre os serviços de saúde e a comunidade, e vice-versa, direcionam nosso olhar para a compreensão que eles têm de si mesmos, embasada na normatização do que lhe cabe enquanto profissional atuante nas UBSs, semelhante ao que propaga o Estado. Percepções sobre si mesmo como o lugar da ponta ou os olhos do Governo Federal na comunidade o situa como um agente com práticas de controle dos corpos dos pacientes, de monitoramento e vigilância, devido a TB ser um problema de saúde pública e, ao mesmo tempo, o ACS se torna um alimentador do sistema informatizado, levantando dados de saúde na comunidade.

Ainda que o papel de agente de políticas públicas de saúde constitua o ACS a partir da normatização existente, a singularidade (Guareschi, 2019) também se faz presente, gerando a práxis de alguns agentes marcadas pelo exercício de funções tão características de outros profissionais, como o olhar humano e empático sobre o outro e a oferta da escuta diante de diversos dilemas do paciente. Assim, a constituição de sua subjetividade (Guareschi, 2019) extrapola os limites do que o constitui em termos normativos.

A característica prazerosa e de contentamento da e com a profissão, a qual foi relatada na pesquisa, não impede o aparecimento das tensões existentes na atividade do ACS, como as suas precárias condições de trabalho, as dificuldades de agendar consultas e exames, a exposição à violência e a riscos de contaminação por diversas doenças, a percepção de sua não valorização por parte de outros profissionais, a falta de formação qualificada (que influenciaria positivamente as orientações que necessita fazer com os pacientes de TB) etc.

Essas questões somam-se a estudos anteriores, como o de Palhares (2011), o qual foi, também, realizado na cidade de Manaus, no Amazonas, e que deixou expressas tensões existentes nas condições de trabalho dos ACSs, envolvendo riscos ocupacionais, físicos, químicos, biológicos, ergonômico, de insalubridade, dentre outros, e o realizado por Pinto *et al* (2014), sobre a questão conflitiva na relação entre os agentes e seus supervisores.

A prática de desvalorização do ACS o coloca como um profissional que embora esteja assegurado pela atual legislação (nº 1.802, de 2019), que o reconhece como profissional da saúde, lida, no cotidiano, com questões que o marginalizam, como é o caso da falta de treinamento suficiente para qualificá-lo como ACS. Tal formação, quando ofertada, nem sempre é pensada em uma linguagem contextualizada à realidade do agente, o que pode implicar no nível de aprendizado de cada pessoa. Além disso, a falta de ferramentas que otimizem seu trabalho, como *tablets* e/ou aplicativos que o retirem do atual estágio de ter de fazer cotidianamente um retrabalho dos dados coletados (em papel impresso e repassados, posteriormente, ao computador da UBS), o situa em uma condição de exclusão digital, e, ainda, restringe seu acesso aos dados do recém lançado sistema ITB da SEMSA/Manaus.

A retirada do protagonismo do ACS do território, seja por desvio de função, doença ou por envelhecimento (este último pra evitar exposição a riscos ocupacionais diversos), são questões que influenciam no trabalho que precisa ser feito no acompanhamento dos comunitários adoecidos de TB. Os números baixíssimos de cobertura de apenas 12% dos pacientes em Tratamento Diretamente Observado (TDO) parecem revelar um cenário expressivo de adoecidos desacompanhados quanto à tomada de medicação. Se, por um lado, o trabalho do ACS indica o controle dos corpos dos comunitários, por outro, na questão da TB, a prática laboral fica restrita a um número bastante reduzido de acompanhamento, o que tende a refletir na qualidade do tratamento realizado. Sem ACSs realizando o TDO, há menos conversas e orientações sobre a doença que poderiam ser dadas durante a atividade.

Em direção complementar, importa observarmos que os aspectos relacionais surgem como basilares e primários na práxis do ACS junto aos comunitários, sejam pacientes ou não, e outros membros da equipe multiprofissional de saúde. Isso também está registrado no material institucional do Ministério da Saúde (MS), conforme nossas análises revelaram, e foi reforçado pelas falas das lideranças entrevistadas. Podemos, então, depreender que conversações com potencial dialógico é uma categoria presente no cotidiano dos ACS, devendo ser exercida através das ações territoriais, como as visitas domiciliares, a busca ativa, a avaliação dos *comunicantes*. Nessa direção, reconhecemos que os encontros com os

interlocutores comunitários podem ser conformados pelos ACSs como espaços de acolhimento, de constituição e reforço dos vínculos de confiança (ainda que os comunitários nem sempre gozem de estabilidade emocional e possam ficar à mercê da eficácia ou não dos serviços de saúde ofertados) e de fala e escuta entre todos. Isso traduz a necessidade de se trabalhar em uma perspectiva de saúde ampliada, olhando-se para o sujeito adoecido além dos aspectos biomédicos.

Entretanto, essas idealizações do Estado e das lideranças nem sempre se efetivam de fato. Conforme vimos a partir das entrevistas com os ACSs, o encontro comunicacional com essa qualidade nem sempre é possível, especialmente pelas condições de sua ocorrência. A situação comunicacional não se reduz a protocolos, normas e intenções, pois, conforme os fundamentos teóricos acionados, em perspectiva interacionista, é nas relações e das relações que o mundo é significado. Portanto, a significação da doença TB e da saúde é produzida, especialmente na ação do agente em campo, em interação com pacientes e familiares, seja esclarecendo dúvidas, passando orientações, atentando para os procedimentos necessários para a cura, acolhendo relatos, sendo sensível aos que vivem a situação do adoecimento. Com isso, enfatizamos que, se por um lado, campanhas e outras estratégias informativas são muito relevantes para que algumas informações básicas cheguem até a sociedade em sentido amplo, por outro, é no cotidiano, nos níveis capilares da vida do cotidiano, do vivido, que essa construção de significação se dá, de fato, para a maior parte da população em condições de vulnerabilidade socioeconômica, dentre outras. E é nesse cotidiano que o ACS atua, realiza mediações entre o sistema público de saúde e os cidadãos.

Aqui reconhecemos algo que nos parece central quando pensamos em qualificação dos referidos processos comunicacionais: informações limitadas que os ACSs detêm sobre saúde articulada à expectativa da população por respostas assertivas potencializam o imprevisto. Vejamos: a) o ACS é apresentado como sujeito que pertence ao sistema público de saúde, portanto como legítimo para o desenvolvimento de diferentes ações junto às comunidades (conforme apresentamos); b) a população atendida tende a reconhecê-lo como sujeito que presentifica o sistema e tende a esperar atendimento, respostas e orientações para as diferentes situações que enfrentam em relação à saúde; c) por ter pouca ou não ter formação formal na área da saúde, nem sempre o ACS têm respostas qualificadas às demandas públicas; e d) essa situação de demanda (de um paciente ou familiar) associada à ausência de respostas com base científica, tendem a potencializar a improvisação, as respostas improvisadas. Não podemos esquecer, aqui, os vários atravessamentos no ser ACS, como o temor de poder ser

desqualificado à medida que não souber responder uma demanda ou dar a orientação e/ou encaminhamento correto a um paciente. Esse imprevisto, em algumas situações pode ser percebido como o “jeitinho que soluciona diante do que se tem”, mas também pode se traduzir em significativos danos. Portanto, é fundamental que se atente para esses processos caso o sistema público de saúde, de fato, deseje evitar a potencialização dos riscos.

Avançando em nossa reflexão, em perspectiva complementar, destacamos que, da parte dos comunitários, manifestação de afeto através de palavras de agradecimentos ou oferta de comida e objetos dão pistas da relação que se constitui junto aos agentes, seja pela consulta agendada ou pela acolhida em ouvir suas dores, sejam biológicas e/ou confessionais. A fala e a escuta entre os interlocutores aparece como elementos principais em tais processos, o que gera o entendimento entre muitos agentes de que exercem assim um trabalho semelhante ao do profissional da psicologia. Acentuamos, assim, a questão da oralidade como elemento central no acompanhamento dos pacientes de doenças diversas, dentre elas, a TB. Esses dados convergem com os estudos de Abrunhosa (2011), Pinto *et al* (2017) e Carli (2014), os quais discutem sobre os processos dialógicos, os vínculos estabelecidos, a escuta ofertada como potência para o êxito no tratamento dos pacientes.

Os próprios instrumentos protocolares como as visitas domiciliares têm importância muito além do normativo, podendo alcançar aspectos intangíveis das relações que passam a se constituir entre os interlocutores. Entendemos os protocolos como potência já que embora haja as normas que acabam por direcionar todos os agentes para a mesma direção, novamente a singularidade de cada um é que conduz tais processos, como bem aponta Galavote *et al* (2013), com a construção de teias processuais.

Nessa primeira parte da discussão, nosso entendimento é de que embora a figura do ACS tenha relevância de protagonista no serviço ofertado na Atenção Primária, devido às condições estruturais do sistema, seu lugar de mediação apresenta marcas de apagamento, silenciamento e marginalização de papéis que exerce. E, ao adentrarmos especificamente nos aspectos que envolvem a dimensão comunicacional, enfatizamos que esta ocorre em um contexto maior, como apontado por França (2000, p. 138), “inserido numa realidade que o atravessa e ultrapassa”. A ausência de políticas públicas efetivas para um país continental como o Brasil, que permita tratar os pacientes de TB além do modelo biomédico, de oferta de condições adequadas de trabalho para os agentes, como formação e recursos materiais que o qualifiquem e otimizem sua prática profissional, são questões estruturais que também trazem

implicações aos processos de mediação, entendida esta em seu potencial transformador e de alteração de fronteiras no ir e vir (Velho, 2001) da comunicação com os pacientes.

Refletimos, então, sobre qual comunicação é possível de ser fazer com os pacientes enquanto interlocutores do tratamento da TB, o que nos conduziu a um direcionamento que abandona os modelos idealizados e normativos, adentrando na adoção de uma perspectiva na qual o ACS, em seu agir comunicacional, nas interações, que é de onde localizamos nosso olhar, necessita ter a capacidade de reconhecer o paciente em suas vulnerabilidades, seja de alimentação, de cuidados, de tempo necessário no acompanhamento, de atribuição de sentidos que o paciente produz ao que significa passar pelo longo e desafiador tratamento de TB. Mas para reconhecer esse outro e suas vulnerabilidades, é primordial que o Estado oferte, além da qualificação que já está em condição escassa, outra que o transforme em uma espécie de analista de contexto, que o permita ver a realidade do paciente além do impacto inicial que os comove diante das dificuldades socioeconômicas que caracterizam uma parcela significativa dos comunitários. Isso significa desenvolver competências e habilidades para a realização de suas próprias inferências de diagnosticar tal realidade e, assim, qualificar seus processos comunicacionais de modo a não reduzir a comunicação aos aspectos instrumental, transferencial e informativo. Para além disso, importa que, prioritariamente, a comunicação faça sentidos para o paciente, e a partir de sua própria realidade, contextualizada (Braga, 2010) nos aspectos sociais, econômicos, culturais, isto é, conforme o perfil do paciente a ser acompanhado que, pelas interações realizadas (especialmente quando do acompanhamento do tratamento), permite ao ACS melhor conhecê-lo a partir de sua intrincada rede de dependências (estrutural familiar, financeira, habitacional, tecnológica etc.) e implicações (culturais, relacionais, sociais, políticas etc.). Cabe novamente ressaltarmos que é desse lugar que os pacientes atribuem sentido ao mundo e, por pressuposto, também é desse lugar que compreendem e podem se comprometer ou não com o tratamento de TB.

Nessa direção, a formação comunicacional dos ACSs necessita ser promotora de um olhar clínico, analítico e resolutivo para as demandas dos pacientes de TB, através da oferta de escuta qualificada em relação às dificuldades que têm na adaptação da medicação, de conflitos existentes por questões de estigmas e preconceitos e/ou de outra natureza conveniente ao acompanhamento feito pelo ACS, para assim conseguir efetivamente dar as devidas orientações cabíveis e responsáveis, tanto para o paciente quanto para o núcleo familiar que o envolve. A essa comunicação, atribuímos às características de possível (contextualizada), sensível, analítica e resolutiva, exigindo competências e habilidades

comunicacionais capazes de interpretar o contexto e assim ter potencial dialógico com os pacientes, com a “constituição de mundo comum, partilhado” (FRANÇA, 2000), no qual a importância de fazer todo o tratamento para obter a cura, ainda que em realidades desafiadoras, faça sentido para o paciente enquanto interlocutor desse processo.

7. CONSIDERAÇÕES

Ao fim do tratamento, a médica da saúde suplementar solicitou o Raio – X e a US das axilas, dando-me alta, após verificar de que não existia mais alterações, e eu havia completado os nove meses do uso da medicação. Retornei à Policlínica Cardoso Fontes apenas com os exames em mãos, para que pudessem finalizar o processo deles e me liberar. Quando eu falo em processo, estou me referindo a questão da vigilância, de deixar de ser um número de pessoas em tratamento de TB. Sim, enfim, estava curada e não precisava mais buscar medicação para toma-la diariamente. A cura veio, mas, cada vez que olho para a cicatriz, venho me lembrar da minha história com essa doença, dos altos e baixos, das dúvidas e medos, os quais, ainda que tenham sido vividos em uma posição socioeconômica privilegiada, me afetaram bastante naquele contexto. E, ainda, como não sou uma mulher apegada a dores e sofrimentos, semelhante às mulheres de minha família, sou totalmente pragmática: da minha história, então, busquei promover com essa tese um espaço de interlocução entre vozes que, ainda que sejam institucionais, como a normativa, são, também, plurais, como no caso dos ACSs. Penso que fiz o que precisava ser feito. E espero que isso tudo reverbere em processos comunicacionais mais qualificados no território de tratamento da tuberculose (Judy, 2023).

Nossa pesquisa realizada, a qual objetivou explicar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como mediadores da comunicação entre o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), e os pacientes residentes na cidade de Manaus/AM, na disputa de sentidos sobre o tratamento da tuberculose, trouxe um cenário peculiar, com desafios socioeconômicos e estruturais do sistema público de saúde, que atravessam as práticas comunicacionais dos agentes e seus interlocutores, principalmente daqueles que se encontram na condição de pacientes dessa doença.

Consideramos que obtivemos êxito em alcançar os objetivos específicos de nosso estudo, o que nos proporcionou responder a pergunta que conduziu toda a pesquisa: *como os agentes comunitários de Saúde compreendem a própria atuação diante dos pacientes como mediadores da comunicação na disputa de sentidos sobre o tratamento da tuberculose?*, conforme explicamos a seguir.

Em nível federal, estadual e municipal, realizamos discussão sobre os aspectos normativos da comunicação sobre o tratamento da TB, a partir da voz da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas Dra. Rosemary Costa Pinto (FVS-AM) e da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), em Manaus/AM.

Os dados coletados em nossa pesquisa de campo com a liderança municipal nos permitiram perceber que as questões estruturais de funcionamento do sistema de saúde que

impactam negativamente o TDO, é algo que a liderança em saúde reconhece como questão que precisa ser melhorada, assim como o fato do município não conseguir ofertar uma equipe com outros profissionais, como psicólogas e assistentes sociais, para acompanhar os pacientes de TB, e, principalmente, as questões referentes a escassa formação dos ACSs. Nisso, encontramos um cenário no qual a importância do agente no TDO é reduzida a apenas 12% dos pacientes em tratamento, sendo um dado que mostra uma realidade tão distante da que havíamos encontrado nos próprios protocolos e normatização que é instituída pelo Ministério da Saúde, como consultado na pesquisa documental. E essa questão é tão contraditória com uma atuação que concede mais poder aos ACSs de Manaus, quando estes podem solicitar exame de escarro para comunitários suspeitos de TB, sendo essa autonomia um diferencial da realidade local. Essas situações refletem diretamente nos processos comunicacionais promovidos face a face entre agentes e pacientes, uma vez que esses profissionais têm um papel central e necessário de interlocução entre as UBSs e os pacientes.

A realização das entrevistas com 12 ACSs que compuseram o *corpus* da pesquisa possibilitou o conhecimento de um cenário de coexistência de saberes tradicionais e biomédicos, não exclusivamente para tratar a tuberculose, mas para diminuir os efeitos colaterais dos antibióticos e/ou tratar outras doenças, por parte dos pacientes, unindo, segundo Feichas, Schweickardt e Ferla (2020), dois modos do cuidar em saúde.

Na investigação sobre os papéis exercidos pelo ACS, encontramos um sujeito que é reconhecido como agente de políticas públicas na área da saúde, cumprindo funções que são normatizadas pelas instâncias do SUS, mas que desempenha diversos papéis na comunidade, e vê-se como psicólogo, médico, assistente social, enfermeiro, macumbeiro, conselheiro, agente de endemias, dentre outras. Há, ainda, a compreensão dos aspectos relacionais, sendo o ACS um agente de afetividades, criando vínculos e estabelecendo relações de confiança com os pacientes, o que pode influenciar positivamente na adesão do tratamento.

Também percebemos que o lugar do ACS, que deveria ser um lugar formado entre o institucional e o comunitário, promovendo a interlocução entre esses dois contextos diversos, acaba tendendo mais para o lugar institucional. Os dados da realidade investigada situam os ACSs para o lugar da dimensão comunicada (Baldissera, 2009a), reduzindo a existência das dimensões comunicante e falada na práxis dos agentes. Na disputa de sentidos (Baldissera, 2009) estabelecida, temos uma atuação de um Agente Institucional de Saúde, com a comunicação normativa sobre TB, com certo apagamento do seu eu comunitário, de ser também um sujeito que compreende a própria realidade a partir das questões coletivas de

quem reside na localidade. É nesse lugar institucional e menos de interlocução que o ACS atua com o paciente de TB a partir de relações desiguais de poder (Foucault, 1996), quando diante dos comunitários pode reproduzir microviolências que sofre vindas de profissionais chancelados com o diploma. Destacamos o uso da expressão “meu tuberculoso” dito pela liderança distrital, ao explicar que as visitas domiciliares devem ser feitas de forma detalhada. Nomear o paciente como tuberculoso é acionar sentidos marcados por estigmas e preconceitos, conforme discurremos na tese.

Como estratégias, canais e processos de comunicação adotados pelos ACSs para as interações com os pacientes de TB, encontramos a realização das visitas domiciliares, a busca ativa, a realização de orientações necessárias como estratégias institucionais adotadas, bem como o uso de celular, tanto para fazer ligação quanto para a utilização de aplicativo de mensagens instantâneas, como o *whatsapp*, como canais adotados por iniciativa dos agentes, além de articulação junto às pessoas que compõem o núcleo familiar do paciente, em busca de garantir que o conteúdo alcance os pacientes.

Em relação aos fluxos circulantes, os ACSs buscam como fontes de informação colegas da equipe multiprofissional da saúde, principalmente médicos (a) e enfermeiros (a), além de acesso a espaços *online*, como sites e plataformas, sendo que tais conteúdos são apropriados e circulam junto aos comunitários.

Em resposta ao segundo questionamento, *como a comunicação se apresenta como desafio e potência para a saúde pública diante dos pacientes de TB?*, identificamos uma questão central nos resultados: a necessidade de o Estado ofertar formação comunicacional aos ACSs, que se qualifique pela especial atenção ao encontro com o sujeito interlocutor e, ao mesmo tempo, desenvolva habilidades e competências dos ACSs para a promoção do olhar clínico, analítico e resolutivo para as demandas dos pacientes de TB em relação ao tratamento, a qual nomeamos como comunicação contextualizada (Braga, 2010), sensível, analítica e resolutiva.

Nessa direção, estruturamos nossa tese em que, não basta que os ACSs estejam em território com práticas comunicacionais na perspectiva de condutores de informações sobre o tratamento da TB diante dos pacientes, com a intenção de “falar” a respeito da importância de tomar medicação. É primordial de que haja processos comunicacionais em contexto, a partir dos lugares dos interlocutores: ACSs, outros profissionais da saúde, pacientes, núcleo familiar, outros *comunicantes*. Nesse caso, as informações produzidas e que circulam nos materiais institucionais do Ministério da Saúde, da FVS-AM e da SEMSA/Manaus e/ou as

rápidas consultas aos médicos (a) e enfermeiros (a) durante as atividades laborais para dirimir dúvidas não são suficientes para atender a carência de formação dos ACSs, uma vez que estão situadas no viés de informações sobre a saúde, as quais saem de um pólo a outro para serem “decodificadas”, na visão simplista. É preciso que, periodicamente, os ACSs passem por formação em comunicação para ampliar as capacidades e potências de comunicação com dois principais focos, conforme a seguir:

1 – desenvolvimento e/ou reforço das competências e habilidades comunicacionais com ênfase na empatia, nos processos de acolhimento, na coleta e análise de informações de diferentes ordens, como de hábitos alimentares e de higiene, de sociabilidades, de padrões culturais etc, que lhe permitam mais compreensão sobre o interlocutor (paciente ou não) a partir do seu lugar de fala, bem como melhor expor as orientações basilares;

2 - capacidade comunicacional de realizar inferências e organizar informações relevantes para seu próprio uso em campo e, também, para melhor abastecer o sistema de saúde em perspectiva da concepção de saúde ampliada.

Olharmos para essa necessidade de capacitação dos ACSs como responsabilidade do Estado já que a função institucional do agente é exercer um papel de interlocução entre grupos diversos, logo a natureza de sua práxis é comunicacional. Além disso, a TB como problema de saúde coletiva é um tema de interesse público, sendo então da ordem do que Weber (2017) discute como comunicação pública.

Para ofertar a formação em comunicação aos ACSs, o Estado tem possibilidade de articular uma equipe multiprofissional, com profissionais da área da comunicação, psicólogos, assistentes sociais, sociólogos, médicos, enfermeiros e, fundamentalmente, agentes comunitários de saúde e comunitários com representação de diferentes zonas da cidade de Manaus, para estruturar, de forma colaborativa, participativa e dialogada, tal formação em comunicação de forma contextualizada.

Ao fazermos a opção em trabalhar a partir das percepções dos ACSs, uma vez que nosso foco se volta para as questões comunicacionais durante as interações entre os interlocutores, lidamos com dados que expressam uma perspectiva de olhar. Não o situando como fator limitante da pesquisa, mas compreendendo-o como potência para outros estudos, ressaltamos a necessidade de futuramente desenvolver pesquisas com outros membros da equipe multiprofissional da saúde, como médicos (a) e enfermeiros (a), que costumam liderar as atividades dos agentes e, ainda, de comunitários que já tenham lidado com o cenário de tratamento da TB, seja na própria condição de paciente ou no acompanhando de algum

familiar. Dessa forma, a lente de pesquisa, a partir do que conseguimos discutir até o presente momento, poderá ser ampliada.

A discussão gerada a partir da análise dos dados na pesquisa bibliográfica, documental e de campo nos trouxe a possibilidade de dar continuidade no nosso trabalho, futuramente, mas em um nível de extensão, com atividades de co-criação junto aos ACSs e assim, coletivamente, escolhermos e experimentarmos técnicas que nos permitam definir diretrizes para qualificar os ACSs enquanto analistas de contexto. Como nossa pesquisa não é de natureza aplicada, e em todos os momentos defendemos o lugar de sujeito do ACS, seria contraditório apresentarmos nessa tese normatizações sem o protagonismo dos agentes na elaboração de tais materiais.

E, por fim, volto para a primeira pessoa do singular pra registrar que “eu já fui um número pertencente aos dados divulgados no boletim epidemiológico da SEMSA/Manaus. Fui tratada e curada, também pelo SUS. E agora sigo como comunicadora que espera ter contribuído em fazer reverberar esse tema. Encerro, assim, meu percurso, como aluna, nesse lado do país, citando um fragmento de uma toada do outro boi de Parintins. *Apenas chegar, apenas partir, já vai canoeiro*⁴⁵.

⁴⁵ Trecho da toada *Saga de um canoeiro* do boi contrário.

8 REFERÊNCIAS

- ABRUNHOSA, Marcela Alves. *A Informação e a comunicação no trabalho do agente comunitário de saúde*. 2011. 103 f. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, 2011.
- ALBUQUERQUE, CP. *Educação Popular e decolonialidade: resistências, reexistências e potências para um cuidado inclusivo na saúde e projetos coletivos para o “Bem viver”*. Interface (Botucatu). 2021; 25: e200537 <https://doi.org/10.1590/Interface.200537>
- ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. ; NEVES, J. . *Comunicação, saúde pública e cidadania*. Conexão (UCS), v. 11, p. 131-144, 2012.
- ANDRADE, Elizabeth da Trindade de. *Aspectos subjetivos do paciente ao diagnóstico de tuberculose e adesão terapêutica: contribuição à educação médica*. 2014. 99 f. Dissertação (Mestrado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Rio de Janeiro, 2014.
- ARAÚJO, I. S. *Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas*. Interface: Comunicação, Saúde e Educação, v.8, n.14, p.165-178, 2003.
- ARAÚJO, I. S. de. Contextos, mediações e produção de sentidos: uma abordagem conceitual e metodológica em comunicação e saúde. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, [S. l.], v. 3, n. 3, 2015. DOI: 10.3395/reciis.v3i2.755. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/755>. Acesso em: 17 dez. 2023.
- ARAÚJO, IS. *O mapa da comunicação ou como deixar de olhar para o próprio umbigo e perceber a rede de sentidos da saúde*. Niterói: Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Informação Científica e Tecnológica, Núcleo de Pesquisa e Ensino em Comunicação e Saúde; 2006.
- ARAÚJO, Inesita Soares; CARDOSO, Janine Miranda. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M.; MURTINHO, R. A Comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación*, v. 6, 104-115, 2009.
- ARAÚJO, Inesita Soares; AGUIAR CORDEIRO, Raquel. A pandemia e o pandemônio: Covid_19, desigualdade e direito à comunicação. *REVISTA LATINOAMERICANA COMUNICACIÓN CHASQUI*, v. 1, p. 215-234, 2020.
- ARAÚJO, Inesita Soares; MOREIRA, Adriano de Lavor; AGUIAR, Raquel . Doenças negligenciadas, comunicação negligenciada. Apontamentos para uma pauta política e de pesquisa. RECIIS. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde* (Edição em Português. Online), v. 6, p. 738, 2013.

ARAÚJO, I. S.. O Campo da Comunicação e saúde: contornos, interfaces e tensões. In: XXXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 2013, Manaus. XXXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação - INTERCOM. Comunicação em tempo de redes sociais:afetos, emoções, subjetividades. São Paulo: Intercom, 2013a. v. 1.

ARAÚJO, James Maxwell Fernandes. A análise do discurso no contexto da comunicação na saúde: elementos para uma abordagem do direito à informação na interação entre médico e paciente. *Comunicação & Sociedade* (Online), v. 34, p. 121, 2013.

ARAÚJO, Nayara Bueno de; MANDU, Edir Nei Teixeira. *Produção de sentidos entre adolescentes sobre o cuidado de si na gravidez*. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 20, n. 57, p. 363-375, June 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200363&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Feb. 2021. Epub Feb 16, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0301>.

BARBOUR, Rosaline. *Grupos Focais*. Porto Alegre. Artmed, 2009.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BALDISSERA, Rudimar. A teoria da complexidade e novas perspectivas para os estudos de comunicação organizacional. In KUNSCH, Margarida M. K. (org.). *Comunicação organizacional: histórico, fundamentos e processos*. Vol.1. São Paulo: Saraiva, 2009a.

_____. Comunicação organizacional na perspectiva da complexidade. In: *Organicom: Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas*. Ano 6, ed. especial, n.10/11 (2009). São Paulo: Gestcorp-ECA-USP, Abrapcorp 2009b, p. 115 a 120.

_____. Comunicação, organizações e comunidade: disputas e interdependências no (re)tecer as culturas. In: III Congresso Brasileiro Científico de Comunicação Organizacional e Relações Públicas, 2009, São Paulo. Anais Abrapcorp 2009. São Paulo: Abrapcorp, 2009. Disponível em: https://www.abrapcorp2.org.br/anais2009/pdf/GT2_Rudimar.pdf. Acesso em: julho de 2022.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. *Saude soc.*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, Julho 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11.set. 2020.

BATISTA, Djalma. *A equação da tuberculose em Manaus*. Manaus: DEIP, p. 17-18, 1943.

BATISTA, D. C. ; BALDISSERA, Rudimar. Entre a organização comunicada e a falada: a comunicação organizacional da empresa Tramontina C. B. S/A. *Iniciacom: revista brasileira de iniciação científica em comunicação social*, v. 2, p. 01-21, 2010.

- BELCHIOR, Aylana de Souza. *O conhecimento dos pacientes acerca da tuberculose: um estudo de caso controle*, Manaus-AM. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Amazonas, 2012.
- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N.. O Trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 6, n. Trab. educ. saúde, 2008.
- BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Edusp, 1982.
- BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. 2.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
- BRAGA, J. L. (2012). Interação como contexto da Comunicação. *MATRIZES*, 6(1-2), 25-42. <https://doi.org/10.11606/issn.1982-8160.v6i1-2p25-42>
- BRAGA, J.L. Dispositivos Interacionais. In: BRAGA, J.L., RABELO, L., MACHADO, M., ZUCOLO, R., BENEVIDES, P., XAVIER, M.P., CALAZANS, R., CASALI, C., MELO, P.R., MEDEIROS, A.L., KLEIN, E., and PARES, A.D. Matrizes interacionais: a comunicação constrói a sociedade [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2017a, pp. 17-41.
- BRAGA, J.L. Circuitos de Comunicação. In: BRAGA, J.L., RABELO, L., MACHADO, M., ZUCOLO, R., BENEVIDES, P., XAVIER, M.P., CALAZANS, R., CASALI, C., MELO, P.R., MEDEIROS, A.L., KLEIN, E., and PARES, A.D. Matrizes interacionais: a comunicação constrói a sociedade [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2017b, pp. 43-64.
- BRAGA, José Luiz. *Comunicação é aquilo que transforma linguagens*. Alceu (PUCRJ), v. 10, p. 41-54, 2010.
- BRAGA, Rebeca Sousa *et al.* Enfoque na família sobre tuberculose sob a ótica dos agentes comunitários de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 31, n. 01 [Acessado 9 Janeiro 2022] , e310134. Disponível em: . Epub 15 Nov 2021. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310134>.
- BRANDAO, E. P.. Usos e significados do conceito de comunicação pública.. In: XXIX CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 2006, BRASÍLIA. ANAIS DA INTERCOM 2006. BRASÍLIA: INTERCOM - UNB, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde*. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.44, n.1, p.200-202, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB. <http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php/area=01>. Acessado em 10/05/2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Agente Comunitário de Saúde* [Internet]. Brasília, 2022a. [acessado 2022 Jan 13]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/esf/composicao>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde : tuberculose*. Brasília, 2017b. [acessado 2022 Nov 21]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_agente_comunitario_saude_tuberculose.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 195p.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Boletim Epidemiológico* [Internet]. Brasília, 2022b. [acessado 2022 Abr 05]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-marco-2022.pdf>

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União 2017; 17 nov

BRASIL *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Diário Oficial da União 1988; 5 out.

BRASIL. Decreto no. 11.494, de 17 de abril de 2023. Institui o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente - CIEDS. Diário Oficial da União 2023; 17 abril

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública : estratégias para 2021-2025*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências..

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A.. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 77–93, jan. 2007.

CARDOSO, Gisela Cordeiro Pereira et al. *Sítios simbólicos de pertencimento e prevenção e controle da tuberculose: percepções e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil e na Etiópia*. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 8 [Acessado 9 Janeiro 2022] , pp. 2927-2937. Disponível em: . Epub 05 Ago 2020.

CARDOSO, Janine Miranda. *Comunicação e Saúde: Desafios para fortalecer o SUS, ampliar participação e o controle social*. In: *Coletânea de Comunicação e Informação em Saúde para o exercício do Controle Social*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006. p. 45-56.

CARLI, Rafaela De et al. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online]. 2014, v. 23, n. 3 [Acessado 10 Janeiro 2022] , pp. 626-632. Disponível em: . ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014001200013>.

CARVALHO, P. R. ; RAMOS, M. G. . *Diálogos entre a Colonialidade, a Decolonialidade e as Epistemologias do Sul I*. In: 43º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação

Intercom 2020., 2020, Salvador. 43º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação Intercom 2020., Salvador: UFBA, 2020.

CAVACA, A.G ; VASCONCELLOS-SILVA, P.R. O Mercado da atenção e as Doenças Midiaticamente Negligenciadas. Editorial. *Revista brasileira de pesquisa em saúde*. UFES. V.15, n.4. 2013.

COELHO, EQ; COELHO, AQ; CARDOSO, JED. *Informações médicas na internet afetam a relação médico_paciente?* Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2013 [acesso 8 jul 2019];21(1):142-9. DOI: 10.1590/ S1983-80422013000100017

COSTA, V. S.. *Contribuições e limites do paradigma praxiológico para os estudos da comunicação pública da ciência: uma análise do canal Nerdologia*. E-COM (Belo Horizonte), v. 9, p. 80-95, 2016.

DE ANDRADE Eda T *et al. Perspectives of Patients, Doctors and Medical Students at a Public University Hospital in Rio de Janeiro Regarding Tuberculosis and Therapeutic Adherence*. PLoS One. 2015 Sep 11;10(9):e0137572. doi: 10.1371/journal.pone.0137572. PMID: 26360291; PMCID: PMC4567070

DELGADO, Juan Manuel; GUTIÉRREZ, Juan. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid. Editorial Síntesis, 1995.

DE MELO LANZONI, Gabriela Marcellino; CECHINEL, Caroline; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein. Agente Comunitário de Saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações. *Rev Rene*, v. 15, n. 1, p. 123-131, 2014.

DUARTE, Jorge (Org.). *Comunicação Pública na prática: depoimentos*, São Paulo: Aberje: ABCPública. 2021.

DUARTE, R. M. *Entrevistas em pesquisas qualitativas*. Educar em Revista , Curitiba, v. 24, p. 213-226, 2004.

EL KADRI, Michele Rocha de Araújo. *Da atenção básica municipal à atenção especializada e de urgência regional: os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas*. 2022. 95 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.

ESTEVES, João Pissarra. *Comunicação Política e Democracia*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2019.

_____. *A afirmação da comunicação pública é o compromisso da democracia*. [Entrevista concedida a] Izabela Cavalcanti. *Comunicação Pública na prática: depoimentos*, São Paulo: Aberje: ABCPública. 2021.

FARIA, Rivaldo Mauro de A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 11 [Acessado 8 Março 2022] , pp. 4521-4530. Disponível em: . Epub 06 Nov 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>.

FARIAS, Altair Seabra de. *Perfil dos doentes de tuberculose no município de Manaus – Amazonas*. Dissertação de mestrado em Ciências. Ribeirão Preto: USP, 2010.

FEICHAS, Naila Miriam Las-Casas, SCHWEICKARDT, Júlio Cesar e FERLA, Alcindo Antonio. Estratégia Saúde da Família e práticas populares de saúde: diálogos entre redes vivas em um território de Manaus, AM, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2020, v. 24, suppl 1 [Acessado 21 Julho 2022], e190629. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190629>>. Epub 14 Set 2020. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/Interface.190629>.

FERNANDES, Valcler Rangel et al. O lugar da vigilância no SUS – entre os saberes e as práticas de mobilização social. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 10 [Acessado 4 Janeiro 2023], pp. 3173-3181. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.1772017>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.1772017>.

FILHO, Cláudio Bertolli. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

FLICK, Uwe. *Desenho na pesquisa qualitativa*. Porto Alegre. Artmed, 2009.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Trad. M.T. C. Albuquerque e J. A G. Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

FRANÇA, Vera. Discutindo o modelo praxiológico da comunicação: controvérsias e desafios da análise comunicacional. FRANÇA, Vera V; SIMÕES, Paula G. (Org). *O modelo praxiológico e os desafios da pesquisa em comunicação*. Porto Alegre: Sulina, 2018.

FRANÇA, Vera V; SIMÕES, Paula G. (Org). *O modelo praxiológico e os desafios da pesquisa em comunicação*. Porto Alegre: Sulina, 2018.

FRANÇA, Vera V; SIMÕES, Paula G. *Curso Básico de Teorias da Comunicação*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

FRANÇA, Vera Veiga. O objeto e a pesquisa em comunicação: uma abordagem relacional. In: MOURA, Cláudia Peixoto de. LOPES, Maria Immacolata Vassallo de (org.). *Pesquisa em Comunicação*. Metodologias e práticas acadêmicas. Porto Alegre: EdIPUCRS, 2016.

FRANCA, Vera. V. *Interações comunicativas: a apreensão da globalidade da comunicação*. Comunicação e sociedade 2, Série de Comunicação, Cadernos do Nordeste. Braga: C.C.H.S, Univ. do Minho., Portugal, v. 14, p. 129-142, 2000.

FURTADO, R. N.; CAMILO, J. A. O. . O Conceito de Biopoder no Pensamento de Michel Foucault. *Subjetividades*, v. 16, p. 34, 2017.

GASPAR, Lucijane Maria da Silva *et al.* Conhecimento, atitudes e práticas de agentes comunitários de saúde sobre tuberculose pulmonar em uma capital do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 10 [Acessado 9 Janeiro 2022], pp. 3815-3824. Disponível em: . Epub 26 Set 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.01722018>.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2013, v. 17, n. 46 [Acessado 10 Janeiro 2022], pp. 575-586. Disponível em: . Epub 23 Ago 2013. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000015>.

GATTI, Bernardete Angelina. *Grupo focal na pesquisa em Ciências sociais e humanas*. Brasília: Líber Livro 2005.

GIL, Patricia Guimarães; MATOS, Heloíza. . *Quem é o cidadão na comunicação pública?* Uma retrospectiva sobre a forma de interpelação da sociedade pelo Estado em campanhas de saúde. In: Heloiza Matos. (Org.). *Comunicação pública: interlocuções, interlocutores e perspectivas*. 1ed.São Paulo: ECA-USP, 2013, v. 1, p. 141-167.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

GOMES, Henriette Ferreira; VARELA, Aida Varela. Mediation of information in medicine: possibilities for dialogue among knowledge scientific, professional and sociocultural. *Perspect. ciênc. inf., Belo Horizonte*, v. 21, n. 1, p. 3-22, Mar. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-99362016000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Feb. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5344/1529>.

GOMES, I. M. A. M. ; FERRAZ, L. M. R. . Saúde, governo e mídia: uma relação (por vezes) conflituosa. *REVISTA BRASILEIRA DE COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL E RELAÇÕES PÚBLICAS*, v. 9, p. 267-280, 2012.

GONÇALVES, Helen. A tuberculose ao longo dos tempos. In *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*. [online] v. 7, n. 2, Jul/Out. Rio de Janeiro: 2000, pp. 305-27. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000300004&lng=en&nrm=iso . Acessado em 10/11/2016.

GOUVÊA, Allan.; COUTINHO, Iluska . Os sentidos e os efeitos sociais da informação televisiva em saúde: um estudo de recepção com pacientes do câncer de mama. *RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, v. 10, p. 1, 2016. GUARESCHI, Pedrinho. *Psicologia e pós-verdade*. GUARESCHI, Pedrinho Arcides; AMON, Denise; GUERRA André (Org.). *Psicologia, comunicação e pós-verdade*. Florianópolis: ABRAPSO, 2019.

HAGUETTE, Teresa M. Frota. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis. Vozes, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasil/ Amazonas/Manaus/Panorama. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/panorama>. Acesso em: 10. jan. 2023.

JOAS, H. *Interacionismo simbólico*. In A. Guiddens & J. Turner (Orgs.), *Teoria social hoje*. São Paulo: UNESP, 1999.

JÚNIA, Raquel. *Conceito ampliado de saúde pode ajudar a saber se uma população é saudável*. Disponível em <https://agencia.fiocruz.br/conceito-ampliado-de-sa%C3%BAdede-pode-ajudar-a-saber-se-uma-popula%C3%A7%C3%A3o-%C3%A9-saud%C3%A1vel>. Acesso em 10.set 2020.

JUNGES, J. R. et al.. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 11, p. 4327–4335, nov. 2011.

KNORST, Gabriel Rocha Santos; JESUS, Victor Machado; MENEZES JUNIOR, Antônio da Silva. *A relação com o médico na era do paciente expert: uma análise epistemológica*. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 23, e180308, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100242&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Feb. 2021. Epub June 27, 2019. <https://doi.org/10.1590/interface.180308>.

KRIPKA, Rosana; SCHELLER, Morgana; BONOTTO, Danusa Lara. *Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa*. CIAIQ2015, v. 2, 2015.

KUNSCH, M. M. K.. *Comunicação pública: direitos de cidadania, fundamentos e práticas*. Heloiza Matos. 1ed. São Paulo, SP: ECA-USP/PPGCOM, 2012, v. 1, p. 13-30.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social*. Brasília: Líber Livro, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *O corpo e seus senhores: homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e mente humana*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C. e MARQUES, C da C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2009, v. 14, n. 4 [Acessado 21 Junho 2022], pp. 1193-1204. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400025>>. Epub 27 Out 2009. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400025>.

LEFEVRE, F.; OLIVEIRA R.A. Representações sociais sobre a revelação do diagnóstico da tuberculose e suas relações com a adesão ao tratamento. *RECIIS. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde* (Edição em Português. Online), v. 6, p. 83-88, 2012.

LEITE, J. C.; LIMA JUNIOR, L. G. DE S. *Cuidado em saúde: sujeito, saberes e a opção decolonial*. *Revista Internacional de Folkcomunicação*, v. 13, n. 29, p. 50-62, 30 abr. 2016.

LOFEGO, Juliana; PINHEIRO, Roseni . Comunicação e informação no controle do câncer de colo uterino no Brasil: uma análise sob perspectiva da integralidade em saúde - DOI: 10.3395/reciis.v6i4.Sup1.742pt. *RECIIS*. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde (Edição em Português. Online), v. 6, p. 150-159, 2013.

LOTTA, Gabriela Spanghero. Saberes locais, mediação e cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde. *Saúde e Sociedade* [online]. 2012, v. 21, suppl 1 [Acessado 9 Janeiro 2022] , pp. 210-222. Disponível em: . Epub 06 Jul 2012. ISSN 1984- 0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500018>.

MACIEL, Marina de S.; MENDES, Plínio D.; GOMES, Andréia P.; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. A histórias da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. In *Revista Brasileira de Clínica Médica*. v. 10, n.3, Maio-Jun. São Paulo: 2012, pp. 226-30. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2886.pdf> . Acessado em 05/11/2016.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5 ed, São Paulo: Atlas, 2003.

MARREIRO, L. D. S., et al. *Tuberculose em Manaus, Estado do Amazonas*: resultado de tratamento após a descentralização. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v.18, n.3, p.237-242. 2009.

MARTINO, Luís Mauro Sá. *Métodos de pesquisa em Comunicação*: projetos, idéias, práticas. Petrópolis: Vozes, 2018.

MARTINS, Carla Macedo; STAUFFER, Anakeila de Barros. Sobre a produção da sociabilidade capitalista: o discurso sobre trabalho, comunicação e participação nos manuais dos agentes comunitários de saúde. *RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 1-14, dez. 2012.

MASSABNI, A. C.; BONINI, E. H. Tuberculose: história e evolução dos tratamentos da doença. *Revista Brasileira Multidisciplinar - ReBraM*, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 6-34, 2019. DOI: 10.25061/2527-2675/ReBraM/2019.v22i2.678. Disponível em: <https://www.revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/678>. Acesso em: 22 nov. 2022.

MATOS, Heloiza; GIL, Patrícia. Alternativas ao conceito e à prática da comunicação pública. *Revista Eptic Online*, v. 15, n. 2, p. 12-27, 2013.

MIRANDA, Ana Clara Araújo; FELICIANO, Katia Virginia de Oliveira; SAMPAIO, Marisa Amorim. A comunicação médico-paciente na percepção de mulheres com nódulo mamário e indicação de biópsia. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife , v. 14, n. 3, p. 251-260, Sept. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000300251&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Feb. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292014000300006>.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.. *Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil*: inventário de conquistas e desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 261–274, set. 2018.

MUYLAERT, Camila Junqueira et al. Narrative interviews: an important resource in qualitative research. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2014, v. 48, n. spe2 [Acessado 21 Junho 2022] , pp. 184-189. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800027>>; Epub Dez 2014. ISSN 0080-6234. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800027>.

NUNES, M. DE O. *et al.*. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 1639–1646, nov. 2002.

OLIVEIRA, Roberta Andrea de. *Representações e sentidos sobre a revelação do diagnóstico da tuberculose: relações com adesão ou não adesão ao tratamento*. 2012. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, University of São Paulo, São Paulo, 2012. doi:10.11606/D.6.2012.tde-10072012-140717. Acesso em: 2021-01-08.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de. *Vidas em exclusão e a reinvenção do cuidado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. *In: Coletânea de Comunicação e Informação em Saúde para o exercício do Controle Social*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde: 2006. p. 29-46.

OROZCO GOMEZ, G. *La investigación en comunicación desde la perspectiva cualitativa*. México: Universidade Nacional de la Plata, 2000.

PALHARES, Flávia Ferreira Martinez. *Análise das condições de trabalho dos agentes comunitários de saúde de Manaus*. 2011. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2011.

PEREIRA, Iara Cristina; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2013, v. 66, n. 3 [Acessado 10 Janeiro 2022] , pp. 412-419. Disponível em: . Epub 22 Jul 2013. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000300017>.

PINTO, E. S. G., Scatolin, B. E., Beraldo, A. A., Andrade, R. L. de P., Silva-Sobrinho, R. A. da, & Villa, T. C. S. (2014). O Agente Comunitário de saúde na detecção de casos de tuberculose DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v13i3.20926. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 13(3), 519 - 526.

PINTO, A. G. A. ; PALÁCIO, M.A.V. ; LOBO, A. C. ; JORGE, Maria Salette Bessa. Vínculos subjetivos do agente comunitário de saúde no território da estratégia saúde da família. *Trabalho, educação e saúde* (ONLINE) , v. 15, p. 789-802, 2017.

PITOMBEIRA, Delane Felinto; OLIVEIRA, Lucia Conde de. *Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária*. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 5 [Acessado 8 Agosto 2022] , pp. 1699-1708.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>>. Epub 08 Maio 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>.

PRADO FILHO, K.; TETI, Marcela Montalvão. . *A cartografia como método para as ciências humanas e sociais..* Barbarói (UNISC. Online), v. 1, p. 45-59, 2013.

QUÉRÉ, Louis. De um modelo epistemológico da comunicação a um modelo praxiológico. In: FRANÇA, Vera V; SIMÕES, Paula G. (Org). *O modelo praxiológico e os desafios da pesquisa em comunicação*. Porto Alegre: Sulina, 2018.

RADIS: *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, n. 80, abr. 2009. 24 p. Mensal.

RANGEL-S, Maria Ligia ; SERAFIM, J.F. ; CERQUEIRA, I.C.S. ; PINTO, M.M.A. . Direito à informação e comunicação sobre a tuberculose. In: XII Congreso Latinoamericano de Investigadores de la Comunicación, 2014, Lima. XII Congreso Latinoamericano de Investigadores de la Comunicación- GT 5 ? Comunicación y Salud, 2014.

ROCHA, Gustavo Silva Souto et al. Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre a tuberculose, suas medidas de controle e tratamento diretamente observado. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2015, v. 31, n. 7 [Acessado 9 Janeiro 2022] , pp. 1483-1496. Disponível em: . ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00112414>.

ROGÉRIO, Wesley Pereira et al. Prevalência e fatores associados à infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* entre agentes comunitários de saúde no Brasil, usando-se a prova tuberculínica. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2015, v. 31, n. 10 [Acessado 9 Janeiro 2022] , pp. 2199-2210. Disponível em: . ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00152414>.

ROSEMBERG, José. Tuberculose - Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. *Bol. Pneumol. Sanit*, Rio de Janeiro , v. 7, n. 2, p. 5-29, dez. 1999 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X1999000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 jan. 2019.

ROSSETTO, Maira *et al.* Comunicação para promoção da saúde: as campanhas publicitárias sobre tuberculose no Brasil. *Revista de Enfermagem da UFSM*, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 18 - 28, maio 2017. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22801>>. Acesso em: 12 set. 2018.

SACRAMENTO, Daniel Souza. *Acompanhamento dos casos novos de tuberculose: perfil clínico-epidemiológico e organização do serviço de saúde*. Dissertação de Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia. UFAM, 2015.

SACRAMENTO, Daniel Souza et al. *Organização dos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose em Manaus, Amazonas*, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2019, v. 28, n. 2 [Acessado 11 Agosto 2022] , e2017500. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200007>>. Epub 15 Maio 2019. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200007>.

SÁ, Lenilde Duarte de et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online]. 2007, v. 16, n. 4 [Acessado 22 Novembro 2022] , pp. 712-718. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000400016>>. Epub 11 Mar 2008. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000400016>.

SALES, Carla Paolucci. Informação, comunicação e doenças negligenciadas: novas territorialidades nas redes sociais digitais e o engajamento sobre a tuberculose na saúde da população em negligência. 2019. 205 f. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2019.

SANTOS, F.L.A. et al. Pesquisa, desenvolvimento e inovação para o controle das doenças negligenciadas. *Rev. Cien. Farm. Bas. Apl.* 33(1):37-47, 2012.

SANTOS, B. DE S. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. In: *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 63, Outubro de 2002, p. 237-280.

_____. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estudos CEBRAP*, n. 79, p. 71–94, nov. 2007.

SANTOS DIAS, Francisca Souza; GRISOTTI, Márcia. Entre liberdade individual e saúde coletiva: saberes e práticas em caso de descontinuidade do tratamento da tuberculose. *REVISTA DEL CESLA*, v. 1, p. 219-242, 2019.

SCOPEL, D.; DIAS-SCOPEL, R. P.; LANGDON, E. J.. Intermedicalidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 12, p. 2559–2568, dez. 2015.

SERAFIM, J.F. ; Cerqueira, I.C.S. ; Pinto, M.M.A. . Circulação de saberes comunitários sobre a tuberculose em território de saúde da família.. In: Maria Ligia: GUIMARÃES, Jane; BELENS, Adroaldo. (Org.). *Saberes em Saúde*, Ciência e Comunicação. 1ed.Salvador: EDUFBA, 2014, v. 1, p. 17-39.

SILVA, A. N. M. da et al (2017). Vivências de portadores de tubérculo e importância da família à adesão terapêutica. *Interfaces Científicas - Saúde E Ambiente*, 6(1), 83–94. <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2017v6n1p83-94>

SILVA, T.; FRANÇA, V. *Jornalismo, noticiabilidade e valores sociais*. E-Compós, [S. l.], v. 20, n. 3, 2017. DOI: 10.30962/ec.1398. Disponível em: <https://www.e-compos.org.br/e-compos/article/view/1398>. Acesso em: 22 mar. 2023.

SILVA, S. C.; DIAS-SCOPEL, R.; SCHWEICKARDT, J.. Gestação e parto em uma comunidade rural amazônica: reflexões sobre o papel da parteira tradicional . *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, n. Interface (Botucatu), 2020 24, p. e190030, 2020.

SODRÉ, Muniz. Eticidade, campo comunicacional e midiaticização. In: MORAES, Dênis de. (Org.). *Sociedade midiaticizada*. Rio de Janeiro: Maud, 2006.

SOUSA, Otávia Nascimento de. *Avaliação de implementação do tratamento diretamente observado para pacientes com tuberculose em unidades de saúde do município de Manaus – AM*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. FIOCRUZ. 2013.

STEVANIM, Luiz Felipe; MURTINHO, Rodrigo. *Direito à Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

STUMPF, Ida Regina C. Pesquisa Bibliográfica. In: DUARTE Jorge; BARROS, Antônio. *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação*. São Paulo: Atlas, 2005.

SCHWEICKARDT, Júlio César *at al* (Org.). *História e política pública de saúde na Amazônia*. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

WEBER, Maria Helena. *Na comunicação pública, a captura do voto*. Logos (Rio de Janeiro. Online), v. 01, p. 21-42, 2007.

VELHO, G. Biografia, trajetória e mediação. In: Velho, Gilberto; Kuschnir, Karina (Org.). *Mediação, Cultura e Política*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001, p. 13-28.

VITALINO, Caroline Aparecida Ramos. *Comunicação, saúde e tuberculose: reportagens sobre celebridades que tiveram a doença*. 2019. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Comunicação em Saúde)-Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

WEBER, Maria Helena. Nas redes de comunicação pública, as disputas possíveis de poder e visibilidade. In: WEBER, M.H.; COELHO, M.P.; LOCATELLI, C. (Org.). *Comunicação Pública e Política -pesquisa e práticas*. 1 ed. Florianópolis: Editora Insular, 2017, v. 1, p. 23-56.

WEBER, Maria Helena. *Na comunicação pública, a captura do voto*. Logos (Rio de Janeiro. Online), v. 01, p. 21-42, 2007.

WEBER, Maria Helena; CARNIELLI, Fiorenza . A comunicação de instituições públicas e o paradoxo da visibilidade estratégica. In: 25. Encontro Nacional da COMPÓS, 2016, Goiânia. 25. Encontro Nacional da COMPÓS. SALVADOR: COMPÓS, 2016. v. 1. p. 01-24.

APÊNDICE

APÊNDICE A - LEVANTAMENTO DE PESQUISAS SOBRE O TEMA

Iniciamos o trabalho de composição do estado da arte da pesquisa, visando conhecer as pesquisas científicas sobre tuberculose que foram realizadas tanto na área da comunicação quanto na da saúde. Ainda que houvesse a necessidade de se reformular o projeto, desde o momento inicial, direcionamos nosso olhar para o entendimento de que as áreas da comunicação e da saúde formam um campo simbólico no qual processos, práticas, discursos se fazem presentes, fazendo, assim, a busca por trabalhos dentro dessa perspectiva.

Registramos que a coleta de trabalhos, bem como a leitura e descrição dos dados foram realizadas em dois momentos distintos: 1) partindo da ideia de que a compreensão sobre o objeto de pesquisa estava na perspectiva da comunicação promovida pelos profissionais da saúde de atuação no contexto da TB; 2) a medida que as leituras foram realizadas e as informações organizadas, coletamos trabalhos com a temática voltada para os agentes comunitários de saúde.

A coleta dos dados foi iniciada em outubro de 2020, a partir da definição de cinco palavras-chave, a saber: comunicação, produção de sentido, médico, paciente, tuberculose. Tais palavras foram selecionadas a partir do olhar sobre os processos de comunicação que fazem parte da relação médico-paciente no contexto de adoecimento por tuberculose. O recorte de coleta foi feito nos estudos publicados no período de 2011 a 2020.

Como estratégia de coleta de dados, fizemos a opção em desenvolver a atividade em duas fases: a primeira feita em base de dados da área da comunicação e, na segunda, além da comunicação, acessamos bases de dados da área da saúde e de natureza internacional, nos idiomas inglês e espanhol, além de português, caso fossem identificados estudos em nosso idioma, nos espaços pesquisados.

Na primeira parte, fizemos um levantamento, de forma manual, com a coleta feita no período de outubro a dezembro de 2020, sem uso de qualquer *software* ou aplicativo. Consultamos repositórios institucionais e bibliotecas virtuais, conforme segue:

1) Artigos periódicos A2 / B1 da Comunicação - acesso ao site dos periódicos, realizando busca através da leitura de títulos nos sumários na seguinte lista de periódicos: Revista E-Compos (Índice H (12)), Revista Famecos (Índice H (13)), Revista InterCom (Índice H (11)), Revista Matrizes (Índice H (14)), Revista Comunicação, Mídia e Consumo

(Índice H (7)), Revista Comunicação e Sociedade (Índice H (7)), Revista Comunicação Midiática (Índice H (-)), Revista Alceu (Índice H (3)), Revista Animus (Índice H (4)), Revista Ciberlegenda (Índice H (-)), Revista Conexão (Índice H (-)), Revista Contracampo (Índice H (11)), Revista Contemporânea (Índice H (7)), Revista Eco-Pos (Índice H (8)), Revista Fronteiras (Índice H (9)), Revista Intexto (Índice H (10)), Revista Lumina (Índice H (7)) e Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (Índice H (16)).

2) Dissertações e teses da área da Comunicação - acesso via lista dos programas de pós-graduação listados no site da Associação Nacional dos Programas de Pós-graduação em Comunicação - COMPÓS⁴⁶. Buscamos através da leitura das palavras-chave, dos títulos nas listas dos trabalhos apresentados, quais poderiam estar relacionados ao tema da pesquisa. Também acessamos os repositórios institucionais das universidades de origem dos programas de pós-graduação;

3) Artigos dos anais de eventos de Comunicação - foram acessados os anais dos eventos da Compós e dos congressos anuais da Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação - INTERCOM⁴⁷. Buscamos, também, fazer a leitura através dos títulos disponibilizados nos sumários.

Inicialmente, coletamos 68 estudos para, posteriormente, após uma leitura mais qualificada e criteriosa dos resumos, selecionarmos 23 trabalhos como *corpus* inicial do estado da arte, descartando aqueles que não estavam diretamente relacionados ao tema.

Em um segundo momento, realizamos um levantamento durante o período de janeiro a fevereiro de 2021, também de forma manual, nos seguintes bancos de dados: *Scientific Electronic Library Online* - SCIELO⁴⁸, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS⁴⁹, Literatura Internacional em Ciências da Saúde - PUBMED⁵⁰ e Scopus-Elsevier⁵¹. As palavras-chave anteriormente definidas foram traduzidas para o idioma inglês, sendo então: *communication, effects of meaning, doctor-patient relationship, tuberculosis*. Identificamos inicialmente 23 investigações dentro da proposta, mas após a leitura mais criteriosa, foi feito um recorte para 17 trabalhos, fazendo, também, um descarte daqueles fora da temática.

⁴⁶ Disponível em <https://www.compos.org.br/programas.php>

⁴⁷ Disponível em <https://www.portalintercom.org.br/eventos1/congresso-nacional/apresentacao5>

⁴⁸ Disponível em <https://www.scielo.org/>

⁴⁹ Disponível em <https://lilacs.bvsalud.org/>

⁵⁰ Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

⁵¹ Disponível em <https://www.elsevier.com/pt-br>

Assim, no final dessa primeira parte da composição do estado da arte, o *corpus* da pesquisa para a elaboração do estado da arte ficou em 40 estudos científicos.

Para começar a sistematizar as informações a serem consultadas, fizemos uma leitura integral das 40 pesquisas, para, em seguida, elaborarmos a tabela “descrição analítica do corpus”, contendo os seguintes elementos: 01. (AUTOR, ano), 02. Objetivo geral, 03. Teorias, temas e sobrenomes autores “conceito (Autor, Autor)”, 04. Metodologias (quanti ou quali, técnicas, corpus, participante de pesquisa), 05. Resultados, 06. Lacunas do trabalho e 07. Contribuições para o campo e pesquisa.

A seguir, são apresentados os achados obtidos ao fazer a leitura dos trabalhos e sistematizar as informações coletadas.

Em relação à natureza dos estudos, identificamos que 31 são artigos científicos publicadas em periódicos e apresentados em eventos. Há, ainda, seis dissertações e três teses publicadas em programas de pós-graduação. Salientamos que as áreas de estudo de publicação dos trabalhos referem-se a áreas diversas, sendo possível identificar que há oito da área da comunicação, dezenove da área da saúde, sendo que esta envolve enfermagem, ciências médicas, saúde pública; onze são investigações do campo específico da comunicação e saúde, um trabalho da área de letras e outro da antropologia.

Sobre os temas apresentados, identificamos que há uma variedade de assuntos dentro do campo da comunicação e saúde, sendo assim apresentada conforme a seguir: 14 trabalhos sobre tratamento e/ou produção de sentidos a respeito de tuberculose; 08 voltados para a relação/comunicação médico-paciente ou profissional da saúde e paciente; 06 sobre produção de sentido; 04 a respeito da área da informação na comunicação e saúde; 02 sobre o campo da comunicação e saúde, 01 sobre saúde pública; 01 sobre comunicação terapêutica; 01 sobre acessibilidade; 01 a respeito de processos de comunicação; 01 sobre doenças negligenciadas e 01 a respeito de letramento em saúde.

Destacamos que a busca em base de dados de origem internacional e pertencente a área da saúde acabou por permitir o acesso a diversos estudos voltados especificamente sobre tuberculose. Das 17 pesquisas encontradas, dez estão voltadas para o tratamento da tuberculose.

Apontamos alguns achados teóricos dos trabalhos como temas que predominam nas pesquisas, sendo possível identificar que há três estudos que discutem a área da comunicação como campo simbólico a partir de Bourdieu (1982) e Araújo (2003, 2004 e 2006); três que discutem a questão da fala autorizada e discursos em saúde, de acordo com Lefevre (2005,

2009) e Coelho, Coelho e Cardoso (2013); três que abordam sobre a midiatização social, de acordo com Martin-Barbeiro (2003) e Sodré (2006); há um trabalho que destaca o aspecto da mediação, a partir de Orozco Gómez (2000). Há ainda destaque para a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) – (Lefèvre, Lefèvre, 2006), citada em duas investigações, Teoria das representações sociais (Moscovici, 2010), citada em quatro trabalhos e a Teoria fundamentada nos dados, de Glaser e Strauss (1967), Strauss e Corbin (2008), (Charmaz, 2009), citada em três estudos.

No que se refere ao ano de publicação, são apresentados os trabalhos em ordem crescente, conforme o ano em que foi publicado: um trabalho (2011), sete trabalhos (2012), seis trabalhos (2013), quatro trabalhos (2014), um trabalho (2015), seis trabalhos (2016), quatro trabalhos (2017), cinco trabalhos (2018), dois trabalhos (2019) e quatro trabalhos (2020).

Sobre os achados metodológicos, verificamos que o método mais usado pelos autores do trabalho foi o qualitativo, em um total de 35 estudos; há dois quantitativos e três classificados como quali-quantitativos. Há 27 estudos identificados como pesquisa de campo e 10 como pesquisa bibliográfica, sendo que a classificação entre uma e outra não é excludente e sim há trabalhos identificados com as duas caracterizações. Há sete estudos classificados exclusivamente como pesquisa bibliográfica/de cunho teórico.

Sobre o uso de técnicas, há diversidade de escolhas, as quais são relatadas a seguir: entrevistas e entrevistas em profundidade (21 trabalhos), aplicação de questionário (sete trabalhos), grupo focal (cinco trabalhos), grupo de discussão (três trabalhos), observação participante (cinco trabalhos), observação não participante (três trabalhos) e pesquisa documental, incluindo o uso de documentos da área da saúde (sete trabalhos). Dos achados metodológicos, então, resume-se que há uma predominância de trabalhos de campo fazendo uso de diferentes técnicas que permitem triangular os dados encontrados.

Embora nos resumos haja a identificação de apenas 27 trabalhos de campo, observa-se que há 31 que citam os profissionais da área da saúde, como médicos, enfermeiros, agentes comunitários e pacientes como participantes de pesquisa.

Feita a descrição das características dos dados coletados no primeiro momento, destacam-se alguns conceitos vistos como essenciais para compreender o campo da comunicação e saúde como espaço de disputa de sentidos, os quais foram organizados em cinco eixos de estudos identificados e que poderão ser acionados na elaboração do quadro teórico deste projeto:

01. Discursos em saúde: dialogismo (Araújo, 2013), delegação permanente do saber (Araújo, 2013), fala autorizada, discursos em saúde (Lefevre; Oliveira, 2012), encontro dialógico baseado na reciprocidade (Knorst; Jesus; Menezes Junior, 2019), comunicação dialógica (Miranda, Feliciano e Sampaio, 2014) e produção de sentidos (Araújo; Mandu, 2016).

02. Campo da comunicação e saúde: campo simbólico (Araújo; Moreira; Aguiar, 2013), campo da comunicação e saúde (Araújo; Moreira; Aguiar, 2013), formas simbólicas (Miranda; Feliciano; Sampaio, 2014), perspectiva das relações de poder (Knorst; Jesus; Menezes Junior, 2019) e mercado simbólico (Araújo; Mandu, 2016).

03. Midiatização: mediação (Gomes; Varela, 2016).

04. Paciente: conscientização (Oliveira, 2012), *Empowerment* (Oliveira, 2012), paciente *expert* (Knorst; Jesus; Menezes Junior, 2019) e cuidado de si (Araújo; Mandu, 2016).

05. Tratamento de tuberculose: aspectos da adesão ao tratamento (Lefevre; Oliveira, 2012), abandono/descontinuidade no tratamento (Andrade, 2014), abandono ao tratamento de TB (Lefevre; Oliveira, 2012), estigma (Andrade, 2014) e estigmas sobre TB (De Andrade *et al*, 2015)

Após essa fase de imersão nas leituras específicas do campo da comunicação e saúde, optamos por fazer uma revisão de literatura (Stumpf, 2005) especificamente dentro da temática dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), focando na dimensão comunicacional. A coleta foi realizada no mês de janeiro de 2022, a partir da necessidade de incluir novos dados para o aprofundamento das questões voltadas especificamente para os ACSs e não somente para os profissionais da área da saúde que trabalham no tratamento da tuberculose (TB).

A partir da elaboração da seguinte questão norteadora: o que há de comunicacional na prática dos Agentes Comunitários de Saúde no que se refere à prevenção e tratamento de tuberculose?, fez-se uma coleta complementar na *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), na plataforma *Google Acadêmico* e no repositório institucional ARCA, pertencente à Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, fazendo uso das palavras-chave: agente comunitário de saúde, comunicação, tuberculose e mediação. Fizemos um recorte temporal para o período de 2011 a 2022, o mesmo definido na primeira fase da coleta de dados do estado da arte, incluindo o ano vigente, e excluindo, então, publicações anteriores a esse período.

Desde o momento do planejamento desta coleta complementar, optamos pelo aspecto da qualidade dos estudos e não da quantidade já que esta fase veio enriquecer aspectos da problematização do projeto de tese que já havia sido iniciada na fase anterior. Fizemos a opção em organizar os dados em um documento *Word* contendo a referência bibliográfica de cada trabalho, o *link* de acesso, o resumo e as palavras-chave: agente comunitário de saúde, comunicação, tuberculose, mediação. Também optamos em fazer uso da mesma organização de dados da tabela previamente elaborada na primeira fase, contendo os seguintes itens: título da tabela “descrição analítica do corpus”. Itens: 01. (AUTOR, ano), 02. Objetivo geral, 03. Teorias, temas e sobrenomes autores “conceito (Autor, Autor)”, 04. Metodologias (quanti ou quali, técnicas, corpus, informantes), 05. Resultados, 06. Lacunas do trabalho e 07. Contribuições para o campo e pesquisa.

As pesquisas coletadas foram lidas integralmente para o preenchimento da tabela, bem como para a sistematização das informações, as quais são apresentadas a seguir. Na busca realizada, a qual foi feita manualmente, foram localizados 17 trabalhos, sendo caracterizados da seguinte forma: 15 artigos científicos e 02 dissertações de mestrado.

Em relação a aspectos metodológicos, dos trabalhos coletados, 16 apresentam claramente a escolha metodológica feita e apenas um não explicitou esse aspecto. São 09 trabalhos de natureza qualitativa e 08 de quantitativa. Doze estudos são descritos como pesquisa de campo, sendo os instrumentos citados: seis fizeram uso de entrevistas, 08 com questionários, 03 citam observação não participante, um cita grupo focal, outro cita pesquisa documental e um cita a pesquisa bibliográfica. Em relação ao *corpus* da pesquisa, 14 estudos foram tiveram os Agentes Comunitários de Saúde como participantes de pesquisa, e outros dois também incluíram pacientes e profissionais da área da saúde. A seguir são apresentados os principais achados das investigações selecionadas.

Partindo de uma pesquisa qualitativa e com o objetivo de analisar as práticas cotidianas vivenciadas pelo agente comunitário de saúde no território da Estratégia Saúde da Família, com ênfase nas relações comunitárias e os vínculos mantidos, Pinto *et al* (2017) apontam o papel do ACS como mediador da sua área de atuação (Bornstein e Stotz, 2008). Na discussão proposta, é enfatizado o aspecto relacional do ACS, sendo este influenciador na adesão ao tratamento, ideia essa convergente com a discussão proposta neste projeto. Através de uma pesquisa de campo, desenvolvida com o uso de entrevista semiestruturada, observação sistemática e grupo focal, tendo como *corpus* 11 agentes comunitários de saúde de duas equipes integrantes da Estratégia Saúde da Família (ESF), têm-se entre os resultados

apresentados, o fato de que a “informação e comunicação pelo diálogo dão sentido e significado às práticas de saúde e melhoria da qualidade de vida. Considera-se que os vínculos entre os usuários e agentes comunitários de saúde são potentes e resolutivos” (Pinto *et al*, 2017, p. 789).

Na mesma linha, Lotta (2012) discute o papel dos ACSs como mediador (Wolf, 1956), através da realização de pesquisas etnográficas acompanhando as atividades dos ACSs em diferentes municípios, como Sobral (CE), Londrina (PR) e Taboão da Serra (SP), usando a técnica de observação não participante. Ao todo, foram acompanhados os trabalhos de 24 ACS. De acordo com o estudo, a prática dos ACSs como mediadores gera ações e relações muito além das práticas da saúde, mas também relacionadas a direitos, educação, mobilização, dentre outras.

O aspecto relacional e de comunicação são destacados na discussão promovida por De Melo Lanzoni *et al* (2014), a qual tem por objetivo identificar as estratégias utilizadas pelo ACS em sua rede de relações e interações para melhoria da assistência à saúde e as suas repercussões em um centro de saúde. Com a realização de uma pesquisa de campo, entrevistando oito ACS, dois médicos, dois enfermeiros e um dentista em uma unidade de saúde no sul do país, utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico. O estudo indica que o ACS é um instrumento necessário na formação de vínculo para o paciente, sendo, ainda, um elemento facilitador para o acesso aos serviços na unidade de saúde.

Já o trabalho de Cardoso *et al* (2020) faz um estudo comparativo entre duas realidades de países diferentes, no caso, Brasil e Etiópia. Para tanto, estabeleceu como objetivo avaliar a contribuição da estratégia do Tratamento Diretamente Observado, de curta duração (DOTS⁵²) nas ações de prevenção e controle da TB no Brasil e na Etiópia, por meio do papel exercido pelos ACSs, incluindo os modos de abordagem dos desafios observados nos dois locais de estudo, trazendo como ideia-chave o conceito de sítios simbólicos de pertencimento (Zaoual, 2006). O estudo é de abordagem qualitativa e faz uso de pesquisa de campo, empregando as técnicas de entrevista semiestruturada e pesquisa documental. Para tanto, trabalhou, no Brasil, com 11 ACS e sete profissionais de saúde, dentre enfermeiro, técnicos de enfermagem, médico, farmacêutico e chefe do programa do adulto. Já na coleta feita na Etiópia, foram realizadas entrevistas com 08 ACS e 06 profissionais da saúde, como enfermeiro,

⁵² A sigla vem do termo em inglês *Directly Observed Treatment Short-Course*.

dispensador de farmácia, técnico de laboratório, tecnologista de laboratório, farmacêutico, administrador em saúde e *health officer*. Como resultados, vê-se um “sentido de comprometimento dos ACSs como um valor importante nas ações desenvolvidas em ambos contextos” (Cardoso *et al*, 2020, p. 2927). Neste estudo, é destacado o conflito existente entre os ACSs e os profissionais da saúde no que se refere a ideia de pertencimento e de cumprimento de responsabilidade, bem como de capacitação para exercer o trabalho no tratamento de TB.

O trabalho de Gaspar (2019) traz reflexões importantes que envolvem o nível de conhecimento, atitudes e práticas que os ACSs têm a respeito de TB, trabalhando com a coleta de dados no município de Recife, espaço que congrega altas taxas de incidência e de abandono do tratamento, no Brasil. A pesquisa foi feita a partir de um estudo quantitativo, realizando um trabalho de campo através de uso de questionário semiestruturado e padronizado, alcançando 385 ACS atuantes no modelo ESF do município. Esta investigação, além de indicar que uma parcela significativa dos ACSs apresentou conhecimento satisfatório sobre TB, e que isso reflete no desenvolvimento de práticas adequadas, também apresenta dados estatísticos sobre a realidade dos ACSs, o que pode contribuir na elaboração de um cenário nacional sobre a atuação dos ACSs.

Na mesma direção, a pesquisa feita por Rocha *et al* (2015) também converge, quando aponta dados importantes sobre o conhecimento que o ACS tem a respeito da doença, diferenciando que a coleta de dados foi feita em Belo Horizonte, em Minas Gerais. De acordo com os achados apresentados no trabalho quantitativo realizado através do uso de questionário semiestruturado com 489 ACS, há uma proporção média de acertos no domínio de TB de 81%; já no domínio medidas de controle foi de 84,1%; e sobre TDO foi 59,4%. De acordo com informações expressas no documento do trabalho, o mesmo apresenta informações inéditas na literatura científica, especificamente sobre o nível de conhecimento que o ACS tem a respeito do TDO.

Outra pesquisa com o foco no desempenho dos ACSs é a de Crispim (2012), a qual estabeleceu como objetivo avaliar o desempenho do ACS no controle da tuberculose (TB) em áreas assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Para isso, realizou uma análise comparativa com os ACSs inscritos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais. Partindo de um estudo quantitativo, de corte transversal, realizado no município de Ribeirão Preto, este considerado como prioritário para o controle da TB no estado de São Paulo, trabalhou com 108 ACS, sendo 39 ESF e 69 das UBSs. Em termos conclusivos, não foram

apresentadas grandes diferenças referentes às ações de controle de TB ou diferenças estatísticas no desempenho dos ACSs atuantes nos dois cenários.

O aspecto da fragilidade na formação dos ACSs aparece no estudo de Pinto *et al* (2014), apontando suas implicações, no caso, na falta de segurança que o próprio ACS tem ao fazer a busca de pessoas com sintomas respiratórios. Pinto *et al* (2014) definiu como objetivo do estudo descrever a estrutura dos serviços de atenção primária à saúde e a atenção proporcionada pelo agente comunitário de saúde para detecção da tuberculose em Natal. A partir da realização de uma pesquisa de campo com 108 ACS, em um estudo quantitativo, foram apresentadas algumas conclusões, como: nenhum dos indicadores estudados foi considerado satisfatório, as atividades dos ACSs é complexa diante de aspectos relacionados à formação, estrutura e organização do serviço de saúde. E, ainda, suas atividades, como as visitas domiciliares e atividades comunitárias, exigem a supervisão do trabalho do enfermeiro.

Convergindo com o propósito de avaliar o conhecimento dos ACSs sobre TB, Sobrinho *et al* (2013) buscou identificar o conhecimento dos agentes comunitários de saúde do município de São Carlos (SP) sobre tuberculose, trabalhando como referência a Cartilha “Tuberculose: informações para agentes comunitários de saúde” preconizada pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (MS). Através de um estudo quantitativo, através da aplicação de questionário de múltipla escolha em 87 ACS, nas 16 Unidades de Saúde da Família de São Carlos, foi identificado que a maioria (70%) reconheceu suas ações no controle de TB, de acordo com o que foi prescrito no documento de referência. No entanto, há fragilidades de conhecimento sobre questões de tratamento, abandono, formas de transmissão da doença e identificação de cicatriz da vacina BCG. Diante disso, o estudo aponta a necessidade de uma melhor qualificação dos ACSs, o que converge com outros estudos similares.

A pesquisa de Palhares (2011) apresenta dados importantes para compreender o contexto de atuação dos ACSs em Manaus/AM. Com o objetivo de “Analisar as condições de trabalho dos ACSs de Manaus, no Amazonas”, Palhares (2011) realizou um estudo quantitativo, através da realização de uma pesquisa de campo de cunho descritivo e analítico, com aplicação de questionário em 369 ACS atuantes na rede pública de saúde de Manaus, em 04 distritos sanitários urbanos. O estudo indica que há inadequação das condições de trabalhos dos ACSs, como a falta de valorização profissional, alta frequência de riscos ocupacionais, falta de medidas de segurança e saúde no trabalho. Outro ponto em destaque

refere-se às condições de saúde dos próprios agentes, os quais são promotores de tema de saúde, como no próprio caso da tuberculose, mas muito passam por diversas enfermidades.

Em uma perspectiva da informação sobre saúde, Abrunhosa (2011) buscou compreender a relação do trabalho do ACS com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), discutindo conceitos como redes sociais na saúde (Stotz, 2009), conhecimento social (Marteletto e Valla, 2003) e mediação em saúde (Borges, Abrunhosa, Machado, 2010). Através de uma pesquisa qualitativa, de cunho exploratório, com os ACSs, realizou análise de material que permitiu compreender que o ACS é cobrado por diversas atividades e resultados, mas que a forma de avaliar seu desempenho está voltada para o preenchimento das fichas e planilhas que fazem parte do seu cotidiano.

Com o objetivo de conhecer as concepções de acolhimento e vínculo na perspectiva dos ACSs de um município da Região Noroeste do Rio Grande do Sul e sua utilização em ações de cuidado, Carli (2014) realizou pesquisa de campo, fazendo uso de entrevista semiestruturada com 11 ACS. No estudo, também apresentou o conceito de tecnologia leve, entendidas como as tecnologias das relações, da comunicação, do acolhimento, do vínculo e da autonomia, de acordo com Silva, Alvim e Figueiredo (1997). Como resultados, o estudo revelou o acolhimento como “atos e palavras receptivas e o vínculo como relação de amizade, confiança e compromisso” (Carli, 2014, p. 626); e, ainda, aponta a necessidade de instrumentalizar os ACSs e a equipe multiprofissional de saúde no sentido de ampliar a compreensão a respeito das tecnologias leves e, conseqüentemente, reconhecer sua relevância no cuidado em saúde.

O trabalho de Galavote *et al* (2013) aponta que a prática dos ACSs é feita em uma perspectiva em rede, tendo como objetivo desvendar o processo de trabalho ACS com base na teoria das afecções de Espinosa. Para isso, trouxe conceitos como o trabalho em saúde em rede (Franco, 2006) e a clínica dos Afetos (Galavote, 2010). Em termos metodológicos, realizou uma pesquisa qualitativa, e de campo, através de um estudo exploratório-descritivo, entrevistando dez ACS na Unidade Jardim Catarina, em São Gonçalo, no Rio de Janeiro, além de realizar observação etnográfica. De acordo com os resultados, o ACS é de atuação múltipla, sendo exposto “às afecções das relações que mantém, variando entre o reconhecimento e a submissão às lógicas instituídas, resultando em alegria e tristeza, aumento e redução da sua potência de agir, respectivamente” (Galavote *et al*, 2013, p. 575).

E, por fim, por se tratar de uma revisão integrativa, o trabalho de Pereira e Oliveira (2013), contribui para situar o tema ACS como objeto de pesquisa, definindo, então, como

objetivo avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre o desenvolvimento de estratégias operacionalizadas pelos agentes comunitários de saúde em prol da promoção da saúde. O estudo foi feito a partir da pesquisa bibliográfica, selecionando os estudos em três bases de dados: BDTD, LILACS e SciELO. A partir disso, foram encontradas 2.179 publicações, das quais 58 foram selecionadas para análise. Após os dados serem categorizados, os resultados apontam que “a construção de um modelo assistencial baseado na promoção da saúde requer a incorporação de novas práticas formativas, assistenciais e institucionais” (Pereira, Oliveira, 2013, p. 412).

**APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GERENTE DA
TUBERCULOSE/TB NA FVS-RCP.**

1. Como é feito o trabalho de organização dos protocolos de tratamento de TB que é repassado pelo Ministério da Saúde para a FVS?
2. No que se refere ao acompanhamento dos pacientes em tratamento de tuberculose, qual a abrangência do trabalho da FVS-AM?
3. De que forma são discutidos os protocolos para o tratamento da tuberculose junto às lideranças dos municípios?
 - a. Qual o atual protocolo para tratamento da tuberculose que é seguido pela FVS?
4. Há algum tipo de articulação junto à SEMSA/Manaus para ações da FVS-AM junto à Atenção Primária em Saúde?
 - a. Se a resposta for positiva, quais seriam essas ações?
 - b. Há ações direcionadas aos Agentes Comunitários de Saúde?
5. Sobre a formação dos profissionais da saúde que trabalham no acompanhamento de pacientes de TB, há ações que são feitas pela FVS-AM?
 - a. Em caso de resposta positiva, quais seriam essas ações?

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O CHEFE DO NÚCLEO DE CONTROLE DE TB DA SEMSA.

1. No que se refere à Manaus, de que forma a Semsa organiza o trabalho de tratamento de TB nos espaços das UBS?
2. Qual é o protocolo do atendimento, tratamento e alta de TB?
 - a. Quais são os agentes de saúde envolvidos?
 - b. Quais são as dificuldades de comunicação enfrentadas nesse processo?
3. Falando especificamente sobre os Agentes Comunitários de Saúde, que tipo de formação eles recebem para trabalhar com os pacientes de TB?
4. No que se refere ao tratamento de TB, além das atribuições descritas no caderno de Atenção Básica, há outras atribuições pertencentes ao Agente Comunitário de Saúde, como alguma atribuição surgida dentro do contexto local?
5. Os ACSs têm trabalhado ações educativas na comunidade que são propostas diretamente pelo Núcleo de Controle de TB?
 - a. Se sim, quais atribuições pertencem aos ACSs sobre planejamento e execução de atividades?
6. Em sua percepção, quais são os desafios que o núcleo enfrenta para trabalhar os conteúdos que os ACSs precisam fazer circular junto aos pacientes de TB?
7. Como você percebe a potência do trabalho de comunicação dos ACSs junto aos pacientes de TB?
 - a. Há diferencial? Se sim, quais seriam?
8. Você identifica problemas e/ou conflitos em relação a outros conteúdos diversos ao que faz parte dos protocolos de tratamento de TB que circulam entre os ACSs?
 - a. Se sim, quais seriam tais problemas e/ou conflitos?
 - b. De que forma o núcleo trabalha para resolver tais questões?
9. Há alguma participação dos ACSs em algum ponto do processo de elaboração de material informativo e/ou normativo de TB? Em caso de resposta positiva, como se dá esse processo?

APÊNDICE D - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM TÉCNICO DISTRITAL

Falando especificamente sobre os Agentes Comunitários de Saúde, que tipo de formação eles recebem para trabalhar com os pacientes de TB?

1.1 Como se dá a atualização dos protocolos que precisam ser feito pelos ACSs?

1.2 OS ACSs costumam trazer à coordenação sugestões, lacunas sobre a formação?

1. Os ACSs têm trabalhado ações educativas na comunidade que são propostas e discutidas pelo coordenador distrital junto aos agentes?

2.1 Se sim, quais atribuições pertencem aos ACSs sobre planejamento e execução de atividades?

2. Em sua percepção, quais são os desafios que a coordenação enfrenta para trabalhar os conteúdos que os ACSs precisam fazer circular junto aos pacientes de TB?

3. Como você percebe a potência do trabalho de comunicação dos ACSs junto aos pacientes de TB?

4.1 Há diferencial no trabalho local? Se sim, quais seriam?

4. Você identifica problemas e/ou conflitos em relação a outros conteúdos diversos ao que faz parte dos protocolos de tratamento de TB que circulam entre os ACSs?

5.1 Se sim, quais seriam tais problemas e/ou conflitos?

5. De que forma o núcleo trabalha para resolver tais questões?

6. Você identifica o uso/indicação da medicina tradicional no tratamento de TB?

Você pode explicar?

7.1 Como você procede ou acredita que deveria proceder nesses casos? Por quê? (reconhecimento de valor, indicação ou restrição de uso)

APÊNDICE E - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM LIDERANÇA POPULAR DO COMBATE À TUBERCULOSE

1. Como são desenvolvidas as ações de combate à tuberculose que ficam sob sua responsabilidade?

1.1 Há alguma articulação junto aos órgãos de saúde de atuação local? Se sim, você pode explicar como se dá esse processo?

2. Quais são os principais desafios locais no combate à tuberculose em Manaus?

3. Em relação aos dados epidemiológicos, como está o cenário local?

3.1 Vocês trabalham com os dados apresentados pelos órgãos de saúde? Como é esse processo?

4. Quais são os públicos prioritários no combate à TB?

5. No que se refere ao acompanhamento dos pacientes em tratamento de tuberculose, qual a abrangência de seu trabalho como liderança popular em saúde?

APÊNDICE F - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA REALIZADA JUNTO AO ACS

1. Para você, o que é ser um Agente Comunitário de Saúde?
2. Como foi sua trajetória inicial como agente comunitário de saúde?
 - 2.1 Você pode iniciar contando sobre sua história de vida e, depois, o motivo de ter se tornado ACS.
3. Como você se vê nesse processo? (alegrias, tristezas, desafios, obstáculos, realizações, conflitos, etc.)
4. Como você vê a atual legislação (nº 1.802, de 2019) que passou a considerar o ACS como profissional de saúde? (possibilidades para os ACSs, reconhecimento da atividade, possível mudança para o ACS em relação ao trabalho junto aos pacientes)
5. Como você pensa o trabalho de compartilhamento de experiências e trocas entre os próprios ACSs?
 - 5.1 Você costuma compartilhar experiências? De que forma compartilha?
 - 5.2 CASO A RESPOSTA SEJA POSITIVA: Que tipo de experiências e questões você compartilha? E o que isso influencia no trabalho?
6. Como você pensa a comunicação no teu dia a dia de ACS – o que é essa comunicação?
7. Como você vê a comunicação promovida pela equipe da saúde da UBS (médico, enfermeiro, técnico em enfermagem) em relação ao trabalho que os agentes de saúde precisam fazer? (esclarecimento sobre o que precisa ser feito, dúvidas dirimidas, espaço para o diálogo, com quem costuma dialogar sobre o trabalho?)
 - 7.1 Como você identifica e avalia os relacionamentos dos ACSs com os demais componentes da equipe de saúde da UBS?
 - 7.2 A seu ver, que lugar o ACS ocupa de fato na equipe de saúde da UBS? Como você avalia?
 - 7.3 Que situações e condutas nesses relacionamentos você reconhece como positivas e quais identifica como negativas? Por quê?
8. Como você trabalha informações sobre saúde junto aos moradores? Quais são os principais desafios e como você lida com eles?

- 8.1 CASO JÁ NÃO TENHA RESPONDIDO, PERGUNTAR: Você costuma realizar ajustes no uso da linguagem para ampliar a compreensão das informações pelos moradores? Pode explicar como faz isso?
- 8.2 Ainda em relação a essa questão, você se percebe como um tradutor dessas informações para os moradores? Por quê?
- 8.3 Como você faz para contemplar tudo o que precisa ser explicado a cada paciente?
- 8.4 Você estabelece algo como um protocolo próprio do que precisa ser feito? EM CASO POSITIVO, SOLICITAR: Você pode explicar?
- 8.5 O que você faz e como você avalia se os moradores compreenderam corretamente as informações? Você pode explicar?
9. Como você vê seu papel em acompanhar pacientes de TB?
- 9.1 Quais são os principais desafios nesse processo?
- 9.2 Como você pensa a comunicação nesse processo?
- 9.3 Quais são suas percepções a respeito da possibilidade do seu adoecimento?
10. Como você pensa sua qualificação para trabalhar com pacientes de TB? (como se deu a qualificação, como se dá a atualização diante das mudanças de protocolos)
- 10.1 Você costuma consultar materiais que o MS, FVS-AM ou SEMSA/AM disponibiliza sobre o trabalho de tratamento dos pacientes de TB? Conte-me a respeito de sua experiência de consulta a tais materiais.
11. Como você vê seu trabalho de interpretar e traduzir os protocolos de tratamento de TB que precisam ser seguidos pelos pacientes?
- 11.1 O que considera importante?
- 11.2 Há dificuldades na adaptação de conteúdo? EM CASO POSITIVO, PERGUNTAR: Quais dificuldades e em como você lida com elas? Consegue superá-las? Como?
- 11.3 Você já precisou alterar algo dos protocolos a partir de seu conhecimento para adaptar a uma situação específica? EM CASO POSITIVO, PERGUNTAR: Explique em que situações. Isso ocorre com que frequência (quantas vezes por semana ou por mês)
12. Que questões são centrais para que os pacientes respeitem suas orientações e sigam os procedimentos de tratamento da maneira que os protocolos indicam?
- 12.1 Já ocorreu casos de os pacientes não seguirem suas orientações e protocolos? EM CASO POSITIVO, PERGUNTAR: Como você procedeu nessas situações? Por quê?

13. No atendimento dos pacientes de TB, quais temas costumam aparecer durante as conversas? (informações, dúvidas, resistências ao que precisa ser feito)
- 13.1. E como você lida com esses temas? Qual seu papel em relação a cada um desses temas (esclarece as dúvidas, encaminha para algum profissional da equipe de saúde?)
- 13.2. Nesses atendimentos aparecem questões que você conhece pouco ou fica em dúvida? Sobre o que são essas questões? O que costuma fazer quando isso acontece?
14. Você considera que as questões culturais podem influenciar no tratamento de TB?
CASO A RESPOSTA SEJA AFIRMATIVA PERGUNTAR: Que questões são essas e que desafios apresentam para seu trabalho e para o tratamento de TB?
15. Você costuma enfrentar resistência por parte dos pacientes durante o tratamento?
CASO A RESPOSTA SEJA AFIRMATIVA PERGUNTAR: que resistência são essas?
16. No seu trabalho e no dos seus colegas você identifica o uso da medicina tradicional no tratamento de TB? Você pode explicar?
- 16.1 Como você procede ou acredita que deveria proceder nesses casos? Por quê? (reconhecimento de valor, indicação ou restrição de uso)
17. Que atitudes você toma em relação às dúvidas, queixas, observações que o paciente expõe e que não estão contempladas no que você aprendeu sobre tratar a TB?
18. Da parte do ACS, em relação ao acompanhamento de paciente, o que você destaca como fundamental para a continuidade no tratamento de TB? (como você age para evitar que o paciente não desista do tratamento?; O que faz quando algum paciente abandona o tratamento?)
19. Que recursos, meios e estratégias você emprega para se relacionar e comunicar com as pessoas e familiares que estão em processo de tratamento de TB?
- 19.1 O que, a partir das suas vivências, melhor funciona e em que condições? Pode explicar?
- 19.2 O que não funciona e deve ser evitado?
20. Agora deixo espaço aberto caso você queira destacar alguma outra questão que não foi contemplada nas perguntas que fiz.

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ACS

Título do projeto: *A disputa de sentidos na mediação dos Agentes Comunicacionais da Saúde entre o SUS e os pacientes de Manaus/AM em tratamento da tuberculose.*

Pesquisadores responsáveis: Prof. Dr. Rudimar Baldissera (orientador) e Ma. Judy Lima Tavares (doutoranda).

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Programa de Pós-graduação em Comunicação. **Endereço:** R. Ramiro Barcelos, 2705 - Santana, Porto Alegre - RS, CEP: 90035-007 **Telefone e email para contato:** Prof. Dr. Rudimar Baldissera – (54) 8115-5250) rudimar.baldissera@ufrgs.br; Judy Tavares - (92) 98447-3737 judytavares@gmail.com / judy@ufam.edu.br.

Essa pesquisa tem por objetivo principal investigar em nível federal, estadual e municipal como se dão os protocolos que regem a comunicação dos ACSs a respeito do tratamento da tuberculose. Para conseguirmos alcançar isso, precisamos, também, a) investigar se, além dos validados pelo SUS, há outros saberes sobre o tratamento da tuberculose que circulam dos ACSs para os pacientes de TB e que podem gerar tensionamentos com a equipe multiprofissional de saúde; b) compreender os papéis exercidos pelo ACS a partir do lugar de mediação entre o SUS e os pacientes de TB; c) investigar estratégias, canais e processos de comunicação adotados pelos ACSs para as interações com os pacientes para o tratamento de TB; d) compreender como os aspectos relacionais entre ACS e pacientes impactam no tratamento de TB; e, por fim, e) compreender os fluxos circulantes das vozes sobre tratamento da TB que podem influenciar o trabalho dos ACSs junto aos pacientes.

Entendemos que a investigação voltada para a prática dos ACSs como sujeitos comunicadores no acompanhamento de pacientes de TB é importante para sociedade, quando situamos tal comunicação como potência de influenciar positivamente o tratamento de TB. Apontamos que a proposta de estar em campo para ouvir os ACSs direciona a pesquisa para a possibilidade de gerar conhecimentos que extrapolam os limites do que está instituído como o modelo normativo e biomédico sobre o tratamento de tal doença, e que podem trazer outros elementos que funcionam como essenciais para o êxito do tratamento. Temos, assim, a necessidade de produzir ciência sobre comunicação e TB a partir da fala de sujeitos que são essenciais no trabalho de promoção da saúde no tratamento da doença.

Para que possamos alcançar nossa proposta, é necessário contar com sua participação, nos explicando sobre sua visão a respeito de tais processos, concedendo-nos, assim, uma entrevista. No momento do seu relato, você poderá discorrer livremente sobre as questões propostas pela pesquisadora, sem qualquer constrangimento ou imposição, e que, se houver qualquer desconforto, pode optar em não responder a alguma questão.

O relato obtido a partir desta entrevista será utilizado somente para fins acadêmicos, sendo que nossa pesquisa contribuirá para a construção de conhecimento no campo teórico da Comunicação e Saúde. Nesse sentido, as informações desta entrevista poderão ser publicadas no relatório da pesquisa que será defendido como Tese de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCOM/UFRGS), bem como em artigos, capítulos de livros e livros, mas que será mantido sigilo em relação à identificação dos participantes de pesquisa. Informamos que o áudio da entrevista será gravado para que seu conteúdo seja usado nas análises que irão compor a tese de doutorado a ser elaborada pela pesquisadora.

Informamos que você pode se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de justificativas e, por conta disso, não sofrerá nenhum tipo de contestação e/ou prejuízos. Esclarecemos que sua participação na entrevista pode causar eventuais riscos como algum tipo de constrangimento, ou, ainda, trazer à memória experiências e situações vividas que podem provocar algum desconforto psíquico. Nesse sentido, informamos de que caso você se sinta cansado/a ou desconfortável, como nas situações citadas acima, pode solicitar, a qualquer momento, interrupção da pesquisa.

Informamos, também, sobre o direito de buscar indenização diante de eventuais danos causados pela pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas.

Informamos sobre os benefícios de sua participação, os quais serão indiretos, que dizem respeito a dialogar com o ambiente acadêmico a respeito de sua visão sobre a própria atuação com Agente Comunitário de Saúde no que se refere aos processos de comunicação diversos que desenvolve enquanto acompanha os pacientes de TB que estão em tratamento.

Informamos de que é garantido aos participantes o acesso aos resultados de nossa pesquisa, podendo ser feita à solicitação junto aos pesquisadores.

O tempo de entrevista é estimado em 01:50h, tendo em vista trabalhar as questões elaboradas dentro de um roteiro elaborado pela pesquisadora. Após dar o consentimento sobre sua participação ao assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), você

pode, previamente a realização da entrevista, ter acesso aos tópicos que serão abordados, para ter ciência do teor dos seus conteúdos.

O arquivamento das gravações das entrevistas será de cinco anos (a contar da data da realização da entrevista), sob responsabilidade do Prof. Dr. Rudimar Baldissera, orientador da pesquisa. Informamos, ainda, de que você terá livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre este estudo, podendo fazer solicitações a qualquer momento.

Esclarecemos que respeitamos sua opção quanto à manutenção do seu sigilo e da sua privacidade, e quais são, dentre as informações que nos fornecerá, as que podem ser tratadas de forma pública, durante todas as suas fases. Diante disso, firmamos o compromisso de fazer à devolutiva da transcrição de sua entrevista para que assim possa exercer sua livre escolha.

Informamos que o pesquisador responsável pelo estudo é o Prof. Dr. Rudimar Baldissera, docente do Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCOM/UFRGS), sendo ele o orientador da pesquisadora Judy Lima Tavares, aluna do doutorado em Comunicação no PPGCOM/UFRGS. Somente tais pesquisadores terão acesso às informações.

O projeto foi avaliado pelo CEP-UFRGS, órgão colegiado, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, cuja finalidade é avaliar – emitir parecer e acompanhar os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, em seus aspectos éticos e metodológicos, realizados no âmbito da instituição. O CEP UFRGS está localizado na Av. Paulo Gama, 110, Sala 311, Prédio Anexo I da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060. Fone: +55 51 3308 3787 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br Horário de Funcionamento: de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:30h.

Assim, após as informações fornecidas sobre o conteúdo de todo trabalho e compreendido a natureza e o objetivo deste estudo, você pode manifestar seu livre consentimento em participar desta pesquisa, ciente de que não há nenhum valor a ser pago e/ou recebido pela sua participação.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS) e está em duas vias, uma ficará com o pesquisador, e a outra, com o/a participante de pesquisa.

Li e concordo em participar.

Manaus, de de 2023

Assinatura do/a participante da pesquisa



Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – LIDERANÇA EM SAÚDE

Título do projeto: *A disputa de sentidos na mediação dos Agentes Comunicacionais da Saúde entre o SUS e os pacientes de Manaus/AM em tratamento da tuberculose.*

Pesquisadores responsáveis: Prof. Dr. Rudimar Baldissera (orientador) e Ma. Judy Lima Tavares (doutoranda).

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Programa de Pós-graduação em Comunicação. **Endereço:** R. Ramiro Barcelos, 2705 - Santana, Porto Alegre - RS, CEP: 90035-007 **Telefone e email para contato:** Prof. Dr. Rudimar Baldissera – (54) 8115-5250) rudimar.baldissera@ufrgs.br; Judy Tavares - (92) 98447-3737 judytavares@gmail.com / judy@ufam.edu.br.

Essa pesquisa tem por objetivo principal investigar em nível federal, estadual e municipal como se dão os protocolos que regem a comunicação dos ACSs a respeito do tratamento da tuberculose. Para conseguirmos alcançar isso, precisamos, também, a) investigar se, além dos validados pelo SUS, há outros saberes sobre o tratamento da tuberculose que circulam dos ACSs para os pacientes de TB e que podem gerar tensionamentos com a equipe multiprofissional de saúde; b) compreender os papéis exercidos pelo ACS a partir do lugar de mediação entre o SUS e os pacientes de TB; c) investigar estratégias, canais e processos de comunicação adotados pelos ACSs para as interações com os pacientes para o tratamento de TB; d) compreender como os aspectos relacionais entre ACS e pacientes impactam no tratamento de TB; e, por fim, e) compreender os fluxos circulantes das vozes sobre tratamento da TB que podem influenciar o trabalho dos ACSs junto aos pacientes.

Entendemos que a investigação voltada para a prática dos ACSs como sujeitos comunicadores no acompanhamento de pacientes de TB é importante para sociedade, quando situamos tal comunicação como potência de influenciar positivamente o tratamento de TB. Apontamos que a proposta de estar em campo para ouvir os ACSs direciona a pesquisa para a possibilidade de gerar conhecimentos que extrapolam os limites do que está instituído como o modelo normativo e biomédico sobre o tratamento de tal doença, e que podem trazer outros elementos que funcionam como essenciais para o êxito do tratamento. Temos, assim, a necessidade de produzir ciência sobre comunicação e TB a partir da fala de sujeitos que são essenciais no trabalho de promoção da saúde no tratamento da doença.

Para que possamos alcançar nossa proposta, é necessário contar com sua participação, nos explicando sobre sua visão a respeito de tais processos, concedendo-nos, assim, uma

entrevista. No momento do seu relato, você poderá discorrer livremente sobre as questões propostas pela pesquisadora, sem qualquer constrangimento ou imposição, e que, se houver qualquer desconforto, pode optar em não responder a alguma questão.

O relato obtido a partir desta entrevista será utilizado somente para fins acadêmicos, sendo que nossa pesquisa contribuirá para a construção de conhecimento no campo teórico da Comunicação e Saúde. Nesse sentido, as informações desta entrevista poderão ser publicadas no relatório da pesquisa que será defendido como Tese de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCOM/UFRGS), bem como em artigos, capítulos de livros e livros, mas que será mantido sigilo em relação à identificação dos participantes de pesquisa. Informamos que o áudio da entrevista será gravado para que seu conteúdo seja usado nas análises que irão compor a tese de doutorado a ser elaborada pela pesquisadora.

Informamos que você pode se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de justificativas e, por conta disso, não sofrerá nenhum tipo de contestação e/ou prejuízos. Esclarecemos que sua participação na entrevista pode causar eventuais riscos como algum tipo de constrangimento, ou, ainda, trazer à memória experiências e situações vividas que podem provocar algum desconforto psíquico. Nesse sentido, informamos de que caso você se sinta cansado/a ou desconfortável, como nas situações citadas acima, pode solicitar, a qualquer momento, interrupção da pesquisa.

Informamos, também, sobre o direito de buscar indenização diante de eventuais danos causados pela pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas.

Informamos sobre os benefícios de sua participação, os quais serão indiretos, que dizem respeito a dialogar com o ambiente acadêmico a respeito de sua visão sobre a própria atuação com Agente Comunitário de Saúde no que se refere aos processos de comunicação diversos que desenvolve enquanto acompanha os pacientes de TB que estão em tratamento.

Informamos de que é garantido aos participantes o acesso aos resultados de nossa pesquisa, podendo ser feita à solicitação junto aos pesquisadores.

O tempo de entrevista é estimado em 01:15h, tendo em vista trabalhar as questões elaboradas dentro de um roteiro elaborado pela pesquisadora. Após dar o consentimento sobre sua participação ao assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), você pode, previamente a realização da entrevista, ter acesso aos tópicos que serão abordados, para ter ciência do teor dos seus conteúdos.

O arquivamento das gravações das entrevistas será de cinco anos (a contar da data da realização da entrevista), sob responsabilidade do Prof. Dr. Rudimar Baldissera, orientador da pesquisa. Informamos, ainda, de que você terá livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre este estudo, podendo fazer solicitações a qualquer momento.

Esclarecemos que respeitamos sua opção quanto à manutenção do seu sigilo e da sua privacidade, e quais são, dentre as informações que nos fornecerá, as que podem ser tratadas de forma pública, durante todas as suas fases. Diante disso, firmamos o compromisso de fazer à devolutiva da transcrição de sua entrevista para que assim possa exercer sua livre escolha.

Informamos que o pesquisador responsável pelo estudo é o Prof. Dr. Rudimar Baldissera, docente do Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCOM/UFRGS), sendo ele o orientador da pesquisadora Judy Lima Tavares, aluna do doutorado em Comunicação no PPGCOM/UFRGS. Somente tais pesquisadores terão acesso às informações.

O projeto foi avaliado pelo CEP-UFRGS, órgão colegiado, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, cuja finalidade é avaliar – emitir parecer e acompanhar os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, em seus aspectos éticos e metodológicos, realizados no âmbito da instituição. O CEP UFRGS está localizado na Av. Paulo Gama, 110, Sala 311, Prédio Anexo I da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060. Fone: +55 51 3308 3787 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br Horário de Funcionamento: de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:30h.

Assim, após as informações fornecidas sobre o conteúdo de todo trabalho e compreendido a natureza e o objetivo deste estudo, você pode manifestar seu livre consentimento em participar desta pesquisa, ciente de que não há nenhum valor a ser pago e/ou recebido pela sua participação.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS) e está em duas vias, uma ficará com o pesquisador, e a outra, com o/a participante de pesquisa.

Li e concordo em participar.

Manaus, de de 2023

Assinatura do/a participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE I - MODELO DO CONVITE A SER ENVIADO AOS PARTICIPANTES - ACS

Prezado/a senhor/a

Estamos realizando a pesquisa *A disputa de sentidos na mediação dos Agentes Comunicacionais da Saúde entre o SUS e os pacientes de Manaus/AM em tratamento da tuberculose*, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCOM/UFRGS), e gostaríamos de convidá-lo/a para participar como participante de pesquisa, em virtude de sua trajetória profissional como Agente Comunitário de Saúde (ACS) atuante na Estratégia Saúde da Família, em Manaus, no Amazonas.

Nesse sentido, gostaríamos de adiantar que a participação é voluntária, não acarreta custos e, quanto aos aspectos éticos, segue os padrões previstos para o procedimento. Em anexo está o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE), documento que garante a confidencialidade e privacidade das informações prestadas pelo/a participante de pesquisa e que lhe será disponibilizado, para assinatura/consentimento antes do início da entrevista, sendo que uma cópia deverá ficar com a pesquisadora e outra deverá ser entregue ao/a participante de pesquisa.

Caso você tenha disponibilidade em contribuir com a pesquisa, aguardamos retorno para podermos agendar a entrevista. Desde já agradecemos a atenção e ficamos à disposição pelos emails: judytavares@gmail.com e rudimar.baldissera@ufrgs.br.

Cordialmente,

Prof. Dr. Rudimar Baldissera

Doutoranda Judy Lima Tavares

APÊNDICE J - MODELO DO CONVITE A SER ENVIADO AOS PARTICIPANTES - LIDERANÇA EM SAÚDE

Prezado/a senhor/a

Estamos realizando a pesquisa *A disputa de sentidos na mediação dos Agentes Comunicacionais da Saúde entre o SUS e os pacientes de Manaus/AM em tratamento da tuberculose*, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCOM/UFRGS), e gostaríamos de convidá-lo/a para participar como participante de pesquisa, em virtude de sua trajetória profissional como liderança em saúde que trabalha no combate à tuberculose no estado do Amazonas.

Nesse sentido, gostaríamos de adiantar que a participação é voluntária, não acarreta custos e, quanto aos aspectos éticos, segue os padrões previstos para o procedimento. Em anexo está o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE), documento que garante a confidencialidade e privacidade das informações prestadas pelo/a participante de pesquisa e que lhe será disponibilizado, para assinatura/consentimento antes do início da entrevista, sendo que uma cópia deverá ficar com a pesquisadora e outra deverá ser entregue ao/a participante de pesquisa.

Caso você tenha disponibilidade em contribuir com a pesquisa, aguardamos retorno para podermos agendar a entrevista. Desde já agradecemos a atenção e ficamos à disposição pelos emails: judytavares@gmail.com e rudimar.baldissera@ufrgs.br.

Cordialmente,

Prof. Dr. Rudimar Baldissera

Doutoranda Judy Lima Tavares

APÊNDICE K – MEU DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E CURA DA TUBERCULOSE

No mês de setembro de 2015, durante a realização dos meus exames, na consulta semestral com o mastologista (em atendimento particular), o médico identificou que havia uma alteração nos linfonodos da minha axila direita. Após fazer várias perguntas que pudesse justificar a alteração, o médico me orientou a passar por uma punção nas axilas para saber a natureza de tal alteração.

O procedimento foi logo feito e o resultado deu negativo para células malignas. No entanto, a alteração ainda permanecia. Diante da falta de diagnóstico, o médico me explicou que o ideal, nesse caso, seria fazer uma biópsia, sendo necessário passar por uma cirurgia para coletar o material e enviar ao laboratório. Segundo ele, seria uma cirurgia eletiva, não sendo urgente, mas necessária diante do laudo inconclusivo.

Como passaria pela cirurgia custeando com recursos próprios já que meu interesse era de que o médico que me acompanha, que é também cirurgião, pudesse estar à frente do procedimento, retornei ao consultório somente em abril de 2016, quando iniciei os exames pré-operatórios. Em termos de sintomas, eu apresentava apenas dois: a alteração nos linfonodos e dois quilos a menos do meu peso habitual. Não havia tosse, febre e/ou sudorese.

Passei pelo procedimento em julho de 2016 e duas semanas depois, estava no consultório do mastologista com o resultado da biópsia em mãos, sem ter aberto o envelope. Da minha parte, havia certa ansiedade de saber o que estava acontecendo com meu corpo já que desde o surgimento da alteração, meu médico insistiu bastante de que era necessário fazer uma investigação maior porque aquilo tudo não era estado normal em um corpo saudável. Lembro que ao entrar na sala dele, entreguei o documento e o médico rapidamente abriu o envelope. Ambos estavam em silêncio. Não sei se minha percepção sobre o semblante do médico era fruto da minha própria ansiedade em saber sobre o diagnóstico, mas enquanto ele lia em silêncio o documento, percebi certo alívio dele em fazer para si mesmo a leitura. Foi quando o médico me disse: “o que você tem, Judy, é algo tratável e curável. Você está com tuberculose extrapulmonar”. Eu fiquei muito surpresa com o diagnóstico e confesso que eu não conhecia o universo que envolve esta doença. Após o diagnóstico dado, o médico me deu orientações iniciais sobre a doença, explicando-me de que eu deveria procurar o centro de referência do Estado, a Policlínica Cardoso Fontes, no centro da cidade de Manaus, para começar meu tratamento. Explicou-me de que eu deveria ter paciência para realizar todo o

tratamento e que havia um sistema de vigilância em relação aos pacientes de tuberculose já que é uma doença infectocontagiosa.

Ao sair do consultório dele, comuniquei meus familiares a respeito do diagnóstico e, no mesmo dia, uma das minhas irmãs, por iniciativa dela, já havia agendado uma consulta com uma infectologista, a qual teria acesso através do meu plano de saúde. Na mesma tarde, dirigi-me à Policlínica indicada, com o resultado da biópsia em mãos, e fui atendida por uma profissional, a qual fez meu cadastro (sei que não era a médica porque ela comentou de que eu não passaria pelo infectologista da unidade de saúde porque eu já estava com meu diagnóstico), deu as orientações sobre o tratamento, o qual duraria 09 meses, e encaminhou-me para uma sala na qual verificaram o meu peso e me deram a medicação para os primeiros 15 dias de tratamento. Recebi, ainda, orientação de que retornaria antes de completar os 15 dias para buscar nova remessa de medicação e informar se havia me adaptado ao tratamento.

No mesmo dia, à noite, fui à consulta com a infectologista contactada pela minha irmã. A médica me deu todas as orientações possíveis sobre a doença, me explicou sobre as dificuldades do tratamento e me informou seu número de celular, caso eu necessitasse falar sobre possíveis problemas que eu tivesse com a medicação. Também solicitou a realização de exames de ultrassonografia de mamas, Raio – X pulmão e HIV. Os mesmos exames foram levados à Cardoso Fontes para compor o processo. Ela me informou de que outros moradores da minha casa também precisariam fazer o exame de escarro e raio-x, para realização de busca ativa de possíveis pacientes também. Na época, meu, então, cônjuge realizou exames fora do serviço público também, no hospital militar, sendo o diagnóstico dele negativo para a doença.

A adaptação aos quatro antibióticos é um processo muito difícil, dolorido. Comecei a tomar a medicação, mas, no terceiro dia, diante de tanto enjoô e mal estar, já não ingeri as pílulas. Ao retornar ao mastologista para retirar os pontos da cirurgia, ele me orientou a conversar com a infectologista para falar sobre a adaptação e comentou sobre as possíveis implicações que eu poderia ter com a interrupção na tomada da medicação, como o problema de ter a TB de forma multiresistente. A infectologista me atendeu em nova consulta, orientando-se para que eu pudesse ter minimizados os efeitos da medicação no meu organismo. Após a minha insistência com a medicação e começar a me alimentar novamente, meu organismo se adaptou aos antibióticos e eu comecei a tratar a doença, de fato.

Mensalmente, eu ia à Policlínica buscar a medicação e eu era pesada pela equipe de saúde. Nos nove meses de idas e vindas ao centro de referência, apenas uma única vez fui

atendida pela infectologista deles, quando, após nove meses, deveria receber alta no meu tratamento. Em paralelo a isso, a cada dois meses, eu era atendida pela infectologista da saúde suplementar, a qual continuava acompanhando meu processo até o dia em que eu obtive a alta junto à policlínica.

Ser paciente de tuberculose me levou a um contexto de uma doença marcada por estigmas. Dos médicos e dos profissionais que me atenderam durante meu processo de adoecimento, ouvi uma frase de estranhamento sobre ser paciente de TB. Costumeiramente ouvi “É interessante você estar com tuberculose. Você não tem o perfil das pessoas que têm a doença”, a qual evidencia que a doença afeta principalmente pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade socioeconômica. E, ainda, ao comentar com pessoas próximas que estava me tratando da doença, ao mencionar a palavra tuberculose, era comum ver que, nesse momento, o interlocutor dava um passo para trás.

Percebi que estava em um cenário de vários estranhamentos e estigmas em relação à doença, mas comecei a observar que eu também tinha essas questões não resolvidas dentro de mim. Em consulta pós-diagnóstico junto ao mastologista, lembro de estar angustiada e desabafar com ele sobre não entender o motivo de passar por aquilo tudo já que eu sou uma mulher de hábitos saudáveis e que, de forma periódica, faço exames para saber do meu estado de saúde. E ele, em tom de consolo, falou: Judy, você já parou para pensar que se você não se cuidasse e não tivesse acesso a isso tudo, teu quadro poderia ser bem pior?!

A resposta do médico trouxe, para mim, certa libertação de uma culpa que sentia naquele momento. Talvez esse sentimento pesaroso seja resultado da forma como enxergamos a questão da saúde, muito mais voltada para decisões pessoais do que aspectos contextuais que também influenciam diretamente em um corpo e mente saudáveis. E no meu quadro de adoecimento, fiz o que precisava fazer: tomar medicação e fazer os exames periodicamente. Mas nada disso é fácil, principalmente a medicação. A adaptação aos antibióticos é um processo muito difícil e angustiante. Durante o início do tratamento, após os três primeiros dias de medicação, senti enjoos e indisposição tão intensos que não conseguia ingerir nada em estado sólido. Houve a interrupção da medicação por alguns dias até recomençar o processo. Foram mais cinco dias sem possibilidade de me alimentar corretamente, me restando ficar deitada durante todo o tempo. Até o dia no qual consegui me levantar e fazer uma refeição sólida, trazendo não somente a alimentação que meu corpo, fraco, precisava, mas o sabor e o sentimento de que a vida corria dentro de mim. Naquele dia, a comida saboreada e digerida

me permitiu pensar que comer bem era questão imprescindível para os longos nove meses que me aguardavam. Comer bem durante o tratamento foi esperar sobre meu processo de cura.

Ao fim do tratamento, a médica da saúde suplementar solicitou o Raio – X e a US das axilas, dando-me alta, após verificar de que não existia mais alterações, e eu havia completado os nove meses do uso da medicação. Retornei à Policlínica Cardoso Fontes apenas com os exames em mãos, para que pudessem finalizar o processo deles e me liberar. Quando eu falo em processo, estou me referindo a questão da vigilância, de deixar de ser um número de pessoas em tratamento de TB. Sim, enfim, estava curada e não precisava mais buscar medicação para toma-la diariamente. A cura veio, mas, cada vez que olho para a cicatriz, venho me lembrar da minha história com essa doença, dos altos e baixos, das dúvidas e medos, os quais, ainda que tenham sido vividos em uma posição socioeconômica privilegiada, me afetaram bastante naquele contexto. E, ainda, como não sou uma mulher apegada a dores e sofrimentos, semelhante às mulheres de minha família, sou totalmente pragmática. Da minha história, então, busquei promover com essa tese um espaço de interlocução entre vozes que, ainda que sejam institucionais, como a normativa, são, também, plurais, como no caso dos ACSs. Penso que fiz o que precisava ser feito. E espero que isso tudo reverbere em processos comunicacionais mais qualificados no território de tratamento da tuberculose.



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -
PROPESQ UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A DISPUTA DE SENTIDOS NA MEDIAÇÃO DOS AGENTES COMUNICACIONAIS DA SAÚDE ENTRE O SUS E OS PACIENTES DE MANAUS/AM EM TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Pesquisador: Rudimar Baldissera

Área Temática:



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -
PROPESQ UFRGS



Continuação do Parecer: 6.164.523

3.9 O TCLE informa que a duração da entrevista é de 01:15, mas o roteiro apresentado pode chegar a um total de 44 questões. Solicita-se adequação na descrição do tempo, de modo que o participante seja adequadamente informado sobre o tempo necessário para a entrevista, garantindo a este o direito da livre escolha de participação. Caso o roteiro não seja integralmente aplicado, esclarecer o procedimento da entrevista no projeto detalhado e Plataforma Brasil.

RESPOSTA: Acatamos o que foi solicitado, fazendo o ajuste no tempo de duração da entrevista no TCLE dos ACSs, uma vez que o roteiro das lideranças em saúde é diferente no conteúdo e na quantidade de perguntas em relação ao dos ACSs. O tempo do TCLE dos ACSs ficou estipulado em 1:50h. O texto está localizado na página 119, no parágrafo 07.

ANÁLISE: Pendência atendida.

Atenção: Considerando que na versão do TCLE separada do projeto de pesquisa (arquivo TECLA_Judy_Tavares.doc) a assinatura do participante consta como único dado na última folha, recomenda-se que seja feita a numeração das páginas deste documento, garantindo sua integralidade.

Todas as pendências foram atendidas, não sendo observados óbices éticos nos documentos do estudo.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-UFRGS, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 510, de 2016, na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Reitera-se aos pesquisadores a necessidade de elaborar e apresentar os relatórios parciais e final da pesquisa, como preconiza a Resolução CNS/MS nº 466/2012, Capítulo XI, Item XI.2: "d".

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3787 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -
PROPEQ UFRGS



Continuação do Parecer: 6.164.523

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2145246.pdf	03/07/2023 22:27:44		Aceito
Outros	Respostas_Solicitacoes_CEP_UFRGS_ JudyTavares.doc	03/07/2023 22:23:44	Judy Lima Tavares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TECLE_Judy_Tavares.doc	03/07/2023 22:21:14	Judy Lima Tavares	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Judy Tavares Comite de etica _atualizado.docx	03/07/2023 22:20:33	Judy Lima Tavares	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_29_29_assinado2.pdf	07/06/2023 16:39:22	Judy Lima Tavares	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta_de_dados_Judy Tavares.doc	22/05/2023 21:41:11	Judy Lima Tavares	Aceito
Outros	Modelo_convite_Judy_Tavares.doc	22/05/2023 21:40:42	Judy Lima Tavares	Aceito
Cronograma	Cronograma_Judy_Tavares.doc	22/05/2023 21:37:51	Judy Lima Tavares	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 05 de Julho de 2023

Assinado por:
Patricia Daniela Melchiors Angst
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3787 **E-mail:** efica@propesq.ufrgs.br



AUTORIZAÇÃO Nº 23/2023 – ESAP/SEMSA

Manaus, 12 de julho de 2023.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Declaramos para os devidos fins que a Escola de Saúde Pública de Manaus – ESAP autoriza a realização no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA da seguinte pesquisa:

Título:	A Disputa de sentidos na mediação dos Agentes Comunicacionais da Saúde entre o SUS e os pacientes de Manaus/AM em tratamento da Tuberculose		
Pesquisador(a) Responsável:	Rudimar Baldissera		
Instituição:	Universidade Federal do Rio Grande do Sul		
Período da pesquisa de campo:	01/08/2023 a 30/08/2023	Local da pesquisa:	Núcleo de Controle da Tuberculose; Distritos de Saúde.
Nº do Parecer:	6.164.523	Comitê de Ética em Pesquisa:	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Atores envolvidos:	Chefe do Núcleo; responsáveis técnicos das ações de Tuberculose nos Distritos de Saúde; Agentes Comunitários de Saúde.		

(O)A Pesquisador(a) se compromete:

1. Apresentar cópia deste documento ao gestor do local de abrangência da pesquisa;
2. Garantir a não interferência no processo de trabalho do local de abrangência da pesquisa;
3. Desenvolver a pesquisa sem ônus para esta Secretaria, ou seja, é vedada a utilização de recursos humanos, material de expediente e outros;
4. Manter sigilo das informações e identificação dos sujeitos e cenários da pesquisa, sobretudo, quanto à divulgação em mídias sociais;
5. Assegurar que os resultados obtidos serão tratados conforme prevê a Resolução CNS nº 466/2012 e suas complementares;
6. Fazer referência, nos agradecimentos, ao apoio prestado pela Secretaria Municipal de Saúde em todas as formas de divulgação, como nas publicações científicas e nos trabalhos apresentados em eventos de qualquer natureza e meio de comunicação;
7. Apresentar os resultados da pesquisa na Mostra de Pesquisa Científica da Secretaria, que ocorre anualmente no mês de dezembro, sob pena de inviabilizar a execução de novas pesquisas; bem como enviar o resumo do trabalho de pesquisa para os anais do referido evento.

Salientamos que esta autorização deferida pelo **Comitê Científico** é voluntária, podendo a qualquer momento serem solicitados esclarecimentos sobre a pesquisa que está sendo desenvolvida ou até mesmo ser revogada. Em caso de dúvidas, contatar este Nupes: (92) 98842-8247 ou nupes.semsa@pnm.am.gov.br.

Documento assinado digitalmente
RUDIMAR BALDISSEIRA
 Data: 12/07/2023 13:46:02-0300
 Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Rudimar Baldissera
 Pesquisador(a) Responsável

CPF

Local / Data

Priscilla Naiff
Priscilla Farias Naiff
 Chefe do Núcleo de Pesquisa, Extensão e Inovação
 NUPES/ESAP/SEMSA

Priscilla Farias Naiff
 Chefe do Núcleo de Pesquisa,
 Extensão e Inovação
 NUPES/ESAP/SEMSA