

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006790015>

## COMUNICAÇÃO NA REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS E DE PACIENTES<sup>1</sup>

*Roberta Andrea de Oliveira<sup>2</sup>, Fernando Lefèvre<sup>3</sup>*

- <sup>1</sup> Artigo extraído da dissertação - Representações e sentidos sobre a revelação do diagnóstico da tuberculose: relações com adesão ou não adesão ao tratamento, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em 2012.
- <sup>2</sup> Mestra em Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: robertaoliveira@usp.br
- <sup>3</sup> Doutor em Saúde Pública. Professor do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: fernandoipdsc@gmail.com

### RESUMO

**Objetivo:** identificar as representações sociais de profissionais de saúde e de pacientes com tuberculose sobre a entrevista inicial de diagnóstico da doença, e analisar o conteúdo discursivo, no que se refere à relação deste modo de comunicação, durante a entrevista com a adesão destes pacientes ao tratamento da tuberculose.

**Método:** estudo descritivo e qualitativo. Realizou-se entrevista semiestruturada com 39 profissionais de saúde envolvidos com a entrevista inicial de diagnóstico da tuberculose e 34 pacientes adultos em tratamento, em 22 unidades de saúde da região sul de São Paulo (Brasil). A análise dos discursivos foi baseada nas discussões sobre “Conscientização”, desenvolvidas por Paulo Freire.

**Resultados:** a ausência de explicações e conseqüente não entendimento sobre o diagnóstico, a brutalidade de profissionais da saúde, a necessidade de educação em saúde e a forma de abordar o paciente surgiram como condições que influenciam a adesão ao tratamento por parte do doente.

**Conclusão:** identificou-se um exercício profissional, no que se refere à comunicação, contrário à promoção da adesão ao tratamento por parte do paciente, já que não permite a ele uma reflexão crítica sobre a situação atual, e, conseqüentemente, uma não modificação da sua realidade (escolha pela adesão e cura), caracterizando, portanto, uma comunicação não competente.

**DESCRIPTORIOS:** Comunicação. Barreiras de comunicação. Promoção da saúde. Aceitação pelo paciente de cuidados de saúde. Relações interpessoais. Educação em saúde. Aprendizagem. Tuberculose.

---

## COMMUNICATION ON DISCLOSURE OF TUBERCULOSIS DIAGNOSIS AND ADHERENCE TO TREATMENT: SOCIAL REPRESENTATIONS OF PROFESSIONALS AND PATIENTS

### ABSTRACT

**Objective:** identifying social representations of health professionals and patients with tuberculosis in an initial interview for diagnostic disclosure and analyzing discursive content regarding the relation of this mode of communication during the interview for adherence of these patients to tuberculosis treatment.

**Method:** a descriptive and qualitative study. A semi-structured interview was conducted with 39 health professionals involved in the initial tuberculosis diagnosis disclosure interview and 34 adult patients undergoing treatment in 22 health units in the southern region of São Paulo (Brazil). Discourse analysis was based on the discussions about “Awareness”, developed by Paulo Freire.

**Results:** a lack of explanations resulted in patients not understanding the diagnosis, abrasiveness by health professionals, the need for health education and how to approach the patient have emerged as conditions that influence patient adherence to treatment.

**Conclusion:** regarding communication, we have identified a professional exercise that is contrary to promoting patient adherence to treatment, since it does not allow them to critically reflect on their current situation, and consequently does not modify their reality (in choosing adhesion and cure), thus characterizing incompetent communication.

**DESCRIPTORS:** Communication. Communication barriers. Health promotion. Patient acceptance of healthcare. Interpersonal relations. Health education. Learning. Tuberculosis.

# COMUNICACIÓN EN LA REVELACION DEL DIAGNOSTICO Y ADHESION AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS: REPRESENTACIONES SOCIALES DE PROFESIONALES Y PACIENTES

## RESUMEN

**Objetivo:** identificar las representaciones sociales de profesionales de salud y pacientes con tuberculosis sobre la entrevista inicial del diagnóstico de la enfermedad y analizar el contenido discursivo en el que se refiere a la relación de este modo de comunicación, durante la entrevista con la entrevista con la adhesión de estos pacientes al tratamiento de la tuberculosis.

**Método:** investigación descriptiva de abordaje cualitativo. Se realizó entrevista semi-estructurada con 39 profesionales de salud involucrados con la entrevista inicial del diagnóstico de la tuberculosis y 34 pacientes adultos en tratamiento, en 22 unidades de salud de la región sur de São Paulo (Brasil). El análisis de los discursos fue basado en las discusiones sobre "conscientización", desarrollados por Paulo Freire.

**Resultados:** la ausencia de explicaciones y consecuente no entendimiento sobre el diagnóstico, la brutalidad de profesionales de la salud y la necesidad de educación en salud y la forma de abordar al paciente surgieron como condiciones que influyeron en la adhesión al tratamiento por parte del enfermo.

**Conclusión:** se identificó un ejercicio profesional, en lo que se refiere a la comunicación, contrario a la promoción de la adhesión al tratamiento por parte del paciente, ya que no le permite la reflexión crítica sobre la situación actual y, consecuentemente, la no modificación de su realidad (elección por la adhesión y cura), caracterizando, por tanto, una comunicación no competente.

**DESCRIPTORES:** Comunicación. Barreras de comunicación. Promoción de la salud. Aceptación de la atención de salud. Relaciones interpersonales. Educación en salud. Aprendizaje. Tuberculosis.

## INTRODUÇÃO

O trabalho do profissional de saúde é baseado em relações humanas e não é possível não considerar o processo comunicativo o qual está inserido nesta relação. Uma das tarefas do profissional de saúde é, portanto, decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem expressa pelo paciente para, depois, elaborar um plano de cuidado coerente.<sup>1</sup> Portanto, se tomarmos como exemplo a revelação de um diagnóstico no qual apenas é transmitida uma informação de resultado não podemos traduzi-lo como cuidado.

A comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal-entendidos, e, principalmente, atinge os objetivos definidos na interação com o paciente. Ela é bidirecional e precisa de resposta e validação das mensagens, tanto verbais como corporais (proximidade, postura, contato visual), podendo também ser uma comunicação que influencia negativamente a situação quando esta não ocorre desta maneira.<sup>1</sup>

Para que uma comunicação seja considerada adequada, ela precisa ser apropriada à situação, à pessoa, ao tempo, e deve atingir um objetivo definido. Ou seja, implica uma preparação anterior considerando o que será transmitido, quem vai transmitir e quem receberá, bem como a técnica que será empregada.<sup>1</sup>

Muito se discute sobre a comunicação adequada do profissional de saúde com o paciente, no entanto, este pode ser um problema anterior, já que carecemos de pesquisas sobre como formar o docente para que este possa se comunicar bem e ensinar esta técnica também aos seus alunos.<sup>2</sup>

Em uma pesquisa sobre a percepção de professores de enfermagem a respeito dos fatores que influenciam sua competência na docência, estes responderam à Escala de Fatores que Influenciam na Percepção das Competências para o Exercício da Docência.<sup>3</sup> Considerando os fatores específicos investigados por essa escala, os docentes que atuam em *Lato sensu* mostram maior percepção (diferença estatisticamente significativa) das suas habilidades interpessoais (relacionamento de confiança e troca efetiva de conhecimento), provavelmente pela característica mais prática deste nível de ensino.<sup>4</sup> Ou seja, educação/comunicação/relação interpessoal, características intrínsecas do fazer educação e do fazer saúde influenciam a competência do profissional educador/profissional de saúde quando este está em prática, em intervenção direta com o outro.

A comunicação de um diagnóstico pode ser considerada a comunicação de uma má-notícia. O conceito de má-notícia tem sido definido como qualquer informação que envolva uma mudança drástica, no sentido negativo, para a vida de uma pessoa.<sup>5-7</sup> A área de oncologia é a que mais reúne estudos a respeito, haja vista que o profissional de saúde que atua na assistência oncológica está em contato permanente com situações de dor, sofrimento e perda. Capacitações se centram no preparo deste profissional para dar esta notícia.<sup>8</sup>

A notícia de diagnóstico da tuberculose, sendo esta uma doença curável, acarreta em mudança drástica de vida do paciente por um período longo de tratamento (tradicionalmente seis meses), com risco de morte se não houver cura, incluindo-se fortes reações adversas aos vários medicamentos. No entanto, os estudos com relação à revelação do

diagnóstico da tuberculose centram-se na adesão ou não ao tratamento, por parte do paciente, e não com relação ao comportamento do profissional de saúde durante a revelação, no que se refere à qualidade dessa comunicação. Em geral, são estudos que objetivam descrever as características dos pacientes que abandonam o tratamento, bem como os facilitadores da adesão. Por vezes, cita-se discretamente a importância da relação humanizada do serviço como facilitadora.<sup>9-10</sup>

Como consequência da comunicação do diagnóstico temos a adesão ou não a um tratamento. A adesão tem sido estudada por profissionais de saúde por ser o ponto fundamental para a resolução de um tratamento. A não adesão se tornou importante nas últimas décadas e está entre as preocupações de profissionais de saúde.<sup>11-12</sup> Esta é uma preocupação legítima e diz respeito à condição do profissional de saúde em se comunicar bem e promover ensino/aprendizagem, já que se trata de uma relação pedagógica, no sentido em que necessita acessar o outro para que este se empodere e busque ativamente uma mudança da situação/problema (doença). A competência pedagógica necessária e esperada do profissional de saúde poderia ser investida e desenvolvida desde sua formação e, para tal, seus docentes também precisariam ter competência comunicacional a fim de desenvolverem amplamente o potencial pedagógico na sala de aula.<sup>2</sup>

Na literatura médica e de saúde, o termo adesão é utilizado para referir-se ao seguimento do paciente às recomendações terapêuticas feitas por um profissional de saúde, sejam elas tratamentos medicamentosos ou outras ações relacionadas à saúde. O termo *compliance*, usado por autores no idioma inglês (que significa concordância, no idioma português) foi desenvolvido por R. Bryan Hynes, em 1979, sendo usado como a capacidade do doente em seguir a prescrição. Este termo é criticado por se basear numa relação superficial em que o clínico decide e o paciente apenas obedece.<sup>13</sup>

O termo *adherence* (que significa adesão, no idioma português) aparece como proposta para diminuir o poder do clínico na decisão sobre o tratamento, propondo melhor relação entre profissionais de saúde e pacientes, na qual ambos são responsáveis pela tomada de decisão.

Com relação à área de atuação em tuberculose especificamente, a definição de adesão pode ser entendida como a medida que o consumo do medicamento pelo paciente corresponde ao tratamento prescrito.<sup>14</sup> Como podemos observar, fica evidente a supervalorização da recomendação e do consumo

do medicamento em detrimento da relação estabelecida entre profissional e paciente.<sup>15</sup>

Com relação ao tratamento da tuberculose, o Programa de Controle da Tuberculose do Município de São Paulo executa ações na tentativa de que parte dos fatores influenciadores para a não adesão ao tratamento seja solucionada: a oferta de cesta básica mensal e passagem de ida e volta da unidade de saúde para tomar ou buscar o remédio, ação que procura sanar alguns pontos dos fatores socioeconômicos.<sup>14</sup> A distribuição gratuita do medicamento e a preferência pela realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) na unidade de saúde procuram sanar alguns pontos dos fatores relacionados ao serviço e aos profissionais de saúde. A padronização dos esquemas de tratamento e as consultas periódicas para acompanhamento da evolução do paciente, bem como dos efeitos colaterais, busca sanar alguns pontos relacionados com o tratamento.

A adesão ao tratamento está associada à relação dos profissionais de saúde com o doente. Os primeiros devem estabelecer um diálogo produtivo com os pacientes, com respeito às crenças culturais destes.<sup>16</sup> Essa influência da relação profissional de saúde e paciente para a adesão é nítida, mas não é única para explicar essa adesão ou não.<sup>11</sup> Mesmo assim, “[...] a gestão do cuidado se apresenta como possibilidade, pois este dispõe de tecnologias para atuar nas singularidades e necessidades dos indivíduos, permanentes ou momentâneas, tendo como alvo o reestabelecimento de seu bem-estar”.<sup>12,2</sup>

Para o delineamento teórico que fundamentou a pesquisa, partimos do entendimento de que adesão é uma opção positiva por parte do paciente em seguir as recomendações terapêuticas, mediante o diálogo estabelecido entre profissional de saúde e paciente, na entrevista inicial de diagnóstico. Compreendemos como diálogo um modo de comunicação que considera as opiniões, crenças e dúvidas do paciente, ou seja, um modo de comunicação que o resgata como sujeito ativo para a conquista da cura.

Esta comunicação aberta e que empodera o outro faz parte das ações no contexto ampliado de saúde. Em 1948, com a fundação da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi inserida uma nova concepção de saúde, agora não mais como ausência de doença, mas, sim, como um estado de bem-estar relacionado ao biológico, ao psíquico e ao social.<sup>17</sup>

No bojo deste trabalho, desenvolvido no contexto ampliando de saúde, temos a promoção da saúde, que, segundo o *Health Promotion Glossary*, é o processo que busca desenvolver as pessoas para

que aumentem o controle sobre os condicionantes da saúde e assim melhorem sua saúde individual e a saúde coletiva.<sup>18</sup>

A promoção da saúde apresenta uma mudança na forma de pensar e agir sobre a saúde e seus condicionantes, mudando o significado da saúde, que foi entendida tradicionalmente como “ausência de doenças”. Agora podemos compreender a saúde como um processo (saúde-doença) que faz parte de maior ou menor desequilíbrio social. Ou seja, a promoção de saúde debruça-se em um conceito de saúde ampliado, abrangendo ambiente, modos de produção e qualidade de vida.<sup>19</sup>

A promoção de saúde é referenciada por um conceito de saúde que se propõe a identificar e reforçar as potencialidades das pessoas e grupos, compreendendo que há uma produção social da saúde. Desta forma, é possível atender às necessidades da população por meio de ações integradas sobre os determinantes e condicionantes de saúde,<sup>20</sup> ações estas interligadas à efetiva comunicação e promoção de saúde, mesmo em situações de más-notícias.

Portanto, diante das efetivas técnicas de comunicação e do fazer educativo na promoção de saúde, frente à revelação de uma má-notícia, considerando os desfechos dos atendimentos de saúde, o problema de pesquisa traduziu-se na seguinte questão: de que maneira a entrevista inicial de diagnóstico – que é um entre os diversos momentos de interlocução que ocorrem entre o(s) profissional(s) de saúde e o paciente(s) – pode contribuir para a adesão ou não adesão ao tratamento da tuberculose, na visão de profissionais de saúde e na visão de pacientes?

Deste modo, o objetivo foi identificar as representações sociais de profissionais de saúde e de pacientes de tuberculose sobre a entrevista inicial de diagnóstico da doença e analisar o conteúdo discursivo, no que se refere à relação deste modo de comunicação dos profissionais de saúde com seus pacientes com a adesão desses pacientes ao tratamento da tuberculose.

## MÉTODOS

Tratou-se de um estudo descritivo e qualitativo que resgatou as representações sociais de profissionais de saúde e de pacientes, referentes ao modo de comunicação do diagnóstico da tuberculose e adesão ao tratamento. O trabalho analisou o conteúdo discursivo, baseado nas discussões sobre

“conscientização” desenvolvidas por Paulo Freire. Realizou-se entrevista semiestruturada (gravada e depois transcrita, sendo que a transcrição não foi revisada pelo participante) com 39 profissionais, envolvidos com a entrevista inicial de diagnóstico, como critério de inclusão, e com 34 pacientes, adultos em tratamento da tuberculose, como critério de inclusão, em 22 unidades de saúde da região sul de São Paulo, no período de outubro de 2010 a fevereiro de 2011. As entrevistas foram realizadas nas próprias unidades de saúde, com duração média de 15 minutos.

Mais especificamente, foram 22 unidades básicas de saúde (UBS) na Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) Campo Limpo, da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) sul do município de São Paulo (24 era o número total de unidades da SUVIS). Esta SUVIS foi escolhida por ser a mais bem-organizada quanto ao fluxo do Programa de Controle de Tuberculose (PCT) e por ser a que conta com melhores resultados dos indicadores para tal programa, apesar de terem a mesma dificuldade no alcance das metas para o não abandono de tratamento por parte dos pacientes.

Utilizamos duas unidades para o pré-teste do roteiro de entrevistas, o qual sofreu algumas alterações. Das 22 UBS que restaram para a aplicação da pesquisa definitiva, nove unidades estavam, à época das entrevistas, sob a administração da Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein e 13 unidades sob a administração do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP).

Para a organização dos discursos individuais em estruturas de representações sociais, utilizou-se o *QualiQuantiSoft*<sup>®</sup>, e como produto para análise, obtivemos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC).

O pressuposto sociológico de base é que o DSC é a expressão simbólica do campo social ao qual todos daquele grupo pertencem.<sup>21</sup> Por meio do discurso é possível visualizar a representação social, não de modo artificial, como quadros, tabelas e categorias, mas de forma viva e direta, já que é por meio do discurso que pessoas reais e concretas se expressam.<sup>22</sup>

Deste modo, o que se obtém são histórias coletivas que refletem os códigos narrativos compartilhados por uma sociedade, uma cultura ou um grupo.<sup>23</sup>

Foram entrevistas individuais, com questões semiestruturadas para expressão das representações sociais. Tanto o roteiro de entrevista com o profissional de saúde, como o roteiro de entrevista



com o paciente, possuía algumas questões iniciais para a caracterização da população e três perguntas a respeito do modo de comunicação na entrevista inicial de diagnóstico. A primeira pergunta questionou se esse momento de interlocução tem algo de especial (para profissionais) e como ela ocorreu (para pacientes); a segunda pergunta questionou de que jeito a notícia do diagnóstico poderia ser dada de modo a motivar o paciente a fazer o tratamento (para ambos); e, por fim, a terceira pergunta questionou sobre o que leva um paciente a desistir do tratamento (para ambos).

Após a organização dos discursos, por meio do método do DSC, os mesmos foram analisados, no que se refere ao modo de comunicação do diagnóstico, com base nas seis ideias-força, apresentadas pelo educador brasileiro Paulo Freire, que foram adaptadas para a pesquisa.<sup>24</sup>

A seguir estão apresentados os itens norteadores do que buscou-se (ou a ausência de) nos discursos dos participantes. Os itens foram estruturados com base nas descrições das ideias-força de Paulo Freire e caracterizam tentativas de estabelecer uma comunicação efetiva e adequada ou de impossibilitá-la:

- Questionamento sobre o meio de vida do paciente;
- Análise cultural do paciente;
- Educação pré-fabricada por parte do profissional;
- Reflexão sobre a situação e o ambiente do paciente;
- Domesticação do paciente, de modo a impedir uma reflexão do que ocorre;
- Comunicação que leve à reflexão por parte do paciente;
- Levar a um processo de reconhecimento da temporalidade por parte do paciente;
- Redução do paciente a objeto;
- Levar a um processo de reconhecimento das relações sociais do paciente;
- Tentativa de levar o paciente a uma escolha crítica;
- Promover ao paciente uma reflexão sobre seu contexto de vida;
- Busca por estabelecimento de diálogo com o paciente;
- Justaposição de informações não realmente incorporadas pelo paciente;
- Comunicação que viabilize uma busca por experiência crítica e criadora por parte do paciente;

- Comunicação que busque captar temas próprios da época e que estejam envolvidos com a questão central da vida e doença do paciente;
- Sugestão de mudanças frente ao surgimento da “novidade” para o paciente;
- Comunicação voltada para a tentativa de permitir ao paciente chegar a ser sujeito ativo frente ao problema;
- Busca por uma comunicação autêntica e libertadora por parte do profissional;
- Subjugação do paciente pelo profissional.

O projeto de pesquisa foi depositado em dois Comitês de Ética, correspondendo aos princípios éticos nas pesquisas com seres humanos: na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP). Os pareceres de aprovação foram: Pesquisa Número 2145/Ofício COEP número 307/10 (FSP-USP) e CAAE número 0123.0.162.000-10/Parecer número 287/10 (SMS-SP). A pesquisa prosseguiu, dentro das exigências éticas, com os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos devidamente assinados em duas vias. E, por fim, os participantes receberam devolutiva dos resultados da pesquisa.

## RESULTADOS

Inicialmente, a proposta foi realizar entrevistas com 44 pacientes (dois em cada uma das 22 UBS) e com 44 profissionais de saúde (dois em cada uma das 22 UBS). Este total não foi atingido. Foram obtidas, no total, 34 entrevistas com pacientes em tratamento da tuberculose e 39 entrevistas com profissionais de saúde envolvidos com a entrevista inicial de diagnóstico da tuberculose. Isso se justifica pelos seguintes fatos: uma unidade não aceitou participar da pesquisa; em algumas unidades não havia mais que um paciente em tratamento, ou mais de um profissional envolvido com a revelação diagnóstica; e em outras unidades, mesmo contando com o número de dois profissionais e dois pacientes presentes, ocorreram recusas destes em participar da pesquisa.

Dentre os 34 pacientes entrevistados, em relação à questão semiestruturada n. 1 (Conte como foi a consulta a qual lhe deram, pela primeira vez, a notícia de que você estava com tuberculose), resgataram-se 35 ideias-centrais que compuseram um total de dez diferentes categorias. Segue no texto, como exemplo, o DSC de uma das categorias, o qual mostra uma situação que não contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose.

## **A notícia foi dada de forma direta sobre a condição de doente, sem mais explicações**

Esta categoria teve como contribuição cinco ideias centrais.

[...] *Me chamaram (sic) lá pra fala que eu tava (sic) com tuberculose [...] aí o médico falô (sic) pra mim que era tuberculose sugestiva [...]. Ô seu V [...], você tá (sic) tuberculoso [...]. Olhô (sic) pra minha cara e falô (sic) assim, simplesmente: você tá (sic) com tuberculose, não me deu maiores explicações [...].*

Ainda entre os pacientes, em relação à questão semiestruturada n. 2 (De que jeito esta notícia poderia ser dada para que o paciente se sentisse motivado a fazer o tratamento?), resgataram-se 36 ideias centrais que compuseram total de 14 diferentes categorias. Segue, como exemplo, o DSC de uma das categorias, o qual mostra uma situação que contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose:

### **Explicando mais sobre aquilo que envolve a doença**

Esta categoria teve como contribuição cinco ideias centrais.

*Explicá (sic) mais os benefício, como ela é, o que que ela causa [...]. Ah... da forma corretamente, explica (sic) tudo certinho, os prós e os contras e influencia (sic) pro tratamento. Tem que passá (sic) pro (sic) paciente que é uma doença que... que é passada, como eles mesmo me explicá (sic), passada em ônibus, de tosse, de vírus, enfim... E eles explicaram (sic) que o tratamento era simples, que tem que fazê (sic) só um acompanhamento de seis meses, que depois de seis (sic)... continuaria levando uma vida normal, sem nenhum problema extra no futuro, então [...].*

E com relação à questão semiestruturada n. 3, na qual deu-se três opções de escolha sobre o que pode levar um paciente a desistir do tratamento e a possibilidade de explicar a resposta escolhida (as opções envolveram tratamento com brutalidade por parte do profissional de saúde, não entendimento das explicações sobre o tratamento ou o tratamento parecer muito complicado de ser feito), resgataram-se 40 ideias centrais que compuseram um total de 14 diferentes categorias. A seguir, como exemplo, o DSC de uma das categorias, o qual mostra uma situação que não contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose.

### **Pacientes podem desistir do tratamento diante da brutalidade de alguns profissionais**

Esta categoria teve como contribuição seis ideias centrais.

[...] *É porque a pessoa já tá (sic) com pobrema (sic) e se num (sic) for bem-atendido, a pessoa até desanima e desisti (sic). Porque já fica desanimado, já tá com pobrema (sic), tem que tratá (sic) bem pra seguí (sic) o tratamento [...]. Porque têm alguns que é bastante ignorante, faz a pessoa voltá (sic) o tratamento pra trás [...]. Tá doente e vai sê (sic) tratado com ignorância?... É chato né? [...].*

Dentre os 39 profissionais entrevistados, em relação à questão semiestruturada n. 1 (A consulta onde se comunica, pela primeira vez, ao paciente que ele está com tuberculose tem alguma coisa de especial? Fale um pouco sobre ela), resgataram-se 60 ideias centrais que compuseram um total de 20 diferentes categorias. A seguir, como exemplo, o DSC de uma das categorias, o qual mostra uma situação que contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose:

### **É importante fazer a parte educativa para que este paciente multiplique informações no seu contexto**

Esta categoria teve como contribuição uma ideia central.

[...] *É importante frisar as causas que podem ter levado pra que não se repita, porque pode tê (sic) uma recidiva com um abandono de tratamento, ou até mesmo uma baixa de imunidade mais pra frente [...]. Então, os cuidados! Eu acho que não é a dificuldade dele entendê (sic), não é uma questão fisiopatologia da doença, mas é uma questão de como se pega a tuberculose, como ela se transmite, a orientação que ele pode passá (sic) prum (sic) vizinho, não os contatos domiciliares, porque os contatos domiciliares vêm pra gente, mas a própria região [...].*

Ainda dentre os profissionais, em relação à questão semiestruturada n. 2 (De que jeito esta notícia poderia ser dada para incentivá-lo a aderir ao tratamento?), resgataram-se 57 ideias centrais que compuseram um total de 18 diferentes categorias. A seguir, como exemplo, o DSC de uma das categorias, o qual mostra uma situação que contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose.

### **Por meio do modo como se aborda o paciente**

Esta categoria teve como contribuição uma ideia central.

[...] *Cada profissional age de uma forma diferente né? [...]. Acho que é o modo como o profissional trata o paciente pela primeira vez, seu primeiro contato. Então, acho que, assim, você tem que se dedicá (sic) mais a esse paciente, você tem que é... tê (sic) uma atenção maior com ele e com os familiares, porque envolve toda a família [...].*

*Então, assim, eu acho que se o profissional demonstra uma atenção maior, se dedica mais a esse paciente, a adesão também vai ser (sic) melhor, tá? [...].*

E com relação à questão semiestruturada n. 3, na qual também deu-se três opções de escolha sobre o que pode levar um paciente a desistir do tratamento e a possibilidade de explicar a resposta escolhida, exatamente como com os pacientes, resgatamos 58 ideias centrais que compuseram um total de 13 diferentes categorias. A seguir, como exemplo, o DSC de uma das categorias, o qual mostra uma situação que não contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose.

### **Pacientes podem desistir do tratamento por não entenderem as explicações sobre ele**

Esta categoria teve como contribuição nove ideias centrais.

*Tudo depende de como a gente conversa, explica... né? Se tiver uma escuta, diálogo claro... porque depende de quem fala, de quem dá a explicação [...]. Se falou (sic) direitinho e tirou (sic) todas as dúvidas dele, acho que fica mais fácil de fazer o tratamento mesmo. Veja, aqui, nós trabalhamos numa unidade multiprofissional, que tem várias pessoas empenhadas em poder (sic) acompanhar o paciente e o sucesso que a gente tem é muito grande [...]. O paciente, ele (sic) tem que tá (sic) explicando pra ele de forma que seja acessível pra ele [...].*

## **DISCUSSÃO**

Após todo o trabalho de organização dos discursos, de todos os participantes aos três questionamentos, em ideias centrais, em categorias e, por fim, em DSC (gerando grande quantidade de resultados, brevemente exemplificados no item anterior), todo o material foi analisado no que se refere ao modo de comunicação do diagnóstico, com base nas seis ideias-força apresentadas pelo educador brasileiro Paulo Freire e que foram adaptadas para a pesquisa.<sup>26</sup> Na impossibilidade de apresentar todas as discussões frente a todos os resultados, optou-se pela apresentação das discussões mais relevantes.

Observou-se que não apenas médicos, mas enfermeiros e auxiliares de enfermagem faziam revelação de diagnóstico da tuberculose para pacientes das 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) Campo Limpo de São Paulo, entre o final de 2010 e início de 2011, e que aqueles se preocupam mais com o conteúdo a ser dito do que com o modo de se comunicar.

A maior parte dos profissionais entrevistados revela em seus discursos que, para dar a notícia ao

paciente, seguem uma lista, como um *check-list*, de coisas que não podem esquecer de citar. Esta postura revela a necessidade do profissional de saúde de ser guiado por protocolos e mostra a dificuldade deles em lidar com o inesperado e com a subjetividade que pode ser expressa pelo paciente diante da notícia de uma doença grave. Além disso, alguns poucos profissionais opinam que a melhor forma de revelar este diagnóstico de modo que o paciente adira ao tratamento é responsabilizando-o pelo desfecho deste, amedrontando-o ou ofertando incentivos materiais como barganha para que se tratem (no município de São Paulo existe a distribuição de cesta básica mensal, vale transporte de ida e volta da UBS, lanche após a tomada dos remédios na UBS e vale-lanche para alimentar-se depois que sair da UBS, para pacientes que fazem o tratamento diretamente observado - TDO. Todos estes "benefícios" são considerados como estratégias para melhorar a adesão ao tratamento).

Considerando as ideias-força de Paulo Freire, seguir um *check-list* idêntico para com todos os pacientes é não considerar as especificidades da comunicação com cada doente de modo singular; responsabilizar o paciente pelo desfecho do tratamento pode sugerir que a responsabilidade do serviço está somente em diagnosticar e fornecer o tratamento; ofertar incentivos materiais não traduz uma atitude pedagógica, e sim, de dependência, e também não é possível controlar o modo como o paciente vai conduzir o seu tratamento, de modo que possa receber mais ou menos incentivos materiais; e, por fim, usar o amedrontamento de outro para conseguir o que se quer, pode traduzir uma tentativa do profissional em infantilizar o paciente, como se ele fosse um sujeito incapaz de compreensão e reflexão, e como se o medo fosse o único modo de educá-lo. Estes comportamentos caracterizam, segundo os itens norteadores da análise (constantes no item metodologia), educação pré-fabricada, domesticação, redução do outro a objeto e subjugação. São atitudes distantes de uma comunicação/educação competente para viabilizar a adesão.<sup>24</sup>

Os pacientes entrevistados opinaram que há quem possa desistir do tratamento quando, depois da notícia, ainda restarem dúvidas sobre o que envolve a doença; alguns revelaram que viveram a experiência da notícia ter sido dada de forma direta sem maiores explicações; alguns acreditam que a melhor forma de se dar esta notícia seria explicando tudo o que envolve a doença e que pacientes desistem quando não entendem como funciona o tratamento, quando são tratados com brutalidade, são desrespeitados



ou quando não recebem a devida atenção do serviço. Esses comportamentos, de acordo com os itens norteadores para análise, estão relacionados a uma justaposição de informações não realmente incorporadas pelo paciente, bem como a subjugação, no que se refere ao tratamento com brutalidade.<sup>24</sup>

Devemos compreender que a comunicação com o outro não se encerra na palavra. Na conversa, são processadas as mensagens e há uma construção e reconstrução de sentidos, conhecimentos e pensamentos. Sendo assim, a comunicação, tanto verbal como não verbal, promove marcas nas pessoas também pela linguagem que se expressa nos gestos, na face e nas emoções.<sup>25</sup> Somam-se ainda a esta (re) construção de sentidos o silêncio, a orientação do corpo, a distância entre os indivíduos, bem como a disposição dos objetos no ambiente.<sup>26</sup>

Em uma pesquisa sobre o papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, doença esta crônica como a tuberculose, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, originando-se quatro categorias temáticas que descrevem os fatores que influenciam a adesão ao tratamento. Duas categorias vão ao encontro de pontos abordados aqui nesta pesquisa. Uma delas é a educação continuada em saúde, como um processo político que desaliena, transforma e emancipa os sujeitos.<sup>27</sup> E a outra é o desconhecimento da doença por parte do paciente sobre o qual o enfermeiro deve ter seu papel educativo, motivando e propondo estratégias.<sup>27-28</sup>

Toda ação educativa/comunicativa deve ser precedida de reflexão sobre o homem e seu meio de vida.<sup>24</sup> Explicar o que envolve a doença pode abranger o contexto social do paciente, dando mais sentido à informação dada. Caso contrário, a educação torna-se pré-fabricada e inoperante. Perceber o outro é compreender situações pela junção dos desejos e necessidades pessoais de cada um.<sup>29</sup>

Analisando mais uma pesquisa, também a respeito da adesão ao tratamento da hipertensão no contexto da atenção primária, igualmente em uma revisão integrativa, os estudos com maior nível de evidência (nível II), em sua maioria, avaliam ações educativas com os pacientes, apontando essa ferramenta como colaboradora para o aumento da adesão. Seis artigos que abordam a relação profissional de saúde/paciente descrevem a relação de confiança como fator que contribui igualmente, proporcionando uma compreensão clara do paciente sobre o tratamento proposto. Todos os estudos referentes a ações educativas apresentam resultados positivos quanto à adesão.<sup>30</sup>

As relações do homem com seu contexto de vida são de afrontamento.<sup>24</sup> Por isso, as relações dos homens com os outros homens são de choque, de modo que eles se sentem tentados a reduzir os outros homens à condição de objeto.<sup>24</sup> Dessa maneira, pacientes e profissionais de saúde vivenciam de modo diferente o mesmo momento de interlocução: profissionais depositam apenas informações, enquanto pacientes querem explicações. Este choque reflete a resposta de sujeitos diante do afrontamento com outros sujeitos. É uma tentativa de impedir o outro de me modificar. É uma barreira de proteção, uma resistência, para que a realidade do outro não invada a minha realidade.<sup>24</sup>

O profissional de saúde “[...] pode atuar ampliando a consciência crítica dos indivíduos, famílias e comunidade para a aquisição de poder de escolhas saudáveis de vida. Para tal, é imprescindível que sua prática esteja vinculada e pautada a uma proposta educacional de transformação social [...]”.<sup>27:476</sup>

## CONCLUSÃO

Conclui-se que o processo de revelação de diagnóstico da tuberculose, no contexto estudado, desperdiça o espaço de comunicação para produzir adesão ao tratamento por parte do paciente. O jeito pedagógico freiriano e libertador de se comunicar não aparece em quantidade ou qualidade relevante nos discursos dos entrevistados, não é valorizado como algo a ser feito (pelos profissionais) nem é revelado como algo que foi vivido ou que poderia ser vivido (pelos pacientes).

Este estudo produziu uma reflexão sobre a importância da comunicação quando precisamos atingir o outro de modo a torná-lo um sujeito ativo na transformação de uma realidade que está vivendo (sofrendo), já que é por meio dessa ferramenta que as pessoas revelam sentimentos positivos, como o interesse na relação que está sendo estabelecida, ou sentimentos negativos, como, por exemplo, a desatenção, o desprezo, etc.

É um exercício profissional contrário à promoção de saúde já que não permite ao paciente uma reflexão crítica sobre a situação atual (doença), de modo que se torne ativo na modificação da sua realidade (saúde).

Das ideias-força de Paulo Freire, adaptadas em itens norteadores para a análise dos DSC, muito pouco se podem ater das representações sociais dos profissionais de saúde e dos pacientes, com relação àquilo que traduz uma comunicação competente



para a adesão, como, por exemplo, a sugestão de mudança frente à “novidade”, citado por alguns poucos participantes. No entanto, nenhum dos DSC trata da possibilidade do questionamento e da reflexão do paciente sobre seu meio de vida, muito menos ao processo de escolha crítica. Grande parte das representações está envolvida com uma educação pré-fabricada, com domesticação do paciente e sua subjugação.

Sendo assim, o conteúdo discursivo analisado sobre o modo de comunicação dos profissionais de saúde com seus pacientes e a relação desse jeito de fazer com a adesão destes pacientes ao tratamento da tuberculose apontou para uma comunicação interpessoal não competente, com base nas indicações de Paulo Freire sobre como uma comunicação verdadeiramente educativa e transformadora deve ser.

## REFERÊNCIAS

1. Silva MJP. Comunicação tem Remédio: a Comunicação nas Relações Interpessoais em Saúde. São Paulo: Ed. Loyola; 2011.
2. Amorim RKFCC, Trovo MM, Püschel VAA, Silva MJP. Formação docente em comunicação não verbal: avaliação de docentes em um projeto piloto. *Rev Saúde* [Internet]. 2015; [cited 2016 Jun 22]; 9(1):63-75. Available from: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/1988>
3. Nassif VMJ, Hanashiro DMM, Torres RR. Fatores que influenciam na percepção das competências para o exercício da docência. *Rev Bras Educ* [Internet]. 2010 [cited 2016 Jun 22]; 15(44):364-79. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-24782010000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782010000200012)
4. Santos CCM, Puggina ACG, Pereira LL. Fatores que influenciam a percepção de professores de enfermagem das competências na docência. *REFACS*. [Internet] 2016; [cited 2016 Jun 22]; 4(2):86-97. Available from: <http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1640>
5. Buckman, R. *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore (US): The Johns Hopkins University Press; 1992.
6. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news - a review of the literature. *JAMA*. 1996; 276(16):496-502.
7. Miranda J, Brody RV. Communicating bad news. *Western J Med* [Internet]. 1992; [cited 2016 Feb 23]; 156(1):83-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1003165/?page=1>
8. Souza RAP, Souza SR. Um cuidado complexo: comunicando as más notícias em oncologia. *Rev Pesq Cuid Fundam On-line* [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 23]; 4(4):2920-9. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1772>
9. Queiroz R, Nogueira PA. Diferenças na Adesão ao Tratamento da Tuberculose em Relação ao Sexo no Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia. *Saúde Soc* [Internet]. 2010; [cited 2016 Feb 23]; 19(3):627-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/14.pdf>
10. Chirinos NEC, Meirelles BHS. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2016 Feb 23]; 20(3):599-406. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/23>
11. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cien Saúde Coletiva* [Internet]. 2003; [cited 2015 Nov 10]; 8(3):775-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>
12. Coelho APC, Larocca LM, Chaves MMN, Felix JVC, Bernardino E, Alessi SM. Healthcare management of tuberculosis: integrating a teaching hospital into primary health care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 23]; 25(2):1-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/0104-0707-tce-25-02-0970015.pdf>
13. Osterberg L, Blaschke T. Drug therapy: adherence to medication. *N Engl J Med* [Internet]. 2005 [cited 2015 Nov 10] 353(5):487-97. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra050100>
14. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action* [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2003 [cited 2015 Nov 10]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4883e/>
15. Oliveira RA, Lefèvre F. Representações sociais sobre a revelação do diagnóstico da tuberculose e suas relações com a adesão ao tratamento. *Pesquisa em andamento. Rev Eletron Comun Inf Inov Saude* [Internet]. 2012 [cited 2015 Nov 10]; 6(1). Available from: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/receis/article/view/615/1256>
16. Dias AM, Cunha M, Santos AMM, Neves APG, Pinto AFC, Silva ASA, et al. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. *Millenium* [Internet]. 2011 [cited 2015 Nov 10]; 40:201-19. Available from: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>
17. Buss PM, Filho AP. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [cited 2015 Nov 10]; 17(1):77-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>
18. World Health Organization. *Division of Health Promotion, Educations and Communications. Health Promotion Glossary* [Internet]. Geneva (CH): WHO; 1998 [cited 2015 Nov 10]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

19. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Promoção de saúde ou a negação da negação. Rio de Janeiro (RJ): Vieira & Lent; 2004.
20. Westphal MF. Promoção de saúde: uma nova agenda para a saúde. In: Rocha AA, Cesar CLG, Ribeiro H. Saúde Pública: Bases Conceituais. 2ª ed. São Paulo (SP): Ed. Atheneu; 2013.
21. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV, organizadores. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul (RS): UCS; 2000.
22. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul (RS): UCS; 2003.
23. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 23]; 23(2):502-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/0104-0707-tce-23-02-00502.pdf>
24. Freire P. Conscientização - teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo (SP): Cortez & Moraes; 1979.
25. Ferreira MA. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2006 [cited 2016 Jun 22]; 59(3):327-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a14v59n3.pdf>
26. Amorim RKFCC, Silva MJP. Effective/efficacious nonverbal communication in the classroom: the perception of the nursing lecturer. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 23]; 23(4):862-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/0104-0707-tce-23-04-00862.pdf>
27. Costa YF, Araújo OC, Almeida LBM, Viegas SMF. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa da literatura. *Mundo da Saúde* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 22]; 38(4):473-81. Available from: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/155566/A12.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155566/A12.pdf)
28. Silva SSBE, Colosimo FC, Pierin AMG. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2016 Jun 22]; 44(2):488-96. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000200035](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200035)
29. Prochet TC, Silva MJP. Proxêmica: as situações reconhecidas pelo idoso hospitalizado que caracterizam sua invasão do espaço pessoal e territorial. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2016 Feb 16]; 17(2):321-6. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000200014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200014)
30. Moura AA, Godoy S, Tognoli SH, Mendes IAC. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial no contexto da atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jun 22]; 9(4):7420-30. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7363>