

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**O TRATAMENTO SUPERVISIONADO
DA TUBERCULOSE: PERCEPÇÕES DO
ENFERMEIRO DO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA DE JOÃO PESSOA**

João Pessoa -PB
2006

ANA CRISTINA DE OLIVEIRA E SILVA

**O TRATAMENTO SUPERVISIONADO
DA TUBERCULOSE: PERCEPÇÕES DO
ENFERMEIRO DO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA DE JOÃO PESSOA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Mestrado - do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, na área de concentração em Enfermagem em Saúde Pública, inserida na linha de pesquisa Políticas Públicas e de Saúde e a Prática de Enfermagem, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Maria Clemilde Mouta de Sousa

**João Pessoa - PB
2006**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta dissertação, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

S586t Silva, Ana Cristina de Oliveira e
O Tratamento Supervisionado da
Tuberculose: percepções do enfermeiro do
Programa Saúde da Família/Ana Cristina
de Oliveira e Silva.-João Pessoa,2006.
90p. :il.
Orientadora: Maria Clemilde Mouta de
Sousa.
Dissertação (mestrado)- UFPB/CCS
1.Tuberculose-tratamento
supervisionado.2.PSF.
UFPB/BC CDU:616-002.5(043)

ANA CRISTINA DE OLIVEIRA E SILVA

O TRATAMENTO SUPERVISIONADO
DA TUBERCULOSE: PERCEPÇÕES DO
ENFERMEIRO DO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA DE JOÃO PESSOA

APROVADA EM ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Maria Clemilde Mouta de Sousa
Orientador(a)

Dr^a Maria Catarina Salvador da Motta
Membro

Dr^a. Jordana Almeida Nogueira
Membro

Dr. Giovanni Constantino Braga Cartaxo
Membro Suplente

João Pessoa - PB
2006

Dedicatória

Ao meu amigo, incentivador,
companheiro, conselheiro, esposo
LAWRENCE que, em momento
algum, mediu esforços no meu
crescimento profissional, de modo a
transformar as dificuldades em
novas experiências e, sobretudo, a
DEUS, guia perfeito dos meus
caminhos e senhor da minha vida.

HOMENAGEM ESPECIAL

Ao grupo de pesquisa da REDE - TB, por reconhecer o trabalho sério e dedicado na luta pelo Controle da Tuberculose em nosso país, em especial, à Prof^a Dr^a Tereza Cristina Scatena Villa e ao Prof^o Dr. Antonio Ruffino Netto, por toda a atenção e apoio à REDE - TB, na Paraíba

AGRADECIMENTOS

Sou grata a todos os que contribuíram para a realização desta pesquisa e por tudo o que cada um representa ou representou em minha vida como profissional e como pessoa, pois tenho a certeza de que as coisas não acontecem por acaso e que as pessoas não se cruzam ao acaso.

Meu muito obrigada:

Ao senhor meu Deus, por tudo que tenho e por tudo o que sou.

À minha mãe, meus irmãos e sobrinhos que apesar da distância fizeram-se presentes em todos os momentos.

Ao meu amor, por tudo o que fez e por tudo que o passamos durante este período em que me dediquei ao Mestrado. Você foi o responsável por este passo em minha vida.

À minha sogra, ao meu sogro e aos meus cunhados, que souberam dividir os momentos de tristeza, saudade e alegria das pessoas que amo.

A Nina, que soube transformar os momentos de solidão em alegria e descontração, sendo uma fiel companheira, sempre amável e presente, a maior prova de amizade ao ser humano.

À prof^a Dr^a Maria Clemilde Mouta de Sousa por sua sensibilidade e disposição em estar sempre presente em todos os momentos que vivenciei. Obrigada pelo incentivo e pela oportunidade de compartilhar esta pesquisa. Obrigada pela preciosa amizade, companheirismo, por respeitar a minha limitação como pesquisadora, fazendo-me superá-la.

À prof^a Dr^a Jordana Nogueira pelos valiosos momentos compartilhados na construção deste estudo, por sua educação e ética profissional, tornando-se

um grande exemplo para os que trabalham com o ensino e pesquisa. Obrigada pela oportunidade de construção e orientação na conclusão deste estudo.

À prof^a. Dr^a Lenilde Duarte de Sá que sempre me incentivou, por acreditar na capacidade que cada um tem. Parabéns pela dádiva de dividir conhecimentos e nos encorajar a explorar nossas potencialidades, por meio de constantes desafios.

Ao corpo docente do Mestrado, em especial aos professores Dr^o César Cavalcanti, Dr^a Ana Tereza Cavalcanti, Dr^a Maria de Oliveira Filha, Dr^a Wilma Fontes e Dr. Rodrigo Vianna sempre dispostos a ajudar em nosso progresso científico, compartilhando experiências e conhecimentos. Obrigada.

Ao prof. Dr. Giovanni Constantino, por sua contribuição na construção deste estudo.

À prof^a Dr^a Catarina Salvador, por sua significativa participação nesse estudo e por sua disposição em ajudar-me diante das adversidades surgidas na finalização desta pesquisa.

Às colegas do Mestrado, Simara, Bianca, Rebeca, Daisy, Marclineide, "Vivi", Cláudia, Fernanda, Candice, Ana Paula, "Gil", Eulina, pelas palavras de incentivo quando fraquejava e pelos momentos compartilhados, pois, desde o início desta jornada, fomos amigas, conselheiras, irmãs quando precisávamos.

A "CINTI", grande amiga e incentivadora - você foi de fundamental importância para meu ingresso no Mestrado. Obrigada.

Aos colegas do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC, Tânia, Luciene, Lucíola, Ed, Kiko, Inácio, Gorete, Anne, Kalígia, Ana Luíza, Ana Suerda, Cláudia Helena e aos alunos do CESF, pelo incentivo e pelos ensinamentos que foram importantes para meu amadurecimento profissional.

À Secretaria de Saúde do Estado, em especial aos que representam o Programa de Controle de Tuberculose, pelo apoio e pela contribuição durante a construção desta pesquisa.

A Dinalva Lima, sempre solícita e gentil - você representa a história viva da tuberculose no Estado da Paraíba. Obrigada.

À Coordenadora do Programa de Controle de Tuberculose do município de João Pessoa, Maria das Graças Nunes, por sua ajuda e incentivo. Parabéns por sua dedicação no Combate à Tuberculose.

Aos que representam o Distrito Sanitário IV, pela forma acolhedora e solícita que me receberam para que pudesse coletar meus dados, em especial, a Márcia Rique e ao Sr. Monteiro.

Às colegas enfermeiras que contribuíram, de forma ímpar, tornando possível a concretização deste estudo.

Às bibliotecárias: Danielle Moreno, Liliane Souza e Bernadete Silva por toda contribuição na organização dessa pesquisa.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação, por toda a ajuda e pelo carinho dispensados aos mestrandos.

À amiga Gisetti, por acreditar na minha capacidade e ser realmente uma amiga. Obrigada, pelo incentivo e pela oportunidade de compartilhar experiências que serviram de encorajamento e força em meio às adversidades da vida. Parabéns pelo dom da humildade, apesar da sua grandeza.

Aos amigos, pacientes, alunos e gestores de Picuí - Pb, que foram essenciais para a minha vida profissional, no período em que trabalhei no Programa Saúde da Família. Muito obrigada. Vocês me incentivaram a ser Mestre.

À Prof^a Ms. Nereide Virgínio, por suas palavras sábias e oportunas que me fizeram refletir sobre a construção desta pesquisa, e por toda a oportunidade e confiança que deposita em mim, como profissional.

À Cooperação de Apoio à Pesquisa de Ensino Superior (CAPES), pela concessão de bolsa de estudo.

Aos grandes colegas, Oriana, Andréa e Paulo pelo apoio, amizade e disposição. Parabéns pela grandeza profissional que representam.

Às colegas Kênia, Luciana Dantas, Érika, Sandra pelo apoio e ajuda no momento que mais precisei de vocês. Sou-lhes grata por todas as palavras e atitudes de apoio.

À Prof^a de português, Jandira Ramos, por sua valiosa contribuição na correção gramatical deste estudo.

A todos os envolvidos, de alguma maneira, tornando possível a construção do meu estudo, meus agradecimentos.

RESUMO

O Tratamento Supervisionado da Tuberculose representa uma das melhores estratégias na luta contra a doença, ressaltando a sua descentralização para as Equipes de Saúde da Família. Assim, esta pesquisa teve como objetivo analisar o Tratamento Supervisionado da Tuberculose em um distrito sanitário no município de João Pessoa – PB, na percepção do enfermeiro do Programa Saúde da Família. Optou-se pela pesquisa de natureza qualitativa. A amostra do estudo constituiu de nove enfermeiras que trabalham em Unidades de Saúde da Família e realizam o Tratamento Supervisionado da Tuberculose em João Pessoa - Pb. Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semi-estruturada. Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. A unidade temática central é: O Tratamento Supervisionado da Tuberculose na percepção do enfermeiro do Programa Saúde da Família, que foi conformada a partir dos três núcleos de sentidos centrais: Singularidades do Enfermeiro no Entendimento do Tratamento Supervisionado, Envolvimento dos Atores-chave no Tratamento Supervisionado e Potencialidades e Fragilidades no Tratamento Supervisionado - TS. Em relação ao primeiro núcleo, verificou-se que o entendimento do TS se apresenta, para o enfermeiro, como uma ação terapêutica na ingestão da medicação como garantia de cura. No que se refere ao segundo núcleo percebe-se a participação da família e comunidade como importante apoio ao paciente, durante o tratamento, como também da figura do Agente Comunitário de Saúde, principal mediador entre a comunidade e o serviço de saúde. Quanto ao terceiro núcleo as fragilidades percebidas foram: a falta de incentivos para a operacionalização do TS nas Unidades de Saúde da Família - USF, o estigma da doença, o abandono ao tratamento e a dificuldade na realização dos exames laboratoriais. E, como fortalezas foram observadas: a medicação gratuita, a descentralização do TS para as USF e a relação de acolhimento e vínculo entre usuário-profissional, fazendo com que os profissionais sintam-se responsáveis por todo o processo de tratamento e cura dos pacientes que por sua vez, compartilham de todo esse processo de respeito e empatia. Conclui-se, portanto que a atuação do enfermeiro do PSF no TS deve ser realizada de forma a atender às reais necessidades do paciente pautadas no acolhimento como principal meio de sucesso no tratamento da tuberculose.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose, Tratamento Supervisionado, Enfermagem.

ABSTRACT

The supervised treatment of the Tuberculosis represents one of the best strategies in the fight against the disease, detaching its decentralization for the Health Family Teams. Thus, this research had the aim of analyzing the Supervised Treatment of the Tuberculosis in a sanitary district in the city of Joao Pessoa – PB, in the perception of the nurse of the Health Family Program. We chose a qualitative research. The sample of the study are nine nurses that work in health Family Units and do the Supervised Treatment of the Tuberculosis in Joao Pessoa – PB. To collect the data, the semi-structured interview was used. To analyze the data, we used the technique of content analysis, thematic modality. The thematic central unit is: The Supervised Treatment of the Tuberculosis in the perception of the nurse of the Health Family Program, that was formed from three nucleus of central meanings: Particularities of the Nurse in the understanding of the Supervised Treatment, involvement of the key-actors in the Supervised Treatment and potentialities and fragilities in the supervised treatment – ST. Towards the first nucleus, it was observed that the understanding of the ST is presented, to the nurse, as a therapeutic action in the ingestion of medication as a guarantee of cure. About the second nucleus it was observed the participation of the family and community as important help to the patient, during the treatment, as well as the person of the Community Health Agent, main mediator between the community and the health service. About the third nucleus the fragilities observed were: lack of incentive for the operation of the ST in the Health Family Units –HFU, the stigmatization of the disease, the abandon of the treatment and the difficulties to do the laboratory exams. And, as strong points were observed: the free medication, the decentralization of the ST for the HFU and the relation of reception and link between professional-user, making the professionals feel responsible for all the treatment process and cure of the patients that also, use all this process of respect and empathy. So we conclude that the action of the nurse of the HFP in the ST must be done in such a way to attend the real needs of the patient ruled in the welcome as main form of success in the treatment of the tuberculosis.

KEY-WORDS: Tuberculosis, Supervised Treatment, Nursing.

RESUMEN

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CNCT	Campanha Nacional de Controle da Tuberculose
CNPS	Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
CCS	Centro de Ciências da Saúde
DOTS	Directly Observed Therapy - shortcourse
DNT	Divisão Nacional de Tuberculose
DNPS	Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Equipe Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional da Saúde
GTB	Programa Global da tuberculose
INH	Isoniazida
MDR	Multiresistência às Drogas
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde

PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PSF	Programa Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Ácido-para-amino-salicílico
RMP	Rifampicina
SNT	Serviço Nacional de Tuberculose
SM	Streptomocina
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SIL	Sistema de Informação Laboratorial
SINAN	Sistema de Informação de Agravos Notificados
TB	Tuberculose
TS	Tratamento Supervisionado
USF	Unidade Saúde da Família
WHO	World Health Organization

APRESENTAÇÃO

Este estudo encontra-se inserido a pesquisa : *Implantação do DOTS na Paraíba: a história de uma estratégia voltada ao cuidado à Tuberculose*. Articulado a Área de Estudos Epidemiológico-Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE – TB), pelo grupo denominado “Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose” (cadastrado e certificado CNPq/2002).

Esse grupo de pesquisadores tem produzido conhecimento sobre a tuberculose e o sistema de atenção à saúde; o tratamento supervisionado; a organização dos serviços; a adesão ao tratamento da tuberculose na visão do doente e da família; epidemiologia e estudos teóricos com enfoque para o gerenciamento dos casos.

Na Paraíba está sendo desenvolvido pelos pesquisadores do Grupo de Estudos de Controle e Combate a Tuberculose na Paraíba, formado por representantes de instituições formadoras, pessoal de serviços de saúde, estudantes de graduação e pós-graduação e técnicos da secretaria estadual e do município de João Pessoa.

O presente estudo tem como foco um dos aspectos operacionais da estratégia DOTS, o Tratamento Supervisionado da Tuberculose na percepção do enfermeiro do Programa Saúde da Família de João Pessoa.

SUMÁRIO

1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA.....	17
2 OBJETIVOS.....	
3 QUADRO TEÓRICO.....	
3.1 Políticas Públicas de saúde e a tuberculose.....	
3.2 A Estratégia Dots Para o Controle da Tuberculose: experiências no mundo, no Brasil e na Paraíba.....	
3.3 O Programa Saúde da Família e o Tratamento Supervisionado no controle da tuberculose.....	
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	
4.1 Tipo de pesquisa.....	
4.2 Campo de investigação.....	
4.2.1 Organização da Rede de Tuberculose no município.....	
4.3 Local de estudo.....	
4.3.1 Caracterização geral do Distrito Sanitário IV.....	
4.4 População de estudo.....	
4.5 Instrumento de pesquisa e coleta de dados.....	
4.6 Análise de dados.....	
4.7 Considerações éticas e legais da pesquisa.....	
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	
5.1 Unidade temática central : O tratamento supervisionado da tuberculose na percepção do enfermeiro.....	
5.1.1 Singularidades do enfermeiro no entendimento do tratamento supervisionado - TS.....	
5.1.2 Envolvimento dos atores-chave no tratamento supervisionado – TS.....	
5.1.3 Potencialidades e Fragilidades no tratamento supervisionado – TS.....	
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	
REFERÊNCIAS.....	
APÊNDICES.....	
ANEXOS.....	

A Tuberculose (TB) tem sido ao longo da história da saúde mundial, uma das doenças infecto-contagiosas que prevalece com altos índices em muitos países. É uma enfermidade antiga que persiste como problema sério de saúde pública, necessitando de uma urgente ação. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), dois bilhões de pessoas, correspondendo a um terço da população mundial, está infectada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que causa a tuberculose. Desses, 8 milhões desenvolverão a doença e 2 milhões morrerão a cada ano (BRASIL, 2004).

De acordo com WHO (2005a), em 22 países do mundo, ocorrem 80% dos casos de tuberculose. Esses países são: Índia, China, Indonésia, Bangladesh, Paquistão, Nigéria, Filipinas, África do Sul, Etiópia, Vietnã, Rússia, República Democrática do Congo, Brasil, Tanzânia, Quênia, Tailândia, Myanmar, Afeganistão, Uganda, Peru, Zimbábue e Cambodja.

Para os países com maior carga de tuberculose, o número de casos notificados, em 2002, foi de 3.082.593 casos novos. Nesse grupo, a Índia ocupa a 1ª posição, com 1.060.951; o Brasil, a 15ª, com 81.436 e o Myanmar, a última, com 57.012 casos novos (WHO, 2005a).

Em 2002, na região das Américas, foram notificados 233.648 casos de tuberculose, em todas as suas formas, com uma taxa de 27,2 por 100.000 habitantes. Na atualidade, existem somente três países com taxas superiores a 85 por 100.000 habitantes; dois entre 50 – 85; 10 entre 25 – 49 e o restante (10 países) com taxas abaixo de 25 por 100.000 habitantes (WHO, 2005a).

Do total de casos notificados na América, o Brasil e o Peru foram responsáveis por 67%. A tendência de casos e taxas de tuberculose tem mostrado estabilidade durante o período de 1990 – 1998 e um relativo decréscimo entre 1999 e 2002.

Estima-se, no Brasil, que ocorram 129.000 casos por ano, dos quais são notificados apenas cerca de 90.000, sendo, em sua maioria, em grandes centros urbanos. O coeficiente de mortalidade, em 1998, foi de 3,5/100.000 habitantes; o percentual de detecção de casos foi igual a 67% e o percentual de curas, 72%. O percentual de abandono do tratamento é de aproximadamente 14% no país, alcançando, em algumas capitais, o valor de 30 a 40%, proporcionando, provavelmente, elevadas taxas de resistência do bacilo aos medicamentos (WHO, 2005a).

Dentre as razões para tal situação, devem-se considerar: a desigualdade social e seus determinantes, o advento da AIDS, a multi-resistência do bacilo causador da doença, o envelhecimento da população e os movimentos migratórios.

Os fatores limitantes para o controle efetivo da TB, no mundo, estão relacionados com problemas, como prevenção, diagnóstico, tratamento e a má qualidade dos serviços de saúde (WORKSHOP - REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM TUBERCULOSE, 2002).

Segundo Ruffino-Netto (2000), nas últimas décadas, o controle da TB foi fortemente negligenciado. As políticas públicas na área da saúde foram direcionadas para outros campos de atuação e, conseqüentemente, as ações de combate à tuberculose foram relegadas a segundo plano, por ser considerada como um problema sob controle. Afinal, já se conhecia bastante a enfermidade, sua fisiopatologia, diagnóstico, esquemas terapêuticos e medicamentos disponíveis. Não se considerou que de nada adianta esse conhecimento prévio e os recursos disponíveis, se eles não forem colocados ao alcance da população.

Ademais, vale acrescentar que a tendência epidemiológica da tuberculose se articula com o desenvolvimento das sociedades. As condições de vida das diferentes classes sociais, nas diferentes partes do mundo, apresentam estreita relação com o número de doentes e com a disseminação da doença.

Frente a esse cenário, as autoridades sanitárias vêm propondo medidas com o propósito de reverter esse quadro. Os esforços globais e atuais para o controle da doença justapõem três distintas dimensões: humanitária; de saúde pública e econômica. Aliviar a doença, o sofrimento e a morte dos indivíduos por TB, assim como, a convocação para aproximações centradas no indivíduo, constituem-se nos maiores interesses humanitários. Na dimensão da saúde pública, adota-se como prioridade adotar mecanismos que possibilitem diagnóstico e tratamento dos pacientes com vistas à redução da transmissão da doença, nas comunidades. Para isso, precisa-se do desenvolvimento de um Programa de Controle da Tuberculose (PCT) bem organizado, que dê respostas e se adapte à reforma do setor saúde. Na dimensão econômica, o controle da TB está relacionado com a redução dos custos diretos e indiretos para os indivíduos e para a sociedade, com o alívio da pobreza e a promoção do desenvolvimento (WHO, 2002.297).

Para ajudar a melhorar a situação, um novo marco de trabalho tem sido desenvolvido e a estratégia DOTS tem sido recomendada e introduzida em diferentes partes do mundo (WHO, 1994).

Essa estratégia conta com 5 elementos considerados essenciais para o controle global da TB: 1. Compromisso governamental com as atividades básicas de controle da TB; 2. Detecção de casos por baciloscopia, em todo paciente sintomático respiratório, que, espontaneamente, procure o serviço de saúde; 3. Esquemas de tratamento padronizados de seis a oito meses para, pelo menos, todo caso bacilífero, com tratamento diretamente supervisionado durante, no mínimo, os dois meses iniciais; 4. Suprimento regular e ininterrupto dos medicamentos padronizados; 5 Um sistema de registro e notificação de casos que permitam o acompanhamento dinâmico dos resultados de tratamento de cada paciente e do PCT como um todo (WHO, 1999.270).

O DOTS apresenta vantagens que estão modificando consideravelmente o perfil epidemiológico da doença no mundo, fato demonstrado através de sua eficiência, sem a necessidade da hospitalização do paciente, tornando o tratamento de baixo custo e disponível. No Brasil, em 1960, uma unidade filantrópica especializada no tratamento ambulatorial da TB e de pneumopatias, em São Paulo, adotou, por dificuldades financeiras, em substituição à internação, que era a primeira opção da época, o tratamento supervisionado. O resultado dessa substituição, quando feita a comparação dos pacientes em tratamento supervisionado com os pacientes em tratamento auto-administrado, foi o abandono do tratamento significativamente mais freqüente, nos pacientes que estavam em tratamento auto-administrado (MORRONE et al., 1999).

A introdução da estratégia DOTS, na década de 1990, tem demonstrado consideráveis progressos no controle global da TB. Entretanto, o relatório do Comitê de Epidemia em TB, convocado pela World Health Organization (WHO), em Londres, no ano de 1998, informou os ganhos alcançados por alguns países, contudo, mostrou o reduzido progresso na implementação do DOTS, em países com elevado número de casos de TB (WHO, 1998).

Embora a estratégia DOTS tenha sido proposta oficialmente, no Brasil, em 1998, com o Plano Nacional de Controle da Tuberculose-PNCT (BRASIL, MS, 1999), têm-se observado, contudo, problemas de implantação ou implementação dessa estratégia, variando de região, de Estado, de cidades e mesmo entre uma ou outra área de abrangência. Entre as dificuldades identificadas, reconhece-se que é preciso fortalecer o

processo de trabalho na atenção básica, uma vez que as ações de controle da tuberculose devem ser amplamente difundidas nesse nível de atenção.

Desse modo, o PNCT vem contando com as estratégias do Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, sugerindo que tal parceria possa vir contribuir para a expansão das ações de controle da tuberculose, uma vez que essas estratégias têm a família e o domicílio como instrumentos de trabalho. Nessa perspectiva, é dada ênfase à atuação das equipes, enquanto contam com a possibilidade de ampliar a detecção de casos, melhorar a adesão terapêutica e reduzir o abandono ao tratamento (MUNIZ, 2004).

No Estado da Paraíba a estratégia DOTS iniciou-se em 1999, em seis municípios considerados prioritários para o controle da Tuberculose (João Pessoa, Campina Grande, Baieux, Santa Rita, Cajazeiras, Patos). Sua expansão vem-se consolidando em consonância com a política de descentralização e municipalização para a organização da atenção básica, articulada à ampliação da cobertura do Programa Saúde da Família-PSF.

Alguns estudos revelam que a experiência ocasionou mudanças significativas nos indicadores epidemiológicos da tuberculose, principalmente nos municípios de pequeno e médio porte, sendo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) de fundamental importância para o êxito da proposta (PARAÍBA, 2001; LIMA, 2005).

O município de João Pessoa, capital do Estado, ainda apresenta dificuldades na implementação da estratégia DOTS, em especial, a incorporação do tratamento supervisionado pelas equipes do Programa de Saúde da Família.

Desse modo, elegeu-se como local de estudo, o município de João Pessoa, com o propósito de serem conhecidas as potencialidades e fragilidades observadas no cotidiano do trabalho das equipes para o desenvolvimento do tratamento supervisionado.

Para tal, optou-se, como elemento chave para este estudo, pelo profissional enfermeiro, por reconhecê-lo como pessoa referência para a formação/educação permanente do ACS, bem como, por ser uma das competências desse profissional, o planejamento e a organização das ações de controle da tuberculose na comunidade em que atua (BRASIL,2001).

2.1 OBJETIVO GERAL:

- Analisar o Tratamento Supervisionado da Tuberculose em um Distrito Sanitário no município de João Pessoa – PB na percepção do enfermeiro do Programa Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analisar sob a óptica do enfermeiro, as potencialidades e fragilidades do tratamento supervisionado da tuberculose;
- Identificar os principais atores envolvidos no tratamento supervisionado da tuberculose

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A TUBERCULOSE

No início do século XIX, o senso comum elaborou uma visão romântica da doença. A tísica seria a expressão física de uma interioridade rica em sentimentos conturbados, sendo reconhecida no campo artístico e literário como a doença da paixão. Sontag apud Nascimento (2005), mostra que, na mitologia da Tuberculose, geralmente há alguns sentimentos de paixão que provocam ataque da doença ou que se exprimem nesse ataque. Era a tuberculose tema recorrente para os escritores românticos, pois eram raras as obras literárias e artísticas que não incluíam tísicos entre seus personagens (NASCIMENTO, 2005). Estavam ligadas à tuberculose representações aparentemente opostas: a visão romântica da doença e a doença do mal social, da fraqueza, a tísica, a peste branca (GONÇALVES, 2000).

No Brasil, essas representações decorriam da influência da chegada dos imigrantes europeus. A doença estava associada à idéia de sensibilidade às artes, ao amor, aos sentimentos. O tísico era visto, por alguns, como um símbolo de distinção. Quanto à representação de mal social, o estilo e as condições de vida eram tidos como relevantes para o adoecimento, tornando o indivíduo culpado, à medida em que o adoecimento era conseqüência dos maus hábitos, das péssimas condições de higiene e vida. Na esperança de manter o controle da doença, políticas higienistas direcionavam suas ações com o objetivo de ofertar melhores condições locais e proteção para o trabalho nas indústrias (GONÇALVES, 2000).

Esse autor acrescenta que, ao longo do processo histórico, as representações da tuberculose se firmaram ou se modificaram. Em meados do século XIX (1860), a medicina associava a tuberculose diretamente às condições de miséria em que vivia a população. Naquele momento, a maior preocupação, em termos de saúde pública, estava na destruição dos cortiços e na recuperação da zona urbana da cidade. Os cortiços representavam um antro de doença, de pessoas perigosas, um local propagador e acumulador de sujeira, ou seja, um perigo social.

Até o fim desse mesmo século, atribuía-se à doença uma origem hereditária. Em geral, quando uma pessoa adoecia, vários membros da família também eram acometidos pela doença, que não raro, dizimava todos, o que reforçava, entre médicos, a crença da hereditariedade. Esses profissionais não percebiam que o confinamento familiar favorecia a propagação da doença na família (NASCIMENTO, 2005). A idéia de hereditariedade ligou-se intimamente à de degeneração, tendo em vista que essas duas concepções coexistiam. O adoecimento de membros de uma família induzia o pensamento médico a acreditar na tuberculose como uma doença que nascia num organismo predisposto ou já vinha instalada no indivíduo (BARREIRA, 1993).

Para o mesmo autor, tais representações e suas origens devem-se ao fato de que, naquela época, não havia métodos diagnósticos nem terapêuticos eficazes para se combater a tuberculose. A assistência ocorria através de organizações filantrópicas que foram criadas e responsabilizadas pelas políticas de controle da doença. Vale salientar que a filantropia difere das práticas caritativas, as quais são entendidas como uma assistência desorganizada, aos pobres, desprovida de qualquer cientificidade. A filantropia, por sua vez, compreende um modelo assistencial respaldado no cientificismo (NUNES, 2005).

Em 1883, foi inaugurado o primeiro hospital específico para tuberculosos: “Hospício Nossa Senhora das Dores”, que ficou em funcionamento até 1896, data em que foi fechado sob alegação de que os enfermos, após melhora do quadro, abandonavam o tratamento e só retornavam ao hospital quando estavam próximos da morte. Nesse período, as Santas Casas de Misericórdia voltaram a prestar a tradicional assistência geral.

Alguns intelectuais da medicina, impressionados com as estatísticas de mortalidade, insistiam na gravidade da doença e reclamavam por medidas sanitárias. Para assentar suas reivindicações, Clemente Ferreira apresenta à Sociedade de Medicina e Cirurgia, um plano contendo princípios estratégicos para o controle da tuberculose. A Sociedade nomeia uma comissão de estudo, a qual, em 17 de julho de 1899, inaugura a Associação Paulista de Sanatórios Populares para tuberculosos, que se chamará, posteriormente, de Liga Paulista Contra a Tuberculose.

Esse foi o início do movimento que deu origem à fundação da Liga Brasileira Contra a Tuberculose. Depois dela, outras ligas foram sendo formadas em todo o Brasil, como: Paraíba, Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, São Paulo (GONÇALVES, 2000).

Vale destacar que, através da Liga Brasileira, criaram-se Dispensários de Tuberculose, que desenvolviam atividades de diagnóstico e tratamento ambulatoriais, distribuição de medicamentos, escarradeiras de bolso, roupas e alimentos. Para os pacientes que não podiam se locomover até os dispensários, o acompanhamento era realizado em domicílio, através de visitas domiciliares, pelo então criado Agente Visitador (BARREIRA, 1993). O desempenho da Liga Brasileira foi fundamental para tornar a doença uma questão pública, de interesse crescente para as políticas do país.

Mediante uma sucessiva série de fatos e acontecimentos sociais e econômicos – recessão econômica, desemprego, super-exploração do trabalho, epidemias – o Estado assume a doença e redefine o seu papel frente à falência dos serviços de saúde pública, tornando-se imperativa uma reforma sanitária. Foi criado, então, o Departamento Nacional de Saúde Pública, dirigido por Carlos Chagas que, na luta contra a tuberculose, criou a Inspeção de Profilaxia da Tuberculose, que sofreu influências advindas da Organização Sanitária Francesa, caracterizada pela multiplicidade de serviços especializados que incluíam a assistência aos doentes (NUNES, 2005).

Posteriormente, no séc. XX, em 1941, com o objetivo de serem estudados problemas relacionados com a tuberculose e com o desenvolvimento dos meios de ação profilática e assistencial, foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT). Os pressupostos que norteavam o seu trabalho estavam pautados nos seguintes princípios: a doença advinha do meio coletivo, influenciado por fatores econômicos e sociais; o contágio seria alvo de preocupação, pois se dava entre indivíduos; a detecção dos casos seria entre os casos suspeitos e os casos não suspeitos e o diagnóstico, para ser precoce, deveria ser utilizado com o exame de massas cobertos pela *abreugrafia* (NUNES, 2005).

O Serviço Nacional de Tuberculose procurou desenvolver ações na luta contra a doença, como: coordenar e finalizar as atividades das instituições ou organizações públicas ou privadas. Com o propósito de ampliar a rede de construção de sanatórios, de forma a abranger todas as capitais e atingir a proporção de um leito para um óbito anual, o SNT, em parceria com as empresas da construção civil, financiou a construção do Sanatório Clementino Fraga, em João Pessoa – Pb, inaugurado em 1959 (NUNES, 2005).

Após a criação do SNT, em 1946, instalou-se a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), tendo como objetivos: coordenar todas as atividades de controle

da doença, uniformizar a orientação nacional, sugerir descentralização dos serviços e efetuar cadastramento torácico da população. Entretanto, na fase de constituição da CNCT, existiam duas correntes distintas: a corrente favorável ao dispensário, que se baseava na detecção dos casos mediante o cadastro torácico em massa e a corrente favorável ao sanatório, que defendia a idéia de interrupção da doença, através do isolamento dos focos (RIBEIRO, 1956 apud SASSAKI, 2003).

Destaca-se o incentivo da CNCT para a formação de profissionais de Enfermagem e Assistência Social, através de cursos de atualização para enfermeiras e assistentes sociais. Frente a essa movimentação científica em torno de uma doença, instituiu-se a especialização acadêmica em Tisiologia. Nesse momento, a quimioterapia antibiótica mudou o perfil do doente e as representações sobre a doença (NUNES, 2005). Com a introdução dos antibióticos eficazes, em meados do séc. XX, iniciou-se a utilização de esquemas terapêuticos contra a tuberculose. Em 1964, utilizou-se o esquema de 18 meses de duração, composto por três drogas : Estreptomina (SM), Isoniazida (INH), Ácido Para-amino-salicílico (PAS). Em 1965, o esquema é reduzido para 12 meses (BARREIRA, 1993).

Nesse momento, nasce a pneumologia, com o reconhecimento acadêmico e científico de que o tratamento nos sanatórios não fazia mais sentido. A preocupação, nesse período, direcionava-se à resistência aos antibióticos, aos altos índices de mortalidade hospitalar e às poucas altas por cura, além dos elevados custos de hospitalização. Nessa época, percebeu-se, de forma clara, que a eficácia dos medicamentos não era suficiente para assegurar a cura do paciente (BARREIRA, 1992).

Na década de 1970, o Serviço Nacional de Tuberculose se transforma na Divisão Nacional de Tuberculose (DNT). Em 1976, organiza-se a Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS) cuja abrangência era um tanto indefinida, no momento da criação. O esquema de tratamento de curta duração (6 meses) utilizando a Rifampicina (RMP) só foi introduzido em 1979 (RUFFINO-NETTO, 1999). Em meados das décadas de 1970 e 1980, com o declínio da incidência generalizada da tuberculose nos países desenvolvidos, muitos médicos sentiram que talvez não fosse necessário mudar os hábitos, e o tratamento auto-administrado tornou-se uma prática da maioria dos grandes centros (DAVIES, 2003).

A partir da década de 1980, são propostas novas estratégias de organização dos serviços de saúde, tendo como diretriz a descentralização através de convênio entre os

Ministérios da Saúde, da Previdência Social, da Educação e Cultura, e as Instituições Estaduais, com o objetivo de serem evitadas ações paralelas e simultâneas entre as instituições sanitárias, através da transferência da execução do controle da tuberculose para as Secretarias Estaduais de Saúde. Essa estratégia foi denominada de Ações Integradas de Saúde (AIS) (ANDRADE; SOARES; CORDONI JR., 2001).

Avanços expressivos foram alcançados pelas AIS, em vários Estados, possibilitando o fortalecimento da rede básica ambulatorial, aumentando a capacidade de atendimento à demanda, possibilitando a contratação de recursos humanos, a revisão do papel dos serviços privados. A descentralização das ações de controle da tuberculose para o nível estadual permitiu uma redução do gasto de 100 milhões de dólares por ano, para 60 milhões. A incidência da tuberculose nessa época era de cerca de 80 a 85 mil casos novos por ano (FINKELMAN, 2002).

Na evolução da estratégia de mudanças na política de saúde do país, o passo seguinte às AIS foi a implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS. Em relação ao controle da tuberculose, são introduzidos e implementados, no PNCT, esquema terapêutico de curta duração (seis meses), medicamentos gratuitos, sistema de informação único e ascendente, modelo de programação claro e objetivo e tratamento auto-administrado (RUFFINO-NETTO, 1999).

Posteriormente, em 1988, a nova Constituição Federal incorporou mudanças no papel do Estado e alterou profundamente o sistema público de saúde, estabelecendo novas relações entre as esferas de governo, através de um processo de municipalização da saúde, que começou pela transferência da rede de atenção primária à saúde estadual para os municípios, dando origem ao Sistema Único de Saúde - SUS (ANDRADE; SOARES; CORDONI JR., 2001).

No período de implantação do SUS, observou-se uma redução de incidência da tuberculose, contudo, nesse período, teve início a epidemia da AIDS, que veio influenciar a epidemiologia da tuberculose, verificando-se um aumento da taxa de abandono do tratamento auto-administrado não tendo mostrado a incidência tendência de declínio, enquanto a mortalidade continuou a diminuir. Foi utilizado o esquema terapêutico para os pacientes com resistência multidroga, sendo o Brasil o único país a oferecer essa possibilidade de tratamento de forma gratuita, como também aos pacientes

de co-infecção TB/Aids, que possuíam assistência adequada, com oferta grátis e universal dos medicamentos (FINKELMAN, 2002).

Com vistas a regulamentar o processo de descentralização proposto pelo SUS, são editadas as Normas Operacionais Básicas, que são instrumentos de regulação que tratam de aspectos de organização do sistema de saúde, como também, da divisão de responsabilidades, das relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para Estados e municípios. A descentralização, na área de saúde, representa um processo complexo diante das dificuldades financeiras, institucionais e administrativas, ou seja torna-se utopia consolidar uma política nacional de saúde em um país de grande extensão territorial e com notável desigualdade social (RUFFINO-NETTO ; VILLA, 2006).

Em 1990, criou-se a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS), ligada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), tendo sido extinta a CNCT, pelo Presidente Fernando Collor de Mello. Nesse momento, ocorreu a não priorização do programa de controle, o enfraquecimento das coordenações estaduais, a diminuição dos recursos financeiros, diminuição das supervisões do programa, disseminação da AIDS, queda da cobertura, diminuição da busca de casos novos, piora dos resultados de tratamento, o aumento do abandono (RUFFINO-NETTO, 1999). Durante esse período, as medicações contra a tuberculose não estavam disponíveis em todo país e a estrutura das equipes de saúde que trabalhavam na comunidade foram desestruturadas, não havendo mais integração entre os níveis de atenção dos sistemas de saúde. Os municípios assumiram o PCT, as ações de busca ativa eram pouco incorporadas na rotina dos serviços de saúde, permanecendo programas verticais e equipes especializadas (RUFFINO-NETTO ; VILLA, 2006).

Conseqüentemente, em 1993, a OMS declarou o estado de *emergência da tuberculose*. O MS elaborou o Plano Emergencial para o controle da enfermidade que, efetivamente, foi implantado a partir de 1996. Esse plano tinha como objetivo aumentar a efetividade das ações de controle através da implementação de atividades específicas, em 230 municípios prioritários, onde se concentravam 75% dos casos estimados para o Brasil, visando a diminuir a transmissão do bacilo à população até o ano 1998. A escolha desses municípios prioritários baseou-se em critérios de magnitude epidemiológica da TB e da AIDS, no tamanho da população, bem como nas informações operacionais. Naquele momento, a OMS propôs a estratégia DOTS

(Directly Observed Treatment, short-course), cujas principais metas eram atingir 85% de sucesso de tratamento e 70% de detecção de casos (JONES; THOMPSON, 2000).

A partir de 2001, as ações de controle da tuberculose estão sendo desenvolvidas em seis eixos de atuação: mobilização técnica; política e social em torno de metas de controle da doença; descentralização das ações e mudança no modelo de atenção, com a reorganização dos serviços; melhoria da vigilância epidemiológica e do sistema de informação; ampliação e qualificação da rede de laboratórios; garantia de assistência farmacêutica, com distribuição descentralizada e acompanhamento de estoques; capacitação de recursos humanos (FINKELMAN, 2002).

Dessa forma é elaborado um novo Plano de Controle da Tuberculose no Brasil, para o período de 2001-2005. Esse mesmo Plano conta com a Estratégia do Programa Saúde da Família, desde 2001 na sua proposta de trabalho. Suas estratégias apresentadas no período de 2001-2005 são as seguintes: Implantar/implementar o bônus para todos os municípios que tenham Unidade Básica de Saúde, desenvolvendo-se ações de controle da tuberculose; Identificar áreas prioritárias em municípios com mais de um milhão de habitantes; capacitar equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, ampliando a cobertura para 70% da população brasileira; treinar para gerenciamento e supervisão, principalmente em serviço, através de visitas de supervisão, durante o período de implantação; priorizar o Tratamento Supervisionado; manter a educação permanente das Equipes de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde, para a universalização das ações de controle da tuberculose; estimular a adesão municipal ao Programa de Controle da Tuberculose; utilizar o Tratamento Supervisionado ou o tratamento Diretamente Observado – DOTS (BRASIL, 2000b).

O Programa Nacional de Tuberculose, reconhecendo a importância dessa estratégia, instituiu por meio da Portaria 147/GM de agosto de 2002, um incentivo financeiro para os municípios pela alta por cura dos pacientes que realizaram o tratamento supervisionado. Esse incentivo financeiro é repassado automaticamente para os municípios, após a notificação de altas por cura dos casos e deve ser utilizado, exclusivamente, em benefício dos doentes de TB no município, não sendo permitida a aquisição de material permanente. O benefício ao doente estaria condicionado a sua necessidade, como: isenção tarifária, passes para os doentes que não puderem utilizar a isenção, lanches para serem utilizados após a ingestão do medicamento, kit alimentação,

que seria um incentivo mensal ao paciente por sua assiduidade ao tratamento (ARCÊNCIO, 2006).

O fortalecimento das ações em nível de atenção primária, sobretudo com a incorporação de atividades de prevenção e controle da tuberculose ao Programa Saúde da Família, prevê a ampliação da cobertura e melhora qualitativa das ações do PNCT. A importância de se horizontalizar o combate à tuberculose estendendo-o ao PSF, deve-se ao fato dele oferecer uma maior oportunidade de diagnóstico e tratamento para a comunidade, facilitando o acesso, em seus diferentes aspectos.

3.2 A ESTRATÉGIA DOTS PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE: experiências no mundo, no Brasil e na Paraíba.

A estratégia DOTS é definida como uma das prioridades para o controle da TB, principalmente para os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de TB notificados no mundo. Em 1995, Hiroshi Nakajima, Diretor Geral da OMS, na publicação "Stop Tb at the source", afirma :

DOTS é a estratégia mais eficiente para salvar vidas de 20 milhões de pessoas doentes de tuberculose, sendo também a melhor maneira de diminuir a transmissão e evitar gastos futuros com medicamentos para doentes resistentes.

O DOTS apresenta vantagens que estão modificando consideravelmente o perfil epidemiológico da doença no mundo, fato demonstrado através de sua eficiência, sem ser necessária a hospitalização do paciente, tornando o tratamento de baixo custo e disponível.

A Tanzânia foi um dos primeiros países a aplicar a estratégia e a demonstrar que a tuberculose pode ser controlada em países pobres, através da terapia diretamente supervisionada- DOTS (SÃO PAULO. S.E.S.,1997). Um projeto instituído em áreas piloto evidenciou um aumento da taxa de cura de 43% para 80%, resultados que foram obtidos com custo médio de 200 dólares por paciente. Cabe acrescentar que, nesse valor, foram incluídos o pagamento de funcionários, transporte e outros custos de infra-

estrutura. O financiamento para aquisição de drogas foi obtido por intermédio de doadores externos (SÃO PAULO. S.E.S.,1997).

Outra experiência importante refere-se à da cidade de Nova York, nos EUA. Em 1980, observavam-se baixos coeficientes de incidência, de 2 por 100.000 habitantes. Essa situação começou a se modificar, de modo que, no fim da década citada, o número de casos atingiu mais que o dobro. Este período coincidiu com o desmantelamento dos serviços públicos de saúde. Em 20 anos, o orçamento municipal para o controle da tuberculose decresceu de US\$40 milhões, em 1968, para US\$4 milhões, em 1988 (SÃO PAULO,1997).

Esse, no entanto, não era o único problema. Poucos sistemas de vigilância estavam monitorizando a cura de pacientes. No Hospital do Harlem, em Nova York, somente 11% dos pacientes completaram seu tratamento (SOUFFRANT,1995). Acresce -se a esse fator, a disseminação da doença entre os HIV positivos que, em 1990, representavam 1/3 dos casos de tuberculose em Nova York.

Na mesma cidade, em 1993, foram disponibilizados recursos financeiros para o Programa de Controle de Tuberculose. Centenas de auxiliares de saúde das comunidades mais afetadas pela tuberculose, incluindo-se ex-pacientes curados, somaram-se ao movimento. Para os doentes relutantes em seguir o tratamento, ofereceram-se transporte e vale alimentação.

Subseqüentemente, o DOTS foi implantado em Nova York, atingindo cerca de 40% dos pacientes. Com isso, o número de abandonos diminuiu de 540, em 1991, para 44, em 1993. A taxa de incidência de casos sofreu queda de 15% de 1992 para 1993 (SÃO PAULO,1997).

Pode-se, também, citar a experiência da China. Nesse país, o sistema de atenção primária à saúde é organizado em torno da clínica local, dirigida por um médico da comunidade, por vezes conhecido como “médico de pés descalços”. Esses profissionais têm a permissão de cobrar pelos serviços e medicamentos que prescrevem. Durante os últimos 30 anos esse sistema tem-se mostrado bastante efetivo, no controle de muitas doenças. No entanto, em relação à tuberculose, não atingiu muitos progressos. Em 1990, foram identificados dois problemas: pouca supervisão dos doentes para assegurar o término do tratamento e dificuldade dos pacientes em arcar com os custos dos medicamentos prescritos. Foram, então, propostas modificações nas políticas de

controle da tuberculose, onde se garantisse a supervisão direta da ingestão de medicamentos, bem como a sua distribuição gratuita. Aos médicos foi oferecido um pequeno bônus para cada paciente curado (SÃO PAULO,1997).

No fim de 1991, o novo programa já abrangia 2 milhões de pessoas, com taxas de cura em torno de 94%. Em 1993, 91 % dos doentes que iniciaram o tratamento tiveram alta por cura (SÃO PAULO,1997).

Em Bangladesh há regiões rurais que hoje estão alcançando taxas de cura de 85%, mesmo com pouca infra-estrutura. Nesse local, o tratamento diretamente observado é feito através de mulheres das vilas, que em sua maioria são analfabetas. Elas recebem treinamentos e incentivos, além de supervisão direta dos monitores (KOCHI,1997). Outra experiência relatada por NEHER et al. (1996), refere-se à implantação do tratamento intermitente de curto prazo, diretamente observado, no Vale de Kathmandu, no Nepal. Essa região apresentava taxas de cura de apenas 30% a 40%, devido à grande mobilidade da população. Iniciou-se, então, um programa piloto com terapia supervisionada, adotando-se esquema terapêutico usado por alguns países, onde é oferecido o medicamento em doses maiores, porém, três vezes por semana. De 1990 a 1993 foram inscritos no programa 771 pacientes com TB pulmonar, tendo sido curados 84%.

Em 1996, dez países da América realizavam o DOTS, ao qual depois, se incorporaram mais três, igualmente em 1997, 1998 e quatro em,1999. No ano 2000, o Paraguai adotou a estratégia (Tabela 1.1).

Tabela 1.1: Cobertura na Implantação da Estratégia DOTS nos países de América (2000)				
>de 90%	>50% e 89%	>10% e <49%	<de 10%	Não DOTS
Chile	Bolívia	El Salvador	Argentina	Guayana
Cuba	Belice	Haiti	Brasil	Suriname
EUA	Guatemala	México	Costa Rica	Caribe Inglês
Nicarágua		Colômbia	Equador	
Peru		Honduras	Panamá	
Porto Rico			Paraguai	
Uruguai				
Venezuela				

Fonte: Reunião Regional de Avaliação de PCT - OPAS, 2000

Em 2000, nove países alcançaram a cobertura total, enquanto outros ainda se encontram em fase de implantação/expansão ou precisam reforçar. (Tabela 1.2)

Tabela 1.2- Implantação e extensão do DOTS nos países de América (2000)

Carga de TB	DOTS Cobertura Total	DOTS A reforçar	DOTS em expansão	DOTS implantar	a
Alta Incidência	Peru	Bolívia	R. Dominicana Equador Haiti Honduras	Guiana	
Media Incidência	Chile Nicarágua Venezuela Belice	Guatemala	Argentina Colômbia Brasil El Salvador México Panamá Paraguai		
Baixa incidência	Cuba Uruguai EUA Porto Rico		Costa Rica	Canadá Caribe Inglês	

Fonte: Reunião Regional de Avaliação de PCT - OPAS, 2000

Embora o progresso seja considerável, a implementação e extensão do DOTS apresentam dificuldades e limitações.

Na Argentina, a tendência da incidência de notificação, nos últimos 15 anos, é diminuir, porém as organizações do manejo dos casos, da detecção e do tratamento ainda apresentam limitações. A implantação do DOTS é lenta e gradativa, precisando apoiar-se em um processo prévio de descentralização do tratamento/capacitação/supervisão e na aplicação de diferentes alternativas para implementar a estratégia, elevar as taxas de cura e diminuir o abandono (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2000).

Desde 1995, a Bolívia está executando a estratégia DOTS, envolvendo municípios das diferentes regiões. Existe compromisso político para se enfrentar o problema da TB, considerado-se como de alta prioridade, porém, ainda apresenta uma baixa detecção de sintomáticos respiratórios e insuficiente cobertura de controle da qualidade na rede de laboratório. Equipes gerenciais são insuficientes, tanto no nível central, como nas regiões, havendo falta de supervisão do tratamento na segunda fase. As taxas de cura não alcançam os níveis requeridos (OPAS ,2000).

Na Colômbia, a rede de laboratórios que realizam baciloscopia é adequada e está submetida aos requisitos do controle da qualidade, porém, a quantidade de sintomáticos respiratórios e baciloscopias realizadas são relativamente baixas. Em 1998 iniciou-se a implantação da estratégia DOTS. Ainda necessita-se incrementar as capacitações do pessoal de saúde, assim como as supervisões com o objetivo de se ampliar e consolidar o DOTS. No geral, precisa-se de se firmar um maior compromisso político com o PCT e superar as afetações produzidas pela reforma do setor saúde (OPAS, 2000).

Em Costa Rica, o PCT se organizou de forma hierarquizada através do Seguro Social do país, garantindo-se, desse modo, a disponibilidade de medicamentos, diagnóstico bacteriológico e infra-estrutura adequada. Foram organizadas, em 1998, áreas demonstrativas para se aplicar o DOTS. O sistema de Vigilância Epidemiológica e de informação do PCT tem sido fortalecido, porém, o programa ainda enfrenta problemas relacionados com a sistematização e continuidade. Necessita de capacitações do pessoal e supervisões sistemáticas da organização e funcionamento dos serviços de saúde. O controle de contactantes é ineficiente e os resultados de tratamento ainda são insatisfatórios (OPAS, 2000).

No Equador, as ações de controle da TB têm sido insuficientes, nos últimos anos. O país apresenta um importante sub-registro das notificações e um aumento da tendência da incidência de TB. Apesar da melhoria no compromisso governamental com respeito ao controle da doença, não se observa significativa melhora nos indicadores epidemiológicos. O suprimento dos medicamentos de TB, para todos os pacientes diagnosticados, é irregular (OPAS, 2000).

El Salvador é um dos países com mediana incidência de TB e em processo de expansão da estratégia DOTS. A rede de laboratórios tem uma excelente cobertura; é eficiente e está submetida ao controle da qualidade. O PCT enfrenta ainda alguns problemas, como as insuficientes supervisões nas unidades periféricas, que precisam ser programadas. A taxa de cura do esquema de tratamento de curta duração está abaixo dos 80%, no entanto, os abandonos e transferências são consideráveis (OPAS, 2000).

A Guatemala, nos últimos nove anos, vem apresentando aumento na incidência de casos. O PCT tem normas técnicas adequadas, drogas e material de laboratório, recursos financeiros para treinamento e supervisão, porém, ainda enfrenta problemas como: dificuldade de acesso e baixa cobertura; fraca coordenação com outras instituições do setor; capacitações e supervisões deficitárias; debilidade organizacional

na rede de laboratórios mostra e falta de controle da qualidade; sobrecarga do sistema de registro e notificação de TB e com pouca análise em nível intermediário e local; vigilância epidemiológica do programa ainda débil (OPAS, 2000).

Desde 1997, vêm-se disponibilizando esforços para a implantação da estratégia DOTS, no Haiti. A rede de laboratórios e o controle de qualidade não estão adequadamente organizados. A estratégia DOTS se organizou em 30 unidades, supervisionando só a primeira fase, obtendo um êxito de 75% comparado com o 65% das áreas não DOTS, porém, ainda é insuficiente a porcentagem de cura, assim como, a vigilância epidemiológica do HIV/TB e da resistência aos medicamentos de TB. Debilidades na estrutura intermédia e local do PCT, dificuldades econômicas e situação de pobreza estão muito presentes (OPAS, 2000).

Em Honduras, a TB constitui um importante problema de saúde pública, o que se agrava pela epidemia do HIV. Com o propósito de unir esforços e fortalecer o Programa de Tuberculose, o Ministério da Saúde Local optou por unir os programas DST/AIDS e TB. A incidência da doença, na última década, mostra uma clara tendência ao seu incremento. O tratamento dos doentes foi deveras interrompido dado à irregularidade de suprimento de tuberculostáticos. Em 1998, realizou-se o relançamento da estratégia DOTS, com vistas a ampliar sua cobertura. O diagnóstico da TB ainda realiza-se, em grande parte, pelas referências secundárias. A rede de laboratórios não conta com manual de normas técnicas necessárias (OPAS, 2000).

No México, o DOTS foi adotado, a partir de 1995. Desde então, consolida experiências exitosas. Destacam-se: o fortalecimento e a intensificação do programa, a consolidação da colaboração inter-institucional e a ampliação de projetos de colaboração com instituições nacionais e internacionais os quais criaram condições favoráveis para a expansão da estratégia. Porém, ainda se faz necessário incrementar a detecção dos casos por baciloscopia, o controle de qualidade da rede de laboratório; intensificar a capacitação/supervisão, nas áreas que desenvolvem o DOTS, reforçar as equipes gerenciais do programa e melhorar as taxas de cura e abandono (OPAS, 2000).

O Panamá apresenta uma ascendência no número de casos, nos últimos anos, apesar do sub-registro existente. A rede de laboratórios está em processo de reorganização para iniciar um plano de capacitação e supervisão. O PCT requer o fortalecimento de vários de seus principais componentes, devido à ineficiência de suas ações para produzir impacto nas metas de detecção e cura dos doentes de TB. A

estratégia DOTS foi estabelecida com êxito, em três áreas demonstrativas, existindo compromisso político e perspectiva de se implantar em outras áreas. O suprimento de medicamentos e insumos para o PCT é garantido. É importante destacar um aumento da co-infecção HIV/TB (OPAS,2000).

O Chile apresenta uma excelente rede diagnóstica com controle de qualidade, assim como, uma cobertura de TS, em quase a totalidade dos casos. Um sistemático estudo da resistência às drogas mostra que o Chile não constitui um problema de saúde. Porém, apresenta diferenças importantes nas taxas de mortalidade e morbidade, segundo os serviços de saúde, devido à situação socioeconômica existente nos diferentes estratos. A eficiência do tratamento (82%) ainda não alcançou as metas da OMS (OPAS, 2000).

No Paraguai, a TB é considerada prioridade nacional. O comportamento da sua incidência é irregular, mostrando aumentos e diminuições devido às deficiências do registro e da notificação. A rede de laboratório precisa de ser organizada, garantindo capacitações e supervisões. Foram organizadas áreas demonstrativas para o DOTS. Uma alta proporção de detecção e seguimento se realiza principalmente nos hospitais (forma centralizada), com pouco nível de referência e contra-referência dos pacientes. (OPAS, 2000).

O impacto obtido pelo PCT em Cuba é demonstrativo, sendo um dos países exemplo na aplicação do DOTS. É o país da América Latina que tem maiores possibilidades de passar para a fase eliminatória da TB.

Em 1984, a Nicarágua começou a organizar a estratégia DOTS. Em 1988, todas as áreas de saúde do país haviam implementado a estratégia. A Rede de laboratórios foi reorganizada e submetida ao controle da qualidade. A vigilância epidemiológica, as capacitações do pessoal e as supervisões nas unidades se mantêm em níveis ótimos. Porém, ainda a detecção de casos novos em vários locais é insuficiente. O controle da qualidade dos laboratórios precisa de maior cobertura e profundidade. Ainda a porcentagem de cura é inferior a 85%, o abandono é significativo.

Na década de 1990, o Peru realizou um excelente trabalho no PCT e, com o apoio das outras instituições do setor saúde, conseguiu reduzir a incidência em 50%. Isso demonstra a importância do compromisso político. A identificação de sintomáticos respiratórios, o incremento do número de baciloscopia de diagnóstico, a detecção de

casos e os resultados de tratamento são excelentes, superando, desde 1995, as metas propostas pela OMS. Em 1997, se começou-se a aplicar o DOTPlus, administrando o tratamento padronizado aos pacientes com casos de resistência às multidrogas. Ainda o PCT deverá aplicar estratégias diferenciadas para incrementar a busca e o tratamento de casos nos bolsões de doentes e buscar uma participação mais ativa dos médicos no programa. (OPAS, 2000).

Na Venezuela, os 87,6% dos tratamentos são totalmente supervisionados. A porcentagem de êxito do tratamento é de 80,2%. Nos últimos anos, houve aumento do abandono, atribuído ao processo de reestruturação do setor saúde e às migrações internas. Nos últimos cinco anos, o programa se fortaleceu. Existe garantia do suprimento de medicamentos para todos os pacientes. A identificação dos sintomáticos respiratórios e a detecção dos casos novos de TB são inferiores ao estimado(OPAS, 2000).

No Uruguai, o DOTS foi aplicado com êxito, conta com excelente vigilância sistemática da resistência aos medicamentos e da prevalência HIV/AIDS. O PCT ainda enfrenta problemas como: redução de verbas, detecção de alguns casos tardios. Os resultados do tratamento ainda não superaram os 85% da meta; os abandonos e os falecidos são elevados. O PCT está trabalhando para passar para a fase de eliminação da doença (OPAS, 2000).

Nas Américas, o Brasil é o país com maior carga de TB. A tendência da morbidade dos casos novos apresentou, nos últimos três anos uma mínima diminuição comparada com a observada no biênio 1995-1996. Em 1997, foi elaborado um projeto para iniciar a aplicação da estratégia DOTS, em quatro Estados do Centro Oeste. A implantação iniciou-se em 1998. Existe compromisso político das autoridades do Ministério de Saúde, porém, a organização, capacitação e supervisão do programa precisam ser fortalecidos nos níveis estaduais e municipais. A rede de laboratórios precisa ser organizada com controle de qualidade da baciloscopia. O sistema de informação e registro deve adequar-se às novas estratégias (OPAS,2000).

Na macro-região Centro Oeste, a implantação do DOTS exigiu inicialmente sensibilização do gestor para a problemática da tuberculose, bem como investimento em treinamentos e capacitações para os profissionais de saúde. Simultaneamente, foram rediscutidos o preenchimento e a importância da qualidade do registro dos dados. Foram reforçadas as supervisões de forma contínua e rotineira.

Na implantação da estratégia do tratamento supervisionado, foram mantidas as rotinas diárias dos serviços da rede básica de saúde, incluindo-se as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Houve uma preocupação constante quanto às possíveis limitações na implantação dessa estratégia em decorrência de determinadas situações políticas, sociais, de recursos humanos e da própria organização e estrutura dos serviços de saúde.

Quanto ao resultado do tratamento, os pacientes submetidos à estratégia do tratamento supervisionado obtiveram percentuais de cura e de sucesso do tratamento superiores aos de pacientes tratados de forma auto-administrada. Esses percentuais são também superiores aos publicados pelo relatório da OMS, de 2003, referentes aos dados notificados em 2000 (WHO, 2005c).

Nessa região, a estratégia do tratamento supervisionado mostrou-se mais efetiva em todas as variáveis, principalmente as que envolvem a conclusão do tratamento. Houve uma melhora nos indicadores epidemiológicos da tuberculose, tornando factível sua implantação na rotina diária dos serviços da rede básica de saúde.

Assinala-se, entretanto, como principal dificuldade para a manutenção e sustentabilidade da estratégia, a alta rotatividade dos trabalhadores, o que exige repetidamente a realização de treinamentos.

No Estado de São Paulo, ressalta-se como fundamental para o processo de descentralização da estratégia DOTS no Sistema de Saúde, a designação de profissionais capacitados e que possuam habilidades, tanto gerencial quanto técnica para assumir a coordenação dos PCTs nos municípios.

Os resultados apontaram que os municípios prioritários têm desenhado a estratégia conforme sua disponibilidade de recursos, além de estabelecerem importantes parcerias com o PSF, com membros da família e da comunidade, embora incipientes, mas demonstram, desde já, em seus ensaios, resultados satisfatórios.

Destaca-se, no Estado de São Paulo, a forte organização da rede laboratorial com número adequado de profissionais em seu campo de atuação e adequada comunicação entre laboratórios e serviços de saúde. Isso se dá num tempo hábil de divulgação dos resultados de baciloscopias.

Vendramini et al. (2001), em estudo realizado no município de São José do Rio Preto (SP), evidenciaram que o DOTS trouxe contribuições significantes para a redução

da taxa de abandono e óbito. Entretanto a taxa de cura sofre um impacto, nos primeiros anos, porém se mantém nos mesmos patamares nos anos seguintes. O mesmo foi relatado por Muniz et al. (2005) no município de Ribeirão Preto-SP. A estratégia trouxe mudanças nos indicadores de abandono ao tratamento. Nos primeiros cinco anos, houve aumento nas taxas de cura, não alcançando, entretanto, os 85% esperados pelo PNCT.

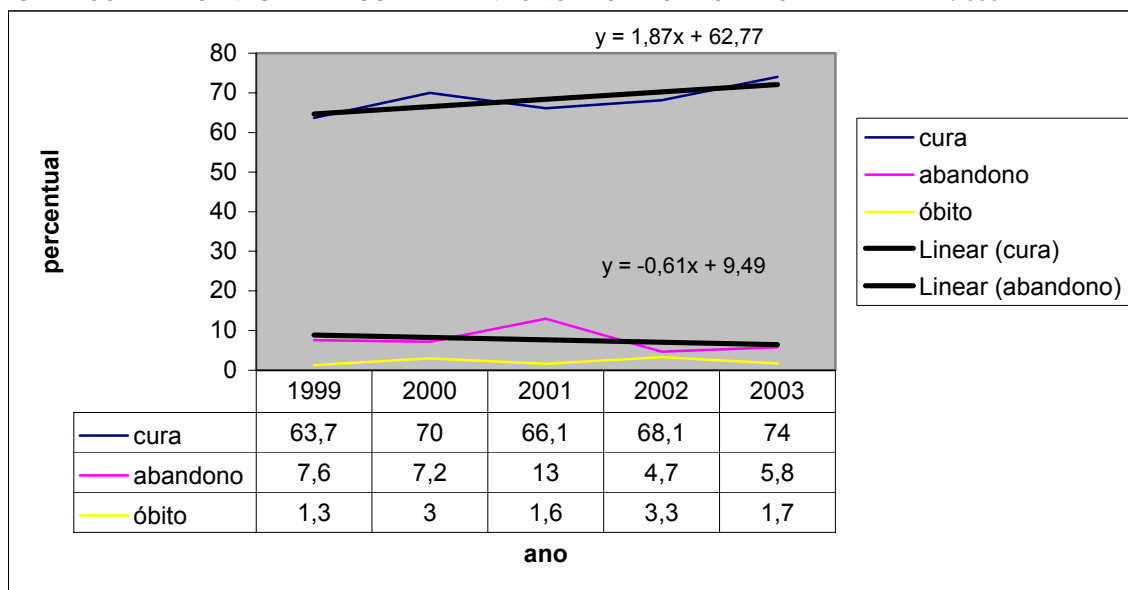
A implantação e conseqüente expansão da estratégia DOTS, no Estado da Paraíba vem-se desenvolvendo, orientada pela mobilização técnica, política e social em torno das metas de controle da doença; da melhoria da vigilância epidemiológica e do sistema de informação; ampliação e qualificação da rede de laboratórios; garantia de assistência farmacêutica com distribuição descentralizada e acompanhamento de estoques; capacitação de recursos humanos, descentralização das ações e mudança no modelo de atenção, com a reorganização dos serviços (RISI JÚNIOR; NOGUEIRA, 2002).

A implantação da estratégia DOTS possibilitou mudanças nos indicadores epidemiológicos da TB. Entre 1999 e 2004, o percentual de cura aumentou de 67,8% para 92% e a taxa de abandono decresceu de 16,6 para 2%, respectivamente (PARAÍBA,2001). No ano de 2005, 164 (73,54%) de 223 municípios da Paraíba contavam com o PCT implantado, correspondendo a uma cobertura populacional de aproximadamente 85%. O TS vem sendo descentralizado para ao PSF, existindo hoje em 64 municípios e 204 Unidades de Saúde da Família (USF). A cobertura populacional do PSF com o DOTS é de 30% e a cobertura populacional da Paraíba com o DOTS é de 62,5% (LIMA, 2005).

No Estado da Paraíba, no período 1999-2003 houve um incremento nos percentuais de cura, numa velocidade de 1,87 % por ano, enquanto se observou uma discreta redução nos percentuais de abandono numa velocidade anual de 0,61 %. Esses dados reforçam as ações advindas com o impulso da municipalização dos serviços de saúde na Paraíba (PARAÍBA, 2001), de forma simultânea à ampliação da implantação da estratégia DOTS.

2003

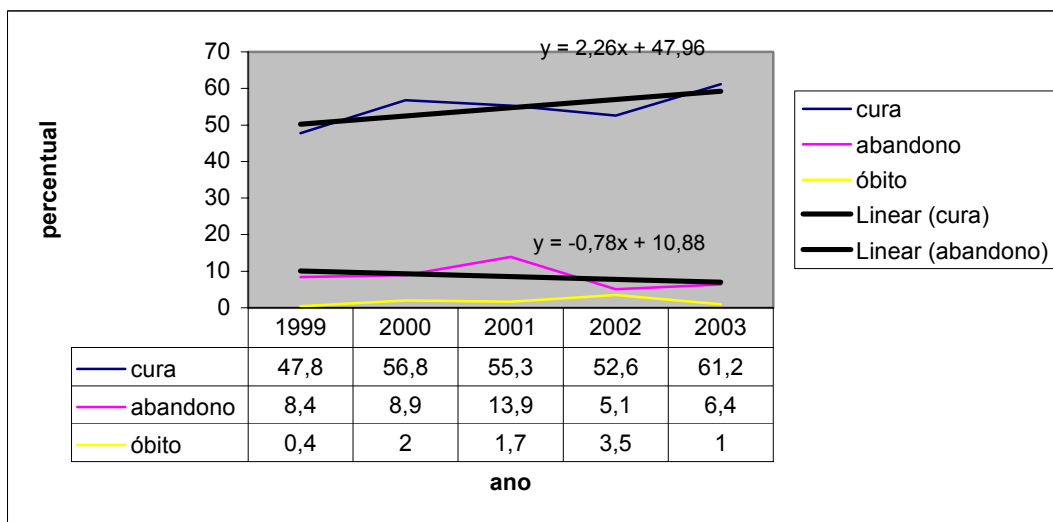
GRÁFICO 1 PERCENTUAL DE CURA ABANDONO E ÓBITO –ESTADO DA PARAÍBA.1999-



FONTE: NÚCLEO DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA/ SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE - PB

Analisando-se o gráfico 2, referente ao município de João Pessoa –PB, no período de 1999-2003, observa-se um aumento do percentual de cura e se mantém a tendência de diminuição do percentual de abandono. Sugere-se, como explicação, o fato de ter ocorrido, a partir de 1999, a descentralização da saúde e a municipalização dos serviços, que concorreu para a organização da atenção básica. Em 2005, no município de João Pessoa, do total de 223 Unidades de Saúde apenas 32 (14,3%) realizavam o DOTS. Nesse mesmo ano, foram notificados 192 casos de pacientes pulmonares bacilíferos, dos quais 67 (30,4%) foram submetidos ao tratamento supervisionado.

GRÁFICO 2 PERCENTUAL DE CURA ABANDONO E ÓBITO – JOÃO PESSOA 1999-2003



3.3 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E O TRATAMENTO SUPERVISIONADO NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

O desenvolvimento de um sistema de saúde que contemple as necessidades da população é um grande desafio permanente para todos os países. Definir os seus princípios, diretrizes, autonomia de gestão, integração dos sistemas são elementos que, ao longo dos anos, vêm sofrendo modificações na formulação desses sistemas em busca de maior efetividade, equidade e satisfação dos usuários (MENDES, 1998). No entanto, desde a Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978, foi recomendada a organização dos sistemas de saúde a partir da Atenção Primária, considerada como uma das principais estratégias para se alcançarem cidades saudáveis (MENDES, 2002).

O Programa Saúde da Família (PSF) tem-se configurado como a principal estratégia impulsionadora da reorganização do modelo de atenção à saúde, no âmbito do SUS. Apesar das dificuldades, percebem-se mudanças favoráveis após a sua implantação, através do fortalecimento das ações de promoção e prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua, levando-a para mais perto das famílias. Dessa forma, a família passa a ser o objeto de atenção e entendida a partir do ambiente em que vive.

Para o PSF, o conceito de família transcende o aspecto biológico e outros elementos são considerados na relação familiar, como aspectos afetivos, domicílio comum, crença religiosa, costumes e práticas. O indivíduo deixa de ser visto como objeto de atenção isolado e passa a ser entendido como parte integrante de uma família, com seus aspectos particulares, ou seja, a pessoa passa a ser compreendida no seu núcleo familiar. Acredita-se ser esse o motivo das práticas exitosas em saúde, por meio do PSF (MENDES, 2002).

A família é o foco da atenção à saúde, prestação de atenção integral, contínua e de boa qualidade, deixando-se claro que a atenção passa a ser ao coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação. Ao profissional de saúde que entra na dinâmica da vida familiar, cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele núcleo de pessoas, intervindo nele de forma mais participativa e construtiva.

Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2002), nos municípios em que o PSF está adequadamente implantado, com profissionais capacitados e integrados ao sistema municipal de saúde, percebe-se uma diminuição da mortalidade infantil e internação hospitalar. Nas famílias assistidas, há mais pessoas vacinadas, os casos de hipertensão e diabetes são diagnosticados e acompanhados, os agravos são identificados e tratados mais precocemente. Esses resultados positivos devem-se principalmente à forma de atendimento, cada equipe trabalhando com definição de território da abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área. A Unidade de Saúde da Família - USF é vista como porta de entrada e primeiro nível de atenção, devendo, portanto, estar integrada a uma rede de serviços, com diversos níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes (BRASIL, 2001).

Em estudo realizado, Arcêncio (2006) concluiu que o PSF amplia o acesso da população a práticas mais integrais, sendo uma estratégia de reorientação do modelo assistencial na rede pública, havendo concordância quanto à visibilidade de sua trajetória e os efeitos positivos na integralidade. A população é atendida nas Unidades de Saúde da Família, porém quando necessário, o atendimento é feito nos domicílios. As Unidades de Saúde da Família contam com os equipamentos e as instalações indispensáveis para se garantir boa recepção à comunidade. Sempre que possível, estão localizadas no mesmo endereço onde antes funcionavam os centros ou postos de saúde. Para o Ministério da Saúde (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2002), na condição de gestor nacional do SUS, o Programa representa um importante avanço em direção aos princípios estabelecidos na Constituição Federal: amplo acesso aos serviços de saúde, atenção integral adequada às necessidades individuais e coletivas, com qualidade e alta resolutividade para todos os brasileiros.

Para desenvolver as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua, cada unidade deve constar basicamente de uma equipe multiprofissional, formada por: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde. Recomenda-se que uma equipe faça o acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas. Em média, uma equipe do PSF atende 3.450 pessoas. O enfermeiro que integra a equipe do Programa Saúde da Família realiza principalmente atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde, de acordo com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2001).

Partindo-se desse pressuposto, entende-se por que o PSF é considerado a principal estratégia de reorganização da atenção básica e de descentralização dos serviços de saúde, no Brasil. Para se viabilizar esses processos de reorganização e descentralização, foram legalmente criadas as normas operacionais, como a NOB/91, NOB/93 e NOB/96 e a NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA – NOAS/SUS 01/2002 que viabilizaram o processo de municipalização e regionalização das ações e serviços de saúde. A partir desse processo as ações de combate e controle da tuberculose passaram a ser de responsabilidade dos municípios, bem como a implantação e expansão da estratégia DOTS, que é considerada, hoje, a principal estratégia na luta contra a doença, para as Unidades de Saúde da Família (ANDRADE, SOARES ; CORDONI JR., 2001).

A incorporação das ações de controle da tuberculose nas equipes do Programa de Saúde da Família é uma prioridade nacional e faz parte da estratégia de aumento de cobertura. Segundo o Ministério da Saúde (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2002), dentre as ações desenvolvidas no combate à tuberculose destacam-se:

- Identificação dos sintomáticos respiratórios, com tosse e expectoração, por 3 semanas ou mais.
- Coleta do escarro e transporte adequado do material até o laboratório.
- Tratamento instituído na própria Unidade.
- Notificação do caso por meio do SINAN (Sistema de Informação e Notificação de Agravos).
- Consultas periódicas para se acompanhar o paciente, avaliação final e alta.
- Investigação dos contatos e aplicação das medidas de seu controle.

É importante destacar que a execução das atividades no combate e controle da tuberculose, nas Unidades de Saúde da Família, depende da intervenção dos profissionais, cuja atenção e atribuições devam estar direcionadas para a descoberta e anulação das fontes de infecção na comunidade (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2002). O controle da tuberculose nas unidades de saúde requer uma atenção permanente, sustentada e organizada, com um sistema em que a porta de entrada pode estar situada tanto em um nível mínimo como em um nível de alta complexidade, contanto que seja assegurado ao doente, quando necessário, o direito de mover-se para os níveis de maior qualificação, com base numa assistência voltada para o atendimento de suas necessidades.

Nesse sentido, a descentralização do tratamento da tuberculose para as Unidades de Saúde da Família pode configurar-se em atos de fala, escuta, em que se ganha a dimensão do cuidado, pois é na Saúde da Família onde se espera que o vínculo entre profissionais e paciente sejam acentuados.

Para isso, é importante ressaltar que a sensibilização e o envolvimento da equipe de saúde, promovendo o acolhimento e o vínculo com o paciente, possam ser considerados diferencial na implementação e operacionalização do TS. Partindo-se do pressuposto de que existem vários sentidos atribuídos ao acolhimento, partilha-se da idéia de Silva Jr.; Mascarenhas (2005), em que se pode pensar nele em três dimensões: acesso, técnica e princípio de organização dos serviços.

Neste estudo, o foco estará voltado para o acolhimento, segundo essas três dimensões, transitando de um modelo centrado na produção, na atenção médica curativa, para um modelo centrado na atenção integral do indivíduo e da coletividade.

O acolhimento, como técnica, instrumentaliza a geração de procedimentos e ações de forma organizada. O que facilita o atendimento através da escuta, da análise, da discriminação do risco e da oferta acordada de soluções ou alternativas para os problemas demandados, proporcionando alterações no processo de trabalho, decorrentes das mudanças do modo de organização dos serviços (SILVA JR.; MASCARENHAS, 2005).

Através desse acolhimento, como princípio de organização de serviço, também

propõe-se inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde, e que ele seja organizado de forma usuário-centrado. Para tal fim, Franco et al. (1999, p.347) partem dos seguintes princípios:

1. Atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
2. Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que ele desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento – que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

O acolhimento, enquanto acesso, desenvolve ações que ampliam a humanização do atendimento e atua de forma direta na reorganização do processo de trabalho das equipes locais. Para Mattos (2004), a idéia chave nas propostas do acolhimento é a de que nenhuma pessoa que entra num Serviço de Saúde deve sair dele sem alguma resposta concreta. Seria o princípio do primeiro contato, que Mendes (2002) e Starfield (2002) definem como “o acesso e uso de serviços para cada novo problema ou episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde”, sendo também chamada de porta de entrada.

A idéia de porta de entrada faz sentido, quando o indivíduo não conhece, de fato, o problema de saúde que possui, necessitando de uma orientação adequada sobre o serviço que realmente lhe será necessária, evitando gastos adicionais e desnecessários. O primeiro contato do usuário bem sucedido é importante, pois configura-se como uma característica-chave da atenção primária (STARFIELD, 2002).

Dada à polissemia do termo acessibilidade, enquanto sentido atribuído ao acolhimento, podemos pensá-lo como um dos aspectos da oferta de serviços relativa à capacidade de se produzir em serviços e de responder às necessidades de saúde de uma

determinada população. Cumpre, por conseguinte, dividir o conceito da seguinte maneira:

- Acessibilidade geográfica, ou seja, a distância, o tempo de locomoção e os meios de transporte devem determinar a localização dos estabelecimentos e não áreas teóricas de jurisdição.
- Acessibilidade financeira, ou seja, os pagamentos ou contribuição para utilização dos serviços não devem constituir obstáculos.
- Acessibilidade cultural, ou seja, não deve haver conflito entre os padrões técnicos e administrativos dos serviços e os hábitos, padrões culturais e costumes das comunidades em que sejam prestados.
- Acessibilidade funcional (organizacional), ou seja, os serviços devem ser prestados oportunamente e em caráter contínuo, bem como estar disponíveis, a qualquer momento, atender à demanda real e incluir um sistema de referência que assegure fácil acesso ao nível de assistência que se requer.

Para Silva Jr.; Mascarenhas (2005) a idéia de acessibilidade organizacional é incorporada para complementar o conceito de acolhimento, onde a acessibilidade é entendida como conjunto de circunstâncias, que viabiliza a entrada do usuário na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidade de atendimento. É a possibilidade de se obter serviços necessários em quantidade suficiente, sem obstáculos físicos ou financeiros.

Desse modo, as ações de saúde dos diversos níveis de prevenção devem ser compostas e operadas de modo articulado e integrado, de tal modo que permita o acesso da população, com uma maior eficiência econômica e social possível. Vale destacar a importância da acessibilidade aos serviços de saúde como indispensável para satisfazer as necessidades da comunidade, em relação às ações de saúde relatado pela OPAS/OMS:

O conceito de oferta de serviços implícito na definição de cobertura significa que tais serviços sejam acessíveis aos membros da comunidade e, desse modo, satisfaçam às suas necessidades no tocante à saúde. A possibilidade de acesso aos serviços é, por conseguinte, condição sine qua non para que a cobertura universal seja alcançada.

Acredita-se que, ao se estabelecer uma relação de acolhimento, como base estrutural no Tratamento Supervisionado, a qualidade da atenção e assistência prestadas pelos profissionais aos portadores de TB proporcionarão uma contribuição significativa na resolutividade dos casos.

A escolha do estudo surgiu de discussões, no grupo de Pesquisa e Qualificação em Tuberculose na Paraíba, que se encontra articulado com a Área de Estudos Epidemiológicos e Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em TB – REDE TB (cadastrado e certificado CNPq/2002), e que é formado por uma equipe multidisciplinar (na qual as pesquisadoras deste trabalho estão inseridas). O seu propósito é produzir conhecimentos sobre a tuberculose e o sistema de atenção à saúde, o tratamento supervisionado, a adesão ao tratamento da tuberculose na visão do doente e da família, epidemiologia da doença e estudos teóricos voltados para o gerenciamento dos casos.

4.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo foi desenvolvido utilizando-se a metodologia de pesquisa qualitativa, por se considerar que essa abordagem é a mais adequada, uma vez que, através dela, se procura centrar a atenção na especificidade, no individual almejando sempre a compreensão dos fenômenos estudados, com a preocupação de se conhecerem as estruturas em que a experiência se verifica. Tanto Triviños (1992) como Minayo (1999) comentam que esse modo de conduzir a pesquisa caracteriza-se como um método de compreensão e de reflexão sobre o tema.

Tal opção deriva-se do propósito de se aprofundar a análise da percepção dos enfermeiros sobre o tratamento supervisionado, buscando-se, desse modo, lançar luz sobre determinados aspectos da realidade, os quais poderiam ficar obscurecidos se fosse trabalhado o caminho epidemiológico que privilegia os aspectos quantitativos.

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, que possibilita repensar sobre algumas questões que causam inquietação e, que poderão ser clarificadas a partir de falas vindas dos próprios sujeitos que, submetidos à análise de conteúdo, venham trazer significados, favorecendo a compreensão da problemática enfocada.

4.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

O município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, localiza-se na porção extrema oriental do continente americano. Destaca-se, na rede urbana, pela importância de seu aglomerado que envolve municípios vizinhos, constituindo a chamada Grande João Pessoa, que é o principal centro político e econômico do Estado (NÓBREGA, 2003).

Limita-se, ao Norte, com o município de Cabedelo, através do Rio Jaguaribe; ao Sul com o município do Conde, pelo Rio Gramame; ao Leste, pelo Oceano Atlântico; a Oeste com o município de Bayeux, pelo Rio Sanhauá e, a Sudeste e Noroeste, com o município de Santa Rita, pelos Rios Mumbaba e Paraíba, respectivamente (NÓBREGA, 2003).

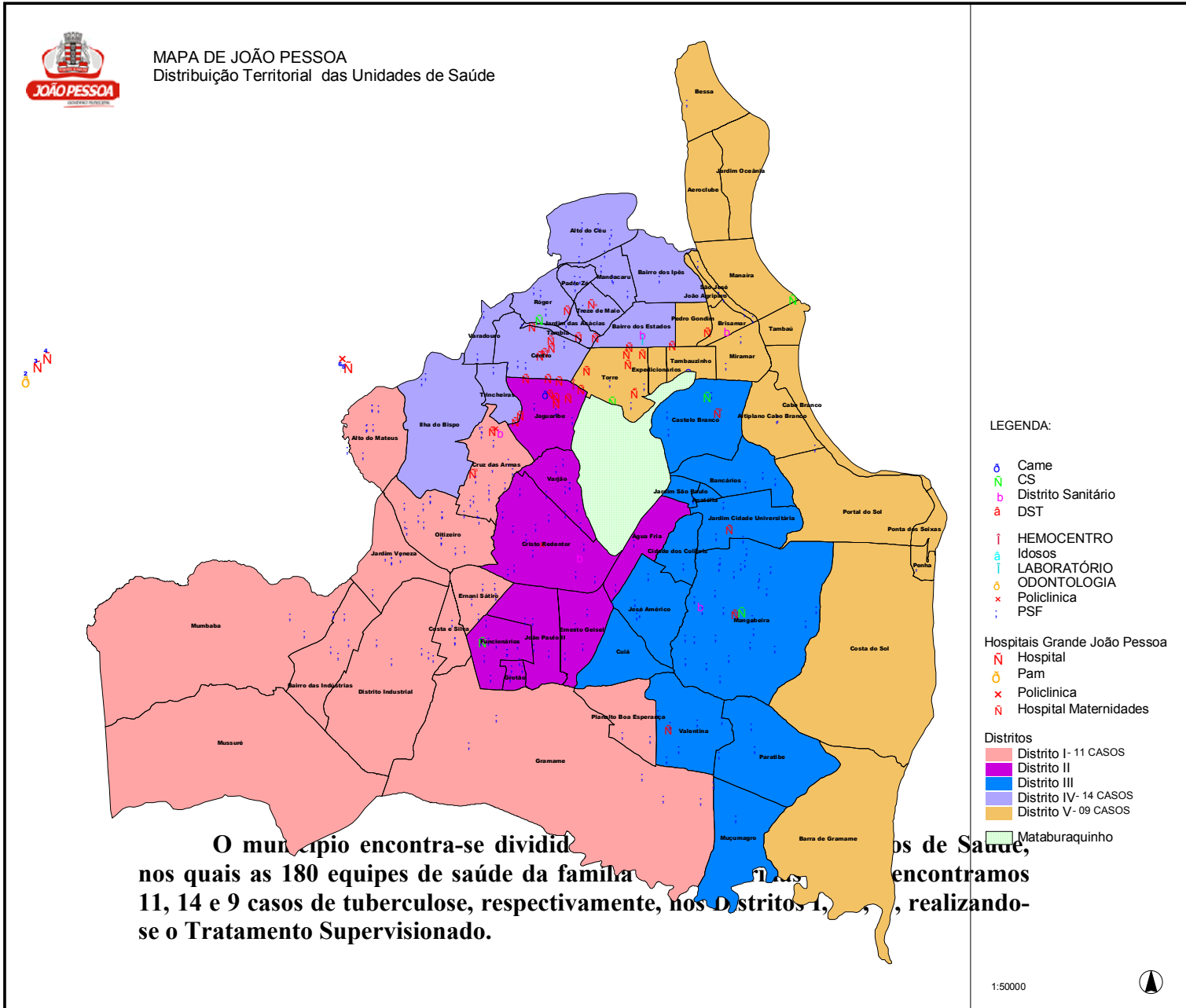
Apresenta uma população de 660.614 habitantes, ocupando uma área de 210,8 km². É a terceira cidade mais antiga do Brasil, com 420 anos. Possui temperatura amena, num clima decididamente tropical, com média de 26° C (NÓBREGA, 2003).

4.2.1 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO

Com gestão Plena de Sistema em Saúde, desde 1999, o município pertence ao 1º Núcleo Regional de Saúde, fazendo parte dos 329 municípios prioritários do Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para o Controle da Tuberculose. Com a mudança da Gestão, João Pessoa vem passando por um amplo processo de mudança na organização da prestação de serviços de saúde aos usuários, tendo como principal proposta à reorganização da Estratégia de Saúde da Família, para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (LIMA, 2005).

A descentralização das ações de controle da tuberculose teve início em 2002, com o acompanhamento de 06 casos, em 04 Unidades de Saúde da Família. Essa cobertura foi ampliada para 60 Unidades de Saúde da Família, em 2004. O percentual de Equipes de Saúde da Família que realizam o Tratamento Diretamente Observado ainda é muito incipiente, aproximadamente 33%, necessitando de ampliação dessa cobertura em todo o território municipal (LIMA, 2005).

Quanto à retaguarda laboratorial, o município conta com 25 laboratórios públicos, dos quais oito realizam baciloscopia e dois realizam cultura e testes de sensibilidade.



4.3. LOCAL DE ESTUDO

4.3.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO DISTRITO SANITÁRIO IV

Para a escolha do local de coleta de dados, levou-se em consideração a maior área territorial e o maior número de pacientes em Tratamento Supervisionado. O Distrito Sanitário IV possui uma população de 118.135 habitantes e uma rede de serviços de saúde distribuídos em 8 hospitais (públicos e privados), 26 Unidades de Saúde da Família, 9 Centros de Saúde, 4 Unidades Básicas de Saúde, 17 serviços especializados de saúde e 3 laboratórios (públicos e privados).

Das 26 Equipes de Saúde da Família, 14 possuem pacientes com tuberculose, dentre os quais, 09 Equipes de Saúde da Família realizam o Tratamento Supervisionado.

4.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo foi constituída pela totalidade de enfermeiros Unidades Saúde da Família, que trabalham com o Tratamento Supervisionado do Distrito Sanitário IV, no município de João Pessoa – Pb.

O critério de escolha dos entrevistados foi intencional, pois foram considerados os enfermeiros que desenvolviam o tratamento supervisionado. Trata-se de uma amostra qualitativa intencional capaz de refletir a totalidade do estudo nas suas múltiplas dimensões (MINAYO,1994,p.102).

Foram entrevistados 09 enfermeiros conforme demonstrado no quadro abaixo:

Entrevistado	Local de trabalho
E1	PSF Padre Zé I
E2	PSF Padre Zé III
E3	PSF Alto III
E4	PSF Roger I
E5	PSF Ilha do Bispo II
E6	PSF Mandacaru VII

E7	PSF Varadouro I
E8	PSF Alto do céu I
E9	PSF Ilha do Bispo I

4.5 INSTRUMENTO DE PESQUISA E COLETA DE DADOS

Foi eleita como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, que, de acordo com Triviños (1992, p.144),

é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, e que em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas dos informantes.

A entrevista seguiu um roteiro de perguntas, visando a apreender o ponto de vista dos profissionais sobre o tema em questão. MINAYO (1994, P.99) coloca que o roteiro torna-se um **“instrumento orientador de uma conversa com finalidade, facilitando a abertura, ampliando e aprofundando a comunicação”**.

De maneira geral, a entrevista abordou questões relacionadas com o tratamento supervisionado, caracterizando as potencialidades e fragilidade na percepção do enfermeiro (Apêndice A).

Sua realização ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2006, após agendamento prévio de horário. Preferiu-se realizá-la no local de trabalho dos profissionais, pois entende-se que

(...) se estes são retirados de seu meio habitual é muito difícil chegar-se a conclusões verdadeiras sobre seu comportamento. O ambiente, o contexto no qual os indivíduos realizam suas ações e desenvolvem seus modos de vida são fundamentais, têm um valor essencial para alcançar das pessoas uma compreensão mais clara

de suas atividades. O meio, com suas características físicas e sociais, imprime aos sujeitos traços peculiares que são desvendados à luz do entendimento dos significados que ele estabelece. Por isso, as tentativas de compreender a conduta humana isolada do contexto no qual se manifesta, criam situações artificiais que falsificam a realidade, levam a engano, a elaborar postulados não adequados, a interpretações equivocadas (TRIVIÑOS, 1990, p.122).

No início de cada entrevista foi explicitado o objetivo da pesquisa, com a finalidade de se obter maior aproximação entre entrevistador-informante, porque “ *o começo da entrevista é marcado por incertezas originadas tanto no espírito do informante como do pesquisador*” (TRIVIÑOS, 1992, p.149). Após as devidas explicações cada entrevistado recebeu informações sobre o destino dos dados colhidos, a garantia do sigilo na sua utilização. Uma vez obtida a concordância dos profissionais de participar do trabalho solicitou-se-lhes o preenchimento de um instrumento (Apêndice B), firmando-se consentimento, por escrito.

Os depoimentos foram gravados com a aquiescência do profissional e, posteriormente, transcritos, na íntegra, pela própria pesquisadora.

As entrevistas duraram em média 20 minutos e, após a sua realização, as informações obtidas, foram transcritas na íntegra. “*Em geral, a duração da entrevista é flexível e depende das circunstâncias que rodeiam principalmente o informante e o teor do assunto em estudo*” (TRIVIÑOS, 1992, p.146).

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Optou-se pela análise de conteúdo, que segundo Bardin (1979 apud MINAYO 1999), pode ser definido como

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a

inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Foi utilizada a modalidade de análise temática, umas das modalidades das técnicas de análise de conteúdo, que consiste em descobrir os núcleos dos sentidos que compõem uma comunicação e cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (MINAYO, 1999).

A análise temática organiza-se em volta de um processo de categorização que é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento, com critérios previamente definidos. As categorias reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos (BARDIN, 1979 apud MINAYO, 1999).

Para Minayo (1999), na análise temática, busca-se “atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo”. Utilizou-se a sequência de etapas proposta por Bardin e citadas por Minayo (2000), na análise de conteúdo:

1. Pré-análise: corresponde à fase de organização propriamente dita, através de sistematização das idéias iniciais, de maneira a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas; num plano de análise. Esse plano começou com a organização do material disponível para análise, no caso, as entrevistas transcritas na íntegra. Destaca-se que a transcrição das entrevistas foi realizada pela própria pesquisadora. Logo depois iniciou-se o processo de leitura flutuante, que consiste em estabelecer contato com os documentos a serem analisados, indo, pouco a pouco a leitura tornando-se mais precisa, em decorrência dos pressupostos emergentes.
2. Exploração do material: baseou-se na transformação dos dados em conteúdos temáticos, através da codificação das entrevistas, determinando as temáticas a serem discutidas. Alicerçou-se em discussões com o grupo de pesquisa da Rede –TB na Paraíba e na fundamentação teórica proposta – A atuação do enfermeiro no Tratamento Supervisionado da Tuberculose.

3. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: Utilizaram-se inferências e interpretações, a partir da fundamentação teórica e dos pressupostos que conduziram esta investigação.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS DA PESQUISA

Por se tratar de uma pesquisa no campo da saúde coletiva e por ter envolvido as falas dos sujeitos, zelou-se pelo cumprimento da Resolução 196/96 que trata de aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos e das Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa do Comitê de Ética em Pesquisa do CCS da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

As entrevistas foram realizadas, após esclarecimentos aos sujeitos da pesquisa sobre os objetivos da mesma, solicitação de sua participação e consentimento, sendo-lhes garantindo o sigilo dos dados coletados, além de serem informados a respeito de sua liberdade de retirar seu consentimento, em qualquer fase do estudo. Após ter tido ciência do exposto acima, o sujeito que aceitou participar desta pesquisa assinou um Termo de Consentimento Pós-Esclarecido.

5.1 UNIDADE TEMÁTICA CENTRAL: O TRATAMENTO SUPERVISIONADO DA TUBERCULOSE NA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO

Para serem expostas a dimensão e a complexidade do tema abordado através da fala dos enfermeiros entrevistados, esta unidade foi composta de três núcleos de sentido centrais: Singularidades do Enfermeiro no Entendimento do Tratamento Supervisionado, Envolvimento dos atores-chave no Tratamento Supervisionado e Fortalezas e Fragilidades no Tratamento Supervisionado.

5.1.1 SINGULARIDADES DO ENFERMEIRO NO ENTENDIMENTO DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO -TS

É importante ressaltar que o Tratamento Supervisionado constituiu um dos cinco elementos da estratégia DOTS. A totalidade dos depoimentos aqui considerados revelou o entendimento da prática do TS como sinônimo de ingestão medicamentosa observada. Tendo revelado, também, que o TS é feito pelo profissional ou por alguma pessoa responsável por aquele paciente, com frequência diária, podendo ser na unidade ou no próprio domicílio. Esse fato é identificado nos discursos que seguem:

(...) É aquele tratamento em que você tem que estar com a paciente pra ver se realmente ele está tomando aquela medicação Porque pode nós não estarmos supervisionando e ele dizer que está tomando a medicação e não está.(...) (E6)

(...) É aquele que você faz diariamente, com o paciente, com o usuário (...) (E7)

(...) É o tratamento em que o paciente vem à unidade à busca da medicação já indicada, certo!? Nós entregamos, ele toma em frente ao profissional. E isso sendo feito diariamente na unidade (...) (E8)

Percebe-se, nos discursos acima, que a concepção do tratamento supervisionado, na visão dos entrevistados, consiste apenas na observação da tomada do medicamento. O conjunto desses discursos revela uma preocupação centrada na garantia da ingestão do medicamento. Esse posicionamento vai de encontro à definição apresentada pelas diretrizes do programa, as quais caracterizam o tratamento supervisionado como

a administração direta do medicamento por uma segunda pessoa, que entrega, observa e registra a ingestão de cada dose da medicação (JORNAL BRASILEIRO de PNEUMOLOGIA,1997,p.318).

No entanto, vale ressaltar que o tratamento supervisionado vai além da supervisão técnica da ingestão do medicamento, compreendendo, sobretudo, o acolhimento do paciente e de seus familiares. Segundo Muniz (1999), no ato de supervisionar, a equipe de saúde atua não somente no processo da intervenção terapêutica, como também interage com sua realidade social. Essa participação contínua amplia a compreensão da equipe de saúde sobre os pacientes, seus interesses, suas relações familiares, suas necessidades, estreitando essas relações. Esta nova relação supera a lógica do saber técnico, exigindo mudanças de comportamento, de atitudes, tanto do profissional quanto do paciente, possibilitando modificações na qualidade da atenção.

Participar do cotidiano dos pacientes é fundamental para o estabelecimento de uma nova forma de contato com a clientela. O conhecimento da realidade exige novas responsabilidades dos profissionais de saúde, bem como mudanças na sua prática cotidiana. Essas mudanças pressupõem o estabelecimento de **vínculo** entre o profissional de saúde e o usuário e seu **acolhimento** pelos trabalhadores de saúde (MERHY,1994).

Partindo-se da concepção do acesso enquanto dimensão do acolhimento, entende-se que o tratamento supervisionado deve ser visto, também, como uma forma de se acolher o usuário, dispensando-lhe um cuidado adequado, em momento oportuno e em local apropriado. (TRAVASSOS ; MARTINS, 2004).

Portanto, o acesso, nessa situação, não se restringe somente à técnica, mas, também ao uso qualificado, àquele que ocorre no momento adequado, fazendo-se o uso correto dos recursos e executando-os de forma adequada (TRAVASSOS ; MARTINS,

2004). Nessa definição, o acolhimento, enquanto acesso, passa a ser sinônimo de uso, não abrangendo, nesse caso, qualquer uso e, sim, aquele que ocorre no momento adequado ao entendimento do problema de saúde do usuário, utilizando-se recursos corretos e executando-os de forma correta.

Partindo desse entendimento, pode-se concluir que, no momento do TS, determinados aspectos podem-se configurar, de forma negativa, se não forem utilizados partindo-se dessa concepção de acolhimento como acesso (uso) qualificado. Ou seja, se durante o TS, percebe-se um diálogo unilateral, onde só se escuta a “voz” do profissional de saúde ou, ainda pior, se durante o TS o silêncio impera a todo o momento, não permitindo, em ambas as situações, que se estabeleça um diálogo que ajude e norteie o processo de tratamento, o TS realmente só terá a concepção da observação direta do medicamento pelo paciente e essa concepção acredita-se que seja insuficiente para se ter sucesso na operacionalização do TS.

Muniz (1999), em sua pesquisa ao descrever a implantação do Tratamento Supervisionado no município de Ribeirão Preto – SP, após a inclusão do paciente no tratamento, discutiu qual seria o melhor local para a realização da supervisão direta do medicamento. Segundo os depoimentos das equipes, o local eleito foi o domicílio do paciente, através da visita domiciliar.

Na fala que segue, observa-se, também a realização do TS no domicílio. Essa alternativa de operacionalização do TS, quanto ao local, figura-se como uma forma de se acolher o paciente com referência à acessibilidade, pois o usuário está realizando o TS, em seu domicílio, que subentende-se ter sido uma escolha do mesmo:

(...) Todos os dias é entregue ao paciente sua medicação. A gente vê como está a condição do paciente, e, por ser num PSF, a gente faz no domicílio (...) Todos os dias, aqui, na nossa unidade, nós temos como rotina ir à casa do paciente e entregar pela manhã (...) (E9)

Em suas publicações, Donadebian (2003 apud TRAVASSOS ; MARTINS 2004) definiu acessibilidade como um conjunto de características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por usuários, chamando-a de acessibilidade sócio-organizacional. Partindo desse entendimento, o acolhimento enquanto acessibilidade deve ser entendido como uma forma de se organizar o serviço e as ações

de saúde, de forma a se atenderem as reais necessidades do usuário. Porém, vale salientar, que essas só serão conhecidas se houver um diálogo entre profissionais e usuários, onde as necessidades que possam vir a ser satisfeitas sejam identificadas, elaboradas e negociadas. Para Teixeira (2005), o acolhimento é aqui proposto como um acolhimento dialogado.

Relacionando com o tratamento da tuberculose, a enfermeira, na sua fala anteriormente relatada, identificou a necessidade do usuário em fazer o TS, no seu próprio domicílio. Para que essa ação acontecesse, foi necessário, não somente a técnica da entrega do medicamento supervisionado, mas também uma conversa dialogada, onde foram expostas pelo paciente, as possíveis dificuldades em se realizar o TS na unidade. É importante destacar nesse momento, que há a interação profissional-usuário, surgindo, dessa interação, o que é melhor para o usuário, através da qual ambos contribuem para o direcionamento do problema e, depois, negociam a abordagem mais apropriada para o mesmo.

Para Arcêncio (2006), alguns profissionais acreditam que o êxito no tratamento da tuberculose somente poderá ser alcançado mediante a imposição do tratamento, através de relações de impessoalidade, acabando o paciente por engolir a medicação. O mesmo autor afirma que essa postura tem contribuído para resultados negativos como o abandono do TS e o aumento da multiresistência às drogas (MDR). A importância da terapia medicamentosa é um conceito científico que nem sempre pode ser compreendido e aceito pelo paciente e seus familiares. O acolhimento multidisciplinar do paciente e de seus familiares tem como objetivo propiciar o conhecimento mútuo das impressões sobre a doença e seu tratamento, promover esclarecimentos e procurar estabelecer vínculos.

Dessa forma, entende-se que o TS está além do fazer científico, da observação clínica de alguma reação adversa, requerendo ele uma explicação multifatorial e não somente a relação de causa e efeito, relevando-se a importância de se imprimir maior propriedade à relação com o doente e seu tratamento. Sendo assim, o trabalho em saúde possui uma natureza eminentemente conversacional, afastando-se da concepção de que o acolhimento é uma atividade (de recepção dos serviços), desempenhada por um profissional particular, num espaço físico (TEIXEIRA, 2005).

Muniz et al. (1999) revelam que o tratamento supervisionado proporciona possibilidades novas de se construir um modo diferente de se agir em saúde, proporcionando-se melhor conhecimento da realidade e manutenção de diálogos, maior

vínculo e busca de ações intercomplementares. Analisando-se as falas que seguem, observa-se a interação entre profissional e usuário e a forma como essa interação se apresenta:

(...) E eles são assim, muito obedientes no tratamento (...) (E8)

(...) Por que você sabe que tem que fazer uma fiscalização(...) um acompanhamento pelo médico (...) (E7)

A forma como é demonstrada, através da fala dos entrevistados, a relação (interação) entre paciente e profissional representa um diálogo unilateral, onde o profissional dita as regras do tratamento e o paciente simplesmente, obedece, enquanto aquele fiscaliza. Estabelece-se uma relação de impessoalidade, na qual o paciente passa a constituir-se meramente num objeto de trabalho, cujas intervenções baseiam-se apenas na eliminação do foco de transmissão, desconsiderando-se seus valores, suas crenças e opiniões.

Em seus estudos, Starfield (2002) reconhece quatro tipos de interação entre profissional-usuário: Quando, tanto o cliente quanto o profissional possuem um alto controle, a interação é caracterizada como “mutualidade”; Quando o paciente tem alto controle, mas o do profissional é baixo, a interação é “consumista”; O baixo controle do paciente e o alto controle do profissional produzem uma interação “paternalista”, enquanto o baixo controle de ambas as partes produz uma interação “falha”.

Percebe-se que, na situação acima descrita, a interação se figura como “paternalista”, onde o profissional articula o problema e o tratamento. Tal atitude é preocupante do ponto de vista da aceitação do usuário ao tratamento, pois se o usuário não tem a oportunidade de participar de forma ativa no seu processo de tratamento, dificilmente ele terá interesse de concluir o mesmo, pois acredita-se que o processo saúde-doença é fortemente influenciado pelo contexto social em que as pessoas vivem e trabalham e caso o usuário não tenha a oportunidade de expor os fatores tanto biológicos como sociais que estão interferindo no sucesso do seu tratamento, como ele terá interesse em continuar o mesmo?. A doença possui significados para o paciente que vão muito além de sua manifestação física, porque toda doença produz alguma perturbação na vida de uma pessoa.

De acordo com Porter e Ogden (1997 apud ARCÊNCIO 2006), embora os profissionais de saúde que adotam essa conduta possam estar tentando fazer o bem,

evitando danos aos pacientes, já que buscam a melhoria de suas condições de saúde, estarão interferindo num processo ético que corresponde ao desrespeito à autonomia dos indivíduos. A relação profissional-usuário deve ser embasada, segundo o interesse e as necessidades de ambos, onde um busca a efetivação da assistência através da finalização do tratamento supervisionado por cura e o outro busca a libertação e a cura de uma série de fatores inerentes ao “ser portador de Tuberculose”.

Em oposição à fala anteriormente descrita, observa-se no depoimento a seguir que o enfermeiro buscou a opinião do usuário quanto ao modo de se operacionalizar o TS:

(...)A gente tem que ver, individualizar. “Será que esse paciente quer isso?” “Será que fazendo dessa forma ele vai fazer adesão ao tratamento?” A gente tem que ver a parte (...) do paciente para que ele faça o tratamento, porque é tão difícil; são seis meses de tratamento(...) (E5).

Nesse depoimento percebe-se que a postura do profissional é diferenciada. A opinião do paciente, para ele, muito importa. Quando o enfermeiro começa a fazer uma reflexão crítica do processo de diagnóstico/tratamento, levando em consideração, também, a importância que o paciente possui, ele, o enfermeiro, está buscando o acolhimento na assistência no TS. Ao perceber que a opinião do paciente é tão importante quanto a do profissional sobre o andamento do seu tratamento, o paciente sente-se valorizado e juntamente com o profissional, inicia uma batalha contra a doença, tentando ultrapassar suas possíveis dificuldades, o que, certamente, melhoraria a adesão ao tratamento.

Percebe-se que não basta oferecer um serviço; é preciso adequar esse serviço à individualidade de cada usuário. O serviço necessita de espaços que privilegie o diálogo, como já visto anteriormente, e que ele esteja pautado nas relações de acolhimento, tomando-se o acolhimento como proposta de reorganização dos serviços para se garantir o acesso. Morrone et al. (1999) referem que os serviços de saúde devem adotar medidas que facilitem o acesso do doente ao serviço e favoreçam o atendimento com presteza, o que certamente melhoraria a adesão ao tratamento.

Partindo dessa afirmação, concebe-se que é necessário, para o ser humano, ter consciência de que todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo o objetivo da conversa não é homogeneizar os sentidos, fazendo desaparecer as divergências, mas

fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades. É nesse ponto de convergência onde são descobertos os valores e as virtudes inerentes a cada indivíduo.

5.2.2 ENVOLVIMENTO DOS ATORES-CHAVE NO TRATAMENTO SUPERVISIONADO

Sobre o envolvimento dos atores-chave no tratamento supervisionado da tuberculose, percebe-se nas falas dos entrevistados a participação dos familiares e do Agente Comunitário de Saúde na operacionalização do TS, identificando-se a adesão e o envolvimento dos profissionais para a viabilização do Tratamento Supervisionado, como revelado nas falas, a seguir:

(...) Toda semana íamos eu e ACS (...) É o ACS que é responsável por essa área (...), uma vez ao mês, vem pra consulta médica (...) A minha participação maior é na orientação ao ACS (...) (E1)

(...) A qualquer reação adversa que tinha, então, como a gente trabalhava como equipe, a médica fazia o seu tratamento (...) Graças a Deus trabalhamos como equipe. Em parceria o médico, enfermeiro e o Agente Comunitário de Saúde(...) (E5)

(...) E se alguma coisa der errado ela diz pra gente e para o ACS (...)Eu vou lá fazer visitas, mas não vou todos os dias(...) Aí a ACS vai (...) Duas pessoas ficaram responsáveis pela medicação dela (...) (E9)

Os depoimentos acima relatados despertam uma série de reflexões sobre o modo como se organizam os serviços de saúde no controle da tuberculose, despertando uma série de reflexões acerca da assistência prestada: os profissionais de saúde compartilham de responsabilidade pelas intervenções no TS, fazendo com que todos se sintam autores da proposta de trabalho; que o envolvimento dos profissionais da equipe de saúde da família facilita diretamente as ações de controle da TB.

O ACS (Agente Comunitário de Saúde) é um importante ator no cenário da tuberculose, pois representa o principal elo entre a comunidade e o serviço de saúde, especialmente quando se fala em TS, já que o seu papel ultrapassa as fronteiras da

clínica, chegando a estabelecer relações tão íntimas com o paciente, a ponto de torná-lo mais forte superando sua fragilidade (CAMPINAS; ALMEIDA, 2004).

Além de ser considerado elo entre a família e a equipe de saúde, o ACS pode ainda ser visto, também como um laço, pois, segundo Silva et al. (2005), o ato de se fazer um laço significa unir pedaços ou partes através de relações humanas; é o caráter humano resgatando a antiga idéia de laço de fita “feito à mão”. Residindo na comunidade em que trabalha, o agente comunitário supostamente compreende a família de “dentro”, e esta compreensão jamais poderá ser vista por outro membro da equipe, por não residir na comunidade.

Partindo dessa concepção, pode-se dizer que o ACS atua como um facilitador da criação de vínculos, que envolvem equipe, instituições e família. São esses vínculos que possibilitam a identificação dos conflitos, as interações e as desagregações inerentes a cada família, podendo prejudicar a saúde de seus membros. Em estudos realizados por Vendramini (2001) quanto ao Tratamento Supervisionado da tuberculose no município de Ribeirão Preto – SP, na percepção do doente, a família e a equipe de saúde se apresentam como importante apoio durante o tratamento. O doente reconhece o envolvimento da equipe como importante fator de adesão, pois permite a construção de espaços, onde ele pode compartilhar e enfrentar as dificuldades inerentes ao processo de adoecimento.

O ACS é tido, pelos entrevistados, como um grande aliado no Tratamento Supervisionado:

(...) E a nossa equipe fica também integrada, o ACS leva a medicação. O enfermeiro, o médico entram também com a participação da baciloscopia(...) (E8)

(...) Foi preciso a ACS ir lá(...) (E7)

(...) Ela já estava internada novamente(...)A ACS depois informou(...) (E6)

Por fazer parte da comunidade e por conhecer a realidade em que se inserem os pacientes em TS, o ACS é visto como uma pessoa amiga, conselheira, que está disposta a escutá-los e entendê-los. É aí que está o grande diferencial na figura do ACS, pois ele não só trabalha na sua área de abrangência, mas ele também reside lá, fazendo uso dos mesmos equipamentos sociais que a comunidade, fazendo compras no mesmo

supermercado, na mesma farmácia...; podendo-se perceber, então, que isso o torna mais próximo da comunidade, diferenciando-o dos outros membros da equipe.

Para Silva e col. (2005), o ACS possibilita a construção de vínculos, de reorganização do trabalho da equipe de saúde, de ampliação de acesso ao serviço e de atuação como facilitador da comunicação entre comunidade e profissionais de saúde, como também facilita a ampliação do acesso à unidade. Percebe-se, na fala dos entrevistados, a importância que esse profissional representa para a operacionalização do TS, pois é o ACS que traduz para a equipe os comportamentos e o modo de vida desses pacientes, ressaltando elementos que possam influenciar no êxito do tratamento, fato que pode ser evidenciado na fala a seguir:

(...) A Agente de Saúde ficou de ir lá na casa dele, saber tudo. Quando ela vai, sabe tudo, passa pra gente, nós pegamos aquela informação e definimos, quem vai lá, se a médica ou a enfermeira. Sabe? A gente geralmente trabalha assim. Vem primeiro pra médica. Depois que está tudo correto, que vai começar o tratamento, aí ela passa pra mim, aí o medicamento sempre fica aqui, o local todo mundo sabe, caso acontecer um imprevisto de não estar aqui por algum motivo (...) (E2)

Estudo realizado por Ruffino-Netto e Villa (2006), sobre a experiência da implantação do DOTS, na cidade do Rio de Janeiro, mostrou a figura do ACS como importante ator nas ações de controle da tuberculose, tanto pelo seu perfil como pela sua capacidade no âmbito da atenção básica. A partir de sua capacidade, o ACS tem por função integrar partes que se encontram separadas no modelo tradicional. Seu papel integrador é caracterizado principalmente pelo exercício da tradução das dinâmicas social e profissional (DA SILVA et al, 2005).

Um outro ator-chave identificado pelos entrevistados é a família que atua na execução do TS, apesar de a Organização Mundial de Saúde (OMS) não recomendar a inserção de membros da família na execução do TS, devendo ela ser vista como uma possível alternativa, quando o acesso aos profissionais de saúde é deficiente (KHAN et al., 2000). Esse fato é observado nas falas a seguir:

(...) Eu conversei com os familiares (...) pra ficar responsável. Duas pessoas ficaram responsáveis pela medicação dela(...) (E9)

(...) Nós temos o caso de E..., uma jovem de 15 anos, e tem a mãe como responsável. Então, mensalmente ela vem à unidade e nós damos a medicação a ela, ela toma a primeira medicação, a primeira dosagem ela toma com a gente aqui. E os demais é supervisionado através da mãe e do Agente de Saúde através da visita domiciliar (...) (E3)

(...) na qual, quem ficou responsável por ele foi a irmã dele (...) (E5)

A família representa uma importante fonte de apoio para o paciente em TS. No processo de tratamento, a incorporação e o apoio familiar são fatores fundamentais na adesão à terapia, pois estão relacionados com a percepção da família sobre o adoecimento e o tratamento. É ela, a família, que participa do desenvolvimento da doença e do tratamento, como expressam os depoimentos acima.

A presença e a participação da família nesse momento vivenciado pelo usuário é muito importante, pois, muitas vezes, é expresso pelo paciente o desejo de abandonar o tratamento, mas o estímulo familiar, nesse momento é primordial. Em estudos realizados por Barnhoorn e Adriaanse (1992 apud VENDRAMINI 2001), 56% dos pacientes que aderiram ao tratamento da TB mencionaram a importância da família na condução do tratamento.

Assim sendo, o profissional de saúde deve compreender quando o acesso do usuário ao serviço é deficiente e criar estratégias para que isso não prejudique o sucesso do TS. Para Arcêncio (2006), o TS sendo realizado com o indivíduo introyetado em seu contexto familiar possibilita resultados satisfatórios no controle da Tuberculose, facilitando o processo de estabelecimento de vínculo entre serviço de saúde-doente-família, como se observa no relato que se segue:

(...) Nós tratamos uma ceguinha(...) Eu conversei com os familiares para duas pessoas ficarem responsáveis pela medicação dela(...) que é responsabilidade não só do

profissional, mas também da família, já que ela é cega e não pode ir à unidade(...) (E9)

Em pesquisa desenvolvida sobre a organização do TS nos municípios prioritários de São Paulo, Arcêncio (2006) verificou que, além dos profissionais de saúde e de ACS, o TS é realizado também por membros da família e por membros da própria comunidade, e que o envolvimento de membros da comunidade representou um modo de garantir a regularidade e conclusão do tratamento. A participação da comunidade demonstra que a TB não é somente de responsabilidade da equipe de saúde, do paciente e de seus familiares, pois deve-se ter a concepção de que, quanto maior a participação da sociedade civil maior serão as possibilidades de se potencializar a quebra do ciclo de transmissão da doença.

Neste estudo não foi citada a participação de membros da comunidade na operacionalização do TS, mas apenas a participação da equipe (principalmente na figura do ACS) e família. A comunidade, em alguns depoimentos, foi apenas citada como facilitador de informações: saber informar se o vizinho estava em casa, a que horas ele havia saído, se o mesmo estava bebendo. A comunidade atua como fonte de informações e representa um aliado importante no processo de adesão do paciente ao tratamento, quer seja como participante quer seja como informante.

Estudos realizados na África, nas cidades de Suazilândia e Kwazulu, demonstraram a participação, de forma positiva, dos membros da comunidade na operacionalização do TS. No estudo em Suazilândia, os pacientes se mostravam, em sua maioria, satisfeitos com essa supervisão. Enquanto em Kwazulu foram identificados maiores percentuais de conclusão entre os pacientes que eram supervisionados pelos membros da comunidade do que pelos profissionais de saúde (ESCOTT , 2005; WILKINSON ; DAVIES, 1997).

No entanto, o mais importante não é quem realiza o TS, mas como se dá o seu processo, pois acredita-se que, realizando-se o TS, segundo a perspectiva do acolhimento enquanto organização do serviço e acesso, têm-se ações pautadas na qualidade da assistência, dentro das necessidades individuais de cada paciente. Corroborar para essa afirmação, uma pesquisa realizada na Tailândia, onde Kamolratanakul et al. (1999), verificaram maiores percentuais de cura entre pacientes tratados por profissionais de saúde, do que entre aqueles supervisionados por membros

da família e por membros da comunidade. Também, em outro estudo realizado no Paquistão, não se observaram diferenças significativas entre o TS realizado por profissional de saúde, por familiares ou por membros da comunidade (WALLEY et al, 2001).

5.2.3 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NO TRATAMENTO SUPERVISIONADO

É sabido que todo processo organizacional é marcado por potencialidades e fragilidades. A respeito dos aspectos tidos como negativos do TS, pelos colaboradores da pesquisa, foram mencionados os seguintes aspectos os quais denominamos de fragilidades: Falta de incentivos para a operacionalização do DOTS nas unidades de saúde da família, dificuldade na realização dos exames laboratoriais, o abandono ao tratamento, o estigma da doença que dificulta o tratamento por parte do paciente e da família. Foram citados ainda, como fragilidade, o alcoolismo e o acesso ao serviço. A respeito dos aspectos considerados potencialidades, foram referidos, pelos entrevistados, a disponibilidade dos medicamentos e a descentralização as ações de controle da TB para as Unidades de Saúde da Família.

Nas falas a seguir, pode-se identificar que ao trabalhar com o TS, lida-se não apenas com o problema etiológico da TB, mas, sim, com outros elementos conjunturais, que contribuem diretamente para o desenvolvimento da doença. A situação familiar, as carências pessoais, a dependência química, a miséria pecuniária são alguns dos motivos identificados como contribuintes para o abandono do doente por seu tratamento. Busca-se, portanto, promover-lhes algumas condições favoráveis, como o fornecimento de cestas básicas e vale-transporte, para que o sujeito possa realizar seu tratamento.

(...) mas a medicação não fica vindo diariamente, por que a gente não tem alimentação (...) para que o paciente venha fazer a medicação e tomar o café da manhã aqui (...) (E2)

(...) por que nós tivemos um paciente que ele não aceitou essa descentralização. Mas nós até entendemos a questão de ele não ter aceitado (...) por ele não ter o café da manhã em casa, então, o que

aconteceu? Ele preferiu continuar no Hospital Clementino (...)
(E3)

(...) mas a dificuldade é por que a gente fica sem o suporte.
Assim, a questão da alimentação, que a gente sabe que esse
medicamento tem efeitos colaterais (...) (E5)

Vale salientar, nesses depoimentos, que o benefício (café da manhã) é crucial no andamento do TS, conforme relatado por três entrevistados, onde alguns pacientes optaram por fazer o TS em um hospital de referência distante do seu domicílio, por terem o direito a tomar um café da manhã do qual não dispõe na unidade de saúde e, muito menos, em sua casa. Caminer et al. (1996) observaram, em estudo na Espanha, os efeitos positivos na adesão ao tratamento mediante a entrega de incentivos ao paciente.

Percebe-se que a existência e disponibilidade de prestação de serviços não implicam uma garantia de acessibilidade para o usuário, pois o acesso depende dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso, como também da resposta às necessidades de saúde de uma determinada população. Observa-se, nessa situação, que a falta de benefícios nas unidades de saúde da família comprometem o acolhimento, partindo-se do pressuposto de que o acolhimento é visto na dimensão da organização de serviços proposta por Silva Jr. e Mascarenhas (2005), pois o paciente prefere ser atendido em um outro serviço onde esse benefício seja oferecido, mesmo tendo que se deslocar para um local distante. Nessa situação, o que importa, porém, não é a distância, mas o benefício que está sendo oferecido.

As unidades de saúde da família onde foi realizado este estudo não dispõem de benefícios como café da manhã ou cestas básicas. Esse fato pode caracterizar-se como um obstáculo quando se tem como objetivo descentralizar as ações do controle da TB para essas unidades, pois, como conseguir a adesão do paciente ao tratamento nas unidades, se elas não estão acolhendo-o de maneira adequada?

Em estudo realizado por Reigota (2001), a oferta de benefícios foi considerada fator importante e determinante para os pacientes desempregados realizarem o TS no ambulatório. Morrone et al. (1999) corroboram o fato, embora alertem para a possibilidade de a paciente pretender prolongar o tratamento para não perder os benefícios. Em oposição a esses estudos, Doreven (2000) revela que, mesmo sem o fornecimento de “comida”, na Angola, o programa mostrava êxito, com os doentes comparecendo diariamente para a dose supervisionada.

Para Arcêncio (2006), a primeira estratégia de intervenção visando às necessidades dos pacientes, observada em estudo nos municípios prioritários de São Paulo, foi a entrega de incentivos e benefícios (cestas básicas, tickets, vales refeição, bebidas lácteas.), elementos considerados, pelo mesmo autor, facilitadores no processo de adesão.

Outro fator importante a considerar é o aporte nutricional ao portador de TB, fato extremamente relevante para o sucesso do tratamento. Deve-se ter um cuidado especial com a alimentação nutritiva, para se preservar a imunidade do paciente, pois, caso esse aporte seja deficiente a recuperação torna-se lenta e árdua, favorecendo a exacerbação das reações medicamentosas. Por ser considerada um grave problema de ordem sócio-econômica, a tuberculose leva muito pesar às famílias vítimas da doença que têm, por vezes a medicação como único componente que lhes chega ao estômago (ARCÊNCIO, 2006, p. 93).

Os profissionais, ao atender os usuários que estão sob seus cuidados, sentem-se co-responsáveis pelo processo de recuperação e cura de saúde deles e, por vezes, utilizam atitudes extremas para contribuir para o tratamento dos pacientes, como se pode verificar nas falas adiante:

(...) A gente aqui às vezes se reúne (...) assim pelo menos eu comprava às vezes um Sustagem, uma lata de leite, dava a ele (...) (E2)

(...) Chegamos até a dar uma feira. Cheguei, disse: “Não é problema, ela não está passando necessidade, não está passando fome...?” Aí a gente fez uma cota e deu uma feira pra ela (...) (E7)

Observa-se que há um envolvimento dos profissionais, desenvolvendo uma prática assistencial diferenciada, eles tentam articular-se, de algum modo, com o principal objetivo de manterem o paciente em tratamento através de doações de alimentos e cestas básicas. Acredita-se que, se o serviço estivesse organizado de tal forma que pudesse suprir as necessidades dos pacientes, através do aporte nutricional, durante o período do tratamento, a equipe de saúde iria atuar de forma mais organizada, buscando atender a outras necessidades dos pacientes que até então estavam sendo

esquecidas por terem a atenção voltada para a necessidade de se oferecer-lhes um suporte nutricional.

É fato que a disponibilidade de incentivos não é, por si só, suficiente para atender às necessidades dos usuários em toda a sua plenitude. Ressalta-se que tal disponibilidade pode ser considerada um fator importante dentro de uma série de fatores que envolvem a estratégia DOTS e que esses fatores somam-se, para a efetivação da estratégia e que cada um, individualmente, não é capaz de garantir o sucesso da mesma, como mostra o depoimento abaixo.

(...) Eu dei três reais a ela pra vir dizer onde estava morando, pra gente mandar essa informação para o Distrito (...) Mandeí ela voltar de novo que eu dava mais três reais para a passagem dela, mas ela não retornou (...)
(E9)

Porém, essas ações podem ser perigosas e resultar em consequências sérias, por serem oferecidos benefícios ao doente, em troca de uma adesão ao tratamento. Não sendo bem conduzidas, poderão resultar ainda mais na exclusão desses doentes, enquanto cidadãos, com direitos e deveres. O Estado tem papel fundamental no acesso igualitário da coletividade aos bens sociais, pois os serviços de saúde, individualmente, jamais irão solucioná-las.

Costa-Neto (2003 apud ARCÊNCIO, 2006) considera que o alimento só será dado àqueles que não têm como consegui-lo, através do seu próprio trabalho, pois a sociedade não tem os deveres das entidades assistencialistas, fornecedoras de alimentos. Seu objetivo principal é de formar cidadão, capaz de produzir, com suas próprias mãos, o seu próprio sustento.

No que se refere à dificuldade na realização dos exames laboratoriais, como fragilidade, podem-se destacar os depoimentos, onde os entrevistados relatam as dificuldades do paciente para realizarem os exames:

(...) O caso do seu F. ,eu tive um pouco de dificuldades em realizar exames(...)dele entender que tinha que ser feito o tratamento dessa forma(...) (E3)

(...) O que fica mais difícil é que tem que fazer o raio-X de acordo com aquele organograma que tem(...) e, às vezes, o paciente não quer se submeter ao procedimento(...) (E5)

Observa-se que a falta de entendimento do paciente em relação ao processo de saúde provoca situações que podem colocar seu tratamento em risco. Apesar de que recusar-se a realizar os exames é um direito do paciente, porém deve-se, previamente, esclarecê-lo e informá-lo sobre as conseqüências de tal atitude, pois, para que se tenha êxito no TS, a realização dos exames é de fundamental importância. É importante identificar-se nesse momento, o motivo que leva os pacientes a não realizarem o raio-x, pois muitos profissionais negligenciam as ações de controle da tuberculose, por aceitarem passivamente as atitudes dos pacientes, sem ao menos escutar o porquê de tal atitude.

O processo de descentralização do diagnóstico/tratamento, da busca ativa, do tratamento supervisionado exige que atividades como a realização de exames também sejam descentralizadas e organizadas paralelamente. Portanto, é fundamental uma organização do serviço adequada para que as atividades sejam efetivas e respondam à realidade local. Observa-se, no entanto que, diante dessa fragilidade e analisando-se o depoimento E3, o paciente mostrou resistência à realização dos exames.

Vale ressaltar que o diálogo constrói-se com base na escuta, na interpretação dos significados contextuais e subjetivos presentes nas manifestações, através de uma comunicação ampla, mediada pelas palavras, pelo tato, pelos gestos, pelo olhar, enfim, pelos sentidos, levando-nos a entender o que realmente impede o usuário de realizar determinados procedimentos e é isso que faz a diferença (TEIXEIRA, 2005).

Os pacientes que realizaram o exame de baciloscopia de escarro podem ter-se sentido mais confiantes no diagnóstico, quando recebiam o resultado de baciloscopia positiva, levando-os, possivelmente a uma, melhor adesão ao tratamento. (MURRAY ET AL.; LIEFOOGHE ET AL 1990, 1995 APUD BERGEL ; GOUVEIA 2005)

Contribuem para a não realização dos exames à distância do domicílio e a dependência de transporte, sendo umas das preocupações dos entrevistados, pois têm dificuldade de recursos financeiros para o transporte, conforme comentado:

(...) Essa semana ela não veio porque estava sem vale e precisava ir realizar os exames (...) De hoje pra amanhã, eu

[entrevistado] tenho que ir na farmácia, e eu vou ver se consigo vale, por que, quando a gente pede, elas[serviço] dão. Só é pedir. Agora não tem aquele negócio de mandar não. Mandar, não mandam não. Só se pedir. Eles sabem que tem paciente com tuberculose (...) (E1)

Analisando-se o conteúdo dos depoimentos acima apresentados, percebe-se que o acesso para a realização dos exames pelos pacientes não está sendo-lhes assegurado. Todos os serviços de saúde deveriam ser adequadamente acessíveis, partindo-se do entendimento de acessibilidade, segundo Starfield (2002), onde a acessibilidade financeira, ou seja, os pagamentos ou contribuição para utilização dos serviços não devem constituir obstáculos. Os pacientes não estão recebendo o acolhimento necessário. Mais uma vez coloca-se em xeque a organização dos serviços quanto ao tratamento supervisionado, já que as condições indispensáveis de acessibilidade mostram-se deficientes ou até mesmo inexistentes.

Partindo desse entendimento, é importante destacar-se que as variáveis envolvidas no acolhimento, enquanto acessibilidade, não se resumem à questão da acessibilidade geográfica, comportando, também, aspectos mais sutis como as formas de acessibilidade funcional, cultural, financeira, social também como formas de acolhimento. Para Almeida et al. (1998), os serviços devem ser prestados oportunamente e em caráter contínuo, bem como estar disponíveis a qualquer momento, atendendo à demanda real e incluindo um sistema de referência que assegure fácil acesso a uma assistência de nível que se requer (acessibilidade funcional). Não deve haver conflito entre os padrões técnicos e administrativos dos serviços e os hábitos, os padrões culturais e costumes das comunidades em que são prestados (acessibilidade cultural), como também, os pagamentos ou a contribuição para a utilização dos serviços não devem constituir obstáculos para o tratamento (acessibilidade financeira). A distância, o tempo de locomoção e os meios de transporte devem determinar a localização dos estabelecimentos (acessibilidade geográfica).

No entanto, percebe-se que a disponibilidade de recursos (vale transporte) não impediu a continuidade do tratamento, verificando-se que quando existem compromisso e envolvimento de alguns atores, as dificuldades que surgem podem ser resolvidas, utilizando-se meios como a boa-vontade, criatividade, iniciativa, diferentes dos de

outros contextos, cujo principal argumento para deixarem de realizar determinadas ações é a “falta de recursos”. Porém, é importante destacar que, com a descentralização das ações de controle da tuberculose para o PSF, é condição sine qua non o envolvimento dos atores chave, tanto em nível central como local ou periférico, uma vez que não é possível viabilizar-se a descentralização das ações sem uma disposição em se delegar responsabilidades e sem uma efetiva participação dos atores chave dos diferentes níveis (RUFFINO-NETTO e VILLA, 2006). As ações precisam ser operacionalizadas e desenvolvidas de igual modo entre os diferentes atores, de acordo com as responsabilidades inerentes a sua função.

Vários autores (OLIVEIRA, 1991; NATAL, 1997; GONÇALVEZ et al., 1999; NATAL; ELIAS, 2000) constataram que a distância entre a residência do doente e a unidade de saúde pode ser um fator dificultante para a adesão ao tratamento, embora essa não seja a causa mais relevante. Magdali (1975 apud REIGOTA, 2001), em estudo realizado na região de Botucatu, observou que a distância do serviço à residência do doente não influenciou no grau de abandono do tratamento.

Sendo assim, devem ser levados em consideração, pelos profissionais de saúde responsáveis pelo TS, determinantes importantes, como: organização dos serviços e sua disponibilidade para o paciente e o acesso aos serviços. Em uma das falas dos entrevistados, pode-se observar que um paciente não terminou o tratamento por que ele havia conseguido emprego de pedreiro e, como seu horário de trabalho iniciava muito cedo ele não teve como continuar o tratamento.

“(…) Aqui na comunidade nós tivemos um pedreiro. Esse pedreiro ele era adulto, desempregado... e, até o momento que ele ficou desempregado, ele fez o tratamento supervisionado corretamente, que foi durante quatro meses. O tratamento dele era de seis meses. Então, nos dois meses ele foi admitido numa construção, que ele é pedreiro. E nesses dois meses ficou sem fazer o tratamento (...)” (E9)

Tal situação relatada pelo entrevistado, reflete uma determinante importante no êxito do TS. O fato demonstra que, nem sempre os serviços de saúde estão disponíveis aos usuários de maneira a garantir uma assistência igualitária à população adscrita. No caso o paciente abandonou o tratamento por incompatibilidade de horário com o serviço de saúde. Em uma de suas pesquisas, Vendramini (2001) observou que, dos pacientes

que estão sob TS, mais da metade são trabalhadores autônomos e que, durante o período do tratamento, estão desempregados, portanto fora do mercado de trabalho.

Starfield (2002) denomina esse aspecto de acessibilidade em relação ao tempo, ou seja: o horário de trabalho das equipes e o de funcionamento das unidades de saúde nem sempre conseguem atender às necessidades da população. Isso dificulta e prejudica o acesso da população aos serviços de saúde. A mesma autora especifica que os serviços ofertados devem estar baseados na variedade das necessidades de uma comunidade, no que oferecer, como oferecer e onde oferecer.

O horário, somente diurno, de funcionamento das unidades, dificulta o atendimento de trabalhadores. Essa problemática já foi percebida há algum tempo atrás, Cebrian e Alvarez (1969 apud REIGOTA, 2001) observaram, em seu estudo, no Peru, a dificuldade de funcionamento do ambulatório, somente diurno, alertando para a necessidade dos centros de saúde. Morrone et al. (1999) referem que os serviços de saúde devem adotar medidas que facilitem o acesso do doente e favoreçam seu atendimento com presteza, o que, certamente, melhoraria e facilitaria a adesão do paciente ao tratamento.

Vale ressaltar que as ações de saúde dos diversos níveis de prevenção devem ser compostas e operadas de modo articulado e integrado, de tal forma que permitam ampla cobertura e acesso da população, com a maior eficiência econômica e social possível. Vale destacar, esse conceito em relação à importância de sua operacionalização, no documento da OPAS/OMS(2005):

O conceito de oferta de serviço implícito na definição de cobertura significa que tais serviços sejam acessíveis aos membros da comunidade, desse modo, satisfaçam as suas necessidades no tocante à saúde. A possibilidade de acesso aos serviços é, por conseguinte, condição indispensável para que a cobertura universal seja alcançada.

Outra fragilidade foi citada pelos entrevistados. A questão do estigma da doença, através da análise dos depoimentos evidenciou que a tuberculose permanece como uma doença arraigada de estigmas:

(...) Muitas vezes alguns pacientes não querem fazer o tratamento conosco, pela questão de ficarem inibidos (...).Possa

ser que a comunidade venha a perceber que ele tem esse tipo de doença e ele sentir-se marginalizado(..) (E4)

(...) por que muitos não fazem o tratamento porque ficam com vergonha, se sentem excluídos(...) (E5)

(...) essa paciente, a primeira paciente(...) com vergonha de expor a situação dela(...), já vinha encaminhada do Hospital Clementino Fraga que é a nossa referência (E6)

(...) Fica difícil pra gente, também, conquistar esse paciente. Tem a questão do estigma também, muito forte, ainda presente (...) (E7)

Claro (1995 apud VENDRAMINI, 2001) conceitua estigma como uma condição que se relaciona com um processo de restrição do papel social do indivíduo. O estigma se apresenta com atitudes e comportamentos presentes no meio social e no próprio indivíduo, levando-o a uma condição negativa diferenciada, que vai desde um afastamento sutil até a segregação total do indivíduo do ambiente em que vive.

Liefooghe et al. (1995 apud LIMA et al., 2001) verificaram que os atores percebiam a tuberculose como doença perigosa, contagiosa, de aceitação difícil; tinham ansiedade, medo, desgosto, raiva, pois se sentiam rejeitados socialmente. A concepção de que a tuberculose é ainda uma doença carregada de estigma social, mesmo compreendendo-se que a mesma tem cura, prevalece, no entanto, segundo os entrevistados, o credo no reaparecimento constante da doença no convívio social e familiar dos pacientes.

Em seu estudo, Reigota (2001) observou a mudança de comportamento das pessoas quando souberam que alguém próximo (parente ou amigo) estava com a doença. Poucas delas mudaram, revelando que a tuberculose talvez esteja sendo aceita pela população em geral, diferentemente do que Souza e Tocantins (1999) verificaram em seu estudo, onde os contactantes de tuberculose multiresistentes se afastaram do parente que estava doente e passaram a dormir em quartos separados ou do lado contrário da cama, justificando essa atitude como medo de se contaminarem.

Desse modo, o paciente pode vivenciar situações traumáticas e constrangedoras que o estigma da doença proporciona, forçando-o a desistir do tratamento por uma questão que está associada ao imaginário social. Por sua história antiga e fortemente

associada ao contágio, a tuberculose, nos dias atuais, ainda constitui uma doença cheia de preconceitos, porém esse problema precisa de ser melhor trabalhado pelos serviços de saúde. Com o principal objetivo de desmistificar o contágio da doença, o serviço precisa ser organizado de forma a tornar públicos esclarecimentos referentes a essa doença e a outras que também estão arraigadas de estigma, como a hanseníase. Trabalhar a educação em saúde acredita-se ser o melhor caminho para se vencer esses preconceitos como também estimular muitos profissionais para reverem esses conceitos e não se comportarem como se desconhecêssem totalmente as formas reais de contágio da doença.

Desse modo, um paciente que sofre discriminação deve ser tratado, pelo profissional de saúde, com acolhimento, vínculo e respeito, procedendo com muita cautela devido a sua fragilidade e situação de vulnerabilidade, o que não é visto na fala a seguir:

(...) quer dizer, teve uma parte do tratamento que o paciente não fez porque não tinha o copo descartável. E foi pedido. E depois mandaram. Mas não mandaram no mesmo momento. Quer dizer, o paciente ficou tomando a medicação em casa por que não tinha copo. Então, uma paciente rebelde, como era a M, certo? que teve alta por abandono, você pedir para ela trazer o copo? Ela não queria nem vir, quanto mais trazer o copo (...)
(E9)

A adesão ao TS jamais deve ser vista de modo impessoal, discriminatório e frio no supervisionamento diário da ingestão medicamentosa, chegando-se ao ápice do desrespeito e discriminação por parte do profissional, mesmo que, de forma inconsciente, ao não realizar o TS na unidade por não se ter um copo “descartável” para o paciente ingerir os comprimidos, como relatado na fala acima. Acredita-se que toda unidade de saúde dispõe, no mínimo, de um filtro de água para ser utilizado pelos usuários que estão sendo atendidos, quando necessitarem. Os copos, dependendo do serviço, são descartáveis para todos ou, dispõe-se de copos não descartáveis que são lavados após seu uso. Qual seria a diferença para o paciente em TS fazer uso dessa água com os copos não descartáveis?

Tal fato não tem fundamento, pois, segundo o Ministério da Saúde a intensidade do contato com o doente é a causa principal do contágio. A fala, o espirro e,

principalmente, a tosse de um doente, lançam no ar gotículas contaminadas de tamanhos variados. Somente os núcleos secos das gotículas (núcleo de Wells), bacilos em suspensão podem atingir os bronquíolos e alvéolos e iniciarem a multiplicação. Os outros que se depositam nas roupas, lençóis, copos e outros objetos dificilmente se dispersarão em aerossóis e, por isso, não desempenham papel importante na transmissão da doença (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

Mesmo o esclarecimento da discussão e disseminação sobre as formas de contágio da Tuberculose através dos meios de comunicação pelo Ministério da Saúde, por se tratar de uma doença contagiosa, acredita-se que muitas pessoas generalizam as formas de contágio e crêem que a TB pode também ser contraída por meio de uso de utensílios domésticos, do abraço e do aperto de mão. A separação dos objetos do doente dos usados pelos demais membros da família, evidencia um equívoco, ainda presente, preconizado por alguns profissionais de saúde que parecem desconhecer a abolição desse tipo de medidas.

Contribuem para esse fato o estudo realizado por Meirelles (2003), no município de São José do Rio Preto, a respeito do conhecimento dos profissionais de saúde (enfermeiro, médico, técnicos de enfermagem e ACS) sobre a tuberculose, os quais trabalham em unidades básicas de saúde que apontou a falta de conhecimentos básicos sobre a doença (definição de fonte de infecção, diferença na transmissão entre adultos e crianças e definição da baciloscopia como método diagnóstico prioritário), principalmente entre os médicos e enfermeiros.

Após análises das informações, questiona-se a capacitação e atualização dos profissionais de saúde em agravos como a tuberculose e hanseníase. Será que esses profissionais estão sendo capacitados? Estão recebendo atualização sobre temáticas tão relevantes e atuais? Neste estudo observou-se que quatro dos dez entrevistados receberam capacitação sobre a temática, referindo que lhes eram oferecidos treinamento e/ou capacitação, pelo Estado, mas, em ofício circular emitido pela secretária de saúde do município, só era permitido ao profissional ausentar-se da unidade por apenas cinco dias, durante todo o ano, para sua participação de congressos, cursos, treinamentos, o que limita e obriga o profissional a decidir em que vai utilizar esses cinco dias, diante do leque de necessidades que se tem quando se trabalha com a saúde.

O acolhimento enquanto técnica, baseia-se no trabalho em equipe, na capacitação dos profissionais e na aquisição de tecnologias, saberes e práticas. (SILVA

JR.; MASCARENHAS, 2005). Nesse sentido, cabe aos gestores evitar a descontinuidade das ações de controle da doença, garantindo a manutenção de equipes estruturadas e motivadas, sendo, para isso, importante a interação das três esferas de governo para disponibilizar os recursos necessários ao efetivo controle da doença.

Ainda como fragilidade no tratamento da TB, pode-se identificar, na fala a seguir, a interferência religiosa relacionada com o poder Divino da cura, levando o paciente a abandonar o tratamento, por ter a certeza de sua cura, mediante as palavras do seu líder religioso.

(...) tenho também pacientes que infelizmente não tivemos sucesso: uma senhora, na qual está bem arraigada a questão religiosa (...). que dificulta bastante. É evangélica, na qual o pastor dela disse que ela não tem nada, Deus curou-a (...) (E5)

Percebe-se, diante do depoimento acima, que certas atitudes desafiam o bom senso, resultando em prejuízos imensuráveis para a saúde individual ou coletiva, ainda que os indivíduos estejam inocentes ou imbuídas da melhor boa vontade. Em estudo realizado por Lima, et al. (2001), dentre os motivos que levaram os pacientes a interromper o tratamento da tuberculose, também citou-se o conjunto de crenças relacionadas com o poder divino da cura.

Segundo o depoimento anteriormente relatado, o paciente negligenciou o próprio cuidado, inclusive deixando de tomar a medicação, por depositar confiança na palavra do seu líder religioso. Diante desse fato, deve-se refletir como estão sendo pautadas as ações em saúde e os julgamentos e as atitudes dos profissionais que fazem o TS. Como o profissional poderia agir diante dessa situação: aceitar a colocação do paciente e finalizar o tratamento como **alta por abandono** ou buscar novas estratégias que contassem com a participação social ativa, através dos próprios líderes religiosos, curandeiros?

Para Arcêncio (2006), a participação da sociedade demonstra que a TB não é somente responsabilidade dos profissionais de saúde, do doente e da família, mas, também, de toda a comunidade. A participação ativa dos agentes sociais (padre, pastor, curandeiro) é capaz de potencializar as relações de cooperação e contribuir para o processo de controle da doença.

Foi destacado, como potencialidade, a importância do TS em alterar, de forma positiva, o comportamento da TB. Como fato considerado relevante e decisivo, citou-se a disponibilidade dos medicamentos, como observado nas falas:

“com relação ao medicamento, também, o município de João Pessoa, graças a Deus, quando tem um paciente de TB a medicação chega.” (E5)

“A facilidade de a gente fazer o tratamento supervisionado é que a gente tá realmente vendo que ele tá tomando o medicamento. Então, a gente tá vendo, não tá em casa, porque, pro paciente, a gente sempre faz a medicação direitinha, ministra a medicação corretamente.” (E9)

Em muitos países, o tratamento para tuberculose é particular, e algumas falhas são apontadas como decorrentes da baixa condição econômica dos indivíduos acometidos pela doença (GONÇALVES et al., 1999). No Brasil, o tratamento padronizado da tuberculose é custeado pelo Governo, o que facilita a adesão do paciente ao tratamento, por ele saber que dispõe do medicamento gratuitamente. Se forem analisados, de fato, as condições sócio-econômicas dos doentes, chegar-se-á à conclusão de que o fornecimento gratuito do medicamento é um fator positivo, mas sabe-se, que esse fator, por si só, não garante a adesão ao tratamento.

Dalcomo (2000) relata que, nas duas últimas décadas, o MS, através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, forneceu, gratuitamente, para todos os pacientes, o mais caro esquema para tratamento da doença. Porém, é importante ressaltar que nem por isso, o índice de "alta por abandono" tem sido reduzido, indicando que outras questões são mais relevantes para a decisão dos doentes.

Outro fato considerado como potencialidade observado no tratamento supervisionado da tuberculose, foi a descentralização para as Unidades de Saúde da Família, como mostra a fala a seguir:

“(...) Foi ótimo. A mãe dela achou, assim, superlegal: “Não, ótimo, aqui na unidade eu venho buscar”. É tanto que ela trabalha, a filha também trabalha. Então, ela vem sem nenhum problema. Se fosse para ir para o Clementino Fraga já iria ser difícil, porque ia ter a despesa do transporte (...)” (E4)

Sabe-se que o Plano de Controle da Tuberculose, no Brasil, para o período 2001-2005, conta com a estratégia de saúde da família, na sua proposta de trabalho; com a descentralização das ações do Programa de Controle da Tuberculose para esse Programa, o que promove uma melhor assistência ao paciente de TB, pois, dentre outros fatores podem-se destacar a acessibilidade ao serviço de saúde por estar ele inserido na comunidade onde reside o usuário.

Em estudos realizados por Muniz (1999b), 50% dos entrevistados mencionaram que o atendimento e o acompanhamento dos casos de TB deveriam ser descentralizados para as unidades de saúde, com base nos seguintes aspectos: acessibilidade geográfica, melhor controle do caso, estabelecimento de vínculo e, conseqüentemente, maior adesão terapêutica.

Porém, para Frieden e Driver (2003 apud MUNIZ, 1999b), a descentralização pode resultar na pulverização das responsabilidades e na falta de compromisso, fragmentação dos programas, maior dificuldade em se operacionalizar o Programa e deficiência no sistema de informação.

Diante do exposto, acredita-se que deve ser levado em consideração o perfil dos pacientes portadores de Tuberculose que representam uma população desprovida de condições sociais e econômicas, como também, se as dificuldades operacionais existem, elas poderão ocorrer independentemente do local onde se está realizando o TS, pois o fator determinante do êxito do TS depende principalmente do compromisso dos profissionais envolvidos no tratamento. O que não pode acontecer é impor-se o local do tratamento para o paciente, mas, sim, ofertar-lhe possibilidades de escolha e, como participante do processo de tratamento, decidir qual local será melhor para o seu acompanhamento.

Como já mencionado anteriormente, o estabelecimento de relações de acolhimento devem ser pautadas em formas de organização de serviços, técnica e acesso, construindo-se uma concepção de saúde na qual a porta de entrada, a unidade básica, estejam organizadas de forma a atender o usuário em suas necessidades individuais e que ele não saia do serviço sem uma resposta satisfatória a essas necessidades.

Neste estudo, através do qual, objetivou-se, principalmente, analisar o tratamento supervisionado da tuberculose em um distrito sanitário do município de João Pessoa -Pb na percepção do enfermeiro, foi possível identificar que as ações de controle da Tuberculose nas Unidades de Saúde da Família apresentam-se de forma incipiente, considerando-se o relato dos entrevistados à seguir. Constatou-se que o entendimento sobre o Tratamento Supervisionado se apresenta, para o enfermeiro, como uma ação terapêutica através da ingestão da medicação, como garantia de cura. Percebeu-se a participação da família e comunidade como importante apoio ao paciente, durante o tratamento. Alguns aspectos apresentados foram agrupados, segundo os depoimentos, como fortalezas e fragilidades no Tratamento Supervisionado.

A tuberculose é um problema de cunho social e está relacionada com a qualidade de vida e trabalho dos doentes. Os profissionais de saúde devem urgentemente ter essa consciência e perceber a tuberculose com outro olhar, principalmente na organização dos serviços de saúde. O Tratamento Supervisionado aparece como uma alternativa segura e eficaz e, pelo que se evidencia neste estudo, tem apresentado pontos que o fortalecem.

Através do Tratamento Supervisionado, podem-se estabelecer relações com o paciente de acolhimento, responsabilização capaz de mantê-lo durante todo o período de tratamento, independente das adversidades que venham surgir, pois, a partir do momento em que se utilizam estratégias de se organizar o serviço, melhorar o acesso, perceber o paciente como agente importante no processo de tratamento, tem-se a consciência de que a medicação para o TS não é a única garantia de cura. Acredita-se no alcance do controle da tuberculose. Podemos constatar alguns benefícios do TS, como, medicação gratuita, realização do TS nas unidades de saúde, participação da família na realização do tratamento. Esses pontos foram apresentados como fortalezas no TS, segundo os entrevistados.

A família e o ACS mostraram-se, neste estudo, como importante apoio ao paciente durante o tratamento. Vê-se, nesses sujeitos, uma alternativa de realização do TS, quando o paciente, por algum motivo particular, não pode ir à unidade de saúde. Isso demonstra que o controle da TB não é de responsabilidade única do paciente e profissional de saúde, mas envolve, também, toda a sociedade. A tuberculose é um problema de saúde coletiva e que precisa ser resolvida também pela coletividade.

A oferta de medicamentos gratuitos para o tratamento da TB representa, de fato, uma fortaleza no tratamento, entretanto há de se considerar que a oferta, por si só, não é suficiente, fazem-se necessárias outras ações e intervenções aliadas ao medicamento. Observou-se que as unidades de saúde não disponibilizavam de incentivos e benefícios (cesta básica, vale transporte, café da manhã) para os pacientes, fato identificado como fragilidade, pelos entrevistados, no momento de suas falas.

A descentralização dos serviços, de forma efetiva, poderia resultar em benefício e acolhimento para o usuário, pois, dentre outros aspectos, facilitaria a realização dos exames, o acesso, a melhoraria da qualidade do atendimento prestado ao paciente em TS, com profissionais capacitados, uma vez que a unidade, na figura dos profissionais, teria o controle das ações, tornando-as mais efetivas e estratégicas.

A falta desses incentivos provocou a não aceitação da descentralização do TS para as unidades de saúde por alguns pacientes, pois, no serviço de referência, eles dispunham de vale transporte e um café da manhã, conforme relato de alguns dos entrevistados. Com isso os pacientes optaram por permanecer fazendo o tratamento longe do seu domicílio, mas tendo o direito ao café da manhã que para eles naquele momento representa a refeição mais reforçada do dia. Os PSF's não estão organizados de forma estruturada a atender os pacientes que realizam o DOTS, percebe-se que a falta de incentivos dificulta o acolhimento destes nas unidades de saúde, quanto a questão de estruturação e organização dos serviços, foi relatado também pelos entrevistados a dificuldade de acesso em fazer os exames (raio X e laboratoriais), os pacientes não tinham condições financeiras para pagar o transporte e a demora em adquirir o vale transporte dificultava a ida destes ao laboratório de referência.

Acredita-se que a supervisão do medicamento deve ser complementada com outras intervenções que vejam o indivíduo como um ser inserido dentro de sua realidade social, buscando atender as necessidades emergenciais, como a fome. Como também criar relações mais próximas entre profissional de saúde e paciente transformando as possíveis dificuldades em obstáculos a serem ultrapassados. Outras fragilidades são também percebidas nas falas, tais como a dificuldade dos pacientes na realização dos exames complementares e o estigma da doença.

A Tuberculose continua sendo uma doença estigmatizante, tanto para o doente quanto para o trabalhador de saúde, identificando-a neste estudo de forma errônea quanto à forma de contágio. Nesse sentido, acredita-se que devam ser adotadas medidas

que visem uma mudança de percepção acerca da tuberculose, principalmente em relação aos profissionais de saúde, através de capacitações e atualizações, o que possibilitaria um melhor enfrentamento da doença e conseqüentemente uma assistência pautada no respeito, na segurança e na atenção contínua para o usuário.

Percebe-se que o caminho a seguir para controlar a Tuberculose já foi encontrado, recursos no combate à doença já foram disponibilizados, porém resta-nos ter acesso a estes recursos e saber utilizá-los da forma mais adequada. O que depende da vontade humana: em pensar mais no coletivo, em se fazer bem as coisas, em saber trabalhar em equipe respeitando as individualidades de cada um, em trabalhar pelos demais, em abrir mão dos próprios benefícios, em superar seus próprios limites e no desejo de investigar, difíceis? Pode ser que sim; mas não impossíveis de serem alcançados.

Este estudo embora direcionado para uma ação específica, o tratamento supervisionado da tuberculose, em um local também específico, um distrito sanitário do município de João Pessoa – PB aponta dificuldades existentes nos serviços de saúde em seu cotidiano, dificuldades estas mencionadas neste estudo e que também estão mencionadas em outros estudos, onde mostra a organização dos serviços ainda verticalizada, a forma de acolhimento centrada na visão de que acolher é “tratar bem” e não dá respostas reais e efetivas ao usuário dentro de suas necessidades, através do acolhimento pautado na organização do serviço, no acesso e na técnica.

Ajudar cada sujeito envolvido no processo de luta e controle da tuberculose representa o nosso desejo e desafio, por isso espera-se que esta pesquisa possa servir para a melhoria da assistência dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, aos pacientes portadores de Tuberculose, como também inquietar àqueles que tem uma assistência embasada no modelo biologicista para repensar sua forma de atendimento livre de práticas ditatórias, voltadas para uma relação de respeito, confiança, escuta, mediadas pelo vínculo, acolhimento, qualificando a relação usuário-profissional através de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

APÊNDICE A

- 01.** O QUE VOCÊ ENTENDE POR TRATAMENTO SUPERVISIONADO?
- 02.** QUAIS AS FRAGILIDADES NA OPERACIONALIZAÇÃO DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO?
- 03.** QUAIS AS POTENCIALIDADES NA OPERACIONALIZAÇÃO DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: O Tratamento Supervisionado da tuberculose: percepções do enfermeiro do programa saúde da família de João Pessoa.

Pesquisadores Responsáveis:

Ana Cristina de Oliveira e Silva (pesquisadora)

Maria Clemilde Mouta de Sousa (orientadora)

Eu, Ana Cristina de Oliveira e Silva, Enfermeira, mestranda em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: O Tratamento Supervisionado da Tuberculose: percepções do enfermeiro do Programa Saúde da Família de João Pessoa.

Com o objetivo de Analisar o Tratamento Supervisionado da Tuberculose em um Distrito Sanitário no município de João Pessoa –Pb na percepção do enfermeiro do Programa Saúde da Família.

Para tanto, solicito sua valiosa participação, garantindo o anonimato, o sigilo das informações e o direito de desistir de participar em qualquer momento da pesquisa sem com isso sofrer qualquer prejuízo ou constrangimento. Saliento que as informações dadas serão utilizadas exclusivamente na pesquisa. Ao mesmo tempo solicito sua autorização para apresentar a mesma, em sala de aula, seminários, congressos, como também publicar em revistas científicas.

Agradeço antecipadamente.

Declaro estar ciente dos objetivos da pesquisa e aceito participar da mesma.

Local: _____ Data: _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Ana Cristina de Oliveira e Silva

Pesquisador(a)