

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

GISELE ALMEIDA SOARES DE GOIS

**Abandono ao tratamento:
desafio para o controle da tuberculose**

**JOÃO PESSOA – PB
2009**

GISELE ALMEIDA SOARES DE GOIS

**Abandono ao tratamento:
desafio para o controle da tuberculose**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, na área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Epidemiologia e Saúde

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Lenilde Duarte de Sá

JOÃO PESSOA – PB
2009

G616a *Gois, Gisele Almeida Soares de.*

Abandono ao tratamento: desafio para o controle da tuberculose / Gisele Almeida Soares de Gois . - - João Pessoa: [s.n.], 2009.

108 f. : il.

Orientadora: Lenilde Duarte de Sá.

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS.

1.Tuberculose. 2.Programa saúde da família. 3.Tuberculose - Abandono ao tratamento.

UFPB/BC
002.5(043)

CDU: 616-

GISELE ALMEIDA SOARES DE GOIS

**Abandono ao tratamento:
desafio para o controle da tuberculose**

APROVADA EM: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Lenilde Duarte de Sá - Orientadora
(Universidade Federal da Paraíba)

Prof^a Dr^a Jordana de Almeida Nogueira - Examinadora
(Universidade Federal da Paraíba)

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha – Examinador
(EERP - Universidade de São Paulo)

Prof^a Dr^a Soraya Maria de Medeiros - Examinadora
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte)

JOÃO PESSOA – PB
2009

À minha mãe, Neide, amiga de todas as horas e grande exemplo em minha vida. Ao meu marido, João, e aos meus filhos Lucas e Beatriz, pelo amor e compreensão pelos momentos que deixamos de partilhar em razão desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela força para continuar, graça e presença em minha vida;

Ao meu marido João, pelo incentivo, amor e pela compreensão em relação ao meu envolvimento com a causa da tuberculose e a pesquisa, apoiando-me para a sua realização;

Aos meus filhos, Lucas e Beatriz, razões do meu viver, pelo amor e compreensão;

À minha mãe Neide, por suas orações, pela força e pela coragem, nas quais me espelho para prosseguir nesta caminhada;

Aos meus familiares, especialmente minha irmã Marina, pela torcida e pelo apoio;

À minha orientadora, Prf^{ta} Dr^a Lenilde Duarte de Sá, que com muita competência me ouviu, orientou, incentivou e respeitou meu ritmo;

Aos professores Dr. Pedro Fredemir Palha, Dr^a Jordana de Almeida Nogueira e Dr^a Soraya Maria de Medeiros, membros da banca examinadora, pelas valiosas contribuições e sugestões para este trabalho final;

Aos colegas de turma, em especial à minha grande amiga Jana, pela amizade, presença constante, incentivo, pela convivência gratificante, pelas discussões e pela cooperação mútua;

Aos colegas do Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba, especialmente Ana Cristina, pelo apoio e incentivo desde a seleção para o mestrado e Rayanne, pela ajuda durante este trabalho;

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família dos locais de estudo, que contribuíram com a pesquisa;

Aos colaboradores do estudo, pela confiança depositada ao partilharem suas histórias de vida;

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

GOIS, Gisele Almeida Soares de. **Abandono ao tratamento:** desafio para o controle da tuberculose. 2009. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

RESUMO

A tuberculose continua destacando-se em todo o mundo, apesar da ciência ter permitido chegar ao tratamento adequado e a cura, com o apoio da expansão da estratégia do Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS) e descentralização das ações de controle para a Estratégia Saúde da Família, a doença tem o abandono e a não adesão ao tratamento como importantes motivos de insucesso terapêutico, o que ocasiona implicações para saúde pública e para a saúde do próprio indivíduo, pelas suas diversas repercussões. Considerando a maneira como a Equipe de Saúde da Família integra as ações para o controle da tuberculose bem como no cuidado prestado ao paciente e sua família, esta pesquisa objetivou analisar, no âmbito da Atenção Primária em Saúde, os fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose na visão do doente, no município de João Pessoa-PB, segundo a dimensão do enfoque familiar. Trata-se de uma pesquisa avaliativa de natureza qualitativa. A construção do material empírico se deu através de entrevistas gravadas, no período outubro e novembro de 2009, utilizando-se a História Oral Temática como referencial metodológico. Foram entrevistados sete usuários, que tiveram o abandono como critério de encerramento para o tratamento da TB. Após análise do material foi produzida uma grande categoria: Fatores relacionados à descontinuidade do tratamento de Tuberculose segundo a percepção do doente de TB, da qual emergiram duas categorias empíricas: Vulnerabilidade social e o abandono do tratamento da tuberculose; O cuidado integral da Equipe de Saúde da Família para com o doente de tuberculose: fortalezas e fragilidades. A trajetória da pesquisa revelou que o vínculo com a Equipe de Saúde da Família é fundamental para o êxito do tratamento podendo comprometer a continuidade do mesmo. Identificou-se a necessidade da equipe de saúde conhecer o projeto de felicidade do indivíduo e de sua família, para melhor conhecer e compreender comportamentos e valores relacionados ao processo saúde-doença. Também se observou que as consultas são importantes estratégias de monitorização do doente e de construção de vínculo. Constatou-se que é imperativo que se envolva o paciente e sua família no processo do cuidado, trazendo à tona a necessidade da prática da co-gestão e do cuidado integral e humanizado, além de incentivar parcerias interdisciplinares e de ações intersetoriais. A análise das condições de vida dos colaboradores demonstrou que todos se encontravam em situação de vulnerabilidade social, apontando que a TB está ligada a baixos níveis socioeconômicos, o que leva à reflexão que o doente necessita de cuidado percebido como uma dimensão da integralidade. Desse modo, conclui-se que há necessidade de mudanças de natureza política, administrativa, organizacional e social, envolvendo os serviços de saúde, comunidade, familiares, meios de comunicação e formação, além da sensibilização dos profissionais de saúde. Verifica-se que o tratamento da tuberculose limitado aos aspectos clínicos da doença e a regularidade na ingestão de medicamentos não é suficiente para solucionar a sua problemática e prevenir o abandono.

Palavras-Chave: Tuberculose. Pacientes desistentes do tratamento. Programa saúde da família.

ABSTRACT

Tuberculosis remains standing out in the world, despite science allowed to get proper treatment and cure, with the support of the expansion strategy of Directly Observed Treatment, Short Course (DOTS) and decentralization of control to the Health Strategy Family, the disease has abandonment and non-adherence to treatment as major reasons for treatment failure, which leads to implications for public health and the health of the individual, its repercussions. Considering how the Family Health Team includes the actions for the control of tuberculosis and the care provided to patients and their families, this research aimed to analyze under the Primary Health Care, the factors related to noncompliance with treatment for tuberculosis in the patient's vision in the city of João Pessoa - PB, by size of family focus. This is an evaluative study of qualitative nature. The construction of the empirical material was collected through interviews, during October and November 2009, using oral history as methodological issue. We interviewed seven users who have had to abandon as a criterion of closure for the treatment of TB. After examining the material was produced one major category: Factors related to discontinuation of the treatment of tuberculosis according to the patient's perception of TB, from which emerged two empirical categories: Social vulnerability and abandonment of treatment of tuberculosis; The comprehensive care of the Health Team family for the patient with tuberculosis: strengths and weaknesses. The trajectory of the research revealed that the link with the Family Health Team is crucial to the success of treatment may compromise the continuity. We identified the need for the health care team know the project of happiness of the individual and his family, to better know and understand behaviors and values related to health-disease process. We also observed that the consultations are important strategies for patient monitoring and link building. It was found that it is imperative to involve the patient and his family in the care process, bringing to light the need for the practice of co-management and integral and humanized care, and encourage interdisciplinary partnerships and of intersectoral actions. The analysis of living conditions of the employees showed that all were in a situation of social vulnerability, noting that TB is linked to lower socioeconomic levels, which leads to reflection that the patient needs care perceived as a dimension of completeness. Thus, we conclude that there is need for changes in political, administrative, organizational and social, involving health services, community, family, media and training, and awareness among health professional. It appears that the treatment of tuberculosis limited to the clinical aspects of the disease and regular drug intake is not sufficient to solve your problem and prevent abandonment.

Key Words: Tuberculosis. Desisting patients of the treatment. Program health of the family.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Caracterização dos termos promoção, proteção e recuperação em saúde

Tabela 02: Definição das dimensões essenciais da atenção básica em saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Diferentes interpretações da Atenção Primária à Saúde.

Quadro 02 : Distribuição decrescente de casos notificados e taxa de incidência de TB por DS

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Taxa de Incidência de Tuberculose em 2007

Figura 02: Mapa do estado da Paraíba

Figura 03: Aglomeração espacial dos casos de tuberculose na cidade de João Pessoa –PB

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
CNCT - Campanha Nacional de Controle da Tuberculose
DOTS - Tratamento Diretamente Observável de Curta duração
DS - Distritos Sanitários
ESF - Equipes Saúde da Família
FMI -Fundo Monetário Internacional
HIV - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
MS - Ministério de Saúde
WHO - World Health Organization
ONG - Organização Não Governamental
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
SR - Sintomático Respiratório
TB - Tuberculose
TS - Tratamento Supervisionado
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT - Programa de Controle da Tuberculose
PAISC - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNCT - Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PSF - Programa de Saúde da Família
REDE TB - Rede Brasileira de Pesquisa em TB
SINAN - Sistema de Informação de Agravos Notificáveis
SIS - Sistema de Informação em Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA	13
1.2 TUBERCULOSE: PORQUE ELA PERSISTE?	15
1.3 DEFININDO O OBJETO DO ESTUDO	18
1.4 OBJETIVOS DA PESQUISA	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	20
2.1 A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE	20
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E OS DESAFIOS DO CONTROLE DA TUBERCULOSE	29
2.3 ABANDONO E NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE X DESIGUALDADES SOCIAIS	41
3 PERCURSO METODOLÓGICO	47
3.1 NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO	47
3.2 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO	48
3.2.1 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO	49
3.3 MÉTODO DA PESQUISA	51
3.4 COLABORADORES DO ESTUDO	52
3.5 COLETA E ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS	53
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	54
4 HISTÓRIAS DE ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE	55
5 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	67
5.1 GRANDE CATEGORIA EMPÍRICA: FATORES RELACIONADOS À DESCONTINUIDADE DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE SEGUNDO A PERCEPÇÃO DO DOENTE DE TB	67
5.1.1 PRIMEIRA CATEGORIA EMPÍRICA: VULNERABILIDADE SOCIAL E O ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE	67

5.1.1.1 Tuberculose e Drogas Lícitas: a influência do alcoolismo e tabagismo na descontinuidade do tratamento	69
5.1.1.2 Pobreza, desemprego, fome e implicações no tratamento da tuberculose	72
5.1.1.2.1 Efeitos colaterais, quantidade de medicamentos e tempo de duração do tratamento	75
5.1.2 SEGUNDA CATEGORIA EMPÍRICA: O CUIDADO INTEGRAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA COM O DOENTE DE TUBERCULOSE: FORTALEZAS E FRAGILIDADES	78
5.1.2.1 A integração dos serviços de saúde no cuidado com o doente de TB e o vínculo	78
5.1.2.2 Regressão dos sintomas da doença e o “esquecer” de tomar a medicação	84
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	101
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	103
APÊNDICE C – CARTA DE CESSÃO	106
ANEXO	107

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

O abandono do tratamento da tuberculose (TB) é considerado um dos mais sérios problemas para o controle da doença, pois este implica na persistência da fonte de infecção, no aumento da mortalidade e das taxas de recidivas, além de facilitar o desenvolvimento de cepas de bacilos resistentes (NATAL *et al*, 1999; OLIVEIRA; MOREIRA, 2000). Considera-se abandono, a pessoa que após iniciado o tratamento para tuberculose, deixou de comparecer a unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data aprazada para seu retorno (BRASIL, 2002).

A problemática do tratamento da TB, no Brasil, está principalmente na elevada taxa de abandono, que em algumas capitais, pode atingir, em média, 25% dos pacientes tratados. Essa grave restrição, decorrente da não adesão dos pacientes, compromete a efetividade do tratamento, pois esquemas terapêuticos irregulares além de não curarem os doentes, que permanecem como fonte de contágio, podem transformá-los em casos resistentes às drogas usuais (MENDES; FENSTERSEIFER, 2004). Os fatores relacionados ao abandono do tratamento da TB são diversos, de modo geral, as causas do abandono estão associadas aos doentes, à modalidade do tratamento empregado e à operacionalização dos serviços de saúde (FERREIRA; SILVA; BOTELHO, 2005).

A 44ª Assembléia Mundial da Saúde (1991) introduziu e recomendou a todos os países a estratégia DOTS (Directly Observed Therapy Short-course), eficaz para a redução das taxas de abandono do tratamento da tuberculose (WHO,1991), que foi adotada oficialmente pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro no ano de 1999. Esta é pautada em cinco pilares, considerados essenciais para o controle da doença: compromisso político em garantir os recursos para o controle da TB; organização da rede laboratorial para diagnóstico e acompanhamento dos casos; garantia do fornecimento regular de medicamentos; tratamento supervisionado (TS); e alimentação e análise das bases de dados para a tomada de decisão.

Embora a estratégia DOTS tenha sido proposta oficialmente, no Brasil, em 1998, com o Plano Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT (BRASIL, 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.

O PNCT vem contando com as estratégias do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sugerindo que tal parceria possa vir a 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, 2005).

Acredita-se que há uma estreita relação entre os fatores preditivos do abandono ao tratamento e o modo como as ações de controle da tuberculose são desempenhadas no âmbito da Estratégia Saúde da Família, quer seja nas próprias Unidades de Saúde da Família (USF) - ou na relação dessas com outros níveis da rede de atenção à saúde, quer seja na relação entre o sistema de saúde e outros setores, considerando o conceito ampliado de saúde, bem como a expressão social do problema da tuberculose (SOUZA, 2008).

Nesse sentido a questão da adesão, como um dos critérios do uso de medicamentos e do cuidado de saúde como um todo e que envolve vários fatores, é afetada ou direcionada pelo meio social e cultural em que acontece, assim deve ser compreendida não só no nível individual, mas também dentro do contexto da comunidade e da sociedade como um todo. (KIDD; ALTMAN, 2000).

Sá *et al* (2007) concluem que muitos dos fatores associados ao abandono do tratamento da TB são reflexos do modo de agir de alguns profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), demonstrando que a forma como os cuidados de saúde são operacionalizados é decisiva para a obtenção ou não do sucesso terapêutico. Portanto, a temática proposta nessa pesquisa relaciona os motivos dos usuários para o abandono do tratamento da TB e o desempenho das ESF no controle da doença.

Desse modo, analisando o importante papel da Estratégia Saúde da Família nas ações para o controle da tuberculose bem como, a compreensão da expressão social dessa doença, e considerando o cuidado à saúde como um direito de cidadania, justifica-se a temática proposta por sua relevância para o planejamento e implementação de ações em saúde pautadas na integralidade do cuidado, o que contribuirá na construção de um projeto assistencial comum para atender com qualidade as necessidades dos usuários.

1.2 TUBERCULOSE: PORQUE ELA PERSISTE?

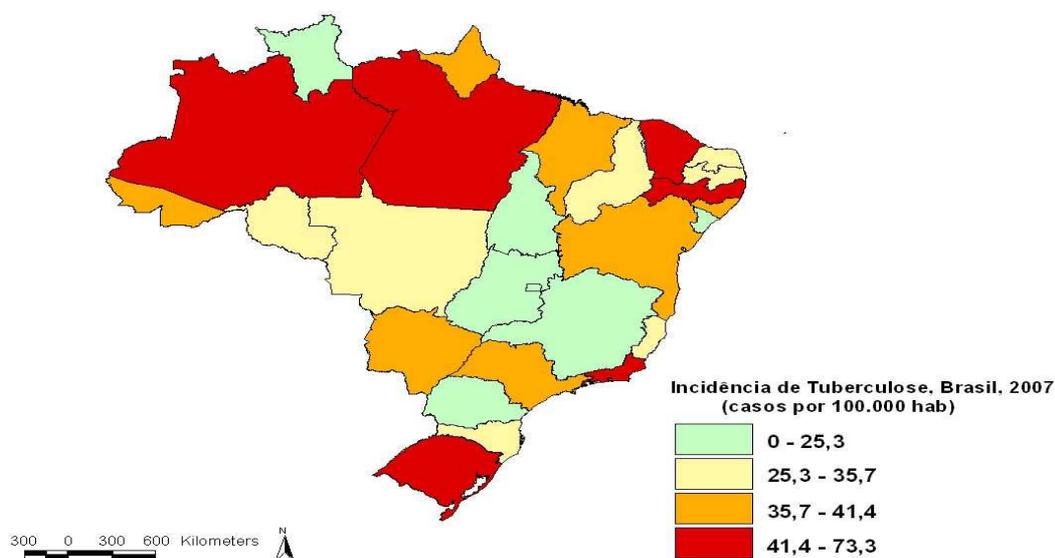
A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa, causada por um microorganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch (BK), que se propaga através do ar e está intimamente ligada às condições de vida da população. Prolifera, como todas as doenças infecciosas, em áreas de grande concentração humana, com precários serviços de infra-estrutura urbana (BRASIL, 2002a). É uma patologia milenarmente conhecida, responsável por taxas relevantes de incidência e recidivas em todo o mundo, persistindo como preocupação sanitária internacional (SASSAKI, 2003; VENDRAMINI *et al* ,2003; WHO ,2006).

Vários fatores contribuem para o aumento dos casos da TB, entre eles estão: o descaso dos gestores para ações de controle da doença, os programas de controle mal administrados, pobreza, crescimento da população, migração e regiões com alta prevalência do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (WHO, 2006; OPS, 2005). Porém, apesar de doença grave que pode levar à morte, a TB tem, na quimioterapia, um instrumento capaz de curá-la na quase totalidade dos casos. Assim, a tuberculose poderia estar controlada, considerando-se que os recursos diagnósticos são relativamente simples e os esquemas terapêuticos disponíveis são altamente eficazes (DASILVA; DASILVA, 1998).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que no ano de 2007 ocorreram 9,27 milhões de casos novos¹ em todo o mundo e destes 44% (4,1 milhões) eram de baciloscopia positiva. Os países Índia, China, Indonésia, Nigéria e a África do Sul figuram-se entre os cinco primeiros lugares quanto ao número total de casos da doença. Entre os 15 países com mais alta incidência de TB 13 estão na África, um fenômeno explicado pelas altas taxas de HIV, que contribui para co-infecção (TB/HIV). Denota também que dos 196 países que informaram em 2008 notificações Encontravam-se 5,6 milhões de casos de reincidência e 2,6 milhões (46 %) de novos casos positivos. Dessas notificações, os 5,5 milhões (99 %) foram de Programas como DOTS. A Região Africana (22 %), a Região do Sudeste da Ásia (36 %) e Região Pacífica Ocidental (25 %) têm, em conjunto, prestado contas de 83 % de todos os casos de reincidência, com proporções semelhantes de novos casos positivos em 2007 (WHO, 2009). Verifica-se que 4% das notificações de TB no mundo são de responsabilidade do continente americano. As Américas reuniram um total de 330.724 casos novos da doença, por todas as formas, em 2006, com uma taxa de incidência de 37/100.000 habitantes (WHO, 2008).

¹ Casos sem tratamento anterior, tratamento por menos de 30 dias ou com tratamento anterior há mais de 5 anos.

De acordo com o Informe da OMS divulgado no dia 24 de março de 2009, durante o 3º Fórum de Parceiros Stop TB, no Rio de Janeiro, o Brasil melhorou duas posições no ranking dos 22 países com maior número de casos de tuberculose no mundo, passando da 16ª posição, no ano passado, para a 18ª este ano (WHO, 2009). A região nordeste ocupa o 2º lugar em número de casos de tuberculose no Brasil, englobando cerca de 10.787 casos novos em 2003. Entre os estados nordestinos, neste mesmo ano, a Paraíba surge em 6º lugar, com 643 casos registrados da doença (DATASUS, 2006; MASCARENHAS; ARAÚJO; GOMES, 2005).



***Brasil: 38,2/ 100.000 hab.**

Figura 01: Taxa de Incidência de Tuberculose em 2007 **Fonte:** MS / SVS / SINAN e IBGE * Casos por 100.000 habitantes.

No estado da Paraíba, considerando o ano de 2008, os percentuais de cura, abandono e óbito foram respectivamente: 35,79%; 7,6% e 2,9%, conforme dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (PARAÍBA, 2009). As taxas de cura e abandono do tratamento da TB para esse estado divergem da intenção do PNCT, que é atingir um percentual de cura superior a 85% dos casos detectados e reduzir o de abandono a menos de 5% dos casos.

O compromisso do governo à promoção de serviços sociais aumentou a visibilidade de TB como um problema de saúde pública, com a consolidação do controle dessa doença

aumentando substancialmente nos últimos anos. A expansão do DOTS progrediu e as atividades de controle de TB priorizaram 315 de um total de 5565 municipalidades que prestam contas de 70 % dos casos TB do país. Os serviços de TB estão integrados no sistema de serviço de saúde primário. O processo de descentralização gerencial de controle de TB reafirma que os níveis de municipalidade estão continuando. Iniciativas especiais de controlar TB em grupos vulneráveis como populações indígenas e presos foram implementados com a colaboração relevante de organizações governamentais e ONGs (Organizações Não Governamentais). Porém, apesar do progresso alcançado no controle de TB, os resultados do êxito do tratamento e detecção de casos são ainda abaixo dos objetivos globais (WHO, 2009).

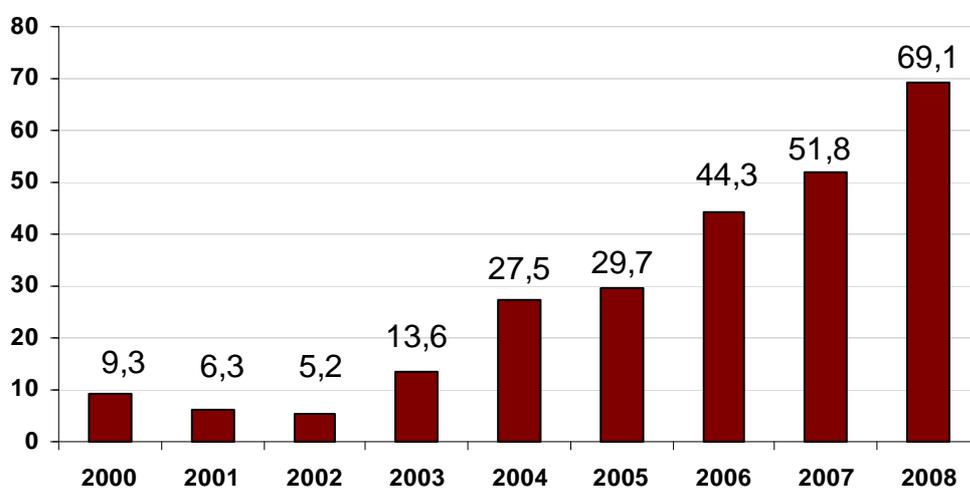


Gráfico 01: Recursos Disponíveis (em US\$ milhões) para Tuberculose no Brasil, 2001 a 2008 **Fonte:** MS / SVS / PNCT.

O processo de integração das ações brasileiras de controle da tuberculose começou cedo e evoluiu lentamente. No campo político do governo, esta integração é buscada através do planejamento e da gestão conjunta das atividades, destacando-se a capacitação do pessoal e a definição de competências. Sendo também necessário a integração das atividades de controle da tuberculose nas ESFs, realizando as modificações conceituais necessárias (BRASIL, 2002b).

Desde 1993, ano em que a OMS declarou o estado emergencial da doença e o MS brasileiro elaborou um Plano Emergencial para aumentar a eficácia das ações de controle, o país tem implementado atividades específicas em 230 municípios prioritários, dentre eles João Pessoa, capital da PB. A meta naquele momento era a diminuição da transmissão do bacilo na população até o ano de 1998.

Para o combate a TB, segundo Mendes e Fensterseifer (2004), a procura de casos, a busca ativa de sintomáticos respiratórios e a quimioterapia efetiva são as principais ações utilizadas. O seu diagnóstico é realizado através de vários métodos como a radiografia do tórax, a baciloscopia, a cultura do escarro, além do exame clínico. Quanto ao tratamento, desde o início da década de 60, vem ocorrendo uma padronização de esquemas terapêuticos amplamente utilizados na rotina dos programas de controle da doença.

Porém, para o enfrentamento da doença, mesmo após a descentralização das ações de controle da TB e o apoio dos recursos humanos da Estratégia Saúde da Família no Brasil, ainda necessita-se superar importantes desafios, tais como melhoria do Sistema de Informação em Saúde (SIS), expansão da Estratégia DOTS e maior participação da sociedade civil (MENDES, 2008).

1.3 DEFININDO O OBJETO DO ESTUDO

A escolha da temática do estudo surgiu a partir de discussões no Grupo de Pesquisa e Qualificação em Tuberculose da Paraíba, que se encontra articulado à Área de Estudos Epidemiológicos e Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em TB – REDE TB (cadastrado e certificado CNPq/2002), o qual é formado por uma equipe multidisciplinar. O propósito do grupo consiste em produzir conhecimento 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; a epidemiologia da doença e estudos teóricos voltados para o gerenciamento dos casos.

Esta pesquisa é parte de um projeto mais amplo denominado “*As ações de controle da Tuberculose nas Unidades de Saúde da Família e os fatores relacionados ao abandono ao tratamento nos municípios da região metropolitana da grande João pessoa - PB*”, aprovado e financiado pelo MS/CNPq/FAPESQ. É articulado com o projeto “*Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: Estudo de indicadores epidemiológicos, sociais, econômicos e de serviços de saúde*”, submetido ao Edital MCT- CNPq / MS-SCTIE-DECIT – Nº 25/2006, tendo recebido aprovação, sendo coordenado pela Profa. Dra. Tereza Cistina Scatenna da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP. Informa-se ainda a sua relação com a pesquisa intitulada *Abandono do tratamento da tuberculose na Atenção Primária à Saúde: uma análise segundo o enfoque familiar do cuidado*, da pesquisadora Karen Mendes Jorge de Souza. Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, 2008.

Considerando a ameaça mundial que a tuberculose representa para as sociedades contemporâneas, a questão da adesão ao tratamento da mesma, torna-se um ponto fundamental

para sua resolubilidade. Leite e Vasconcellos (2003) referem que da adesão ao tratamento depende o sucesso da terapia proposta, a cura de uma enfermidade, o controle de uma doença, a prevenção de uma patologia.

Desse modo, tomando a complexidade do cuidado ao usuário acometido por tuberculose, particularmente aquele que abandonou o tratamento, e a descentralização das ações de controle da tuberculose para a Atenção Primária a Saúde, a questão norteadora desta pesquisa é: no âmbito da Atenção Primária à saúde, quais os fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose na visão do doente, no município de João Pessoa - PB, segundo a dimensão do enfoque familiar?

Os resultados advindos dessa pesquisa possibilitarão identificar fragilidades e potencialidades na produção de cuidados integrais ao usuário acometido por tuberculose, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, o que favorecerá o planejamento de ações mais adequadas às necessidades de saúde desse usuário, na perspectiva da integralidade e segundo o enfoque familiar.

1.4 OBJETIVOS DA PESQUISA

GERAL:

Analisar, no âmbito da Atenção Primária à saúde, os fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose na visão do doente, no município de João Pessoa - PB, segundo a dimensão do enfoque familiar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar e analisar, segundo o doente de TB, os fatores que concorrem para adesão ou interrupção do tratamento.
2. Investigar e analisar as contradições entre as necessidades do doente de TB e a integração dos serviços de saúde no cuidado ao usuário que abandonou o tratamento da tuberculose.
3. Identificar e analisar as facilidades e desafios relacionados ao enfoque familiar que a equipe de saúde da família desenvolve no cuidado ao usuário que abandonou o tratamento da tuberculose.

2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

2.1 A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE

Numa primeira abordagem do termo integralidade, observamos o próprio significado da palavra, tal qual definida nos dicionários, isto é, a integralidade viria de integrar, tornar inteiro, completar, tornar-se parte integrante (FERREIRA, 1986). Segundo Ferreira (1989), a palavra “integral” significa total, inteiro e global. Segundo esses significados, a integralidade acontece quando se é capaz de ampliar a visão sobre a parte, buscando integrar outras partes afins em direção a um todo.

No Brasil, a discussão sobre a questão da visão integral se deu inicialmente na medicina preventiva, berço do movimento sanitário e, posteriormente, com o surgimento da Saúde Coletiva na década de 1970, que associava questões de ordem preventiva às sociais. A integralidade da atenção ganha força como uma das principais bandeiras de luta da Reforma Sanitária no século XX, desde os anos 70, em busca de um sistema de saúde mais justo, universal e que atendesse às necessidades da população através do desenvolvimento e expansão da Atenção Primária à Saúde (MENDES, 2002).

Porém, em uma revisão do conceito, Kehrig (2001) destaca que a questão da integralidade não teria surgido somente no século XX, mas existiriam antecedentes que remontam ao final do século XVIII e início do XIX, no cenário europeu, com as políticas de intervenção coletivas na saúde em busca da manutenção e do controle das condições de vida e saúde da população. A autora refere a presença desse tema em diversos momentos do desenvolvimento do sistema de saúde nacional e dos sistemas internacionais, mais marcadamente nos séculos XX e XXI.

Durante a segunda metade da década de 1970, um movimento pela democratização da saúde tomou corpo no Brasil e possibilitou a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Através desse movimento, o Movimento Sanitário, conseguiu-se avançar na concepção de saúde e na articulação política no tocante ao reforço da necessidade de se pensar a saúde numa perspectiva coletiva (SOUSA, 2004). Desde essa época, pôde-se observar concepções sobre Atenção Integral e Integralidade. A integralidade estava inserida nos objetivos do Movimento Sanitário, e desde então vem sendo discutida nas políticas governamentais.

O Movimento Sanitário caracterizou-se por fazer denúncias contra os efeitos do modelo econômico, sobre a saúde da população e a irracionalidade do sistema de saúde fragmentado e

hospitalocêntrico. No entanto, também trazia propostas construtivas, apresentando como alternativa um projeto de transformação do sistema de saúde vigente (BRASIL, 1994).

Em 1979, no I Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, o movimento apresentou sua proposta de reorientação do sistema de saúde, que já se chamava na época Sistema Único de Saúde - SUS, o qual propunha, segundo o mesmo autor, ao lado da democratização geral da sociedade, da universalização do direito à saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado e integrando as ações curativas e preventivas incluindo a participação dos cidadãos. Segundo Sá (2003) em meio às idéias neoliberais que pregavam um Estado "enxuto", a integralidade aparece como um diferencial no Brasil, com a proposta da construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) que contemplasse as ações de saúde de forma integrada e articulada entre os diferentes níveis do sistema.

Nesse contexto, a Reforma Sanitária brasileira nasceu da luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. Moraes (2006), relata que a Reforma Sanitária também se antepunha à tradição organizacional brasileira de dicotomia, a qual se apresentava pela divisão de responsabilidades de prevenção e assistência entre duas diferentes pastas ministeriais durante a década de 1970: prevenção ficava com o Ministério da Saúde, enquanto a assistência ficava com o Ministério da Previdência Social.

A Constituição Cidadã, como ficou conhecida a Constituição de 1988, amplia os direitos políticos, civis e sociais de forma jamais vista até então no país. Através dessa Constituição iniciou-se a primeira experiência brasileira de uma política social universal. De acordo com o texto constitucional, as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada em torno de três diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (BRASIL. Constituição de 1988, art.198).

Por sua vez, Integralidade, à luz da Constituição (BRASIL, 1988, p. 131) está relacionada à segunda diretriz do SUS, expressa no artigo 198 como *atendimento integral*:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Segundo Moraes (2006), um primeiro encontro com a concepção de Integralidade, pode ser observado no texto constitucional de 1988: nele, a saúde se encontra no título VIII, da Seguridade Social, e é definida como *direito de todos e dever do Estado*, cabendo a este último garantir acesso universal à saúde, através de políticas equânimes, sociais e econômicas, que priorizem as atividades de promoção e prevenção das doenças, sem detrimento das atividades assistenciais, conforme exposto no art. 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988. p. 131).

Destaca-se aqui, a proximidade entre dois princípios contidos na Constituição de 1988, o princípio do direito universal à saúde e o da integralidade. De acordo com Mattos (2005) o direito à saúde apresenta-se como base para os diversos sentidos da integralidade – descritos pelo autor como 1) expressão de “um atributo das boas práticas de saúde”; 2) referente ao “modo de organizar os serviços”; e 3) indicação de “um atributo das políticas de saúde específica”. Segundo o autor o pleno exercício do direito à saúde implica na garantia de suas duas dimensões, quais sejam: as ‘ações e serviços de saúde’ e as ‘políticas que contribuam para a promoção de condições dignas de vida’.

Após duas décadas de sua criação, o SUS progrediu em inúmeros aspectos, solidificando-se como um sistema público de atenção à saúde. Entretanto, importantes desafios mantêm-se, a exemplo da necessária concretização do princípio da integralidade, reduzindo a distância entre o SUS constitucional e o SUS real, com seus obstáculos diversos. Nesse sentido, Paim (2002) aponta os desafios relacionados ao financiamento, à gestão e à infra-estrutura. Afirmando também que a questão do cuidado, inscrita nos modelos de atenção, foi secundarizada como política de governo.

Ao longo dos anos 80, debates importantes foram travados no campo da saúde coletiva e da medicina comunitária em busca de valores a serem sustentados pelos profissionais de saúde em termos de suas práticas. A integralidade então passa a ser um valor a ser sustentado e

defendido, se expressando na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram (MATTOS, 2001). Assim a integralidade emerge como eixo organizador na defesa do direito à saúde a partir das propostas de mudanças das práticas no cotidiano dos serviços. É justamente nesse sentido que encontramos os nexos constituintes das práticas de integralidade, pois nela reside uma postura de escuta ativa das demandas, por meio de vozes que têm por implicação ética a produção da saúde como direito de cidadania (PINHEIRO *et al*, 2005). Direito à saúde e integralidade formam um todo indivisível na medida em que a garantia de um depende da existência do outro.

Com a expansão das políticas sociais do Brasil, a integralidade surgiu também em programas abrangentes para grupos específicos (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM –, Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISC), sendo finalmente assumida como diretriz para a organização do SUS.

Porém, a integralidade da atenção envolve vários aspectos como: a compreensão da noção de ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e a ação intersetorial. Completa a integralidade do atendimento, a noção de humanização (KUNKEL, 2002), recuperando para a produção do conhecimento e configuração da formação, a reconciliação entre o conhecimento científico e a humanidade, entre ciência da saúde e arte da alteridade. Por isso, Connil (2004), refere ainda que, diretriz política, ideal ou objetivo, a integralidade torna-se um atributo relevante a ser levado em conta na avaliação da qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde, em geral, naqueles direcionados para uma política de cuidados primários.

De acordo com Alves (2005), no que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço. Assim, o usuário do SUS não precisa dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber assistência curativa e preventiva. No caso da Estratégia de Saúde da Família, a equipe deverá estar capacitada para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados tais como: tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outras enfermidades. Seguindo o princípio da Integralidade, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

A integralidade, também relacionada à organização dos serviços e das práticas de saúde, encontra-se associada à necessidade de horizontalização dos programas de saúde, pois, a política de saúde no Brasil tem sido marcada pela verticalização destas ações (ALVES, 2005). Esses programas verticais, segundo Sá (2003), algumas vezes acabam por ferir um dos princípios

fundamentais para que a integralidade seja assegurada: o princípio da abordagem integral local, ou seja, as condições individuais, sociais, econômicas e ambientais de um determinado território ou contexto social que proporcionam um determinado perfil epidemiológico que será decisivo na definição do elenco de ações mais apropriadas para o enfrentamento do problema. Cecílio (2001) chama essa percepção de "integralidade focalizada", ou seja, a percepção integral pode e deve se dar no nível local, como também nos diferentes níveis de acordo com as suas especificidades.

Neste nível, a assimilação da integralidade na organização dos serviços e das práticas, iria interferir na identificação dos problemas de saúde a serem enfrentados pelas equipes de saúde a partir do horizonte da população atendida. No contexto da Estratégia de Saúde da Família, esta perspectiva está de acordo com o princípio da vigilância em saúde, com o qual se propõe trabalhar sustentado em três pilares básicos: territorialização, os problemas de saúde e a intersetorialidade (MENDES, 1996). Então, o princípio da vigilância em saúde contribui para a reorientação do modelo assistencial à medida que orienta uma intervenção integral sobre momentos distintos do processo saúde-doença (PAIM, 2003).

Nesse contexto, a integralidade enquanto reorientação do modelo assistencial deve abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto, e prioritariamente, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças (CARVALHO; SANTOS, 2002). Esta, entretanto, seria apenas uma das dimensões do conceito da integralidade.

A integralidade tem sido reconhecida, no campo da saúde, como expressão polissêmica, com seus muitos possíveis sentidos convergindo quanto a contraposição ao reducionismo, a fragmentação e objetivação dos sujeitos. O olhar do profissional, neste sentido, deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial. Assim, seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos. A atitude do profissional que, diante de um encontro com o paciente motivado por algum sofrimento, aproveita o encontro para apreciar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente, e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, ilustra um dos sentidos de Integralidade (MATTOS, 2001).

Este modo totalizante de entender e abordar o indivíduo baseia-se na teoria holística integral, segundo a qual o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes, físicos, psicológicos ou sociais separadamente (CAMPOS, 2003).

No que concerne a inserção dos aspectos sociais no campo da saúde, Ferreira (1995) destaca:

O olhar que investiga a saúde e a doença teve nas ciências sociais um instrumento que, se por um lado, despiu esse campo da neutralidade e objetividade antes perseguidas – por força da abordagem “natural” exclusiva – por outro, multiplicou os ângulos de problematização do campo temático, enriquecendo a perspectiva de inseparabilidade entre a manifestação biológica da doença nos indivíduos e grupos e o âmbito da vida social, em sua estrutura e relações (p.38).

Nessa perspectiva, acredita-se que, nas práticas de saúde, identificar o usuário como sujeito pertencente a determinado núcleo familiar e inserido em um contexto sócio-cultural específico é uma exigência de grande relevância para a produção de cuidados integrais em saúde, já que a prática da integralidade harmoniza-se com o conceito ampliado de saúde, ou seja, com a visão da saúde como um retrato dos modos de vida das pessoas (MENDES, 2008).

Na visão integral defendida por Mattos (2001), a atitude de um profissional de saúde frente a um paciente que traz uma necessidade, em geral apresentada por algum tipo de sofrimento, ao buscar conhecer todos os aspectos que envolvem a sua vida em prol da construção de uma imagem mais ampla desse campo de necessidades, permitiria que as ações a serem definidas contemplassem, para além do sofrimento, fatores de risco à saúde e condições outras que não relacionadas somente ao motivo da consulta.

No entanto, segundo Conill (2004), parece predominar uma percepção ampliada da diretriz da integralidade, significando, além da gama de serviços, seu caráter contínuo e coordenado. Notando-se também a preocupação de focar os cuidados e as condições de gestão que o determinam. Para esse autor, uma vez que a integralidade é uma diretriz operacional da política de saúde, deve expressar-se na estrutura e nos processos do subsistema de atenção.

Alguns documentos publicados pelo Ministério da Saúde no Brasil procuram explicitar mais essa questão da integralidade, como o documento do MS/SESUS (1990), por exemplo, que descreve a integralidade como um princípio que deve ser contemplado através de um modelo assistencial organizado de forma hierarquizada e descentralizada, com sistemas formais de referência e contra-referência, cuja garantia da integração dos recursos de infra-estrutura é fundamental. Neste caso, a atenção integral depende então de uma rede articulada de tal forma que os problemas apresentados pelos indivíduos possam ser abordados em todos os níveis de assistência necessários para a sua resolução e que o acesso a estes diferentes níveis seja harmonioso e ágil.

A Lei Orgânica de Saúde (Nº.8.080/90) define a integralidade da assistência como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL,

2007). Essa definição enfatiza a continuidade da assistência e a articulação/coordenação dos elementos que a compõe.

Deste modo, respeitando-se a singularidade dos sujeitos, ao usuário deverá ser garantido o acesso a todos os serviços e ações de saúde, que forem necessários, com alcance do nível individual ao coletivo e dos aspectos preventivos aos curativos, em todos os níveis do sistema de saúde. Tal definição apresenta o sentido de organização da linha de cuidado, descrita por Franco e Magalhães Júnior (2003), como uma linha de assistência integral, desenhada a partir do ponto de entrada do usuário no sistema de saúde, que atravessa todos os níveis de complexidade do sistema, articulando ações e serviços, produzindo vínculo e integrando atores diversos em torno de um projeto terapêutico, que é construído a partir das necessidades de saúde do usuário, o qual se configura o elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde.

No que concerne à estruturação de cuidados a partir da Atenção Primária à Saúde, como reflexo da integralidade, Starfield (2002, p.62-63) destaca:

A integralidade implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários.

A articulação entre intervenções preventivas e curativas em saúde concretizou-se, teoricamente, na Lei Orgânica de Saúde. Entretanto, ainda se faz necessário concretizá-la no cotidiano dos serviços de saúde. Almeida, Chioro e Zioni (2001, p.35), destacam que “as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura”. Segundo esses autores, a assistência deve estar direcionada para a saúde e não somente para a doença, o que exige trabalhar-se no sentido de erradicar causas, diminuir riscos e tratar os danos no campo da saúde.

A articulação entre os aspectos preventivos e curativos nas práticas de saúde como reflexo da integralidade é destacada por diversos autores (CAMPOS, 2003b; ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, 2001; MATTOS, 2006). Essa articulação, na visão de Almeida, Chioro e Zioni (2001), requer garantir à população o acesso às ações de promoção, proteção e recuperação como um todo indivisível.

Tabela 01: Caracterização dos termos promoção, proteção e recuperação em saúde **Fonte:** Almeida, Chioro e Zioni, 2001.

TERMO	DEFINIÇÃO	EXEMPLO
Promoção	São ações que buscam eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos, ou seja, o que determina ou condiciona o aparecimento de casos.	Ações relacionadas a fatores biológicos (herança genética, como câncer, hipertensão, etc.), psicológicos (estado emocional) e sociais (condições de vida, desnutrição, etc.)
Proteção	São ações específicas para prevenir riscos e exposição às doenças, ou seja, para manter o estado de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção de complicação da gravidez, parto e puerpério; - Imunizações; - Prevenção de doenças transmitidas sexualmente; - Prevenção da cárie dentária; - Prevenção de doenças contraídas no trabalho; - Controle da qualidade do sangue; - Prevenção do câncer de mama, etc.
Recuperação	São as ações que evitam as mortes das pessoas doentes, assim como as seqüelas; são as ações que já atuam sobre os danos.	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento médico ambulatorial básico e especializado; - Atendimento às urgências e emergências; - Atendimento odontológico; - Exames diagnósticos; - Internações hospitalares;

A integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis (CONTANDRIOPOULOS; HARTZ, 2004).

Contandriopoulos e Hartz (2004) também referem que em face do problema da fragmentação dos modelos assistenciais, a integração dos serviços de saúde aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas, fundamentadas na Atenção Básica da Saúde. Sendo assim, para esses autores, o conceito da integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população

em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional.

Observa-se então, segundo Alves (2005), que para uma reorientação do modelo assistencial, com base no princípio da Integralidade, vários aspectos devem ser levados em consideração: integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinares e multiprofissionais, para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, transformado em objeto pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um ser humano “biopsicosocilcultural” e por isso com diversas necessidades; implicando assim a assimilação deste princípio Devendo-se ser processado cotidianamente, nos encontros entre profissionais e usuários nos serviços de saúde, para a construção de um novo modelo assistencial – integrado, integral, humanizado e compromissado com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população.

O primeiro desafio na busca da integralidade é reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde ainda trabalham. Por isso, a mudança das práticas de saúde deve ocorrer em dois níveis: o primeiro, institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde; o segundo, das práticas dos profissionais de saúde, nos quais são os sujeitos, atores primordiais, determinantes do processo de estruturação das práticas integrais à saúde (CAMPOS, 2003).

De acordo com o mesmo autor, um segundo desafio ligado a integralidade refere-se à garantia de acesso do indivíduo, aos diversos níveis de atenção à saúde, primário, secundário e terciário, tendo um sistema dotado de condições relacionadas a essas fases, ao processo de cuidar e ao relacionamento do profissional de saúde com os usuários. Sendo assim, indivíduos e coletividade devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano. Porém, sendo necessário que os gestores municipais, estaduais e federal passem a dar prioridades ao Princípio da Integralidade, respeitando assim seus pressupostos.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E OS DESAFIOS DO CONTROLE DA TUBERCULOSE

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem um trajeto histórico centenário. Foi no ano de 1892, em Paris que o significado rudimentar dos Cuidados Primários de Saúde foi desenvolvido pelo professor Pierre Budin (ALEIXO, 2002).

Em 1920, foi divulgado um texto oficial (LORD DAWSON OF PEN, 1920) o qual tratava da organização do sistema de serviços de saúde, onde se distinguia três níveis principais de serviços: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Cada um deles, com vínculos formais e funções especificadas, serviram de base para o conceito de regionalização, fornecendo posteriormente a base para reorganização dos serviços de saúde em muitos países. Sendo norteados pelas necessidades da população assistida, gerando assim um novo modelo de atenção médica, a APS (STARFIELD, 2002).

Nos Estados Unidos da América (EUA), no início do século XX, surgiram então lugares que reuniam atividades educativas, ações de saúde e assistência social, denominados Centros Comunitários de Saúde. O trabalho lá realizado congregava não somente as noções de territorialidade, população de risco e controle social, mas estimulava a participação ativa da comunidade e a descentralização das ações e serviços de saúde (ALEIXO, 2002).

Durante a trigésima reunião anual da Assembléia Mundial de Saúde, em 1977, decidiu-se unanimemente pela “obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitiria levar vida social e economicamente produtiva” como meta social fundamental dos governos participantes, desencadeando atividades que tiveram grande impacto sobre o pensamento a respeito da Atenção Primária. Alguns anos mais tarde, em 1979, já conhecida como “Saúde para todos no ano 2000” a proposta foi enunciada na Conferência de Alma Ata, onde tratou-se do tópico da Atenção Primária à Saúde – APS, que era definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meio aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de confiança e autodeterminação. É parte integral de sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978 apud Starfield 2002, p. 30-31).

No entanto, de acordo com Gil (2006), a Conferência de Alma-Ata ocorreu em um contexto econômico de crise monetária internacional e fortalecimento das propostas de ajuste fiscal do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial. Nessa ocasião, o Brasil, que foi um dos países a tomar a APS como referencial para a estruturação dos serviços de saúde, se encontrava em situação precária devido ao fracasso do sistema previdenciário, deste modo sofreu graves consequências advindas do ideário neoliberal racionalizador das agências financiadoras internacionais. Por conseguinte, em decorrência dessa conjuntura surge uma concepção reducionista da saúde, articulada aos significados de pacote básico, baixo custo, focalização e exclusão.

Muitos são os conceitos dados ao termo Atenção Primária à Saúde (ver Quadro 02) e há enormes discordâncias a respeito da extensão na qual eles são aplicáveis nas nações industrializadas (KAPRIO, 1979).

Interpretações de APS	Definição ou conceito de APS
<p>APS Seletiva Conjunto específico de atividades e serviços de saúde voltados à população pobre.</p>	<p>A APS constitui-se em um conjunto de atividades e serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento (Gofin; Gofin, 2005)</p>
<p>Um nível de Atenção Um sistema de serviços de saúde</p>	<p>APS refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde quando se apresenta um problema de saúde, assim como o local de cuidados contínuos da saúde para a maioria das pessoas. Esta é a concepção mais comum da APS na Europa e em outros países industrializados.</p>
<p>Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde</p>	<p>Para que a APS possa ser entendida como uma estratégia para organizar o sistema de saúde, este sistema deve estar baseado em alguns princípios estratégicos simples: serviços acessíveis, relevantes às necessidades de saúde; funcionalmente integrados (coordenação); baseados na participação da comunidade, custo-efetivos, e caracterizados por colaboração intersetorial.</p>
<p>Uma concepção de sistema de saúde, uma “filosofia” que permeia todo o sistema de saúde.</p>	<p>Um país só pode proclamar que tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo da expressão, quando seu sistema de saúde se caracteriza por: justiça social e equidade; auto-responsabilidade; solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde.</p>

	<p>Enfatiza a compreensão da saúde como um direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde (Ministério da Saúde, 2006).</p> <p>Não difere nos princípios de Alma-Ata, mas sim na ênfase sobre as implicações sociais e políticas na saúde. Defende que o enfoque social e político da APS deixaram para trás aspectos específicos das doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, se pretendem alcançar mais equidade em saúde.</p>
--	--

Quadro 01: Diferentes interpretações da Atenção Primária à Saúde. **Fonte:** CONASS, 2007.

Segundo Starfield (2002) a atenção primária é o nível de uma organização de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema de saúde para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada a enfermidade) no decorrer do tempo; fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas são exclusivas desse nível de atenção.

Para Gil (2006), há três principais compreensões quanto a APS:

(1) Atenção Primária à Saúde como estratégia de reordenamento do setor saúde; (2) Atenção Primária à Saúde como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde e (3) Atenção Primária à Saúde como programa com objetivos restritos e voltados especificamente à satisfação de algumas necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza e marginalidade (p.1177).

O Relatório de Alma-Ata, por sua vez, define cuidados primários de saúde como:

[...] a acessibilidade de todos os indivíduos e famílias de uma comunidade a serviços essenciais de saúde prestados por meios que lhes sejam aceitáveis, através de sua participação integral e a custo que a comunidade e o país possam absorver. Como tal, são parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, o qual constituem o núcleo, como do desenvolvimento sócio-econômico geral da comunidade (UNICEF, 1979, p.28).

Starfield (2006) descreve o nível de cuidados primários em saúde como um filtro, que seleciona, por características, aqueles que devem obter os benefícios da passagem. Assim, a APS, sendo o ponto de primeiro contato com o usuário, deve identificar as reais necessidades de cuidados especializados apresentadas pelo usuário, a fim de maximizar a eficácia dos cuidados primários e serviços especializados, diminuindo a ocorrência de intervenções especializadas

desnecessárias e excessivas, que geram gastos elevados para o sistema de saúde, e fortalecendo a equidade em saúde.

É relevante ressaltar que, a proposta de atenção primária à saúde no Brasil foi, por muitos anos, vinculada a um meio de ofertar serviços às populações marginalizadas ou unicamente como mais um nível de assistência. Porém, atualmente, vem-se considerando a APS como um modelo de ordenamento do sistema de saúde, na perspectiva de responder apropriadamente às necessidades da população (MENDES, 2002).

O Ministério da Saúde criou uma terminologia própria para designar os cuidados primários de saúde. O termo Atenção Básica (AB) foi incorporado com o objetivo de diferenciar seu significado das propostas do Saúde da Família e dos “cuidados primários de saúde” interpretados como política focalizada, excludente e primitiva. Desde Alma-Ata até o presente momento, várias nomenclaturas foram estabelecidas: atenção primária à saúde, atenção primária seletiva, atenção primária orientada para a comunidade e, mais recentemente, a atenção primária renovada (CONASS, 2007).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Porém, a implementação de um modelo de atenção básica em saúde voltado para responder as necessidades de saúde dos diferentes sujeitos que constituem uma população, no Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS, não é simples. Exige uma organização ágil e eficiente de diferentes elementos, incluindo serviços de saúde e profissionais, que devem compor uma rede articulada de cuidados de modo a dar conta de um conjunto extenso e variado de sujeitos e demandas. Para responder a este desafio, o SUS define que os municípios devem organizar os

serviços e atividades oferecidas à sua população de acordo com as necessidades identificadas e prioridades definidas localmente (Villela *et al*, 2009).

De acordo com Ministério da Saúde (2006) o documento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovado em 28 de março de 2006 (portaria 648/GM) e orientado pelos valores da ética, do profissionalismo e da participação, expressa o acerto na definição pelo Ministério da Saúde de revitalizar a Atenção Básica à Saúde no Brasil. Assim, a PNAB estabeleceu a revisão de diretrizes e normas da organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (2006) refere que para a aprovação da PNAB foram considerados alguns pontos como: a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil; a expansão do PSF que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil; a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros; os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, entre as esferas de governo na consolidação do SUS, que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica; a diretriz do Governo Federal de executar a gestão pública por resultados mensuráveis; e também a pactuação.

As discussões para alcançar o formato final da PNAB se fundamentaram nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação. Assim, a nova política aponta para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006). Então, com o Plano Nacional da Atenção Básica pode-se afirmar que o ano de 2006 foi um marco no que se refere à Atenção Básica em Saúde. Afinal, o Pacto pela Vida definiu como prioridade: consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Portanto, dentro da concepção da APS temos a Atenção Básica que tem o PSF como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, que tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a

saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006).

Villela *et al* (2009) afirmam que a particularidade da atenção básica à saúde de abarcar e buscar responder um grande conjunto de necessidades, por meio do acolhimento e do cuidado, está de acordo com a imagem de integralidade, na medida em que assinala que necessidades de saúde não se resumem as necessidades de cuidados médicos. Necessidades de saúde devem ser compreendidas como os resultados de articulações singulares entre condições biológicas, sociais e psíquicas de um sujeito em um dado momento da vida.

Destarte, considera-se que para a realização de ações de saúde que realmente consigam atingir de maneira positiva uma determinada população, deve-se levar em conta suas peculiaridades, características próprias, reais necessidades, pois são elas que formam o perfil da demanda e possibilitam e facilitam a formulação de estratégias que promoverão uma maior ou menor adesão as ações dos serviços de saúde.

Dessa forma o controle da tuberculose, baseado no princípio da integralidade, requer ação permanente, continuada, sustentada e organizada, com um sistema em que a porta de entrada pode estar situada tanto em um nível mínimo como em um de alta complexidade, contanto que ao doente, quando necessário, seja assegurado o direito de fluir para os níveis de maior qualificação (BRASIL, 2002 b).

É relevante destacar que o controle da tuberculose tem na simplificação das técnicas e na integração das ações sua estratégia fundamental. Assim, a tuberculose poderia estar controlada, considerando-se que os recursos diagnósticos são relativamente simples e os esquemas terapêuticos disponíveis são altamente eficazes (DASILVA ; DASILVA, 1998).

Porém, segundo Sasaki (2003) são comuns falhas/intercorrências acontecerem ao longo do tratamento, ocasionando desvios como o não cumprimento do esquema terapêutico, aumentando o tempo de tratamento, o risco de abandono, resistência, falência do tratamento e conseqüentemente o agravamento do quadro clínico e até mesmo o óbito.

A Estratégia Saúde da Família, proposta pelo Ministério da Saúde em 1994, é reconhecida atualmente como o eixo da Atenção Primária a Saúde, com forte potencial para a reestruturação do modelo de atenção em saúde no Brasil. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2006):

A principal estratégia nacional para a qualificação da atenção básica tem sido, sem dúvida, a saúde da família, que ampliou o vínculo e a responsabilização das equipes da atenção básica com a população assistida, bem como inseriu novas práticas no tradicional escopo das ações realizadas por essas equipes (p. 72).

Para o enfrentamento da tuberculose é fundamental o estabelecimento de uma rede descentralizada de diagnóstico e tratamento, integrada à atenção primária de saúde, visando horizontalizar as atividades de controle da tuberculose, pela incorporação das mesmas às atribuições das equipes da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) possuem diversas atribuições para o controle da tuberculose, dentre elas destacam-se:

- Identificação de sintomáticos respiratórios (SR), ou seja, pessoas com tosse e expectoração por três semanas ou mais;
- Coletar material para a pesquisa direta de Bacilos Álcool Ácido Resistentes (BAAR) no escarro;
- Fazer o diagnóstico da tuberculose, acompanhar os casos em tratamento e dar alta aos pacientes;
- Realizar a prova tuberculínica quando necessário;
- Aplicar a vacina BCG;
- Dispor de estoque de medicamentos específicos para o tratamento;
- Manter o livro de Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose com informações atualizadas;
- Realizar ações educativas sobre tuberculose junto à comunidade.

Segundo com o Ministério da Saúde (2002), quanto maior o número de Unidades de Saúde da Família (USF) desenvolvendo as ações de controle da tuberculose: maior abrangência da procura de Sintomático Respiratório; mais rápido o início do tratamento; mais adequada a supervisão direta do tratamento; maior a garantia de cura do doente e mais rápida e eficaz será a interrupção da transmissão da doença.

Observa-se que a Estratégia Saúde da Família fornece as ferramentas necessárias para o desenvolvimento da mobilização social relacionada ao controle da tuberculose. Segundo

Arcêncio (2006), esta, promove o comprometimento da sociedade na questão da tuberculose, inserindo novos atores, que se tornam fundamentais para que as ações de controle ganhem representatividade e voz. Dessa maneira, faz-se necessário insistir na atuação das ESF de modo a promover ações intersetoriais voltadas a qualidade de vida dos doentes de TB.

As ações das ESFs deverão abranger desde o conhecimento da comunidade e de seus problemas, até a autonomização do usuário e sua participação na organização do serviço. Nesse sentido a Estratégia Saúde da Família deve promover a criação de laços de compromisso e coresponsabilidade entre a equipe de saúde e o usuário (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Deste modo, é interessante reconhecer que as dimensões da APS, abaixo citadas e definidas, servem não apenas como eixo para a organização do cuidado à saúde, mas também como atributos através dos quais se pode avaliar o desempenho das ESF na prestação do cuidado e, nesse caso em particular, as ações referentes ao controle da TB.

Tabela 02: Definição das dimensões essenciais da atenção básica em saúde **Fonte:** OPAS, 2006, p. 68-69.

DIMENSÃO	DEFINIÇÃO
Acesso	Envolve a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso.
Porta de entrada	Implica acesso e uso do serviço de AB a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde, sempre como o primeiro atendimento procurado, exceto nos casos de urgência.
Vínculo	Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população adscrita, bem como os indivíduos dessa população, que deveriam receber atendimento na unidade, exceto quando for necessário realizar consulta especializada ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com a unidade de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde.
Elenco de Serviços	Implica que as unidades de atenção primária devem estabelecer arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde que necessite. Isso inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e encaminhamentos para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários.
Enfoque familiar	Pressupõe a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, sendo que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição a ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados. Resulta do alcance do elenco de serviços e da coordenação.
Formação Profissional	Pressupõe que a atenção básica seja uma área de “especialização” que requer formação específica. Requer que os profissionais de saúde sejam capacitados para desempenhar suas funções segundo as dimensões mencionadas anteriormente.
	Pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do

Coordenação	reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados. Por exemplo, os problemas observados em consultas anteriores ou pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais especializados deveriam ser avaliados nas consultas subseqüentes.
Orientação pra Comunidade	Implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e tomado em consideração.

Diversas pesquisas demonstram a necessidade da criação de alternativas para o controle da tuberculose que sejam voltadas para a prática de saúde criativa, coletiva, integral, onde se observe o usuário como sujeito ativo e que considere a realidade da comunidade, ultrapassando assim os muros das USFs. A dimensão do Enfoque familiar, que será o foco dessa pesquisa, é de fundamental importância para reorganização dos serviços nas Estratégias de Saúde da Família, uma vez que pode facilitar ou prejudicar a utilização dos serviços de saúde pelos indivíduos que demandam atenção.

Ruffino Netto (2001) e Mendes (1999) afirmaram que tal enfoque, juntamente com orientação para comunidade, envolve um sistema de Vigilância da Saúde que priorize a vigilância do espaço/população/família/comunidade de ocorrência da doença e não mais a vigilância clássica, focada no indivíduo.

É importante destacar que o Brasil experimentou grandes mudanças na organização do sistema de saúde, recebendo ao passar dos anos a introdução de planos e estratégias que viessem a contribuir para mudança do modelo assistencial, dando maior qualidade a assistência. Nesse sentido, em outubro de 1998, o Ministério da Saúde apresentou o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), com as seguintes diretrizes gerais: 1) o MS é responsável pelo estabelecimento das normas; 2) a aquisição e abastecimento de medicamentos; 3) referência laboratorial e de tratamento; 4) coordenação do sistema de informações; 5) apoio aos Estados e Municípios; 6) articulação intersetorial visando maximizar os resultados de políticas públicas. Além disso, adotou-se o DOTS (Directly Observed treatment Short Course) ou Tratamento Supervisionado (TS) recomendado pela OMS como estratégia para redução das taxas de abandono (SASSAKI, 2003).

A autora refere ainda que a condição essencial para o controle da tuberculose, é a articulação e a complementaridade de ações dos três níveis de gestão do SUS (União, Estados e Municípios) ; o envolvimento obrigatório da participação social e organizações não governamentais; a detecção e diagnóstico feitos fundamentalmente através da baciloscopia em todos os sintomáticos respiratórios (SR) e contatos; a disponibilização de tuberculostáticos,

incluindo um estoque estratégico; a garantia do tratamento supervisionado e vigilância da resistência às drogas; e o mais importante a utilização de um sistema de informações de acordo com recomendações da OMS.

É relevante referir que a TB faz parte das doenças que são de notificação compulsória, por isso Santos (2007) destaca que o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é o sistema nacional adotado para o registro e processamento de dados de notificação e acompanhamento da TB. Ressaltando ainda que o SINAN é o pilar mais importante para as ações de planejamento, monitoramento e avaliação no controle da doença, destacando também, o que se faz fundamental para seu abastecimento, das fichas de notificação e do livro de registro e controle de tratamento dos casos de tuberculose, que devem se encontrar nos serviços de saúde. Sendo assim, a qualidade do sistema de informação está diretamente ligada à qualidade do preenchimento dos dados.

Ruffino Netto (1999) refere que o PCT no Brasil introduz novas possibilidades de intervenção na sua proposta de trabalho, contando com as estratégias de programas como o PSF. Tal parceria pode vir a contribuir para expansão das ações do PCT, pois estas estratégias têm a família e o domicílio como instrumento de trabalho. Nesta perspectiva, o Plano dá ênfase na atuação das equipes do PACS e do PSF como estratégias para melhorar a adesão terapêutica e evitar o abandono ao tratamento da TB.

No contexto da integralidade, Vendramini (2001) relata que para o atendimento ao doente de Tuberculose há necessidade de aprofundar as medidas preconizadas pelo PNCT, sendo necessário abordar os aspectos que levem em consideração os sentimentos e as necessidades desses doentes e de seus familiares, além de considerar o meio socioeconômico e cultural no qual estão inseridos. Apesar de todos os avanços advindos com SUS, Mendes (1999) refere que no atual modelo assistencial ainda se valoriza a dimensão biológica do processo saúde-doença, não compreendendo ou considerando adequadamente os aspectos socioeconômicos e culturais que possam intervir no processo de adoecer ou morrer das pessoas.

Autores como Ruffino Netto e Pereira (1982) analisaram a tuberculose sob o ponto de vista do ciclo biológico e propuseram um esquema mais abrangente para representar tal ciclo, no qual, os fatores sociais envolvidos no processo da doença são essenciais para se entender e analisar como a doença se individualiza em uns homens e não em outros. De acordo com os autores, os profissionais de saúde trabalham no sentido coletivo de descobrir e romper os elos da cadeia de transmissão da doença, para atuarem na tentativa de resolver o problema focalizado (vacinação Bacilo Calmette Guérin – BCG, quimioprofilaxia, localização e tratamento de casos). Essas medidas, no entanto, solucionam o problema do doente e não da tuberculose. Por isso a

solução e a explicação do fenômeno representado pelo processo saúde-doença, para atingirem a máxima plenitude, devem considerar toda a riqueza e totalidade na qual o fenômeno se manifesta.

O PNCT sugere que algumas questões necessitam de uma maior reflexão e motivação, principalmente por parte dos gestores como: mudança de alguns paradigmas de ação e gestão; implementação de novas medidas necessárias ou reforçar ações até agora não conduzidas devidamente; introdução de conceitos mais modernos de medidas de ação em rede, maximizando os benefícios e o uso de recursos existentes (BRASIL, 1999).

Na assistência individual, o sujeito que sofre um tipo de intervenção, como no tratamento da tuberculose, é quase sempre tomado como se fosse um objeto inerte passivo, como um ser incapacitado de esboçar qualquer reação positiva ou negativa às ações do agente que o trata (CAMPOS, 1992). De acordo com Vendramini (2001), ao doente, muitas vezes, não é permitido o direito à fala, a não ser como informante, raramente lhe é permitido o uso da palavra para “censura” ou para manifestar sua vontade. Ruffino Netto (2000) sintetiza essa discussão quando coloca que há problemas que estão no nível macrossocial (econômico, político, ideológico) e aqueles que estão no plano da sociologia médica (o conceito saúde-doença que permeia a sociedade, o saber médico e os padrões que permeiam as práticas de saúde vigentes).

Observa-se então, que há problemas sérios na área da saúde pública. O primeiro deles, é a continuidade dos programas. O segundo, a adequação das propostas. Às vezes, as propostas focalizam apenas o problema. No caso da tuberculose, seria como se o problema fosse representado apenas pelo somatório dos tuberculosos existentes, mas na realidade, o problema inclui principalmente a área social. Para o doente, a solução implica o uso de esquemas terapêuticos eficazes. Porém para a tuberculose, a solução exige programas e profissionais de saúde que visem uma qualidade de vida mais adequada da população e que tenham uma visão mais abrangente da real situação, focando a integralidade da assistência e do cuidado como indispensáveis na luta para o controle da tuberculose.

Segundo Silva (2006), o caminho a seguir para o controle da Tuberculose já foi encontrado, recursos para o combate à doença já foram disponibilizados, porém resta-nos garantir acesso a estes recursos, utilizando-os da forma mais adequada. O que depende da vontade humana: pensar mais no coletivo, fazer bem as coisas, trabalhar em equipe respeitando as individualidades de cada um, trabalhar pelos demais, abrir mão dos próprios benefícios, superar seus próprios limites e ter desejo de investigar. Objetivos difíceis, mas não impossíveis de serem alcançados.

2.3 ABANDONO E NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE X DESIGUALDADES SOCIAIS

A tuberculose continua ganhando destaque em todo o mundo, pois apesar do avanço da ciência ter permitido chegar ao tratamento adequado e a cura, a doença tem o abandono e a não adesão ao tratamento como importantes motivos de insucesso terapêutico e de crescimento da infectividade por cepas do *Mycobacterium tuberculosis* resistentes às drogas tuberculostáticas, o que ocasiona implicações para saúde pública e para a saúde do próprio indivíduo, pelas suas repercussões a nível psicológico, social e familiar.

O Programa de Controle da Tuberculose utiliza frequentemente os termos “adesão” e “abandono”. Na prática diária de uma unidade de saúde, a palavra “abandono” é muito utilizada, enquanto que “adesão” é empregada nas publicações oficiais do Programa (VENDRAMINI, 2001, p.35).

Leite e Vasconcellos (2003) ressaltam que a relevância dessa questão na terapêutica é indiscutível: da adesão ao tratamento depende o sucesso da terapia proposta, a cura de uma enfermidade, o controle e a prevenção de uma doença. Porém, é importante refletir sobre a consciência que o paciente tem sobre questão da adesão ao tratamento, pois ele pode vir a não aderir por diversas razões.

Existem vários fatores que colaboram para o abandono ao tratamento da TB, geralmente esses estão relacionados com o doente, com a modalidade do tratamento empregado e aqueles ligados aos serviços de saúde (OLIVEIRA; MOREIRA FILHO, 2000; RABAHI *et al*, 2002). É importante ressaltar que o conhecimento da dinâmica relacionada ao abandono se faz imprescindível para o efetivo controle da Tuberculose.

Frequentemente encontra-se na literatura os termos “*compliance*” (obediência) e “*adherence*” (aderência) os quais compreendem respectivamente: quando o comportamento do doente coincide com as recomendações médicas de ingestão dos medicamentos e mudança no estilo de vida; e quando as perspectivas do paciente são consideradas, sendo ele autônomo para tomadas de decisões, consciente e responsável para o bom seguimento do tratamento (WHO, 2003; CONRAD, 1985).

Rocha (2009), em sua pesquisa, também abordou a questão das diferenças de significados dos termos que são utilizados para definir as atitudes do doente frente às imposições terapêuticas, que exigem um tratamento continuado por um período prolongado. Para essa autora o termo “*compliance*” está centrado na ideologia biomédica, neste caso a pessoa doente é tratada

com pouca ou nenhuma autonomia para desobedecer às ordens médicas. Já o termo “*adherence*” remete a perspectiva do doente como pessoa capaz de tomar decisão consciente e responsável de seu tratamento. Desta forma, adesão compreende que os doentes têm autonomia para deixar ou não as recomendações médicas, sendo utilizada algumas vezes para desresponsabilizar ou amenizar o dever da prática médica, e assim, se a pessoa não adere, é por que ela decidiu, não sendo de responsabilidade do sistema de saúde. Porém, segundo Gonçalves *et al* (1999), essa autonomia é questionável uma vez que esse tratamento é padronizado.

Essa idéia sugere que o papel do paciente é ser submisso àquilo que o profissional de saúde determina. Na medida em que o paciente deixa de observar as recomendações, os conselhos, as indicações e as ações estabelecidas pelo profissional e/ou pelo serviço, é considerado como não aderente ao tratamento (REINERS *et al*, 2008).

Dessa forma observa-se a postura que muitas vezes o profissional de saúde exerce, autoritária, como se o mais importante naquele momento fosse suas colocações e orientações, não considerando tão importante os sentimentos daquelas pessoas em tratamento, revelando assim uma situação de falta de cuidado, onde muitas vezes o profissional não está disposto a ouvir.

Segundo Osterberg e Blaschke (2005) algumas razões para não adesão ao tratamento da TB são relacionadas ao paciente, entre elas pode-se observar o esquecimento, outras prioridades, decisão consciente em não tomar a medicação e questões emocionais. Outras razões prejudiciais à adesão dizem respeito ao comportamento dos profissionais de saúde diante da necessidade do paciente, entre elas destacam-se: pouca ou nenhuma explicação sobre os benefícios e possíveis efeitos colaterais da medicação e não levar em conta o estilo de vida do paciente.

De acordo com Ribeiro *et al* (2000), dentre essa diversidade de elementos que influenciam para a não adesão ao tratamento por parte do próprio doente de TB temos:

[...] fatores de ordem sociocultural, como o estigma da tuberculose, analfabetismo, a não aceitação da doença e o fato de considerar-se curado antes da cura efetiva, o não apoio dos familiares no tratamento e até o desconhecimento destes com relação à enfermidade do familiar, impossibilidade de faltar o emprego para comparecer as consultas no horário do agendamento, ausência de residência fixa, frustrações por não sentir melhora com o tratamento, associadas ou não a idéias mágicas sobre a doença, complexos de autodestruição, má alimentação, intolerância medicamentosa, alcoolismo, presença de outras doenças concomitantes ao uso de drogas ilícitas. (RIBEIRO *et al* 2000, p.292)

É de fundamental importância também que os pacientes tenham acesso a todas as informações sobre a doença e sejam aconselhados individualmente, a fim de favorecer a adesão e o não abandono ao tratamento. Em pesquisa qualitativa desenvolvida por Lima, Souza e Ferreira (2005), para avaliar as atitudes de adesão dos pacientes de tuberculose, verificou-se que aqueles

que demonstraram conhecimento a respeito da doença, apresentaram melhor reação ao serem informados do diagnóstico e conseqüentemente, apresentaram melhor adesão ao tratamento.

Necessita-se de mais educação, mais formação e mais informação. Dando a real importância a socialização dos conhecimentos, aumentando assim a massa crítica da humanidade e contribuindo para democratização dos processos de emponderamento dos cidadãos. Certamente o saber é imprescindível e confere poder (BOFF, 2008)

Alguns doentes interrompem o tratamento por sofrerem efeitos colaterais dos medicamentos; enquanto outros não conseguem ter acesso aos medicamentos por deficiências na organização dos serviços, falta de material, de profissionais, ou pelo fato da unidade de saúde se encontrar fechada em alguns horários (PEREIRA, 1998).

Reiners (2005) afirma que colocar a culpa nos outros, pelas falhas, faz parte da natureza humana e os profissionais de saúde, como seres humanos, não são diferentes nesse aspecto. Desse modo, é necessário se considerar a co-responsabilidade que profissionais e serviços de saúde devem ter no processo de adesão do paciente ao tratamento, a fim de que possa ser efetivado, propiciando àquele meios para exercer o seu papel em igualdade de condições.

Destarte o abandono do tratamento da tuberculose também está relacionado ao trabalho desenvolvido pelos profissionais de Saúde da Família. É importante ressaltar que, algumas vezes, o serviço de saúde abandona o doente, negligencia o acompanhamento dos casos, fragilizando as relações imprescindíveis ao êxito do tratamento e, em conseqüência, o doente deixa de tomar a medicação (SÁ *et al*, 2007).

Dessa maneira é fundamental a importância do acolhimento, da escuta das necessidades do paciente, de suas dúvidas, angústias e queixas, para que assim possa se oferecer uma assistência individualizada, buscando soluções em conjunto, estabelecendo vínculos e orientando o indivíduo a ter um papel ativo nessa relação, sendo um ator-autor de sua própria vida.

O vínculo, por sua vez, constitui um importante princípio no cuidado ao doente de tuberculose, uma vez que desenvolve uma relação de confiança, diálogo e respeito entre o profissional de saúde e o paciente, que passa a compreender a significância de seu tratamento e procura seguir corretamente as orientações da terapêutica (ARCÊNCIO, 2006).

Nesse sentido, faz-se necessária a reflexão sobre as peculiaridades dos indivíduos que abandonam o tratamento da TB. A tuberculose é mesmo uma doença negligenciada ou dos negligenciados? Será que o abandono ao tratamento foi conseqüência dessas pessoas terem sido abandonadas primeiro? Será que o abandono ao tratamento se deu por falta de cuidado a esses indivíduos?

Essa discussão também foi levantada por diversos autores, como Rocha (2009) que relata que, além disso, o termo abandono carrega um estigma de culpa e responsabilização do indivíduo e não considera os aspectos singulares que levaram a pessoa a interromper o tratamento. Referindo também que esses indivíduos têm representações próprias da doença, assim não deveriam ser julgados.

Como bem coloca Boff (2008), o sintoma mais doloroso da crise civilizacional aparece sob a forma do descuido; do descaso; do abandono, numa palavra, da falta de cuidado. Há um descuido e um descaso manifesto pelo destino dos pobres, dos marginalizados, dos desempregados; há um abandono da dimensão espiritual do ser humano e da sociabilidade nas cidades; assim como também há um descuido e um descaso pela coisa pública. Organizam-se políticas pobres para os pobres, os investimentos sociais em seguridade alimentar, em saúde, em educação e em moradia são, em geral, insuficientes. E para completar há um abandono da reverência, indispensável para cuidar da vida e de sua fragilidade.

Pode-se observar que temas como pobreza e desigualdade social têm acompanhado a civilização humana ao longo da história, mas a inserção desses, na agenda pública, como problemas prioritários só ocorreu a partir do desenvolvimento da moderna sociedade urbana e da reatualização do conceito de cidadania nos séculos XVIII e XIX (MAGALHÃES; BURLANDY; SENNA, 2007).

Quando se fala em desigualdades sociais, geralmente refere-se a situações que sugerem algum grau de injustiça, isto é, diferenças que são injustas porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de serem e se manterem sadios (BARATA, 2009).

No Brasil, a produção científica no campo da Saúde Coletiva tem trazido evidências claras sobre a profunda articulação entre condições de vida e níveis de saúde da população (NUNES *et al*, 2001). Em um país marcado por elevados índices de pobreza e de desigualdade social, diversos estudos têm buscado compreender como as desigualdades socioeconômicas, étnico-raciais, regionais e de gênero produzem impacto no perfil de morbimortalidade da população e no acesso e utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS *et al*, 2002).

A discussão em torno das desigualdades sociais em saúde colocou a questão do direito à saúde na pauta política em todo o mundo. Diferentes populações atribuem maior ou menor importância ao direito à saúde como direito humano fundamental. No Brasil, ao aprovar o capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988, conhecida como a “Constituição Cidadã”, a população, por meio de seus representantes no Congresso, decidiu que a saúde é um direito de todos e que deve ser garantido mediante ações de políticas públicas (BARATA, 2009). Porém,

apesar dos inegáveis avanços obtidos através da implantação do SUS, em termos de expansão de oferta e cobertura dos serviços, ainda persistem acentuadas disparidades entre grupos sociais e entre regiões do país (LANDMAN *et al*, 1999).

Diversos autores têm atribuído a rápida propagação da TB à pobreza e ao baixo desenvolvimento socioeconômico. Apesar de que, de modo geral, a saúde das pessoas tenha melhorado nos últimos tempos, o que se observa é que essa situação é privilégio de grupos mais favorecidos economicamente. Populações mais pobres, socialmente desfavorecidas e marginalizadas são atingidas de forma intensa e desproporcional pelas doenças, dentre elas a TB que tem se estabelecido nos países menos favorecidos, de forma assustadora (SANTOS *et al*, 2007).

Em uma distribuição sobre o mapa-múndi para expressar a magnitude da tuberculose, pode se observar que as áreas mais críticas se confundem com a representação geográfica da miséria, do subdesenvolvimento e da desorganização social, tornando claro que a pobreza é o ambiente natural da tuberculose e sua inesgotável fonte de casos, possíveis de se disseminarem por toda extensão de um continente (TEIXEIRA, 2003).

Bolsões de pobreza nas cidades mais populosas constituem terreno fértil para a propagação da TB. De um lado, a pobreza, por si só, contribui decisivamente para a manutenção de quadro geral propício ao avanço da doença. De outro, a emergência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e a desinformação vigente sobre nutrição, promoção da saúde e prática de vida saudável completam os requisitos para o agravamento do problema (BRASIL, 1999).

Dessa maneira, observa-se que a TB e a pobreza assumem uma relação bidirecional, pois tanto a pobreza pode estar relacionada às condições precárias de saúde, como essas podem produzir a pobreza, limitando as oportunidades de trabalho e de subsistência, formando, assim, um ciclo vicioso que tende a piorar (VENDRAMINI *et al*, 2007). Santos *et al* (2007) afirmam que a pobreza representa um fator determinante ou agravante para disseminação da TB e recomendam um novo “olhar” para análise dessa situação, considerando o impacto das condições socioeconômicas sobre o agravamento da doença.

Analisando a magnitude da tuberculose como doença socialmente produzida, além das conseqüências negativas sobre a saúde coletiva, fica evidente a necessidade de maior envolvimento de profissionais de saúde e da comunidade científica no sentido de implementar medidas operacionais e de investigações, relevantes para a compreensão dos condicionantes sociais do processo saúde-doença da TB e, conseqüentemente, transformar o cenário preocupante em que está inserida (SANTOS *et al*, 2007).

O município de João Pessoa apresenta uma estruturação social, econômica e urbana homogênea quanto ao sanitarismo. Mas, os maiores índices de TB estão localizados em bairros com má distribuição de renda e organização sócio-demográfica, baixa inserção e qualidade escolar, falta de saneamento (esgotos a céu aberto e higiene precária) e delineamento assimétrico no que diz respeito a relação residência-quantidade-qualidade ambiental e familiar (FORMIGA 2009).

A principal dificuldade encontrada é que a TB transcende o bacilo de *Koch* e as ações de controle tradicionais da saúde coletiva não são suficientes para solucionar os diversos problemas que acompanham a doença. Pode-se observar que inúmeros fatores fogem ao controle do PNCT, assim não se deve restringir as ações de controle da doença apenas a ensinamentos médicos, pois a conjuntura social no seu comportamento ultrapassa as fronteiras da clínica.

É nesse contexto que Sá *et al* (2009) afirmam que só se posicionando em defesa da vida é que se compreenderá o papel dos atores e dos movimentos sociais a fim de garantir os direitos das pessoas com TB no SUS. Os mesmos autores sugerem a elaboração de um documento que possa sensibilizar para o empoderamento as pessoas com história de TB, esclarecendo-as sobre a necessidade do controle social, esse se chamaria a *Carta dos direitos dos usuários do SUS com história de TB*, constituindo-se em uma referência que possa auxiliar na conquista e ampliação de direitos.

Diante desse quadro, cabe a urgência sobre a reflexão do impacto das desigualdades sociais para a saúde da população, o que torna a pobreza uma afronta à saúde como direito de cidadania e o adoecimento por Tuberculose, como indicador das condições sociais, uma denúncia declarada da falência do sistema social como um todo.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO

A pesquisa enquadra-se em um estudo avaliativo de natureza qualitativa. A abordagem qualitativa foi utilizada por entender ser esta a melhor abordagem para qualificar os dados coletados pelo pesquisador. A proposta de um estudo avaliativo, que destaca as vivências narradas por usuários, durante o tratamento da tuberculose, exige esse tipo de abordagem na medida em que se deseja avançar na compreensão da complexa rede de variáveis relacionadas ao abandono terapêutico.

As principais características da abordagem qualitativa são: a imersão do pesquisador no contexto e a perspectiva interpretativa de condução da pesquisa (KAPLAN; DUCHON, 1988). Bradley (1993) menciona que na pesquisa qualitativa o pesquisador não é apenas um coletador de dados e sim um interpretador da realidade pesquisada.

A avaliação dos fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose, a partir das narrativas de usuários, requer um mergulho no campo da subjetividade, dos sentimentos, das idéias, dos significados, das relações, o que naturalmente exige um rompimento com o paradigma positivista tradicionalmente hegemônico no campo da avaliação em saúde. Minayo (1994) acrescenta que as abordagens qualitativas são entendidas como:

...aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas, tanto no seu advento como na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 1994. p.10).

Os dados desse tipo de pesquisa objetivam a compreensão profunda de certos fenômenos sociais apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social. Assim a pesquisa será desenvolvida, utilizando-se a abordagem qualitativa, a fim de se compreender particular e profundamente os fenômenos sociais em questão. Gil (1995) refere que esse tipo de abordagem é tem a finalidade de se proporcionar uma visão geral acerca de um determinado assunto, sendo mais utilizada em pesquisas que tratam de temas pouco explorados, para os quais se torna difícil elaborar hipóteses definitivas e operacionalizáveis.

3.2 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO

Atualmente, seis municípios da Paraíba são considerados prioritários para a operacionalização das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) elaborado pelo Ministério da Saúde, são eles: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras (SÁ *et al*, 2005).

Esleceu-se como cenário da investigação, para este estudo, o município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, localizada na porção extrema oriental do Continente Americano (Figura 2). Este município 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).



Figura 02: Mapa do estado da Paraíba. **Fonte:** internet 2009.

Considerada a 3ª cidade mais antiga do Brasil, com 423 anos, foi fundada em 05 de agosto de 1585. Localizada na Mesorregião da Zona da Mata Paraibana, limita-se ao norte com o município de Cabedelo através do Rio Jaguaribe; ao sul com o município do Conde e pelo Rio Gramame; a leste com o Oceano Atlântico; e, a oeste com os municípios de Bayeux pelo rio Sanhauá e Santa Rita pelos rios Mumbaba e Paraíba, respectivamente (NÓBREGA, 2003).

Possui uma área de 211,00 km² e densidade demográfica de 3.146,6 habitantes por Km², com uma população de 674.762 habitantes, segundo o censo IBGE e apresenta IDH de 0,78 ocupando 9ª posição na Região Nordeste. (PARAÍBA, 2006)

3.2.1 Organização da rede de atenção à tuberculose no município

O município de João Pessoa foi habilitado com gestão Plena de Sistema em Saúde, na Comissão Intergestora Tripartite – CIT, desde 1999. 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, à partir do ano de 2004, 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 do Programa de Controle da Tuberculose - PCT no município teve início no ano de 2004, como proposta do PNCT (LIMA, 2005). Atualmente, no que se refere às ações voltadas para o controle da Tuberculose, Barreto (2009) afirma que o município pactuou metas para o quadriênio (2006-2009) com o objetivo de aumentar as taxas de cura pela doença, como pode ser observado abaixo:

- Instituir protocolo de referência e contra-referência para tuberculose em âmbito intra e intermunicipal;
- Qualificar profissionais que compõem as ESF para a realização do tratamento diretamente observado;
- Articular e promover ações de educação em saúde para a população nos territórios das unidades do Programa Saúde da Família;
- Garantir tratamento a 100% dos casos de tuberculose diagnosticados (PMS, 2006, pág. 73)

Essas ações de controle da doença são realizadas por 180 Equipes de Saúde da Família, 03 Centros Especializados e 02 hospitais de referência. É relevante destacar que a maior parte dos casos residentes no município são diagnosticados pelo ambulatório de pneumologia do Complexo Hospitalar de Doenças Infecto contagiosas Drº Clementino Fraga, Unidade de Referência Estadual para diagnóstico e tratamento de doenças transmissíveis, considerado ainda a principal porta de entrada para os casos de tuberculose. Destaca-se que esta unidade oferecia incentivos para os doentes atendidos (vale transporte e café da manhã), ficando as USFs do município como receptoras dos casos posteriormente transferidos (LIMA, 2008), porém esses incentivos foram cortados no ano de 2009.

Vale salientar que João Pessoa ainda possui 04 Centros de Atenção Integral a Saúde (CAIS), 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAP'S), 01 Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST), 01 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), 01 Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) e 04 Hospitais que são: Orto-Trauma Mangabeira Governador Tarcísio Burity, Hospital Geral Santa Isabel, Hospital de Valentina de Figueiredo e Instituto Cândida Vargas, todos de gestão municipal. (Relatório de Gestão VS, 2008).

A rede de serviços de saúde do município está distribuída territorialmente sob a forma de Distritos Sanitários (DS), que recortam toda a extensão territorial da cidade, com o objetivo de

organizar a rede de cuidado progressivo do sistema de saúde e garantir à população acesso aos serviços básicos, como também aos especializados e à assistência hospitalar. Para cada distrito, existe um diretor responsável pelo controle das atividades de saúde executadas nas respectivas dimensões geográficas. A distribuição por ordem decrescente de casos notificados e taxa de incidência de acordo com a agregação espacial por DS pode ser observada no quadro 1 e na tabela 2, a seguir (PARAÍBA, 2008):

DS IV	60/100.000 hab
DS III	34,2/ 100.000 hab
DS I	32,5/100.000 hab
DS II	22/100.000hab
DS V	21,3/100.000hab

Quadro 02 : Distribuição decrescente de casos notificados e taxa de incidência de TB por DS. **Fonte:** Sinan/ DAS/ SMS/ 2008

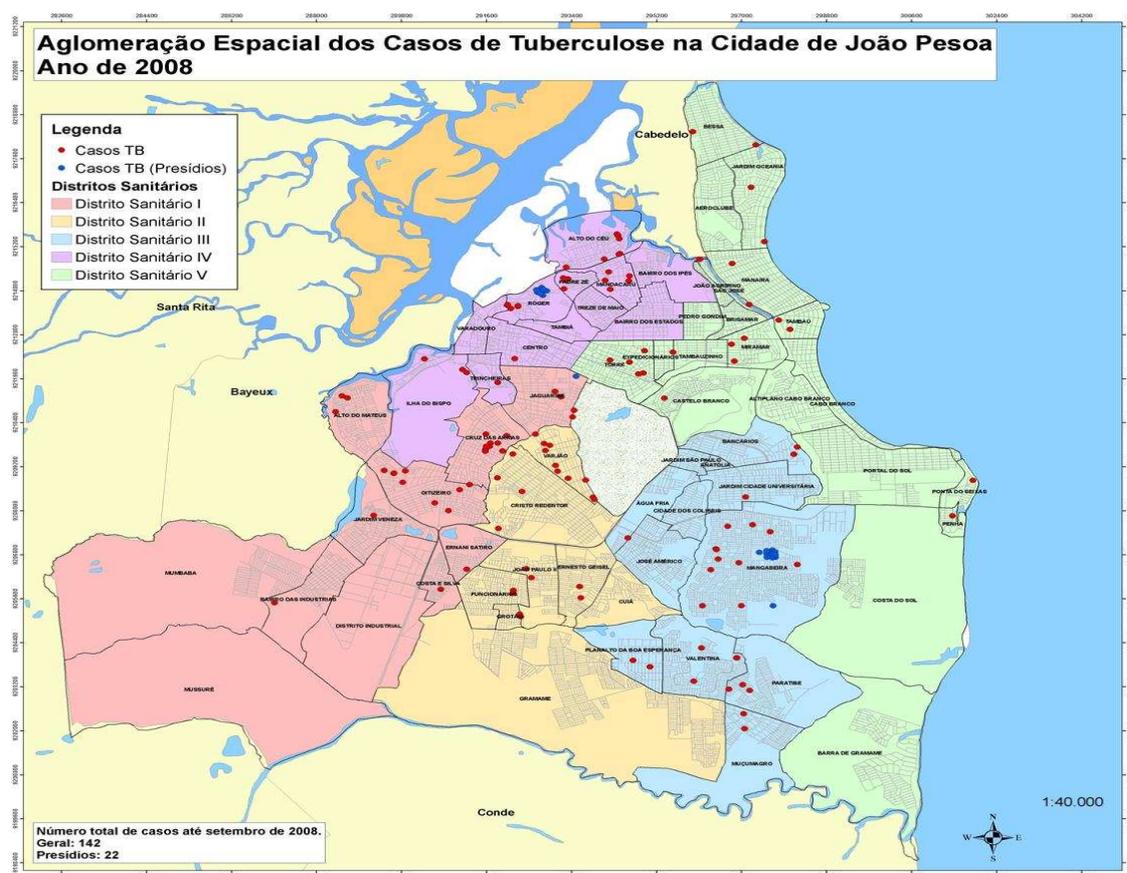


Figura 03: Aglomeração espacial dos casos de tuberculose na cidade de João Pessoa –PB **Fonte:** Internet 2009

Segundo Barreto (2009) a diretoria de Vigilância em Saúde está responsável pela elaboração, execução e monitoramento de ações no âmbito da prevenção, promoção e controle de doenças e agravos à saúde. Interligadas a Diretoria estão três Gerências de Vigilância: Ambiental, Epidemiológica e Sanitária. Da mesma forma as Gerências estão divididas em áreas temáticas. Neste caso a Gerência de Vigilância Epidemiológica tem em sua composição quatro áreas temáticas: Imunização, DST/AIDS, Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Doenças Transmissíveis. Apesar de não estar contemplada oficialmente na estrutura do organograma a Diretoria de Vigilância em Saúde é responsável pelos Sistemas de Informação em Saúde, dentre eles o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que tem por objetivo o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação, inclusive da TB, em todo o território, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, desta forma, para a tomada de decisões em nível municipal.

Contudo, é necessário mencionar também, que a Diretoria de Vigilância em Saúde de João Pessoa é responsável pela monitorização de todas as notificações e investigações de casos de Tuberculose no território municipal cabendo ainda à Diretoria de Atenção à Saúde o desenvolvimento das ações de controle (BARRETO, 2009).

3.3 MÉTODO DE PESQUISA

Como recurso metodológico da pesquisa utilizou-se a técnica da história oral, que pode ser definida, segundo Meihy (2005, p.17), como “um recurso moderno usado para a elaboração de documentos, arquivamento e estudos referentes à experiência social de pessoas e de grupos”. Considerando também que a pesquisa abordará o abandono do tratamento da tuberculose na perspectiva do usuário, é importante mencionar que o mesmo autor faz referência a História Oral “como registro de experiências de pessoas vivas, expressão legítima do ‘tempo presente’, a história oral deve responder a um sentido de utilidade prática, pública e imediata” (MEIHY, 2005, p.18).

Assim a escolha desse recurso metodológico foi de extrema importância para pesquisa, pois se desejava dar voz aos usuários acometidos pela tuberculose, que abandonaram o tratamento, de acordo com o direito à participação social, no qual a História Oral se fundamenta, pois a mesma está ligada à consciência de cidadania, em que os setores sem voz podem expressar-se (MEIHY, 2005). Desejou-se também dar o sentido de utilidade exigido pelo método, à medida que se propõe um estudo avaliativo, adequado para a discussão do desempenho de serviços da Atenção Primária à Saúde no controle da tuberculose.

A História Oral obedece às seguintes etapas: Elaboração do projeto; Gravação; Confecção do documento escrito; Análise e Devolução do produto. Realizou-se sequencialmente: entrevista, transcrição do material gravado, a textualização, a transcrição e por fim, a conferência e autorização do material para uso e publicação.

É imprescindível destacar que, antes do início de cada entrevista foi explicado, a cada colaborador, o objetivo da pesquisa, com a finalidade de obter maior aproximação entre pesquisador e colaborador e oferecer maior esclarecimento sobre o que está sendo realizado, destino dos dados coletados e garantia de sigilo quanto à identificação do colaborador. A partir da concordância em participar da pesquisa, foi solicitado o preenchimento de um instrumento (Apêndice A), firmando-se assim o consentimento, por escrito.

3.4 COLABORADORES DO ESTUDO

Meihy (2005) faz duas conceituações importantes relacionadas à definição dos colaboradores do estudo: colônia e rede. A primeira refere-se a uma coletividade ampla, que tem uma comunidade de destino marcada. A segunda diz respeito a subdivisão da colônia, o segmento de um grupo específico com afinidades definidas pela colônia.

Neste estudo, a colônia foi constituída pelos usuários, com história de abandono do tratamento da tuberculose, notificados no ano de 2008, no município de João Pessoa – PB. A rede, por sua vez, foi delimitada tomando-se o critério de acompanhamento do usuário pelas Equipes do Programa Saúde da Família dos Distritos Sanitários IV e I, respectivamente, pois comportam o maior número de usuários em situação de abandono.

Durante o ano de 2008, no município João Pessoa (PB), 60 usuários tiveram o abandono como situação de encerramento do tratamento da TB. Desses, dezoito constam como residentes em áreas de abrangência do DS IV e quinze estavam situados no DS I, segundo o SINAN.

Porém, segundo informações colhidas no DS IV, no livro de registro, havia apenas quatro casos em situação de abandono, no entanto, esses não coincidiam com nenhum nome da relação do SINAN fornecida anteriormente pela Secretaria Municipal de Saúde para a pesquisadora. Durante a coleta descobriu-se nas USFs mais quatro casos em situação de abandono que não estavam relacionados no SINAN e nem no distrito em questão. Em relação ao DS IV seis usuários participaram da pesquisa; três encontravam-se presos; três mudaram de endereço; três afirmaram ter concluído o tratamento, porém não haviam realizado os exames para comprovação da cura; e vinte e um usuários não foram encontrados.

Quanto ao DS I, houve imensa dificuldade em localizar os doentes, pois nas USFs não existia nenhum registro de casos de abandono ao tratamento da TB no referido ano, sendo importante mencionar que na maioria das unidades não havia o livro próprio para esses registros. Os profissionais da Equipe de Saúde informaram que, no ano de 2008, os pacientes eram tratados, em sua maior parte, no hospital de referência. Os casos localizados dependeram da memória das enfermeiras e/ou ACSs. Dos quinze pacientes que estavam na lista do SINAN, nesse DS, somente seis eram cadastrados em USFs, desses, apenas um usuário participou do estudo; um não concordou em participar referindo não possuir a doença; um não teve diagnóstico conclusivo de TB; um afirmou ter concluído o tratamento e mostrou exames que comprovam a sua cura; um não foi encontrado e um encontrava-se internado devido ao HIV. É importante ressaltar que foi encontrado mais um caso de abandono, em USF desse DS, que não se encontrava na lista do SINAN, porém o usuário não concordou em participar da pesquisa.

Colaboraram com a realização deste estudo sete usuários do sistema de saúde. A delimitação e localização dos mesmos só foi possível através das informações disponibilizadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, bem como através do apoio das Equipes de Saúde da Família responsáveis pelas áreas nas quais residiam os colaboradores.

Na apresentação dos depoimentos, utilizou-se a seguinte codificação: C1, C2, C3, C4, C5, C6 e C7 para representar os colaboradores da pesquisa, garantindo seu anonimato.

3.5 COLETA E ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

Para a coleta dos depoimentos dos colaboradores, utilizou-se como gravador um aparelho MP4. Sendo também utilizado um roteiro de entrevista (Apêndice B). A coleta foi realizada no período de setembro a novembro do corrente ano.

Após tratamento das entrevistas, foi realizada a categorização e análise dos depoimentos conforme as seguintes etapas: impressão e leitura dos textos, identificação dos temas relacionados ao objeto e objetivos do estudo; recorte, decomposição dos textos que continham os temas recorrentes pelos diferentes sujeitos da investigação; agrupamento dos textos que se referiam temas coincidentes, permitindo a formação de blocos de significados, que orientaram a construção das sub-categorias, as quais explicam a grande categoria empírica identificada.

Fundamentando-se nos depoimentos dos participantes do estudo, foram produzidas uma grande categoria empírica: Vulnerabilidade e co-dependência; e duas sub-categorias: Fatores relacionados à descontinuidade do tratamento da tuberculose sob a óptica do usuário

considerando o enfoque familiar; O cuidado integral da Equipe de Saúde da Família para com o doente de tuberculose: realidade ou utopia?

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa a qual se vincula este projeto foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba-UEPB atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), e aprovada em 04 de março de 2009, com protocolo de nº 0001.

4 HISTÓRIAS DE ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

COLABORADOR 1

(C1)

C1, sexo feminino, 20 anos, solteira, desempregada, tabagista. Não completou o Ensino Fundamental. Mora em casa de parente, com nove pessoas, casa de alvenaria, com eletricidade e água encanada, mas sem sistema de esgoto. A renda familiar média é de R\$120,00. Abandonou o tratamento da tuberculose após o terceiro mês. Era acompanhada pela enfermeira e agente comunitária de Saúde da Unidade de Saúde da Família.

A pré-entrevista foi realizada na casa da própria paciente. A pesquisadora explicou os objetivos do estudo e forma de participação do usuário, convidando-a a colaborar com a investigação. A entrevista foi então agendada.

A entrevista foi realizada na residência do usuário. C1 demonstrou timidez e expressou-se de forma resumida. Na ocasião, esteve presente sua avó.

Fiz o tratamento durante um tempo e parei de tomar a medicação, porque é muito complicado, é muito remédio, é remédio demais. Ninguém daqui de casa me ajuda não, então eu deixei.

Eu estava tossindo muito, tinha febre e muito catarro também. Então fui ao Posto de Saúde [USF] e pedi um encaminhamento para um hospital, aí me encaminharam lá para o Clementino [Complexo Hospitalar de Doenças Infecto Contagias Drº Clementino Fraga]. Fiquei uns dias lá, tenho até o cartãozinho de lá, mas depois me mandaram voltar pra cá e ficar pegando os remédios por aqui, no posto [USF].

As consultas do posto são boas, eles examinam a gente e perguntam umas coisas, minha avó tem o cartãozinho de lá, quando o povo aqui fica doente e precisa vai lá também. Eu não senti falta de nenhuma ajuda deles [profissionais da USF] não. Quando eu precisei do encaminhamento eles me encaminharam e depois que voltei são eles que me dão os remédios para eu trazer para casa.

A irmã de B. [ACS] vem aqui sempre, vem trazer remédio para minha avó, vem ver os meninos se estão doentes, pergunta se precisamos de alguma ajuda e se preocupa muito comigo e com minha mãe, que também tem essa doença, mas diz que não tem. Você quer conhecer ela?

Nossos quartos são lá atrás, separados da casa, nossas coisas também são separadas, copo, prato e colher.

Eu tomei os remédios por uns meses, por um tempo, depois quis mesmo parar de tomar, é muito complicado tomar esses remédios, é muito remédio, eu não sinto nada quando eu tomo, mas é remédio demais, é dois de manhã, mais quatro de tarde e mais três de noite. Ninguém daqui de casa me ajuda não, aí eu enchi o saco de tomar isso. Ah! Eu também não consigo parar fumar não. Então quando eu tomava os remédios eu fumava também. Minha avó diz sou muito irresponsável, quanto mais conselho ela dá, mais não adianta, então, ela cansou. Ela é quem sustenta sozinha todo mundo da casa, ela é aposentada e o resto não tem emprego. Dá de comer para todo mundo aqui, às vezes nem temos o que comer porque o dinheiro não dá.

COLABORADOR 2

(C2)

C2, sexo masculino, 36 anos, desempregado, solteiro, etilista e analfabeto. Ex morador de rua, reside atualmente com oito pessoas em casa de amigo. Casa de alvenaria, não dispõe de eletricidade, água encanada nem sistema de esgoto. Não tem renda e sua alimentação depende do que lhe derem na casa onde mora. Abandonou o tratamento da tuberculose após o primeiro mês. Era acompanhado pela Agente Comunitária de Saúde da Unidade de Saúde da Família.

A pré-entrevista foi realizada na casa do doente. A pesquisadora explicou os objetivos do estudo e forma de participação do usuário, convidando-o a colaborar com a investigação. A entrevista foi então agendada.

A entrevista foi realizada na residência do usuário. C2 demonstrou pouco interesse expressando-se de forma resumida. Na ocasião, esteve presente um amigo e a dona da casa em que mora, a qual o usuário chama de vó.

Deixei de me tratar porque o remédio subia pra cabeça, eu misturava com a bebida e não dava certo não, eu ficava doidinho.

Eu fui parar no Padre Zé [Hospital Padre Zé] por causa de Birita [bebida], porque eu dormia na rua mesmo, aonde eu chegava melado eu dormia, em becos e becos de casas. Foi lá nesse hospital que descobriram que eu estava com essa doença, aí me levaram logo direto pro Clementino [Complexo Hospitalar de Doenças Infecto Contagias Drº Clementino Fraga]. Quando eu ia sair [receber alta] de lá perguntaram se tinha um posto perto de onde eu morava, para que eu pudesse pegar os remédios. Então eu disse que tinha, mas quem ia buscar é a comadre que eu estou com ela, ela é quem pegava pra mim, eu não ia lá não.

Se não fosse esse postinho nem sei o que seria de mim. Nas consultas a enfermeira é muito preocupada com tudo e quer saber como a gente tá indo. No posto é melhor que no hospital. Desde que vim pra cá não precisei de mais nada não, eles é que dão os remédios pra eu tomar aqui em casa. Só a cesta básica é que não chegou ainda, por que esse remédio é forte e se pegar a gente fraco já viu né.

C. [ACS] sempre passa aqui, ela fala comigo, eu falo com ela, sempre vem aqui, pergunta se eu tenho dor, se eu tenho outra coisa, é uma boa pessoa, ela e S. [ACS] não tem pra ninguém não. Elas vêm saber dos outros também, não é só do meu problema não, dos outros também.

Deixei de me tratar porque o remédio subia pra cabeça, eu misturava com a bebida e não dava certo não, eu ficava doidinho [risos]. Mas agora, que voltei a tomar, eu tomo na hora que eu quero os cinco de uma vez só, os dois vermelhos e os três azuis, de duas ou três horas da madrugada, quando o galo canta, eu tomo, aí deixo o efeito passar e durante o dia eu posso tomar umazinha, uma caninha [bebida]. Ainda tomo, não vou mentir. Agora eu estou aqui morando nessa casa, é de uma mulher que eu chamo de vó, ela me dá apoio deixando que eu fique aqui, se não eu estava na rua, porque eu não tenho família, não tenho ninguém, também bota uns “tira-gosto” para a gente tomar umas birita, aqui é minha família.

Eu conheci o filho dela, que é meu amigo, a muito tempo atrás, quando a gente trabalhava no curral que tinha aqui perto. Eu trabalhava no sol quente e dentro da lama, acho que foi assim que eu peguei essa doença.

COLABORADOR 3**(C3)**

C3, sexo feminino, 40 anos, desempregada, casada, etilista, tabagista e usuária de drogas. Não completou o Ensino Fundamental. Mora em casa própria, de alvenaria, com quatro pessoas. A renda familiar média é de R\$ 200,00. Abandonou o tratamento da tuberculose após o terceiro mês. Era acompanhada pela Agente Comunitária de Saúde da Unidade de Saúde da Família.

A pré-entrevista foi realizada na casa da paciente. A pesquisadora explicou os objetivos do estudo e forma de participação do usuário, convidando-a a colaborar com a investigação. A entrevista foi então agendada.

A entrevista foi realizada na residência do usuário. C3 não demonstrou interesse expressando-se de forma grosseira e resumida. Na ocasião não havia ninguém presente.

Abandonei o tratamento porque eu queria mesmo, acho um “saco” tomar esses remédios e às vezes eu me esquecia.

Eu estava tendo febre então fui ao posto [USF], fizeram uns exames e me disseram que eu estava com essa doença. O povo [ESF] do posto só vive querendo que eu vá lá e que eu tome remédio, eu até já fui umas vezes, mais não vou mais não, é um pé no saco ter que ficar indo lá e o povo querendo saber da sua vida.

As consultas do posto são boas, mas eu não vou lá não, eles é que vem por aqui, Ana [ACS] vem aqui quer saber das crianças e dos outros também, mas às vezes eu nem abro a porta, só quando eu quero. Se tivesse uma feirinha [cesta básica] seria bom, quem sabe eu ia lá. Eu acho que eles também não vão com a minha cara, vem aqui porque é obrigado.

Abandonei o tratamento porque eu queria mesmo, acho um saco tomar esses remédios e às vezes eu me esquecia. Eu não vou no posto pegar esses remédios não, fico em casa de dia, saio mais de noite. Fico bebendo em casa, ninguém nem me vê na rua, a casa é toda trancada. Não trabalho e então fico por aqui.

COLABORADOR 4**(C4)**

C4, sexo masculino, 32 anos, atualmente trabalha em uma padaria, solteiro, etilista e tabagista. Não completou o Ensino Fundamental. Mora em casa de parente, com três pessoas, casa de alvenaria, com eletricidade e água encanada, mas sem sistema de esgoto. A renda familiar média é de R\$ 300,00. Abandonou o tratamento da tuberculose após o segundo mês. Era acompanhado pela enfermeira e agente comunitária de Saúde da Unidade de Saúde da Família.

A pré-entrevista foi realizada no local de trabalho do usuário. A pesquisadora explicou os objetivos do estudo e forma de participação, convidando-o a colaborar com a investigação. A entrevista foi então agendada.

A entrevista foi realizada na calçada da casa do usuário, local escolhido pelo próprio entrevistado. C4 demonstrou pouco interesse, sendo breve nas suas respostas. Na ocasião, não havia ninguém presente e o usuário estava com um copo de cerveja na mão.

Eu estava era com saudade de beber e de fumar e tinha vergonha de ir pegar os medicamentos então parei com os remédios.

Eu passava mal, não conseguia comer nada, vomitava muito e tossia. Lá no posto me encaminharam para o Clementino [Complexo Hospitalar de Doenças Infecto Contagias Drº Clementino Fraga], fiquei internado quase um mês. O médico disse que era meu intestino que já estava “colado” por isso eu não conseguia me alimentar. Mas depois de uns quinze dias já estava conseguindo comer alguma coisinha. Estava perto do natal e eu disse que queria me tratar em casa, o pessoal de lá era muito bom, eu fui muito bem tratado, mas queria vir para casa. Quando eu cheguei aqui só peguei os remédios acho que umas duas vezes.

Eu estava era com saudade de beber e de fumar e tinha vergonha de ir pegar os medicamentos então parei com os remédios. Minha mãe me dizia, de vez em quando, para eu me cuidar para ficar curado, mas ela não fala muito disso porque se não a gente briga, eu brigo muito com ela, ninguém lá em casa fala disso comigo!

Eu gosto mesmo é de tomar minha “Jureminha” [água ardente]. Agora que arrumei um serviço só posso beber de noite, tomo só um golinho antes do serviço.

D. [ACS] vem sempre aqui em casa, às vezes vem com a médica, quando eu vejo elas vindo de longe eu já me escondo, porque sei que vão falar a mesma coisa, que é para eu me tratar. Mas não quero agora não! Prefiro ficar por aqui com meus amigos, jogando meu dominó

e tomando minha “Jureminha”. Não estou sentindo mais nada, agora estou até conseguindo comer, só quando eu bebo muito é que passo mal.

COLABORADOR 5**(C5)**

C5, sexo masculino, 30 anos, atualmente trabalha recolhendo nas ruas material para reciclagem, solteiro, analfabeto, etilista, tabagista e usuário de drogas. Mora em casa de parente, com quatro pessoas, casa de alvenaria e madeira, com eletricidade e água encanada, mas sem sistema de esgoto. A renda familiar média é de R\$ 300,00. Abandonou o tratamento da tuberculose durante o segundo mês de tratamento. Era acompanhado pela enfermeira e Agente Comunitária de Saúde da Unidade de Saúde da Família.

A pré-entrevista foi realizada na casa do paciente. A pesquisadora explicou os objetivos do estudo e forma de participação do usuário, convidando-o a colaborar com a investigação. A entrevista foi então agendada.

A entrevista foi realizada na casa do usuário. C5 não demonstrou interesse pela pesquisa e desmonstrava sinais de cansaço. Na ocasião, estava presente um amigo do usuário.

Eu não completei o tratamento porque eu passo o dia todo fora, não dá pra tomar todos esses remédios e eu já estava me sentindo bem, bom todo. Nem precisei parar de beber e fumar [...] Ninguém sabia o que eu tinha o povo não precisava saber da minha vida.

No começo eu tinha sempre febre e frio, vivia cansado, tossindo e escarrando. B. [ACS] vinha por aqui e mandava eu ir lá no posto[USF] fazer uma consulta, mas eu não ia não, de vez em quando a enfermeira também vinha, mas era difícil elas me encontrarem por aqui, porque eu vivo mais na rua, só chego tarde da noite. Uma vez tomei uma cana grande[bebida], fumei uns negócios e fui parar no hospital. Foi lá que eles disseram que eu estava tuberculoso, não podia beber e nem fumar mais.

Acho que fiquei assim porque eu ando muito por aí, o dia todo, não tem tempo ruim nem bom, sol ou chuva, vivo no mundo, quando tem o que comer paro só para isso e minha diversão é beber e fumar.

Quando saí do hospital falaram para eu ficar pegando uns remédios no posto com a enfermeira, nas consultas ela é muito legal, se preocupa com a gente nas consultas examina e conversa, B.[ACS] também, mas não tenho tempo pra ficar pegando esses remédios, as vezes que peguei não pude nem esperar a consulta por que tinha serviço me esperando, se eu não “cato” [recolho material reciclado], não ganho e aí como vou comer? Às vezes não como mesmo. Não senti falta de nenhuma ajuda não, eu que quis deixar os remédios, não completei o tratamento

porque eu passo o dia fora, não dá pra tomar todos esses remédios e eu já estava me sentindo bem, bom todo. Nem precisei parar de beber e fumar, a doutora disse que eu precisava, mas eu não me sentia mal e continuei. Eu é que não ia andar com um “monte” de remédio pra cima e pra baixo, até me esquecia de tomar às vezes. Ninguém sabia o que eu tinha o povo não precisava saber da minha vida

O posto[USF] é bom, quando a gente precisa sabe que tem ele lá, mas pra mim não dá porque como eu já falei passo o dia fora, quando o posto abre, eu não estou mais aqui e quando eu chego, o posto já fechou. No sábado eles [profissionais da USF] não trabalham e nem B.[ACS] aparece.

COLABORADOR 6**(C6)**

C6, sexo masculino, 31 anos, desempregado, divorciado, etilista e analfabeto. Reside atualmente com três pessoas em casa alugada, casa de alvenaria, dispõe de eletricidade e água encanada, porém sem sistema de esgoto. A renda familiar é de mais ou menos R\$ 200,00, dependendo do trabalho que aparece. Abandonou o tratamento da tuberculose durante o terceiro mês. Era acompanhado pela enfermeira e Agente Comunitária de Saúde da Unidade de Saúde da Família.

A pré-entrevista foi realizada na casa de um amigo do paciente. A pesquisadora explicou os objetivos do estudo e forma de participação do usuário, convidando-o a colaborar com a investigação. O usuário concordou em realizar a entrevista logo após o primeiro contato, porém demonstrou pouco interesse expressando-se de forma resumida.

Parei de tomar a medicação por minha causa mesmo, não consigo parar de beber e esses remédios são muito fortes quando juntam com a bebida. Dá problema no estômago e quando a gente não tem o que comer piora.

Eu tossia muito e escarrava, depois apareceu febre e eu fui lá na enfermeira do posto. Ela já achava que podia ser essa doença, aí ela mandou fazer uns exames. Bater uma chapa e escarrar num copinho. Foi aí que acusou essa doença, eu nem sabia o que era direito, mas a enfermeira me explicou umas coisas lá, eu não entendi tudo não, mas fiquei calado. Ela disse que tinha remédio, era só pegar no posto e que eu podia ficar bom se eu tomasse direito.

Todo mundo da minha casa me dizia para eu cuidar de tomar os remédios para ficar bom, mas quando a febre passou e eu parei de tossir já me sentia bom. Parei de tomar a medicação por minha causa mesmo, não consigo parar de beber e esses remédios são muito fortes quando juntam com a bebida. Dá problema no estômago e quando a gente não tem o que comer piora. A pessoa fica com fome aí que dói a barriga mesmo. Já ouvi falar que tem gente que recebe feira[cesta básica], bem que eu ia gostar. Não sinto falta de mais nada não.

As pessoas do posto são gente fina, perguntam como você vai, se preocupam demais. Mas também ficam muito no meu pé, eu não gosto disso não, uma vez até me mudei por causa disso.

COLABORADOR 7**(C7)**

C7, sexo masculino, 29 anos, desempregado, solteiro, analfabeto, etilista, tabagista e usuário de drogas. Mora em casa de parente, com seis pessoas, casa de alvenaria, com eletricidade e água encanada, mas sem sistema de esgoto. A renda familiar média é de R\$ 465,00. Abandonou o tratamento da tuberculose após o segundo mês. Era acompanhado pela Agente Comunitária de Saúde da Unidade de Saúde da Família.

A pré-entrevista foi realizada na casa do paciente. A pesquisadora explicou os objetivos do estudo e forma de participação do usuário, convidando-o a colaborar com a investigação. O usuário concordou em realizar a entrevista na mesma ocasião do contato inicial, demonstrando interesse. Na ocasião, estavam presentes a mãe do usuário e uma sobrinha.

Eu não agüentei fazer o tratamento porque os remédios são fortes demais, dão dor de cabeça e tontura, e eu não sabia que dava isso não.

Eu tossia demais de madrugada e escarrava muito, mas não havia ido ao médico não. Um dia eu estava caído por aí, de tanto beber e usar drogas, eu uso de tudo. Aí o pessoal me pegou e me levou para o hospital, São Vicente de Paula, fiquei por lá seis dias, fiz uns exames também, mas quando eu voltei lá, para pegar os resultados não deu nada. Me encaminharam para o Clementino [Complexo Hospitalar de Doenças Infecto Contagiosas Drº Clementino Fraga], fiz outros exames lá e o resultado acusou pneumonia, eu não me tratei direito e comecei com tosse, vomitar e escarrar sangue aí virou essa doença.

Quando eu vim pra casa comecei a pegar os remédios no posto, ainda pequei dois meses, mas não aqueitei fazer o tratamento porque os remédios são fortes demais, dão dor de cabeça e tontura, e eu não sabia que dava isso não. Mas eu também não parei de beber não, tomava os remédios, bebia, fumava, então passava mal.

Eu abandonei mesmo, eu que não quis me tratar, minha família ajudava muito, não foi por causa de falta de conselho, minha mãe me dizia para eu me cuidar, mas eu nem ligava. Ela separou minhas coisas, tenho tudo separado, copo e outras coisas.

Nunca senti falta de alguma outra ajuda não, porque conselho eu tinha demais.

As consultas daqui do posto e o pessoal [profissionais de saúde da USF] são boas demais, o errado fui eu mesmo que não cuidei da minha saúde. M. [ACS] passa sempre aqui em

casa, pergunta por todo mundo, ela se preocupa com todos, ela entra, senta e pergunta se a gente precisa de alguma coisa. Eu estou até pensando em voltar de novo a me tratar.

5 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

5.1 GRANDE CATEGORIA EMPÍRICA: VULNERABILIDADE E CO-DEPENDÊNCIA

5.1.1 PRIMEIRA CATEGORIA EMPÍRICA: FATORES RELACIONADOS A DESCONTINUIDADE DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE SOB A ÓPTICA DO USUÁRIO CONSIDERANDO O ENFOQUE FAMILIAR

5.1.2 Tuberculose x Drogas Lícitas: a influência do alcoolismo e tabagismo na descontinuidade do tratamento

O consumo de álcool e fumo configura-se em um fator que colabora e até mesmo induz ao abandono do tratamento da TB. O alcoolismo crônico é considerado importante fator de risco para o desenvolvimento da tuberculose, visto que há alta incidência de casos e de formas mais avançadas de tuberculose pulmonar entre esses doentes (ANDRADE; VILLA; PILLON, 2005).

Ressalta-se que deve ser dada atenção especial para o tratamento dos doentes pulmonares bacilíferos etilistas, pois mesmo que estes compreendam a TB como uma doença que tem cura, ainda assim, relutam em modificar comportamentos negativos em relação à mudanças de hábitos nocivos à saúde, como por exemplo, o uso do álcool e fumo (LIMA *et al*, 2001; GONÇALVES *et al*, 1999; BRASIL, 2002a).

É importante mencionar que os colaboradores da pesquisa em questão, que fazem uso do álcool e do cigarro, demonstraram total desinteresse em abandonar esses hábitos, e mesmo que visivelmente necessitados de recursos financeiros não deixam de adquirir tais produtos, preferindo abandonar o tratamento da doença e não a dependência.

A consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, considerando o contexto familiar, deve ser permeado pela abordagem dos hábitos e estilos de vida que esse leva, visando a promoção da saúde, o que envolve especialmente a compreensão da dinâmica familiar e a determinação saúde-doença dentro dessa dinâmica (CARBONE, 2004). Nesse sentido na perspectiva do indivíduo focado na família, deve se refletir sobre a interferência positiva ou negativa que esta pode ter no processo saúde-doença da pessoa, quando compreendidos que há hábitos que estão intimamente ligados a concepções pessoais e ideológicas da família e não apenas do doente.

Dessa forma, o cuidado com a família se torna imprescindível para que o doente venha à aderir ao tratamento da tuberculose e consiga modificar seus hábitos e estilos de vida. Segundo

Ribeiro (2004), essa abordagem a família se concretiza na perspectiva do indivíduo, que é o foco real da atenção, ou seja, a família é o cliente nominal, mas não é “objeto” principal do tratamento.

Pode-se perceber que o alcoolismo e o tabagismo são hábitos que, presentes no tratamento da TB, aumentam as chances da ocorrência de abandono, podendo também ser agentes potencializadores do agravamento do quadro clínico da doença, uma vez que os usuários que fazem uso dessas drogas têm sérias dificuldades para abdicarem desses vícios.

Esses fatos podem ser observados abaixo, em alguns trechos dos relatos de colaboradores quando argüidos sobre o motivo que os levou a abandonar o tratamento da TB.

[...] Ah! Eu também não consigo parar fumar não. Então quando eu tomava os remédios eu fumava também. C1

Eu estava era com saudade de beber e de fumar [...] C4

Nem precisei parar de beber e fumar, a doutora disse que eu precisava, mas eu não me sentia mal e continuei. C5

Parei de tomar a medicação por minha causa mesmo, não consigo parar de beber. C6

O esquema terapêutico básico da TB é de curta duração, podendo o doente estar curado em seis meses, se este seguir as recomendações dos profissionais de saúde e não deixar de tomar a medicação prescrita. Porém, diversos fatores podem dificultar esse tratamento fazendo com que o mesmo se prolongue. Sasaki (2003) descreve que em estudo avaliativo do tempo de tratamento da TB em pacientes inscritos em um serviço de saúde do município de Ribeirão Preto – SP, no período de 1998 a 1999, verificou-se que 77,7% dos alcoolistas apresentavam tempo de tratamento superior a seis meses. E quando avaliados pacientes com tempo de tratamento superior a nove meses, os resultados também foram desfavoráveis em relação aos alcoolistas, que respondiam por 55,5% dos casos. Autores como Andrade; Villa; Pillon (2005) afirmam que esses acontecimentos podem ser explicados pelo fato de se encontrarem maiores porcentagens de abandono e absenteísmo entre esse grupo, o que determina tempo maior para conclusão do tratamento e, por vezes, a indicação de esquemas terapêuticos mais prolongados em casos de resistência às drogas usuais.

A recidiva de tuberculose e a Tuberculose Pulmonar Multiresistente também estão relacionadas com a existência de hábitos danosos à saúde e com a adesão ao tratamento (OLIVEIRA; MOREIRA FILHO, 2000b). De acordo com Mello (2001), dentre os indivíduos que apresentaram recidiva, 45% haviam abandonado o tratamento e 27% eram etilistas. Por sua vez,

Barroso *et al* (2003) encontraram, em pacientes com TBM, a presença do alcoolismo e tabagismo em 39% dos indivíduos, enquanto os que se apresentavam sem a TBM, representavam 24% deles.

Assim, observa-se que o alcoolismo e o tabagismo, drogas consideradas lícitas em nossa sociedade, exercem influência negativa no prognóstico e tratamento da TB, pois além de trazerem danos à saúde de uma maneira geral, contribuirão para a descontinuidade do tratamento. Desse modo, os usuários com diagnóstico de tuberculose que apresentam em sua história clínica pregressa a utilização dessas drogas, necessitam de um melhor acompanhamento por parte da ESF, que envolva a família do doente e busque compreender sua dinâmica e seus valores socioculturais.

Destarte, a prática do cuidado integral se apresenta como forma indispensável para a identificação e solução dessa situação. A ESF deve valorizar as peculiaridades de cada indivíduo em tratamento da TB e de sua família, procurando solucionar seus problemas, dúvidas, inquietações e compreender sua dinâmica familiar. No caso específico do alcoolismo e tabagismo, após identificação desses fatores, a equipe deve dar orientações ao usuário e a sua família, além de, encontrar meios para oferecer apoio, ajudando-os a modificarem esses hábitos danosos concomitantemente ao tratamento da TB. Segundo Ayres (2004) deve-se buscar maneiras de melhor manejar as singularidades dos indivíduos, ampliando e flexibilizando normas na aplicação terapêutica das tecnologias de saúde, o que contribuirá na direção racionalizadora e humanizadora dessas abordagens.

Zago (2004) menciona que a dependência ao álcool surge como um dos agravos mais importantes em termos de saúde mental no Brasil. Dessa forma, se torna uma situação marcante, de cunho social, que fragiliza o combate a TB. E de acordo com Sá *et al* (2009) esse problema estimula a tomada de decisão de modo a construir um diálogo permeado pela intersetorialidade.

Souza (2008) sugere que no campo da Atenção Primária à Saúde, deveria se pensar em investir na parceria entre a Unidade de Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas (CAPS - AD), visando um cuidado mais abrangente ao doente de TB etilista e tabagista, pois ambos integram a rede de atenção à saúde mental.

Nesse contexto, torna-se necessária a reflexão sobre a necessidade da intersetorialidade das ações, um dos grandes desafios para resolubilidade dos problemas em saúde, pois permite a articulação de esforços dentro da rede de atenção à saúde, bem como dos serviços de saúde com outros setores sociais. Não devendo ser esquecido, entretanto, a importância do envolvimento da família do doente e a compreensão das individualidades dessa nas ações de controle da Tuberculose, para a prática de projetos terapêuticos singulares.

5.1.2 Efeitos colaterais, quantidade de medicamentos e tempo de duração do tratamento

Segundo o Ministério da Saúde (2002) o paciente com diagnóstico de TB bacilífera, necessita realizar um tratamento que garanta sua cura; este tratamento deve ser quimioterápico e adequado, com o fornecimento ininterrupto e gratuito dos medicamentos.

Torna-se necessário ressaltar que apesar da tuberculose ser uma doença curável que possui tratamento gratuito, deve-se oferecer todas as orientações em relação ao uso das medicações, enfatizando também que a ingestão de bebidas alcoólicas aumenta o risco para o desenvolvimento de efeitos colaterais (ANDRADE; VILLA; PILLON, 2005). Como pode ser observado no relato do colaborador 2:

[...] Deixei de me tratar porque o remédio subia pra cabeça, eu misturava com a bebida e não dava certo não, eu ficava doidinho [...] Mas agora, que voltei a tomar [os medicamentos], [...] deixo o efeito passar e durante o dia eu posso tomar umazinha, uma caninha [bebida]. Ainda tomo, não vou mentir. C2

Nessa concepção deve-se refletir que apenas a distribuição de medicamentos e práticas estritamente voltadas ao âmbito morfofuncional não são as únicas estratégias que levarão o doente a cura. Rocha (2009) afirma que o tratamento, apesar de ser fundamental para cura da doença, quebrando assim a cadeia de transmissão, também tem se mostrado um verdadeiro obstáculo para os programas de controle da tuberculose e para os próprios pacientes, pois se trata de um tratamento prolongado, com muitas drogas e vários efeitos desagradáveis. O Ministério da Saúde (2002) afirma que dentre os efeitos mais frequentemente descritos estão as manifestações gástricas. O que pode ser observado no discurso que se segue:

[...] esses remédios são muito fortes [...] Dá problema no estômago. C6

Destaca-se aqui que nenhum dos colaboradores que referiram sentir algum efeito colateral dos medicamentos, narraram em suas falas a pré-existência de orientações quanto a essas possíveis reações. Assim, enfatiza-se a extrema relevância da educação em saúde no sentido de que os pacientes deveriam ser informados sobre os possíveis efeitos colaterais que poderão surgir durante o tratamento, desse modo não seriam pegos de surpresa. Nesse sentido também devem ser considerados fatores relacionados com os serviços de saúde que contribuem para o

abandono, como falhas nas orientações dadas aos pacientes. No discurso do colaborador 7 essa falha fica bem evidente:

[...] não aqueitei fazer o tratamento porque os remédios são fortes demais, dão dor de cabeça e tontura, e eu não sabia que dava isso não. C7

Oliveira *et al* (2000) referem que os diversos efeitos colaterais às drogas usuais comprometem o tratamento da TB, em alguns casos esses efeitos são tão intensos que forçam o doente a abandonar as medicações, podem aparecer episódios de vômitos, processos alérgicos, artrite, entre outros. Além dessas reações, ainda existe a possibilidade da ocorrência da hepatotoxicidade devido à utilização dos antituberculostáticos. Pereira *et al* (2000) comprovaram o efeito hepatotóxico dessas drogas em lactente que apresentou hepatite tóxica e insuficiência hepática.

Atualmente muito se discute sobre o tratamento da TB e o surgimento de cepas de bacilos resistentes. Muitos pesquisadores questionam o porquê de ainda não ter sido estudado um tratamento com menor tempo de duração e efeitos menos desagradáveis (JAMAL; MOHERDAUI, 2007).

É importante ressaltar que também existe pacientes que são submetidos ao tratamento da TB e consegue concluí-lo sem sentir qualquer efeito colateral, no entanto, outros fatores podem estar relacionados com o abandono ou interrupção do tratamento, como o número de doses e horários de administração da medicação (BRASIL, 2002). Esses fatos podem ser observados nas narrativas abaixo:

[...] eu passo o dia fora, não dá pra tomar todos esses remédios [...] Eu é que não ia andar com um “monte” de remédio pra cima e pra baixo [...]. C5

[...] Eu tomei os remédios por uns meses, por um tempo, depois quis mesmo parar de tomar, é muito complicado tomar esses remédios, é muito remédio, eu não sinto nada quando eu tomo, mas é remédio demais, é dois de manhã, mais quatro de tarde e mais três de noite. C1

[...] Mas agora, que voltei a tomar [os medicamentos], eu tomo na hora que eu quero, os cinco de uma vez só, os dois vermelhos e os três azuis, de duas ou três horas da madrugada, quando o galo canta [...]. C2

O maior número de medicamentos prescritos e o esquema terapêutico, também estão associados à não adesão mesmo quando o medicamento é fornecido gratuitamente. Esse é um dos principais fatores relacionados ao medicamento que interferem na adesão, pois os esquemas

terapêuticos normalmente são complexos para os doentes e exigem um grande empenho por parte deles, que precisam adaptar sua alimentação, horários e ritmo diário para cumprir o tratamento (NEMES *et al*, 2000; JORDAN *et al.*, 2000).

Rocha (2008) comenta sobre o aumento de sensibilidade com relação ao medo de ingerir muitos comprimidos, pois é natural que a pessoa tema efeitos desagradáveis quando se vê obrigado a tomar muitos remédios de uma única vez.

Ayres (2004) afirma que a utilização de parâmetros diagnósticos, drogas, doses e combinações deveriam seguir critérios mais singularizados, distintos do padrão convencional, sempre que o manejo prático da situação particular demonstrar positivamente sua variação em relação a comportamentos esperados por meio de médias (como doses farmacologicamente ativas, efeitos benéficos ou adversos efetivamente produzidos etc). É imperativo não deixar que a experiência que se transformou em tecnologia não se cristalize como tal. Como diz Mehry (2000), as tecnologias leves, isto é, a dimensão em que operam as interações humanas no trabalho em ato na saúde, devem ser permeáveis à mudança, ao novo, a reconstrução.

Diante do exposto conclui-se que o tratamento da tuberculose ainda é um desafio para os programas de controle, pois além do número de comprimidos, o medicamento pode trazer consigo sinais físicos desagradáveis, levando o doente a não relacioná-lo com a cura e o reestabelecimento da saúde. Fatos esses, que poderiam ser modificados se os profissionais da saúde considerassem que “cada caso é um caso” e estivessem sensíveis à possíveis interferências da sabedoria prática.

5.1.3 Regressão dos sintomas da doença e “esquecimento” do medicamento

A obtenção do sucesso do tratamento da TB tem a regressão dos sintomas como outro importante obstáculo, despertando no doente a ilusão da cura.

O risco de abandono do tratamento da tuberculose é elevado ao final do primeiro mês e início do segundo, pois os doentes, estando assintomáticos e com bom estado geral em consequência da eficácia farmacológica, podem acreditar que estão livres da doença e interromper a tomada da medicação antituberculosa (FERREIRA; SILVA; BOTELHO, 2005). O relato do bom estado geral após o início do tratamento é observado nas falas que se seguem:

[...] não quero agora não! Prefiro ficar por aqui com meus amigos, jogando meu dominó e tomando minha “Jureminha” [água ardente]. Não estou sentindo mais nada [...] C4

[...] eu já estava me sentindo bem, bom todo. C5

[...] quando a febre passou e eu parei de tossir já me sentia bom [...] C6

Os colaboradores em questão referiram um sentimento de bem-estar, não apresentavam os sintomas anteriormente sentidos e por isso não compreendiam a necessidade de ingestão de medicamentos por mais tempo. A ausência de sintomas, em algumas fases do processo de adoecimento, por exemplo, é um dos fatores citados para a não adesão à terapia da Tuberculose (GONÇALVES *et al.*, 1999). O que chama atenção para o fato de que o êxito técnico inicial do tratamento só faz sentido para essas pessoas quando se equipara a conquista de situações valorizadas por elas, como por exemplo, o “sentir-se bem”, não apresentar nenhum sintoma desagradável.

Uma questão importante no controle do abandono é o conhecimento do mês da sua ocorrência. Geralmente os pacientes sentem-se em bom estado geral e praticamente sem sintomas clínicos ao final do primeiro e no início do segundo mês de tratamento. A partir daí, o risco de abandono aumenta, pois muitos dos pacientes acham que já estão livres da doença, uma vez que se encontram assintomáticos (COSTA *et al.*, 1998; PAIVA *et al.*, 1999). É relevante destacar que seis dos colaboradores não realizaram nem metade do tratamento, abandonando-o durante o primeiro ou segundo mês, e apenas um colaborador abandonou o tratamento após o terceiro mês.

Identificar os motivos que levaram o doente de TB ao abandono do tratamento é questão fundamental. Deve-se utilizar da sensibilidade para se distinguir o que realmente aconteceu na vida daquele cidadão, e ou daquela família, que levou ao não comparecimento à USF. Para isso necessita-se de diálogo constante e acompanhamento contínuo desse paciente em seu contexto familiar. É improvável que qualquer intervenção que ignore a multidimensionalidade desse fato tenha sucesso nas mudanças de comportamento do indivíduo.

Os problemas aqui levantados levam novamente a reflexão sobre a falta de projetos terapêuticos singulares e sobre a necessidade de maior articulação entre a equipe de saúde e a família do doente, o que contribuiria para a construção do cuidado integral, pois como afirma Ayres (2004) não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações.

A família, quando cuidada e orientada, poderia ajudar com os cuidados necessários durante o tratamento da TB. O estabelecimento de estratégias junto aos familiares dos doentes possivelmente melhoraria a adesão ao tratamento, já que alguns relatam um suposto “esquecimento” como motivo de não tomarem a medicação da maneira correta.

Abandonei o tratamento porque eu queria mesmo, acho um saco tomar esses remédios e às vezes eu me esquecia [...] C3

[...] até me esquecia de tomar às vezes [...] C5

Em pesquisa realizada por Al-Shammari *et al* (1995) observou-se que a maioria dos pacientes que não aderiram à terapêutica prescrita mencionou apenas poucos motivos para isto. Como poderiam relatar seus motivos? Será esses pacientes têm consciência sobre seu tratamento e sabem que deles depende o processo de decisão?

A maior parte dos doentes não estão preocupados com a continuidade do tratamento propriamente dito, mais sim com a melhora dos sintomas, a volta à vida normal, a superação da fragilidade. O que lhe garantirá segurança e alívio, não importa o meio, se um medicamento, uma reza ou simplesmente “esquecer” que o problema existe (LEITE; VASCOCELLOS, 2003). Destarte pode-se observar a necessidade de ações de educação em saúde, pois nem todos os doentes compreendem a finalidade do tratamento em si. Como explicita Conrad (1985) o doente não está preocupado em desobedecer ou não aderir ao receituário médico, mas sim em lidar com sua condição de vida da forma que lhe convenha e que lhe permita maior autocontrole, liberdade e felicidade.

Ayres (2003-2004) reflete sobre essas questões que devem ser consideradas de suma importância na relação profissional-paciente. Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos os projetos de felicidade de quem quer ser cuidado? Que papel desempenhamos nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de contribuir para essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade de cuja concepção participamos? A verdade é que raramente chegamos sequer a nos indagar sobre os projetos de felicidade daqueles indivíduos ou populações aos quais prestamos assistência, quanto mais participar ativamente de sua construção.

Conclui-se, portanto, que profissionais de saúde devem estar atentos aos “projetos de felicidade” daqueles de cuja saúde se responsabilizam em cuidar, é preciso também que cada profissional se preocupe em se informar acerca de quanto esses indivíduos são conhecedores e partícipes desses compromissos.

5.1.4 Pobreza, desemprego, fome e implicações no tratamento da tuberculose

Muito se tem pesquisado sobre os fatores intrínsecos que se estabelecem entre as desigualdades sociais e a tuberculose. Diversos estudos comprovam que há uma íntima ligação entre os fatores socioeconômicos e a adesão ao tratamento da TB, dessa forma a pobreza, o desemprego e a fome contribuem mutuamente para elevação, tanto do risco de ser acometido pela TB, quanto de abandono ao seu tratamento. Situação essa que pode também ser invertida, se refletirmos o fato que um indivíduo com diagnóstico de TB e que abandona o seu tratamento têm maiores riscos de fracassos relacionados ao fator socioeconômico, considerando que este apresentará peculiaridades de um doente de tuberculose.

A relação entre pobreza e TB está muito bem documentada, destacando-se também os riscos relacionados a indicadores de *status* socioeconômicos como aglomerados, pobreza e desemprego, sem que se encontre uma saída efetiva, embora muitos investimentos estejam sendo feitos, esses privilegiam o tratamento e não a prevenção. A gravidade e o impacto negativo da doença varia na razão inversa ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e, sua distribuição não uniforme, sofre influência de fatores como a extensão territorial, o crescimento populacional desordenado e a concentração de pessoas nas periferias que vem se arrastando ao longo dos anos (VENDRAMINI *et al*, 2007).

Com o advento do conhecimento científico acerca do diagnóstico, fisiopatologia e tratamento da TB, a idéia de que o contexto social está intimamente relacionado à transmissão e evolução da doença foi comprovado. Sabe-se que a tuberculose prolifera “em áreas de grande concentração humana, com precários serviços de infra-estrutura urbana, como saneamento e habitação, onde coexistem a fome e a miséria” (BRASIL, 2002).

A desigualdade social é marca constante na história do nosso país. Ainda que esforços governamentais e não governamentais sejam empregados na tentativa de combater essas desigualdades, os relatos de alguns colaboradores comprovam a total carência que afeta suas famílias, que são privadas até mesmo do direito básico de uma alimentação adequada:

[...] Ela é quem sustenta sozinha todo mundo da casa, ela é aposentada e o resto não tem emprego. Dá de comer para todo mundo aqui, às vezes nem temos o que comer porque o dinheiro não dá. C1

[...] se eu não “cato” [recolho material reciclado], não ganho e aí como vou comer? Às vezes não como mesmo. C5

[...] quando a gente não tem o que comer piora. A pessoa fica com fome aí que dói a barriga mesmo[...]C6

Nesse contexto, os relatos acima são denúncias declaradas do direito universal que, constantemente, é negado à diversas famílias brasileiras:

Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em casos de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios subsistência e circunstâncias fora de seu controle.

(Declaração dos Direitos Humanos, Artigo XXV, § 1º).

A falta de acesso ao alimento é uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos doentes de TB. Verifica-se que o estado de miséria dessa população contribui para abandono e não adesão ao tratamento. *Sá et al* (2007) verificaram que a pobreza e a fome são grandes entraves ao controle da TB, pois mesmo que o doente tenha garantida a medicação específica, as condições nutricionais das pessoas não favorecem a ação dos medicamentos e deixam o tratamento mais demorado e sofrido para o usuário.

Diante das variáveis socioeconômicas identificadas durante a coleta de dados e visita aos colaboradores, é de suma importância enfatizar aqui os principais componentes encontrados nesta pesquisa. Dos sete colaboradores da pesquisa, apenas dois se encontravam empregados no período da coleta de dados, cinco indivíduos estavam desempregados e dependiam da renda de outras pessoas. Todos os colaboradores sobreviviam com menos de um salário mínimo. Apenas três colaboradores não eram analfabetos e os demais não haviam sequer completado o ensino fundamental. Todos residiam em locais de extrema pobreza, em favelas, onde observou-se aglomerados urbanos, falta de saneamento básico e dificuldade de acesso às moradias, que estão situadas em áreas consideradas de risco, por causa da violência e tráfico de drogas.

Fonseca *et al* (2000), Costa; Gonçalves e Menezes (1998) afirmam que essas variáveis têm em comum o fato de evidenciarem a estratificação social. Os indivíduos ocupam uma posição na hierarquia social de acordo com a sua ocupação, renda e nível educacional, sendo que, cada um desses indicadores, cobre um aspecto diferente da estratificação social. O nível educacional expressa diferenças entre pessoas em termos de acesso à informação e perspectivas e possibilidades de se beneficiar de novos conhecimentos; a renda representa antes de tudo o acesso aos bens materiais, inclusive aos serviços de saúde; e o *status* ocupacional inclui esses dois aspectos, além dos benefícios adquiridos em algumas profissões tais como prestígio, privilégios e poder.

A realidade das condições precárias de vida dos doentes de TB, em especial dos colaboradores da pesquisa, vem a advertir sobre a importância de apoio social para melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Que estão à margem da sociedade, sem autonomia, vivendo em ambientes precários e indignos. Colaborando com essa situação a falta de emprego é uma realidade cruel, se pensarmos na possibilidade que o acesso ao trabalho poderia ser uma maneira de se tentar mudar essas condições. Por conseguinte, nesse caso, também há uma negação aos direitos humanos, evidenciado no Art. XXIII, § 1º da Declaração Universal que afirma que todo homem tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas favoráveis de trabalho e a proteção contra o desemprego.

É importante que se compreenda que o problema da Tuberculose ultrapassa o comportamento do doente e dos serviços de saúde, é um problema de cunho social, que necessita de reflexão além da saúde pública, pois é um agravante da injustiça social. Como bem afirma Rodrigues *et al* (2007) o controle da TB é um indicativo da qualidade da atenção à saúde, mas também da justiça social de um país.

Por conseguinte, considerando a dimensão do problema social em que a tuberculose se enquadra, alguns serviços de saúde disponibilizam incentivos aos pacientes que estão em tratamento da tuberculose, estes se configuram na forma de benefícios como café-da-manhã, cestas básicas mensais, passagens de ônibus, entre outros. Porém, segundo Gomes (2007) esses benefícios não produzem mudanças significativas nas condições de vida do doente e de sua família, já que são temporários, e também acentuam a estigmatização do doente de TB, devido à maneira diferenciada de tratamento pela equipe de saúde. Essas evidências, só apóiam a afirmação de que o descaso dos gestores, pelo problema da tuberculose, se evidencia quando retratado nas soluções pobres para os pobres e que acabam por ferir os princípios doutrinários do SUS.

É importante a reflexão da magnitude que a TB tem alcançado, evidenciando que o setor saúde não é mais o único responsável pelo problema. Faz-se necessário o empoderamento dos usuários para o exercício do controle social, a formação de uma rede social organizada e solidária, que esteja consciente de que a saúde como um direito de cidadania está continuamente ameaçada, pela negação dos direitos humanos e dos princípios doutrinários do SUS.

5.2 SEGUNDA CATEGORIA EMPÍRICA: O CUIDADO INTEGRAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA COM O DOENTE DE TUBERCULOSE: REALIDADE OU UTOPIA?

5.2.1 A integração dos serviços de saúde no cuidado com o doente de TB e o vínculo

A interação entre doentes, Equipe de Saúde da Família (ESF) e comunidade, bem como a abordagem à família, durante o processo de atenção à saúde, deve ser destacada para assegurar assistência integral e resolutiva. Compete assinalar a importância que os serviços de saúde assumem nesse contexto, uma vez que esses podem facilitar ou limitar seu uso pelos indivíduos que demandam atenção. Dessa forma, lidar com as condições crônicas implica em otimizar recursos mediante planejamento prévio, capacitar a equipe de saúde sob perspectiva técnica e humanística, enfatizar a prevenção no autogerenciamento e estabelecer estratégias visando melhor desempenho dos serviços(BRASIL, 2003).

Oliveira *et al* (2009) destacam pesquisas que evidenciaram a importância da criação de alternativas para o controle da TB que se voltem para a prática de saúde participativa, coletiva, integral, vinculada à realidade da comunidade e capaz de ultrapassar as fronteiras das USFs. Dessa maneira, Starfield (2002) afirma que a dimensão do enfoque familiar torna-se fundamental, no momento em que considera o indivíduo em seu ambiente habitual, inserido no contexto familiar e exposto a ameaças à saúde de qualquer ordem, além de enfrentar o desafio dos recursos familiares limitados.

Vasconcelos (1999) ressalta que a implantação do PSF, em alguns municípios, representou uma mudança apenas institucional, não representando uma aproximação ao cotidiano das famílias e produção de cuidados com enfoque familiar. Por conseguinte, o termo família tem perdido a sua especificidade, ao denominar-se Saúde da Família as práticas tradicionais de abordagem individual ou de relação com o grupo comunitário.

Considera-se indispensável que a ESF envolva os familiares do doente de TB nas suas ações, já que a família é o primeiro núcleo em que as relações de cuidado se apresentam, como pode ser observado nos relatos que se seguem:

[...] Agora eu estou aqui morando nessa casa, é de uma mulher que eu chamo de vó, ela me dá apoio deixando que eu fique aqui, se não eu estava na rua, porque eu não tenho família, não tenho ninguém [...], aqui é minha família. C2

[...] Minha mãe me dizia, de vez em quando, para eu me cuidar para ficar curado, mas ela não fala muito disso porque se não a gente briga[...] C4

*[...] minha família ajudava muito, não foi por causa de falta de conselho, minha mãe me dizia para eu me cuidar, mas eu nem ligava.*C7

[...] Todo mundo da minha casa me dizia para eu cuidar de tomar os remédios para ficar bom[...] C6

*[...] Ninguém daqui me ajuda não [...]minha vó diz que sou muito irresponsável, quanto mais conselho ela dá, mais não adianta, então ela cansou [...]*C1

Nos relatos dos colaboradores acima descritos observa-se o emprego do termo cuidado expressando preocupação, solidariedade, orientação, entre outros. E é possível observar também, na fala da colaboradora 1, a falta que o apoio familiar faz na vida dela. É nessa perspectiva que Boff (2008) afirma que o cuidado faz parte da essência humana e não resume-se apenas a um ato pontual, mas configura-se em atitudes de respeito, preocupação e responsabilização para com o próximo.

Luz (2004) menciona que quando nos reportamos à noção de cuidado, não a apreendemos como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral, que tem múltiplos significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como um direito de se respeitar as diferenças. É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, que é em grande medida fruto de sua fragilidade social.

O cuidado entendido como uma dimensão da integralidade de vê permear as práticas de saúde e não pode se restringir apenas as competências e tarefas técnicas (AYRES, 2001). Ele de ultrapassar as essas tarefas, no sentido que inclui a decisão de acolher, escutar o indivíduo e construir vínculos de intersubjetividade.

Vale salientar que a questão do vínculo com a ESF é fundamental para o êxito do tratamento, pois a falta de estabelecimento de uma relação de confiança e de reciprocidade, na qual o paciente possa se sentir amparado e à vontade para demonstrar sua insegurança, pode comprometer a continuidade do tratamento (ROCHA, 2008).

Certas atitudes da ESF, como linguagem, tempo dispensado para o paciente, atendimento acolhedor, respeito aos valores, as indagações e questionamentos dos pacientes e motivação para o cumprimento da terapia são fatores citados na literatura como contribuintes no processo de adesão ao tratamento. É importante ressaltar que a noção de integralidade, como

princípio do SUS, deve orientar a compreensão e a escuta antes que se assista às demandas e necessidades dos indivíduos, grupos e comunidades (MACHADO *et al*, 2007).

A consulta na USF representa um momento de encontro, no qual deve haver um diálogo, o mais claro possível, entre o profissional de saúde e o usuário, fortalecendo essa relação. Recomenda-se que, nesse momento, a abordagem ao doente de TB se dê na perspectiva de uma clínica ampliada, que abarque o indivíduo e seu contexto nas práticas da clínica (CAMPOS, 2003). Pode-se observar esse conjunto, do momento da consulta, nas falas dos colaboradores a seguir:

[...] As consultas do posto[USF] são boas, eles examinam a gente e perguntam umas coisas, minha vó tem o cartãozinho de lá, quando o povo aqui fica doente e precisa vai lá também.C1

Se não fosse esse postinho[USF] nem sei o que seria de mim, nas consultas a enfermeira é muito preocupada com tudo e quer saber como a gente ta indo.[...] C2

[...] a enfermeira, nas consultas ela é muito legal, se preocupa com a gente, examina e conversa[...] C5

A temática da relação nos serviços de saúde é muito discutida e pesquisada. Muitos são os artigos que tratam de relação profissional-usuário, médico-paciente, acolhimento, tecnologias leves e construção de vínculo com o serviço. Para se esclarecer sobre o significado do termo relação, cabe destacar o conceito dado por Hinde (1979, p. 14) que diz que uma relação requer uma interação intermitente entre duas pessoas envolvendo trocas em período extenso. Essas trocas têm um grau de mutualidade.

Faz-se necessário nesse contexto refletir sobre co-gestão do cuidado, que pressupõe o estabelecimento de uma prática intersubjetiva, na qual o profissional de saúde e o usuário estabelecem relações de troca e desenvolvem o sentido forte do diálogo na perspectiva da hermenêutica: a *fusão de horizontes*, definida como a “produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido” (AYRES, 2007, p.58).

Dessa maneira reflete-se que as relações, entre quem cuida e quem é cuidado, não acontecem no vazio, sofrem influência tanto dos indivíduos que a compõe, com suas singularidades, quanto do contexto em que acontecem. Por isso, profissionais de saúde devem ser parceiros na relação com o usuário, favorecendo a participação de ambos. Podemos observar

essa afirmativa quando Freire (2000) relata que o homem não está no mundo, mas está com o mundo, considerando-o como um ser de relações e não somente de contatos.

Apesar de alguns autores discordarem da idéia de “parceiros nas relações” na medida em que as diferenças de poder ou de compreensão da realidade impossibilitam sua efetivação, é importante considerar a equipe de saúde e o paciente como parceiros. Porém, se o poder desses profissionais de saúde está ameaçado pela necessidade de adesão como uma possibilidade e não como uma certeza, cabe a equipe pensar em como construir uma relação de parceria com o paciente. Pois se a equipe não contar com a colaboração e participação do usuário o processo de cuidado estará em risco (CAPRARA; FRANCO, 2006).

Pode-se observar que a falta de interesse pelas necessidades do paciente, pelas suas condições de vida, pela sua família e até mesmo a falta de empatia usuário- profissional de saúde, pode prejudicar a construção de uma relação de troca, mutualidade e de vínculo com o doente de TB, como mostra as falas a seguir:

[...] O povo [ESF] do posto[USF] só vive querendo que eu vá lá [...] é um pé no saco ter que ficar indo lá e o povo querendo saber da sua vida[...] A. [ACS] vem aqui [...] mas às vezes eu nem abro a porta, só quando eu quero. Eu acho que eles também não vão com a minha cara, vem aqui porque é obrigado. C3

D. [ACS] vem sempre aqui em casa, às vezes vem com a médica, quando eu vejo elas vindo de longe eu já me escondo, porque sei que vão falar a mesma coisa, que é para eu me tratar. Mas não quero agora não! [...]C4

[...]Mas também ficam muito no meu pé, eu não gosto disso não, uma vez até me mudei por causa disso. C6

Percebe-se nos discursos supracitados que o ACS é visto como um representante da ESF na comunidade, assim quando este não consegue construir uma ligação entre a população assistida e o serviço de saúde, o usuário tende a distanciar-se de toda a equipe.

Souza (2008) ressalta que o descontentamento do doente de TB em relação ao funcionamento da USF, também se configura um fator que fragiliza o vínculo entre a equipe e o doente, o que dificulta o acompanhamento do mesmo ao longo do tratamento. Como retratado no discurso do colaborador 5:

[...] O posto é bom [...], mas pra mim não dá porque como eu já falei, passo o dia fora, quando o posto abre, eu não estou mais aqui e quando eu chego, o posto já fechou. No sábado eles [profissionais da USF] não trabalham e nem B.[ACS] aparece. C5

Dessa forma a construção de vínculo profissional-usuário aparece como algo necessário para o sucesso quanto a adesão ao tratamento da TB. A origem da palavra vínculo é do latim (*vinculum*) e significa laço, ligação. Remetendo a interdependência, relações de troca. O vínculo é produzido quando existe uma transferência de afetos entre aqueles que se vinculam, sendo assim, pode ser definido como a circulação de afeto entre pessoas (CAMPOS, 2003).

O vínculo está fortemente relacionado com a prática do cuidado integral, como uma relação em que se percebe a preocupação e o interesse. Essa relação pode ser observada nos relatos que se seguem:

[...] A irmã de B. [ACS] vem aqui sempre, vem trazer remédio para minha avó, vem ver os meninos se estão doentes, pergunta se precisamos de alguma ajuda e se preocupa muito comigo e com minha mãe, que também tem essa doença, mas diz que não tem. [...] C1

[...] C. [ACS] sempre passa aqui, ela fala comigo, eu falo com ela, sempre vem aqui, pergunta se eu tenho dor, se eu tenho outra coisa, é uma boa pessoa, ela e S. [ACS] não tem pra ninguém não. Elas vêm saber dos outros também, não é só do meu problema não, dos outros também. C2

[...] M. [ACS] passa sempre aqui em casa, pergunta por todo mundo, ela se preocupa com todos, ela entra, senta e pergunta se a gente precisa de alguma coisa. Eu estou até pensando em voltar de novo a me tratar. C7

Considerando a APS, o vínculo deve ter uma íntima ligação com as demais dimensões que a integram, como o enfoque familiar, foco dessa pesquisa. Teixeira (2000) relata que o PSF juntamente com o PACS são estratégias que colaboram com a APS e são responsáveis pelo desenvolvimento das ações de controle de TB nesse âmbito da atenção.

O ACS, na maioria das vezes é comparado a um laço, pois, segundo Silva *et al* (2004), 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”.

Nos relatos acima pôde-se observar o ACS como elo de ligação, no momento em que facilita a criação de vínculos entre ESF/ usuário/família do usuário. São esses vínculos que possibilitam a identificação e compreensão das particularidades de cada indivíduo e as peculiaridades e conflitos inerentes a cada família. Para o ACS, residir na comunidade em que trabalha, facilita esta compreensão, pois, muitas vezes, antes mesmo de assumir essa profissão já conhecia os indivíduos e as famílias que acompanha.

Para Guizard e Pinheiro (2008) a proximidade, a “fala comum”, a ressonância das vivências compartilhadas, a disponibilidade para conversar, acompanhar e conhecer o cotidiano

das famílias são elementos do trabalho que fazem com que o ACS, mais do que outros profissionais da ESF, seja um interlocutor em potencial das experiências e saberes do usuário-comunidade. Essa afirmativa pode ser a explicação do porquê da maioria dos colaboradores se referirem ao ACS de maneira positiva.

Verifica-se que o ACS é um importante ator no cenário da tuberculose, pois representa a principal ligação entre a comunidade e o serviço de saúde, principalmente quando se considera o enfoque familiar, 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 (CAMPINAS; ALMEIDA, 2004).

Destaca-se aqui que a integralidade do cuidado em saúde configura-se como uma dimensão transdisciplinar, macroestrutural e até mesmo subjetiva do indivíduo que é assistido nos serviços de saúde. Nesse sentido, a integralidade do cuidado, diz respeito às singularidades, complexidades, momentos, espaços e limites pessoais e interpessoais dos profissionais de saúde, usuários e suas relações. O conceito de integralidade tende a se transformar cotidianamente e influenciar a tomada de decisões no sentido dialético, como ações em saúde e como política social, dessa maneira essa forma de cuidar em saúde contribui imensamente para a adesão ao tratamento da TB.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a proposta de avaliar, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, os fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose na visão do doente, considerando o enfoque familiar, a pesquisa em questão, evidenciou que a Tuberculose, assim como, os problemas que acompanham seu tratamento, transcendem qualquer tentativa de solução pontual para essa conjuntura.

Com base nas histórias relatadas nessa investigação, foram identificados como motivos que levaram o doente de tuberculose ao abandono do tratamento: o alcoolismo, o tabagismo, os efeitos colaterais dos medicamentos utilizados, o elevado número de medicamentos a serem ingeridos, o tempo de duração do tratamento, a regressão da sintomatologia da doença e o “esquecimento” do medicamento. Os relatos demonstraram a falta de projetos singulares visando o cuidado integral, falhas nas ações de educação em saúde relacionadas à tuberculose e ausência de articulação dos serviços de saúde com outros setores sociais.

A trajetória da pesquisa revelou que o vínculo com a Equipe de Saúde da Família é fundamental para o êxito do tratamento, pois a falta de estabelecimento de uma relação de confiança e de reciprocidade pode comprometer a continuidade do mesmo. Por conseguinte, quando há diálogo, dedicação, transferência de carinho e parceria nessa relação o usuário compreende o vínculo como uma qualidade da assistência de saúde.

Observou-se a necessidade de cuidado humanizado, flexível e ampliado, que perpassa a terapia tecnicista e considere as singularidades do indivíduo e de sua família. Nesse sentido, considerando a integralidade da assistência, o vínculo entre os colaboradores e os profissionais da equipe de saúde é de suma importância, porém este se apresentou instável, uma vez que há relatos que evidenciaram a fragilidade do mesmo. Percebeu-se que o conhecimento das condições de vida do usuário e de sua família fortalece as relações de vínculo com a equipe de saúde, já que o indivíduo deve ser entendido no seu cotidiano.

Nesse contexto os colaboradores enfatizaram sobre o significado do Agente Comunitário de Saúde, que ocupou lugar de destaque, por ser o maior responsável na construção de vínculo dos usuários com a equipe. Ressalta-se ainda que as consultas e visitas domiciliares se apresentaram como estratégias importantes, que além de possibilitar o acompanhamento do doente de TB, contribuem na construção de uma relação de parceria, de confiança e reciprocidade, por serem momentos de encontro onde ambos, profissional, usuário e família, podem se expressar. Nesse sentido a Atenção Primária em Saúde, considerando o enfoque

familiar, deve orientar a produção do cuidado na ESF, para que este seja humanizado, ultrapassando a normatividade morfofuncional.

Verificou-se, como desafios para essa maneira de cuidar, a carência de conhecimento por parte dos usuários sobre o empoderamento a que têm direito e a pouca responsabilidade por parte de alguns profissionais no sentido de se conhecer o projeto de felicidade da pessoa a quem cuida, muitas vezes, o saúde da família se apresenta com uma relação vertical que não analisa o projeto de vida do usuário evidenciando que a relação profissional-usuário ainda está carente de cuidado, frágil na perspectiva técnica e humanística e necessitando de uma prática voltada para os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade. Porém observou-se que muitas das equipes de saúde fazem o que está em seu alcance mesmo com toda fragilidade, verificou-se a existência de uma certa preocupação em relação ao cuidado. Porém, considerando o enfoque familiar, se faz necessário ampliar os horizontes das ações em saúde, transformando-as em práticas mais participativas, vinculadas à realidade, a coletividade, a integralidade do cuidado, considerando o contexto sociocultural do indivíduo e os desafios que ele enfrenta. Dessa forma, essa “nova” prática se tornaria capaz de superar as fronteiras das Unidades de Saúde.

A análise das condições de vida dos colaboradores da pesquisa aponta que a TB se encontra intimamente ligada a baixos níveis socioeconômicos, o que leva à reflexão que o doente de tuberculose necessita de cuidado percebido como uma dimensão da integralidade. Então é imprescindível o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, que é em grande medida, fruto de sua fragilidade social. Ele deve se sentir compreendido dentro de seu contexto e deve possuir a certeza de que sua vida é valiosa e valorizada. No intuito de se prevenir o abandono ao tratamento da TB é imperativo que se envolva o paciente e sua família no processo do cuidado, trazendo à tona a necessidade da prática da co-gestão e do cuidado integral e humanizado, além de incentivar parcerias interdisciplinares e de ações intersetoriais, representando alternativas poderosas na luta para o controle da TB.

A tuberculose extrapola os limites de uma enfermidade quando se analisa a intensidade dos problemas sociais que a acompanham. A saúde como um direito de cidadania não se faz presente quando direitos humanos são negados e a própria população desconhece sua responsabilidade a nível de participação com o exercício do controle social, ficando exposta a condição de submissão, o que não condiz com a essência do ser humano.

Conclui-se que há necessidade urgente de mudanças de natureza política, administrativa, organizacional e social, envolvendo os serviços de saúde, comunidade, familiares, meios de comunicação e a formação e sensibilização dos profissionais de saúde. Verifica-se que o tratamento da tuberculose limitado aos aspectos clínicos da doença e a regularidade na ingestão

de medicamentos não é suficiente para solucionar a sua problemática e prevenir o abandono. A multifatorialidade dos problemas encontrados envolvendo a doença e os motivos que levam o paciente ao abandono do tratamento os torna muito complexos para serem solucionados totalmente, contudo não para serem cuidados.

REFERÊNCIAS

ALEIXO, J. L. M. A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, N.1, ano 01, jan-jun, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 out. 2008.

AL-SHAMMARI SA, KHOJA T, AL-YAMANI MJMS 1995. Compliance with short-term antibiotic therapy among patients attending primary health centers in Riyadh, Saudi Arabia. **Journal of Royal Society of Health**, Aug: 231-234.

ALMEIDA, E.S.A.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e a organização do sistema de atenção à saúde, antecedentes da Reforma Sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S.A (Org.) **Gestão dos serviços de saúde**. São Paulo: EDUSP, 2001.

ALVES, VÂNIA. S. **Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família:** pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ANDRADE, R. L. P.; VILLA, T. C. S.; PILLON S. A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da Tuberculose. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e drogas**, 2005. V. 1 n. 1 Artigo 07. Disponível em: < <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp> > Acesso em: 05 dez 2009.

ARCÊNCIO, R.A. **A organização do tratamento supervisionado nos municípios prioritários do estado de São Paulo** (2005). Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2006.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6. p.63-72, 2001.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n. 3, p. 16-29, dez-set 2004.

AYRES, J.R.C.M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 43-62, jan/abr 2007.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARROSO, E. C.; MOTA R. M. S.; SANTOS, R. O.; SOUSA, A. L. O.; BARROSO, J. B.; RODRIGUES, J. L. N. Risk factors acquired multidrugresistant tuberculosis. **J Pneumol**. 2003; 29(2): 89-97.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano - Compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2008.

BRADLEY, Jana. Methodological issues and practices in qualitative research. *Library Quarterly*, v. 63, n. 4, p. 431-449, Oct. 1993. In: **Pesquisa qualitativa: Características Gerais**. Disponível em: <<http://www.geocities.com>> Acesso: 15 fevr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Técnico para o controle da Tuberculose**: cadernos de atenção básica. 6 ed. Ver. E ampl.- Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Controle da tuberculose**: Uma proposta de integração ensino-serviço. 5. Ed. Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002b.

_____. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução 196, de 10 de outubro 1996 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CONEP, 1996.

_____. **Constituição da República Federativa**, Seç.II, art.198.Brasília, 1988.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990a.

_____. Ministério da Saúde(MS), 1990b. **Modelos Assistenciais no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/SESUS.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de informação, Educação e Comunicação. Núcleo de estudos em Saúde pública -NESP. **Incentivo à participação Popular e Controle Social no SUS**: Textos Técnicos para Conselheiros em Saúde . Brasília: IEC, 1994.

_____. Ministério da Saúde.Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro Nacional de Epidemiologia. Centro de referência Hélio Fraga.**Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 1999.

_____.Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Tuberculose**. 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/svs>> Acesso em: 25 de Janeiro de 2009.

_____.Presidência da República, Casa civil, Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>> Acesso em: 20 de janeiro de 2009.

CAMPINAS LL, ALMEIDA MM. Agentes Comunitários de Saúde e o acolhimento aos doentes com tuberculose no Programa Saúde da Família. **Bol Pneumol Sanit**. 2004;12(3):145-54.

- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. 8(2): 569-584, 2003.
- CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias. In: **Humanização dos cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Coleção Criança, Mulher e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- CARBONE, M. H. Estilo de Vida. In: COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.
- CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica de saúde** (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90). 3.ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 2002. p.33-53.
- CECÍLIO, L.C.O., 2001. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde**. In: Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde (R. A Mattos & R. Pinheiro, org.), pp.113-124, Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO.
- CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.
- CONILL, E. L. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1417-1423, set-out, 2004.
- CONTRANDIOPOULOS, ANDRÉ-PIERRE; HARTZ, Z. M. de A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros.” **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004.
- CONRAD, P. **The Meaning of medication: another look at compliance**. Soc Sci Med. 1985; 20 (1): 29-31.
- COSTA, J. S. D.; GONÇALVES, H.; MENEZES, A. M. B.; DEVENS, E.; PIVA, M.; GOMES, M.; VAZ, M. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. **Cad Saúde Pública**. 1998;14(2):409-15.
- DASILVA, L. C. ; DASILVA, L. M. **Resistência do M. Tuberculose: como enfrentar o problema?** Ver. Méd. St. Casa, v. 9, n. 6, p. 1710-1719, 1998.DATASUS. Ministério da Saúde. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em : 16 set 2009.
- DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Disponível em: [http://: www.mj.gov. br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm](http://www.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm) Acesso em: 10 dez 2009.
- FERREIRA, A. B. de H. **Minidicionário da Língua Portuguesa**.2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1989.
- FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, M.A.F. Notas sobre a contribuição do cientista social ao campo da saúde. In: CANESQUI, A.M. (Org.) **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

FERREIRA, S.M.B.; SILVA, A.M.C.; BOTELHO, C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá – MT – Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.31, n.5, p.427-435, 2005.

FIORIN, J. L. **Elementos da Análise de Discurso**. 7 Ed. São Paulo: Contexto, 1999.

FONSECA MG, BASTOS FI, DERRICO M, ANDRADE CLT, TRAVASSOS C, SZWARCOWALD CL. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cad. Saúde Pública**. 2000; 16(supl.1):S77-S87.

FORMIGA, N.S. Tuberculose como marcador social: Para além de uma doença da pobreza? In: I FÓRUM ESTADUAL NO DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO DA TUBERCULOSE PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA REDE SUS, 2009. João Pessoa. **Anais**. João Pessoa, 2009. 1 CD-ROM.

FRANCO, T.B.; MAGALHAES JUNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY E.E. et al. (Org.). **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 1 Ed. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 24 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

GIL, C. R. R. Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p.1171-1181, jun, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4 ed. São Paulo: ATLAS, 1995.

GONÇALVES et al. Adesão a terapêutica da Tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 15. n. 4. out-dez, 1999.

GUIZARD, F. L.; PINHEIRO, R. **Quando a dádiva de transforma em saúde**: algumas questões sobre integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: Cuidado: as fronteiras da integralidade. Roseni Pinheiro e Rubens Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: CEPES/ UERJ, ABRASCO, 2008.324p.

HINDE, R. A. **Towards Understanding Relationships**. London: Academic Press, 1979.

JAMAL, L. F.; MOHERDAUI, F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Rev de Saúde Pública**. V 41. n 1. 2007.

JORDAN, M. S. *et al.* Aderência ao tratamento antiretroviral em Aids: revisão da literatura médica. In PR Teixeira *et al.* **Tá difícil de engolir?** Editora Nepaids, São Paulo, 2000.

KAPLAN, B. & DUCHON, D.. Combining qualitative and quantitative methods in information systems research: a case study. In: **Pesquisa qualitativa: Características Gerais** Disponível em: <[http:// www.geocities.com](http://www.geocities.com)>. Acesso em: 15 fev. 2009.

KAPRIO, L. **Primary Health Care in Europe**. Coenhagen: Regional Office for Europe, World Health Organization, 1979.

KEHRIG, R.T., 2001. **Integralidade da atenção à Saúde**: Sua Expressão na Organização tecnológica do Trabalho em serviços Locais de Saúde. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade de São Paulo.

KIDD, K. E. & ALTMAN, D. G. Aderence in Social context. **Controlled Clinical Trials**. 21: 184s-187s.

KRITSKI, A. L.; CONDE, M. B.; SOUZA, G. R.M. **Tuberculose**: do ambulatório à enfermaria. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

KUNKEL, M. B. Humanização na saúde e cidadania: o caminho para o SUS. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). **Tempo de inovações**: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa, 2002, p. 195-202.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do Trabalho Científico**. 6 ed., São Paulo: Atlas, 2001.

LANDMAN, C. S. *et al.* Desigualdade de renda e situação de saúde - o caso do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública** 1999; 15:15-28.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(3): 775- 782, 2003.

LIMA, A. L.; SOUZA F. B. A.; FERREIRA, G. L. Tuberculose: atitudes do cliente frente a doença. *Bol Pneumol. Sanit.* 2005; 13(2): 83-90.

LIMA, D. S. **Relatório do programa de controle da tuberculose no estado da Paraíba**. João pessoa: Secretaria do Estado da Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica, Núcleo de Pneumologia Sanitária, 2005.

LORD DAWSON OF PEN. **Ínterim Reporto n the Future Provisions of Medical and Allied Services**. United Kingdom Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services. London: Her Majesty s Stationery Offices, 1920.

LUZ, M. T. **Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUBITEC, 2004. P. 7-19.

MASCARENHAS, M. D. M.; ARAÚJO, L. M.; GOMES, K. R. O. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no Município de Piri-piri, Estado do Piauí, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Volume 14, n. 1 - jan/mar de 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 19 out. 2008.

MACHADO et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciênc Saúde Coletiva** [on line] 2007. 12(2), 8p. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 01 dez 2009.

MAGALHÃES, R.; BURLANDY, R.; SENNA, M. C. M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(6):1415-1421, 2007.

MATTOS, R.A. de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MATTOS, R. A. Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção Social da Demanda – Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos**. Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

MELLO, L. C. Q. **Modelos preditivos para o diagnóstico da tuberculose pulmonar aubacilar** [Tese Doutorado]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina da UFRJ; 2001.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.233-300.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Mendes, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, E.V., 2002. **A Atenção Primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará.

MENDES, A. M; FENSTERSEIFER, L.M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? **Boletim de Pneumologia Sanitária**. 2004; 12(1): 25-36.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de História Oral**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Loyola, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro- São Paulo: Hucitec-Abrasco.,1994.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2006.

MORAES, D. R. **Revisando as concepções de integralidade**.2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 02 mar. 2009.

MUNIZ, J. N. et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde **Ciênc. saúde coletiva** vol.10 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2005. Disponível em: <[http://: www.scielo.br](http://www.scielo.br)> Acesso em: 24 dez.2008.

NATAL, S. et all. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. **Bol Pneumol Sanit.** 1999; 7(1): 65-78.

NEMES, M. I. B. *et al.* **Aderência ao tratamento por antiretrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo.** Ministério da Saúde, Brasília, 2000.

NÓBREGA, C. C. **Viabilidade econômica, com valoração ambiental e social, de sistemas de coleta seletiva de resíduos sólidos domiciliares** – Estudo de caso: João Pessoa – PB. 2003. Tese (Doutorado em Recursos Naturais), Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2003.

NUNES A *et al.* **Medindo desigualdades em saúde no Brasil.** Brasília: OMS/OPAS/IPEA; 2001.

OLIVEIRA *et al.* Serviços de saúde no controle da Tuberculose: enfoque na família e orientação para comunidade. Ver Latino-am Enfermagem. 2009, maio-junho; 17(3). Disponível em:< [http://: www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)> Acesso em: 10 dez 2009.

OLIVEIRA, H. B; MOREIRA FILHO, D. C. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994. **Revista de Saúde Pública.** 2000a; 34(5): 437-43.

OLIVEIRA H. B. O., MOREIRA FILHO D. C. Recidivas em tuberculose e seus fatores de risco. **Rev Panam Salud Publica** 2000b; 7(4): 232-41.

OPAS/OMS. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local.** Célia Almeida/James Macinko. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2006.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Informe de la II **Reunion Regional sobre actividades de colaboracion Interprogramáticas TB/HIV.** México: OPS; 2005.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. *N Engl Med.* 2005; 353 (5): 487-97.

PAIM, J. S. **Saúde e Reforma Sanitária.** Salvador: CEPS-ISC, 2002.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL. M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003a. p.567-86.

PAIM, J.S. Gestão da atenção básica nas cidades. In: NETO, E.R.; BÓGUS, C.M. **Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003b. p.183-210.

PAIVA AP, CARNAÚBA JÚNIOR D, SANTANA JJ, GUIMARÃES M, ARAÚJO MH, SANTOS TP. Impacto das ações implantadas no Programa de Controle da Tuberculose no hospital universitário - UFAL sobre as taxas de abandono de tratamento. **Bol Pneumol Sanit**. 1999;7(1):43-50

PARAÍBA (Estado). **Documento Técnico com Proposta de descentralização do PCT – Programa de Controle da Tuberculose e DOT's para Atenção Básica**. Secretaria de Estado de Saúde. João Pessoa, 2006.

PARAÍBA (Estado). **Relatório Parcial de Gestão**. Secretaria de Estado de Saúde. João Pessoa, 2008.

PARAÍBA (Estado). **Relatório Parcial de Gestão**. Secretaria de Estado de Saúde. João Pessoa, 2009.

RABAHI MF, RODRIGUES AB, QUEIROZ DE MELLO F, DE ALMEIDA NETTO JC, KRITSKI AL. Noncompliance with tuberculosis treatment by patients at a tuberculosis and AIDS reference hospital in midwestern Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2002;6(2):63-73.

REINERS, A. A. O. **Interação profissional de saúde e usuário hipertenso: contribuição para a não-adesão ao regime terapêutico [tese]**. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2005.

REINERS, *et al.* **Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup 2):2299-2306, 2008.

RIBEIRO, S.A., AMADO, V.M., CAMEIER, A.A., Fernandes, M.M.A., SCHENKMAN, S. Estudo do caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, V.29, nº1, nov/fev.2003.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/ estratégia de saúde da família (PSF). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 658-64. 2004.

ROCHA, D. S. **Abandono ou Descontinuidade do tratamento em Rio Branco – Acre**. São Paulo. 2009. 147f. (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo.

RODRIGUES, L. et al. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. **Rev Saúde Pública**, São Paulo v.41, Supl.1, p. 1-2, set 2007.

RUFFINO-NETTO, A. O impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, 1999, v. 7, n. 1, jan/jun, p. 7-18.

RUFFINO-NETTO, A. Controle da tuberculose no Brasil. **Jornal de Pneumologia**, 2000, v. 26, n. 4, jul/ago, p. 159-162.

RUFFINO-NETTO A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Inf Epidemiol SUS** 2001; 10(3):129-38.

RUFFINO-NETTO, A.; PEREIRA, J. C. Saúde-doença e sociedade: a tuberculose-o tuberculoso. **Revista de Medicina**, 1982, v. 15, n. 1-2, p. 5-11.

SÁ, K. PAULO. **A Integralidade da Atenção no Programa Médico de Família de Niterói/RJ**. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências na Área de Saúde Pública. Maio, 2003.

SÁ, L. D. et al. A experiência da implantação da estratégia DOTS em seis municípios paraibanos. In: RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. **Tuberculose - Implantação do DOTS em Algumas Regiões do Brasil. Histórico e Peculiaridades Regionais**. Ribeirão Preto: FMRP/REDE TB-USP, 2006, cap. 5, p.141-166.

SÁ, L. D. et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.16, n.4, p. 712-8. 2007.

SÁ, L. D. et al. **Humanização do cuidado no SUS e os direitos dos doentes de tuberculose**. In: Tuberculose: pesquisas operacionais. Org. Tereza Cristina Scatena Villa; Antônio Ruffino Netto. 1ª ed. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC, 2009.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Rev Saúde Pública**, 2007; 41 (Supl. 1): 89-94.

SANTOS, M. L. S. G.; VENDRAMINI, S. H. F.; GAZETTA, C. E.; OLIVEIRA, S. A. C.; VILLA, T. C. S. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 setembro-outubro; 15(número especial), on line. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>> Acesso em: 01 dez. 2009

SASSAKI, C. M. **Tempo de tratamento da tuberculose de pacientes inscritos em um serviço de saúde do município de Ribeirão Preto-SP (1998-1999)**. Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Saúde Pública. P. 96. Ribeirão Preto, 2003.

SCHIMITH; M.D.; LIMA; M.A.D.S. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1487-1494, nov-dez, 2004.

SCHLUGER N, CIOTOLI C, COHEN D, JOHNSON H, ROM WN. Comprehensive tuberculosis control for patients at high risk for noncompliance. *Am J Respir Crit Care Med*. 1995; 151(5):1486-90.

SILVA, R.V.B. *et al.* Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos R.A (Orgs). **Cuidado as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco, Hucitec, 2004. p.75-90.

SOUSA, M. F. **O Programa Saúde da Família: uma visão nacional**. In: Fernandes MEL, Dowbor TP, Kretzer MR, Gouveia I, Sucupira AC, Menezes L, Resegue R, organizadores. **AIDS: prevenção porta a porta**. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 41-5.

SOUSA, G. S.; LIMA; D. S.; FORMIGA, N. S. A tuberculose no estado da Paraíba: avaliação epidemiológica e operacional nos períodos de 2000 a 2006. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. V. 34, suplemento 1R, p.R1-R76, junho 2008.

SOUZA, K. M. J. **Abandono do tratamento da tuberculose na Atenção Primária à Saúde: uma análise segundo o enfoque familiar do cuidado**. 2008 84f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, G. M. Tuberculose e desenvolvimento. **Bol Pneumol Sanit**. [on line] dez. 2003, vol 11, n 2 [citado em 06 dezembro 2009], p. 3-4. Disponível em: <<http://www.scielo.iec.pa.gov.br>> Acesso em: 06 dez 2009.

TEIXEIRA, Gilmário M. O controle da tuberculose e a saúde da família. Perspectivas de uma parceria. **Bol. Pneumol. Sanit.**, dez. 2000, vol.8, no.2, p.3-4. ISSN 0103-460X.

TRAVASSOS C *et al.* Utilização dos serviços de saúde no Brasil: Gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública** 2002; 11:365-373.

VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.23, n.53,p.6-19, set/dez 1999.

VENDRAMINI, S. H. F. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção do doente**. Dissertação de mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública.180 p. Ribeirão Preto, 2001.

VENDRAMINI, S. H. F.; VILLA T. C. S.; SANTOS, M. L. S. G.; GAZETTA, C. E. Aspectos epidemiológicos atuais da tuberculose e o impacto da estratégia DOTS no controle da doença. **Rev Latino-am. Enfermagem** 2007. janeiro-fevereiro;15(1):171-3.

VENDRAMINI, S. H. F; VILLA, T. C. S. et all. Tuberculose no idoso : análise do conceito. **Rev Latino Americana de Enfermagem**. 2003. jan-fev; 11(1):96-103.

VILLELA, W. V. et al. Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(6):1316-1324, jun, 2009

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Control**. WHO Report, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/tb/en/>> Acesso em: 20 jan. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Asamblea Mundial de la Salud, 44. **Cuadragésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud**. Geneva:WHO; 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Global Plan to Stop TB**. 2006-2015. Geneva: WHO; 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Control: surveillance, planning , financing**. WHO report, Geneva, 2009.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Abandono ao tratamento: desafios para o controle da tuberculose na perspectiva do Enfoque Familiar

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre cuidados de saúde ao usuário que abandonou o tratamento da tuberculose e está sendo desenvolvida por Gisele Almeida Soares de Gois, aluna da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Profa. Dra. Lenilde Duarte de Sá.

O objetivo do estudo é avaliar, no âmbito da Atenção Primária à saúde, os fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose na visão do doente, no município de João Pessoa - PB, segundo a dimensão do enfoque familiar.

A finalidade deste trabalho é contribuir para melhorar a produção de cuidados ao doente de tuberculose, acompanhados por Equipes Saúde da Família, e colaborar com as ações de controle da tuberculose no município de João Pessoa, capital da Paraíba, beneficiando, neste sentido, território considerado prioritário para o controle da TB no estado.

Solicitamos a sua colaboração para que a entrevista seja gravada, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Unidade Saúde da Família.

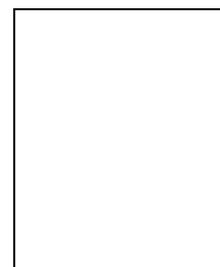
Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura da Testemunha



Contato com a pesquisadora responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora Gisele Almeida Soares de Gois.

Endereço profissional: Rua Artífice Pedro Marcos de Souza, nº 12, Valentina de Figueiredo. CEP 58064-000 - João Pessoa - PB- Brasil; Tel. comercial: 2106-4777; Tel. Residencial: (83) 3246-8920; E-mail: gisele_gois@yahoo.com.br

APÊNDICE B
ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data: ____/____/____

Nº da Entrevista: _____

Parte I: Dados de caracterização do entrevistado

Colaborador: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____

Escolaridade:

- () Sem escolaridade
- () Ensino Fundamental (1º grau) incompleto
- () Ensino Fundamental (1º grau) completo
- () Ensino médio (2º grau) incompleto
- () Ensino médio (2º grau) completo
- () Ensino superior (universitário) incompleto
- () Ensino superior (universitário) completo

Ocupação Atual: _____

Número de integrantes da família: _____

Estado civil: _____

Renda familiar média: _____

Tipo de residência:

- () Própria
- () Alugada
- () Empréstimo
- () Instituição (asilar/abrigo/outros)
- () Não tem moradia

- Moradia: Alvenaria
 Madeira
 Material reciclável
 Outro:

A casa dispõe de:

- Luz elétrica
 Água encanada
 Sistema de esgoto
 Geladeira
 Telefone
 Televisão
 Rádio

Parte II: Dados relacionados ao tratamento da tuberculose

Tipo de tratamento: TS Auto-administrado

Profissional (is) que acompanhava (m) o tratamento:

Fase do tratamento em que ocorreu o abandono: _____

Hábitos associados: Etilismo Tabagismo drogas

(...)outros _____

Parte III: Questões

1. Fale sobre o tratamento que a Equipe de Saúde lhe deu quando o Senhor precisou de serviços da USF.
2. O que o senhor acha das consultas que os profissionais fazem na USF?
3. Como os profissionais da USF teriam o ajudado mais?
4. O Sr. precisou de algum tratamento que não era possível realizara na USF? O que a ESF fez para que o Sr. fosse tratado?
5. Como era a relação da ESF com a sua família?
6. A ESF procurou conhecer as condições de vida do (a) senhor (a) e de sua família?
7. A ESF visitava o Sr e sua família para outras ações além do problema da TB? Em que casos? Quando?
8. Qual o motivo que o levou a abandonar o tratamento?

APÊNDICE C
CARTA DE CESSÃO

João Pessoa, ____ de _____ de 2009.

Declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, transcrita, textualizada, transcrita e autorizada para leitura, para que a Universidade Federal da Paraíba possa usá-la totalmente ou em partes, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma autorizo o uso de terceiros para ouvi-la e usar citações, ficando vinculado o controle ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, que tem sua guarda.

Assinatura do colaborador

Assinatura da testemunha

