

Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro¹

Supervised treatment in tuberculosis control: potentialities and fragilities in the nurse's perception

Tratamiento supervisionado e el control de la tuberculosis: potencialidades y fragilidades en la percepción del enfermero

Ana Cristina de Oliveira e Silva^I, Maria Clemilde Mouta de Sousa^{II}, Jordana de Almeida Nogueira^{III},
Maria Catarina Salvador da Motta^{IV}

RESUMO

O tratamento supervisionado (TS) caracteriza-se como um dos pilares da estratégia DOTS (Directly Observed Treatment), constituindo-se importante ferramenta para a adesão terapêutica dos doentes de tuberculose. Essa pesquisa teve como objetivo analisar as potencialidades e fragilidades do TS, na percepção do enfermeiro do Programa Saúde da Família. Optou-se por um estudo de natureza qualitativa, realizada em um distrito sanitário de João Pessoa-PB no ano de 2006. Participaram do estudo nove enfermeiras que trabalham em Unidades de Saúde da Família (USF) e realizam o tratamento supervisionado da tuberculose. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, e para a análise, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. As fragilidades identificadas foram: falta de incentivos para a operacionalização do TS, o estigma da doença, o abandono ao tratamento e a dificuldade na realização dos exames laboratoriais. As potencialidades observadas foram: a medicação gratuita, a descentralização do TS para as USF e a relação de acolhimento e vínculo entre usuário-profissional. O TS caracteriza-se como uma prática capaz de ampliar a capacidade de interação e atuação do profissional enfermeiro, entretanto destaca-se a necessidade em assegurar mecanismos que privilegiem maior acessibilidade e integralidade da atenção.

Palavras chave: Tuberculose; Cuidados de Enfermagem; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The supervised treatment (TS) is featured as one of the columns of the strategy DOTS (Directly Observed Treatment) it is an important tool to therapeutic adhesion of people with tuberculosis. The research's

objective is to analyze potentialities and fragilities of the ST, in perception of the nurse of the health family program. The qualitative nature research was chosen, done in the sanitary district of João Pessoa – PB in the year 2006. Nine female nurses who worked in health family units (HFU) took part of the study and made the supervised treatment of tuberculosis. Data were collected with semi-structured interview, and to analyzes, the technique of analyzes of content in the modality thematic was used. The fragilities identified were: Lack of incentives for operation of ST, the stigma of the disease, abandon of treatment and difficulty to do the laboratory exams. The potentialities identified were: free medication, decentralization of the ST to the HFU and relation of acceptance and link between the user-professional. The ST is featured as a technique able to enlarge the capacity of interaction and operation of the nurse professional, however it is detached the necessity of ensuring mechanisms that privilege bigger accessibility and integrality of the attention.

¹ Artigo construído a partir da Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal da Paraíba-UFPB intitulada: "O tratamento supervisionado da tuberculose: percepções do enfermeiro do Programa Saúde da Família de João Pessoa - PB".

^I Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba. E-mail: anacris_os@gmail.com

^{II} Enfermeira. Professora Adjunta do Dept° de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria – DESSP/ UFPB. Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará.

E-mail: mariaclemilde@yahoo.com.br

^{III} Enfermeira. Professora Adjunta do Dept° de Enfermagem Médico-Cirúrgica – DEMCA/UFPB. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto. E-mail: jal_nogueira@yahoo.com.br

^{IV} Enfermeira. Professora Adjunta do Dept° de Enfermagem em Saúde Pública - UERJ. Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. E-mail: ma.catarina@gmail.com

Key words: Tuberculosis; Nursing Care; Promotion of health.

RESUMEN

El tratamiento supervisionado (TS) se caracteriza como uno dos pilares de la estrategia DOTS (Directly Observed Treatment), constituyéndose en una importante herramienta para la adhesión terapéutica de los enfermos de tuberculosis. La investigación tuvo como objetivo analizar las potencialidades y fragilidades del TS, en la percepción del enfermero del Programa Salud de la Familia. Se optó por la investigación de naturaleza cualitativa, realizada en un distrito sanitario de João Pessoa-PB en 2006. Participaron del estudio nueve enfermeras que trabajan en Unidades de Salud de la Familia (USF) y realizan el tratamiento supervisionado de la tuberculosis. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista

semiestructurada, y para el análisis, se utilizó la técnica de análisis de contenido, modalidad temática. Las fragilidades identificadas fueron: falta de incentivos para la operacionalización del TS, el estigma de la enfermedad, el abandono del tratamiento y la dificultad en la realización de los exámenes laboratoriales. Las potencialidades observadas fueron: la medicación gratuita, la descentralización del TS para las USF y la relación de acogimiento y vínculo entre usuario-profesional. El TS se caracteriza como una práctica capaz de ampliar la capacidad de interacción y actuación del profesional enfermero. Sin embargo, se destaca la necesidad de asegurar mecanismos que privilegien mayor accesibilidad e integralidad de la atención.

Palabras clave: Tuberculosis; Atención de Enfermería; Promoción de la salud.

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) tem sido ao longo da história da saúde mundial, uma das doenças infecto-contagiosas que prevalece entre tantas outras. É uma enfermidade antiga que persiste como problema sério de saúde pública, necessitando de ações urgentes. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), dois bilhões de pessoas, correspondendo a um terço da população mundial, está infectada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que causa a tuberculose. Desses, 8 milhões desenvolverão a doença e 2 milhões morrerão a cada ano ⁽¹⁾.

Em 22 países do mundo, ocorrem 80% dos casos de tuberculose. Esses países são: Índia, China, Indonésia, Bangladesh, Paquistão, Nigéria, Filipinas, África do Sul, Etiópia, Vietnã, Rússia, República Democrática do Congo, Brasil, Tanzânia, Quênia, Tailândia, Myanmar, Afeganistão, Uganda, Peru, Zimbábue e Cambodja ⁽²⁾.

Para os países com maior carga de tuberculose, foram notificados em 2002, 3.082.593 casos novos. Nesse grupo, a Índia ocupa a 1ª posição, com 1.060.951; o Brasil, a 15ª, com 81.436 e o Myanmar, a última, com 57.012 casos novos ⁽²⁾.

Estima-se, no Brasil, que ocorram 129.000 casos por ano, dos quais são notificados apenas cerca de 90.000, sendo, em sua maioria, em grandes centros urbanos. O coeficiente de mortalidade, em 1998, foi de 3,5/100.000 habitantes; o percentual de detecção de casos foi igual a 67% e o percentual de cura, 72%. O percentual de abandono do tratamento é de aproximadamente 14% no país, alcançando, em algumas capitais, o valor de 30 a 40%, proporcionando, provavelmente, elevadas taxas de resistência do bacilo aos medicamentos ⁽²⁾.

Dentre as razões para tal situação, devem-se considerar: a desigualdade social e seus determinantes, o advento da AIDS, a

multirresistência do bacilo causador da doença, o envelhecimento da população e os movimentos migratórios.

Nas últimas décadas, o controle da TB foi fortemente negligenciado. As políticas públicas na área da saúde foram direcionadas para outros campos de atuação e, conseqüentemente, as ações de combate à tuberculose foram relegadas em segundo plano, por ser considerada como um problema sob controle ⁽³⁾.

Para ajudar a melhorar a situação, um novo marco de trabalho tem sido desenvolvido e a estratégia Directly Observed Treatment (DOTS) vem sendo recomendada e introduzida em diferentes partes do mundo ⁽⁴⁾.

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

A introdução da estratégia DOTS, no final da década de 1990, tem demonstrado consideráveis progressos no controle global da TB, contudo observa-se 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 ⁽⁵⁾.

Desse modo, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) vem contando com as estratégias do Programa de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sugerindo que tal parceria possa 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 ⁽⁶⁾.

No Estado da Paraíba a estratégia DOTS iniciou-se em 1999, em seis municípios considerados prioritários para o controle da Tuberculose (João Pessoa, Campina Grande, Bayeux, Santa Rita, Cajazeiras, Patos). Sua expansão vem-se consolidando em consonância com a política de descentralização e municipalização para a organização da atenção básica, articulada à ampliação da cobertura do PSF ⁽⁵⁾.

O município de João Pessoa, capital do Estado, ainda apresenta dificuldades na implementação da estratégia DOTS, em especial, a incorporação do tratamento supervisionado pelas equipes do PSF ⁽⁵⁾.

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

desenvolvimento do tratamento supervisionado.

Para tal, como elemento chave para este estudo, optou-se pelo profissional enfermeiro, por reconhecê-lo como pessoa referência para a formação/educação permanente do ACS, bem como, por ser uma das competências desse profissional, o planejamento e a organização das ações de controle da tuberculose na comunidade em que atua ⁽⁷⁾.

Portanto esse estudo tem como objetivo analisar as potencialidades e fragilidades do tratamento supervisionado da tuberculose na percepção do enfermeiro do Programa Saúde da Família de João Pessoa-PB.

METODOLOGIA

Para atender a proposta do estudo foi utilizado o método exploratório descritivo de abordagem qualitativa. Participaram nove enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família do Distrito Sanitário IV e realizam o Tratamento Supervisionado (TS) da tuberculose. A seleção do local do estudo foi intencional por tratar-se de Distrito Sanitário com maior número de notificações de casos de tuberculose cujo acompanhamento era efetuado por meio do TS.

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2006, utilizando como instrumento a entrevista semi-estruturada com vistas a conhecer os diferentes posicionamentos individuais sobre o tema de estudo.

A pesquisa foi realizada após aprovação da mesma pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (protocolo nº 359) como também as entrevistas aconteceram após consentimento dos sujeitos

de acordo com a Resolução 196/96 ⁽⁸⁾. Para o registro dos dados procedeu-se a entrevistas audiogravadas conforme autorização dos entrevistados, sendo posteriormente submetidas a transcrição.

Os dados coletados foram analisados qualitativamente por meio da leitura e releitura das entrevistas de acordo com a análise de conteúdo, modalidade temática ⁽⁹⁾.

Esta conformação permitiu eleger como Unidade Temática Central: "Potencialidades e Fragilidades no Tratamento Supervisionado".

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Unidade Central identificada será discutida por meio de duas categorias: "Potencialidades do tratamento supervisionado como ação de controle da tuberculose" e "Tratamento supervisionado da tuberculose: fragilidades e obstáculos", que expressam a percepção dos enfermeiros que atuam no PSF e que realizam o TS.

Potencialidades do tratamento supervisionado como ação de controle da tuberculose

No Brasil, o tratamento padronizado da tuberculose é custeado pelo Governo, o que caracteriza-se como aspecto facilitador ao processo de adesão terapêutica do paciente com tuberculose. Um entrevistado destaca como é relevante e decisiva a disponibilidade e fornecimento gratuito dos medicamentos.

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

Se forem analisados, de fato, as condições sócio-econômicas dos doentes,

chegar-se-á à conclusão de que o fornecimento gratuito do medicamento é um fator positivo, mas sabe-se, que esse fator, por si só, não garante a adesão ao tratamento.

Nas duas últimas décadas, o Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, forneceu, gratuitamente, para todos os pacientes, o mais caro esquema para tratamento da doença. Porém, é importante ressaltar que nem por isso, o índice de "alta por abandono" tem sido reduzido, indicando que outras questões são mais relevantes para a decisão dos doentes ⁽¹⁰⁾.

Outro fato considerado como potencialidade do ponto de vista dos entrevistados foi a descentralização do tratamento supervisionado para as Unidades de Saúde da Família, como mostra a fala a seguir:

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

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose (2001-2005) inseriu a Estratégia de Saúde da Família em sua proposta de trabalho, considerando que a descentralização das ações de controle da tuberculose para o âmbito da atenção básica poderia promover melhor assistência ao paciente de TB, uma vez que ampliaria o acesso dos doentes aos serviços de saúde.

Em estudo desenvolvido no município de Ribeirão Preto/SP, 50% dos entrevistados mencionaram que o atendimento e o

acompanhamento dos casos de TB deveriam ser descentralizados para as unidades de saúde, com base nos seguintes aspectos: acessibilidade geográfica, melhor controle do caso, estabelecimento de vínculo e, conseqüentemente, maior adesão terapêutica ⁽⁶⁾.

Deste modo há de se considerar que descentralizar ações relacionadas a um evento crônico, como a TB, exige repensar a organização do sistema de serviços de saúde e avançar em direção a uma nova lógica de trabalho em saúde que ultrapasse o cuidado individual. Acompanhar um caso de tuberculose requer envolvimento, interesse e compromisso com o trabalho e comunidade ⁽⁶⁾.

Outro aspecto apontado como potencialidade refere-se a integração da equipe no cuidado ao paciente.

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

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

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

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

Embora o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tenha como principal atribuição acompanhar as famílias no domicílio, este profissional representa o elo entre comunidade e serviço de saúde, disponibilizando informações que possibilitam o desencadeamento de ação sob supervisão da equipe de saúde.

Assim pode-se dizer que o ACS atua como facilitador da criação de vínculos que envolvem equipe de saúde, instituições e família.

"Tratamento supervisionado da tuberculose: fragilidades e obstáculos"

A respeito dos aspectos tidos como negativos do TS, foram mencionados os seguintes aspectos os quais foram denominados de fragilidades: Falta de incentivos para a operacionalização do DOTS nas unidades de saúde da família; centralização da retaguarda laboratorial e conseqüente dificuldade de acesso aos exames; o estigma como aspecto dificultador a adesão terapêutica.

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

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

(...) por que nós tivemos um paciente que ele não aceitou essa descentralização. Mas nós até entendemos a questão de ele não ter aceitado (...) por ele não ter o café da manhã em casa, então, o que aconteceu!? Ele preferiu continuar no Hospital Clementino(...) (E3)

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

Vale salientar, nesses depoimentos, que o benefício (café da manhã) é crucial no andamento do TS, conforme relatado por três entrevistados, onde alguns pacientes optaram por fazer o TS em um hospital de referência distante do seu domicílio, por terem o direito a tomar um café da manhã do qual não dispõe na unidade de saúde e, muito menos, em sua casa.

Percebe-se que a existência e disponibilidade de prestação de serviços não implicam uma garantia de acessibilidade para o usuário, pois o acesso depende dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso, como também da resposta às necessidades de saúde de uma determinada população. Observa-se, nessa situação, que a falta de benefícios nas unidades de saúde da família comprometem o acolhimento, partindo-se do pressuposto de que o acolhimento é visto na dimensão da organização de serviços ⁽¹¹⁾, pois o paciente prefere ser atendido em um outro serviço onde esse benefício seja oferecido, mesmo tendo que se deslocar para

um local distante. Nessa situação, o que importa, porém, não é a distância, mas o benefício que está sendo oferecido.

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

A primeira estratégia de intervenção visando às necessidades dos pacientes, observada em estudo nos municípios prioritários de São Paulo, foi a entrega de incentivos e benefícios (cestas básicas, ticket, vales refeição, bebidas lácteas.), elementos considerados, facilitadores no processo de adesão ⁽¹²⁾

Outro fator importante a considerar é o aporte nutricional ao portador de TB, fato extremamente relevante para o sucesso do tratamento. Deve-se ter um cuidado especial com a alimentação nutritiva, para se preservar a imunidade do paciente, pois, caso esse aporte seja deficiente a recuperação torna-se lenta e árdua, favorecendo a exacerbação das reações medicamentosas. Por ser considerada um grave problema de ordem sócio-econômica, a tuberculose leva muito pesar às famílias vítimas da doença, que têm por vezes a medicação como único componente que lhes chega ao estômago ⁽¹²⁾.

Os profissionais, ao atender os usuários que estão sob seus cuidados, sentem-se co-responsáveis pelo processo de recuperação e cura de saúde deles e, por vezes, utilizam

atitudes extremas para contribuir para o tratamento dos pacientes, como se pode verificar nas falas adiante:

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

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

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

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

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

Porém, essas ações podem ser perigosas e resultar em conseqüências sérias, por serem oferecidos benefícios ao doente, em troca de uma adesão ao tratamento. Não sendo bem conduzidas, poderão resultar ainda mais na exclusão desses doentes, enquanto cidadãos, com direitos e deveres. O Estado tem papel fundamental no acesso igualitário da coletividade aos bens sociais, pois os serviços de saúde, individualmente, jamais irão solucioná-las ⁽¹²⁾.

O alimento dado aos pacientes que não têm como conseguí-lo, deve ser precedido a reinserção dos mesmos no mercado de trabalho, por considerar ser esta reinserção um dos pontos fundamentais para se alcançar o êxito na adesão ao tratamento ⁽¹²⁾.

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

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

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

Observa-se que a falta de entendimento do paciente em relação ao processo de saúde provoca situações que podem colocar seu

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

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

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

(...) essa semana ela não veio porque estava sem vale e precisava ir realizar os exames (...) de hoje pra amanhã, eu [entrevistado] tenho que ir na farmácia, e eu vou ver se consigo vale, por que, quando a gente pede, elas[serviço] dão. Só é pedir. Agora não tem aquele negócio de mandar não. Mandar, não

mandam não. Só se pedir. Eles sabem que tem paciente com tuberculose(...)(E1)

Analisando-se o conteúdo dos depoimentos acima apresentados, percebe-se que o acesso para a realização dos exames pelos pacientes não está sendo-lhes assegurado. Todos os serviços de saúde deveriam ser adequadamente acessíveis, partindo-se do entendimento de acessibilidade⁽¹³⁾, onde a acessibilidade financeira, ou seja, os pagamentos ou contribuição para utilização dos serviços não devem constituir obstáculos. Os pacientes não estão recebendo o acolhimento necessário. Mais uma vez coloca-se em xeque a organização dos serviços quanto ao tratamento supervisionado, já que as condições indispensáveis de acessibilidade mostram-se deficientes ou até mesmo inexistentes.

Partindo desse entendimento, é importante destacar-se que as variáveis envolvidas no acolhimento, enquanto acessibilidade, não se resumem à questão da acessibilidade geográfica, comportando, também, aspectos mais sutis como as formas de acessibilidade funcional, cultural, financeira, social também como formas de acolhimento. Os serviços devem ser prestados oportunamente e em caráter contínuo, bem como estar disponíveis a qualquer momento, atendendo à demanda real e incluindo um sistema de referência que assegure fácil acesso a uma assistência de nível que se requer (acessibilidade funcional). Não deve haver conflito entre os padrões técnicos e administrativos dos serviços e os hábitos, os padrões culturais e costumes das comunidades em que são prestados (acessibilidade cultural), como também, os pagamentos ou a

contribuição para a utilização dos serviços não devem constituir obstáculos para o tratamento (acessibilidade financeira). A distância, o tempo de locomoção e os meios de transporte devem determinar a localização dos estabelecimentos (acessibilidade geográfica)⁽¹⁴⁾.

No entanto, percebe-se que a disponibilidade de recursos (vale transporte) não impediu a continuidade do tratamento, verificando-se que quando existem compromisso e envolvimento de alguns atores, as dificuldades que surgem podem ser resolvidas, utilizando-se meios como a boa-vontade, criatividade, iniciativa, diferentes dos de outros contextos, cujo principal argumento para deixarem de realizar determinadas ações é a "falta de recursos". Porém, é importante destacar que, com a descentralização das ações de controle da tuberculose para o PSF, é condição *sine qua non* o envolvimento dos atores chave, tanto em nível central como local ou periférico, uma vez que não é possível viabilizar-se a descentralização das ações sem uma disposição em se delegar responsabilidades e sem uma efetiva participação dos atores chave dos diferentes níveis⁽¹⁵⁾. As ações precisam ser operacionalizadas e desenvolvidas de igual modo entre os diferentes atores, de acordo com as responsabilidades inerentes a sua função.

Sendo assim, devem ser levados em consideração, pelos profissionais de saúde responsáveis pelo TS, determinantes importantes, como: organização dos serviços e sua disponibilidade para o paciente e o acesso aos serviços. Em uma das falas dos entrevistados, pode-se observar que um

paciente não terminou o tratamento por que ele havia conseguido emprego de pedreiro e, como seu horário de trabalho iniciava muito cedo ele não teve como continuar o tratamento.

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

Tal situação relatada pelo entrevistado, reflete uma determinante importante no êxito do TS. O fato demonstra que, nem sempre os serviços de saúde estão disponíveis aos usuários de maneira a garantir uma assistência igualitária à população adscrita. No caso o paciente abandonou o tratamento por incompatibilidade de horário com o serviço de saúde. Em outros estudos observou-se que, dos pacientes que estão sob TS, mais da metade são trabalhadores autônomos e que, durante o período do tratamento, estão desempregados, portanto fora do mercado de trabalho ⁽¹⁵⁾.

Denomina-se de acessibilidade em relação ao tempo ⁽¹³⁾, ou seja: o horário de trabalho das equipes e o de funcionamento das unidades de saúde nem sempre conseguem atender às necessidades da população. Isso dificulta e prejudica o acesso da população aos serviços de saúde. A mesma autora especifica que os serviços ofertados devem estar baseados na variedade das necessidades de

uma comunidade, no que oferecer, como oferecer e onde oferecer ⁽¹³⁾.

O horário, somente diurno, de funcionamento das unidades, dificulta o atendimento de trabalhadores. Os serviços de saúde devem adotar medidas que facilitem o acesso do doente e favoreça seu atendimento com presteza, o que, certamente, melhoraria e facilitaria a adesão do paciente ao tratamento.

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

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

(...) muitas vezes alguns pacientes não querem fazer o tratamento conosco, pela questão de ficarem inibidos (...) *Possa ser que a comunidade venha a perceber que ele tem esse tipo de doença e ele sentir-se marginalizado (...)* (E4)

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

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

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

Percebe-se que o paciente pode vivenciar situações traumáticas e constrangedoras que o estigma da doença proporciona, forçando-o a desistir do tratamento por uma questão que está associada ao imaginário social. Por sua história antiga e fortemente associada ao contágio, a tuberculose, nos dias atuais, ainda constitui uma doença cheia de preconceitos, porém esse problema precisa ser melhor trabalhado pelos serviços de saúde ⁽¹⁶⁾.

Com o principal objetivo de desmistificar o contágio da doença, o serviço precisa ser organizado de forma a esclarecer as pessoas sobre essa doença e a outras que também estão arraigadas de estigma, como a hanseníase. Trabalhar a educação em saúde acredita-se ser o melhor caminho para se vencer esses preconceitos como também estimular muitos profissionais para reverem esses conceitos e não se comportarem como se desconhecêssem totalmente as formas reais de contágio da doença.

A educação em saúde é uma oportunidade de melhor atingir os objetivos da orientação, vislumbrando práticas que incluam o cidadão no processo enquanto ator social, reflexivo e instrumentalizado com seu saber, para contribuir no processo de mudança social. Não bastam informações, é preciso compreender a comunidade como unidade, criando, no coletivo, propostas capazes de atingir cada um de seus segmentos, segundo suas naturezas e carências ⁽¹⁷⁾.

Desse modo, um paciente que sofre discriminação deve ser tratado, pelo profissional de saúde, com acolhimento, vínculo e respeito, procedendo com muita cautela devido a sua fragilidade e situação de

vulnerabilidade. A fala a seguir demonstra um movimento contrário do que se recomenda:

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

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

Atitudes desta natureza não têm fundamento, pois, segundo o Ministério da Saúde a intensidade do contato com o doente é a causa principal do contágio. A fala, o espirro e, principalmente, a tosse de um doente, lançam no ar gotículas contaminadas de

tamanhos variados. Somente os núcleos secos das gotículas (núcleo de Wells), bacilos em suspensão podem atingir os bronquíolos e alvéolos e iniciarem a multiplicação. Os outros que se depositam nas roupas, lençóis, copos e outros objetos dificilmente se dispersarão em aerossóis e, por isso, não desempenham papel importante na transmissão da doença ⁽¹⁸⁾.

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

Em estudo desenvolvido no município de São José do Rio Preto, a respeito do conhecimento dos profissionais de saúde (enfermeiro, médico, técnicos de enfermagem e ACS que trabalham em unidades básicas de saúde) sobre a tuberculose, mostrou falta de conhecimentos básicos sobre a doença (definição de fonte de infecção, diferença na transmissão entre adultos e crianças e definição da baciloscopia como método diagnóstico prioritário), principalmente entre os médicos e enfermeiros ⁽¹⁹⁾.

Após análises das informações, questiona-se a capacitação e atualização dos profissionais de saúde em agravos como a tuberculose e hanseníase. Será que esses

profissionais estão sendo capacitados? Estão recebendo atualização sobre temáticas tão relevantes e atuais? Neste estudo observou-se que quatro dos dez entrevistados receberam capacitação sobre a temática, referindo que lhes eram oferecidos treinamento pelo Estado. Entretanto, em ofício circular emitido pela Secretária de Saúde do município, só era permitido ao profissional ausentar-se da unidade por apenas cinco dias, durante todo o ano, para participação em congressos, cursos, treinamentos. Isso limita e obriga o profissional a decidir como irá utilizar a liberação, diante do leque de necessidades que se tem quando se trabalha em saúde.

O acolhimento enquanto técnica baseia-se no trabalho em equipe, na capacitação dos profissionais e na aquisição de tecnologias, saberes e práticas ⁽¹¹⁾. Nesse sentido, cabe aos gestores evitar a descontinuidade das ações de controle da doença, garantindo a manutenção de equipes estruturadas e motivadas, sendo, para isso, importante a interação das três esferas de governo para disponibilizar os recursos necessários ao efetivo controle da doença.

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

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

Percebe-se, diante do depoimento acima, que certas atitudes desafiam o bom senso, resultando em prejuízos imensuráveis para a saúde individual ou coletiva, ainda que os indivíduos estejam inocentes ou imbuídas da melhor boa vontade. Dentre os motivos que levaram os pacientes a interromper o tratamento da tuberculose em um estudo desenvolvido em Fortaleza - CE, citou-se o conjunto de crenças relacionadas com o poder divino da cura ⁽²⁰⁾.

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

A participação da sociedade demonstra que a TB não é somente responsabilidade dos profissionais de saúde, do doente e da família, mas, também, de toda a comunidade. A participação ativa dos agentes sociais (padre, pastor, curandeiro) é capaz de potencializar as relações de cooperação e contribuir para o processo de controle da doença ⁽¹²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados expostos revelam que o tratamento supervisionado da tuberculose caracteriza-se como possibilidade de promover maior aproximação entre os membros da

equipe de saúde uma vez que exige continuamente apropriação da equipe no acompanhamento dos casos, e de seus respectivos núcleos familiares.

Ademais se acresce que o tratamento supervisionado, mesmo considerado uma ação pontual, desponta como parte do processo de descentralização das ações de controle da tuberculose. Espera-se evidentemente que o trabalho das equipes avance no sentido de incorporar não somente a supervisão medicamentosa, mas as ações de diagnóstico, acompanhamento terapêutico do paciente, avaliação dos contactantes e ações educativas na comunidade adscrita.

Entretanto, esta expansão requer a adoção de novas tecnologias no processo de trabalho das equipes, bem como implementação na gestão e organização do sistema de serviços de saúde.

No que tange ao processo de trabalho das equipes há de se considerar a necessidade de lançar mão de recursos que visem à ampliação da capacidade de enfrentamento da doença e conseqüente redução do estigma social que carrega a tuberculose. A equipe deve ser continuamente capacitada para lidar com seus próprios temores, e tranquilamente minimizar e/ou superar os aspectos estigmatizantes que ainda permeiam à família e indivíduos acometidos pela doença.

Quanto aos fatores que envolvem a gestão e organização do sistema de serviços de saúde, destaca-se a deficiência em se garantir a continuidade da assistência ao caso suspeito ou com diagnóstico de tuberculose. Este cenário aponta dificuldade de acesso aos exames laboratoriais, decorrentes da

fragilidade na integração entre os diferentes pontos do sistema de saúde.

Ressalta-se que as ações de controle da TB devem ser apropriadas e compreendidas como de responsabilidade das equipes de saúde, porém para sua consolidação efetiva deve ser garantido aporte organizacional que viabilize atenção de qualidade e equânime.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
2. World Health Organization. [WHO]. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Financing and Planning. Geneva: WHO report, 2005.
3. Ruffino-Netto, A. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. *Jornal de Pneumologia*. 2000 jul ago; 26 (4): 159-162.
4. World Health Organization. [WHO]. What is DOTS? A guide to understanding the WHO-recommended Tb control strategy known as DOTS. WHO/cds/cpc/tb/99.270, 1999.
5. Lima DS. Plano de trabalho, em parceria com os gestores municipais dos municípios prioritários de: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras a ser cumprido em 2005/2006. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde, 2005.
6. Muniz JN. O programa de agentes comunitários de saúde na identificação de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose em Ribeirão Preto-SP: um desafio para a atenção primária à saúde. [Tese]: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004
7. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
9. Minayo, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª edição. São Paulo (SP): Hucitec, 2004.
10. Dálcomo, M. M. P. Regime de curta duração, intermitente e parcialmente supervisionado, como estratégia de redução do abandono no tratamento da tuberculose no Brasil. [Tese]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. 2000.
11. Silva jr., A. G.; Mascarenhas, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: Aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A editores. Cuidado as fronteiras da integralidade. 2ª edição. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC/UERJ, ABRASCO; 2005. p. 241-257
12. Arcêncio, R. A. A organização do tratamento supervisionado nos municípios prioritários do estado de São Paulo (2005). [Dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. 2006.
13. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 1ª edição. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
14. ALMEIDA, E. S. et al Distritos Sanitários: concepção e organização. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998; v.1
15. Ruffino-Netto, A.; Villa, T. C. S. Tuberculose: Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil, históricos e peculiaridades regionais. 1ª edição. São Paulo (SP): Instituto do Milênio REDE-TB; 2006.
16. Vendramini, S. H. F. O tratamento Supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão preto sob a percepção do doente. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. 2001.
17. Rosso, C.F.W.; Collet, N. - Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em município do interior paranaense. [serial on line] 1999 out-dez [cited 2006 jul 11]; 1(2): Available from: URL: http://www.fen.ufg.br/revista/revista1_1/11.htm
18. Fundação Nacional de Saúde. Controle da Tuberculose: Uma proposta de integração ensino-serviço. 5 edição. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde; 2002.
19. Meirelles, E. B. Capacitacion em diagnóstico precoce de tuberculosis em los profesionales de lãs equipes de salud em São José do Rio Preto. [Dissertação] São José do Rio Preto (SP): Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. 2003.
20. Lima, M. B.; Mello, D.A.; Moraes, A.P.P.; Silva, W.C. da. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva

Silva ACO, Sousa MCM, Nogueira JA, Motta MCS. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2007 Mai-Ago; 9(2): 402-416. Available from: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a09.htm>

dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). Cad. Saúde Pública. 2001 jul-ago; 17(4): 877-885.

Artigo recebido em 27.11.06

Aprovado para publicação em 27.08.07