ORIGINAL ARTICLE

EARLY TREATMENT AND CAST SERVICES IN THE CARE OF TUBERCULOSIS PATIENT

ABANDONO DO TRATAMENTO E ELENCO DE SERVIÇOS NO CUIDADO AO DOENTE DE TUBERCULOSE

EL TRATAMIENTO TEMPRANO Y REPARTO DE SERVICIOS EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DE LA TUBERCULOSIS

Lenilde Duarte de Sá¹, Annelissa Andrade Virginio de Oliveira², Káren Mendes Jorge de Souza³, Pedro Fredemir Palha⁴, Jordana de Almeida Nogueira⁵, Tereza Cristina Scatenna Villa⁶

ABSTRACT

Objective: to evaluate factors related to noncompliance with treatment for tuberculosis, according to the size of the range of services. **Method:** this evaluative qualitative, which used the thematic oral history as a methodological reference. The study included nine users who had abandoned as a criterion for termination of the treatment of tuberculosis in two districts of the metropolitan area of João Pessoa, Paraíba after approved by the Ethics Committee of the Federal University of Paraíba with protocol number 067/08. The empirical material was produced from July to September 2008 and analyzed by the technique of discourse analysis. **Results:** we observed as related to cessation of treatment: alcoholism, lack of information about the disease, the illusion of healing before the end of treatment and the large number of tablets taken. How weaknesses in the provision of services available, it was found that the User is difficult to access testing, inputs and social incentives (food stamps, food stamps). **Conclusion:** considering the size of the services available, it is believed to prevent the abandonment of TB treatment, is necessary to rescue the notion of subjectivity of care, and to strengthen the principle of integrated and intersectoral approach in guiding the actions and health services. **Descriptors:** tuberculosis; family health; patient dropouts.

RESUMO

Objetivo: avaliar os fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose, segundo a dimensão do elenco de serviços. **Método:** pesquisa avaliativa de natureza qualitativa, que utilizou a História Oral Temática como referencial metodológico. Participaram do estudo nove usuários que tiveram o abandono como critério de encerramento do tratamento da tuberculose em dois municípios da região metropolitana de João Pessoa, Paraíba, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS) sob registro de protocolo número 067/08. O material empírico foi produzido no período de julho a setembro de 2008 e analisado mediante a técnica de análise do discurso. **Resultados:** foram verificados como fatores relacionados ao abandono do tratamento: o etilismo, a falta de informações sobre a doença, a ilusão de cura antes do término do tratamento e a grande quantidade de comprimidos tomados. Como fragilidades na oferta do elenco de serviços, constatou-se que há dificuldade do usuário ter acesso a exames, insumos e incentivos sociais (cestas básicas, vale alimentação). **Conclusão:** considerando a dimensão do elenco de serviços, acredita-se que para prevenir o abandono do tratamento da TB, seja necessário resgatar a noção de subjetividade do cuidado, bem como fortalecer o princípio da integralidade e a diretriz da intersetorialidade nas ações e serviços de saúde. **Descritores:** tuberculose; saúde da família; pacientes desistentes do tratamento.

RESUMEN

Objetivo: evaluar los factores relacionados con la falta de cumplimiento con el tratamiento para la tuberculosis, de acuerdo con el tamaño de la gama de servicios. **Método:** evaluación cualitativa, que utilizó la historia oral temática como referencia metodológica. El estudio incluyó a nueve usuarios que habían abandonado como criterio para la finalización del tratamiento de la tuberculosis en dos distritos de la zona metropolitana de João Pessoa, Paraíba después de la aprobación por el Comité de Ética de la Universidad Federal de la Paraíba con número de protocolo 067/08). El material empírico fue elaborado entre julio y septiembre de 2008 y analizados por la técnica de análisis del discurso. **Resultados:** se observó en relación con la interrupción del tratamiento: el alcoholismo, la falta de información sobre la enfermedad, la ilusión de curación antes del final del tratamiento y el gran número de pastillas. ¿Cómo deficiencias en la prestación de los servicios disponibles, se constató que el usuario es difícil de las pruebas de acceso, los insumos y los incentivos sociales (estampillas de comida, estampillas de comida). **Conclusión:** considerando el tamaño de los servicios disponibles, se cree que es prevenir el abandono de tratamiento de la tuberculosis, es necesario rescatar la noción de subjetividad de la atención, y fortalecer el principio de enfoque integrado e intersectorial en la orientación de las acciones y los servicios de salud. **Descriptores:** tuberculosis; salud de la familia; paciente abandona el tratamiento.

¹Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba/UFPB e vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-PPGENF/UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: lenilde_sa@yahoo.com.br;

²Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-PPGENF/UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: annelissa_ufpb@hotmail.com; ³Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: karensouza@usp.br; ⁴Professor Doutor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: palha@eerp.usp.br; ⁵Professora Doutora do Departamento de Enfermagem de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba e vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-PPGENF/UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: Jal_nogueira@yahoo.com.br; ⁶Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é um problema de saúde pública secular. As elevadas taxas de morbimortalidade, em diversos países, mostram que a doença tornou-se uma preocupação sanitária mundial. A persistência da TB como problema sanitário global deve-se, principalmente, à falta de compromisso político, à inadequada gerência dos programas de controle da tuberculose (PCT), à baixa efetividade da atuação dos serviços de saúde em prevenção, diagnóstico e tratamento, à pobreza, à ocorrência crescente de associação da TB ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e ao aumento populacional e imigração.¹⁻²

A TB reflete o estágio de desenvolvimento social de um país, no qual os determinantes do estado de pobreza e as fragilidades na organização e gestão do sistema de saúde limitam a ação da tecnologia e, conseqüentemente, inibem a queda sustentada de uma doença marcada pelo contexto social.³

No Brasil, um dos principais desafios para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) refere-se à redução do número de casos de abandono do tratamento e ao incremento das taxas de cura.⁴ O não-cumprimento do esquema terapêutico é um problema relevante no contexto das ações de controle da TB, uma vez que o abandono do tratamento da TB e/ou a terapia irregular favorecem a persistência da transmissão do bacilo na comunidade e a resistência medicamentosa, impactando negativamente o controle da doença.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil apresentou 92 mil novos casos de Tuberculose (TB) em 2007, ocupando o 18º lugar entre os 22 países com a mais alta carga da doença notificada no mundo. O percentual de cura foi de 72%, a taxa de abandono em torno de 8,3%, a taxa de mortalidade foi de 9,1% e a taxa de detecção de casos de 78% (WHO, 2009). Já na Paraíba, considerando o ano de 2008, conforme dados do SINAN, os percentuais de cura, abandono e óbito foram respectivamente: 35,79%, 7,26% e 2,25%. 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.

Como recomendação mundial para estimular a adesão ao tratamento da TB e prevenir o abandono terapêutico, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe o

Directly Observed Therapy, Short-course (DOTS). O DOTS é um conjunto de estratégias político-administrativas que inclui ações de busca de sintomático respiratório com retaguarda laboratorial, ações de acompanhamento do tratamento, compromisso político, sistema de registros e suprimento de drogas. No Brasil, a operacionalização do DOTS é realizada pelas equipes de saúde da família que, sob a concepção de Atenção Primária à Saúde (APS), tem a responsabilidade sobre o cuidado ao doente de TB.

A APS possui as seguintes dimensões: porta de entrada, acesso, elenco de serviços, coordenação, formação profissional, enfoque familiar e orientação para a comunidade⁵. Este estudo encontra-se fundamentado na dimensão elenco de serviços, o qual pressupõe que as unidades de saúde devem estabelecer arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde de que necessite. Isto inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e os encaminhamentos para os outros níveis, internação domiciliar e outros serviços comunitários.⁶

Cabe a unidade de saúde da família implementar e gerenciar ações voltadas para o controle da TB na área adscrita, tais como identificar sintomáticos respiratórios, fazer o diagnóstico de tuberculose, iniciar o tratamento, acompanhar os casos em tratamento, dar alta aos pacientes; coletar material para exame diagnóstico e estabelecer um fluxo de envio do material ao laboratório; dispor de estoque de medicamentos específicos para os doentes inscritos no programa de tuberculose; fazer tratamento supervisionado na unidade de saúde ou no domicílio quando indicado; fazer visita domiciliar quando necessário; treinar os recursos humanos da unidade básica de saúde; realizar ações educativas junto à clientela da unidade de saúde, bem como na comunidade; dentre outras.⁷

Na condição de porta de entrada do sistema de saúde, os profissionais das unidades de saúde da família devem direcionar suas práticas para promover a cura do doente e prevenir o abandono do tratamento. Estudos mostram que há uma estreita relação entre os fatores ligados ao abandono do tratamento da TB e o modo como as ações de controle e tratamento da doença são desempenhadas no âmbito da Estratégia Saúde da Família, pois mediante o acompanhamento do usuário é possível identificar precocemente os fatores que fragilizam a adesão terapêutica.⁸

Sá LD de, Oliveira AAV de, Souza KMJ de et al.

O elenco de serviços relaciona-se à variedade de serviços disponíveis e ajustados às necessidades de saúde do usuário, família e comunidade. No contexto do tratamento da tuberculose em Unidades de Saúde da Família (USF), para além da oferta de medicamentos, essa dimensão deve estabelecer arranjos para que o doente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde de que necessite.⁶

Entendendo a importância do componente elenco de serviços da APS como reflexo da integralidade do cuidado ao doente de TB, este estudo propõe-se a avaliar os fatores relacionados ao abandono do tratamento da TB, segundo a dimensão do elenco de serviços.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de natureza qualitativa, realizada em dois municípios da região metropolitana de João Pessoa (PB), considerados prioritários para o controle da tuberculose no Estado da Paraíba. A investigação avaliativa objetiva a produção de conhecimento científico, com a finalidade de nortear processos decisórios.⁹

Para produção do material empírico, utilizou-se a História Oral, gênero temático, realizando-se sequencialmente: entrevista, transcrição do material gravado, textualização, transcrição e por fim, conferência do material e obtenção de autorização para uso e publicação.¹⁰

Participaram do estudo nove usuários que abandonaram o tratamento da TB quando acompanhados por equipes de saúde da família, conforme registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). As entrevistas ocorreram no período de julho a setembro de 2008.

Para análise do material empírico utilizou-se a técnica de análise de discurso, uma vez que é indicada nas pesquisas qualitativas, pelas possibilidades de relacionamento dos materiais que envolvem valores, juízos necessários e preferíveis como argumentos, ou como meios capazes de revelar a visão de mundo e, portanto, a posição ideológica do sujeito discursivo.⁹

Fundamentando-se nos depoimentos dos participantes do estudo, duas categorias temáticas foram identificadas: fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose e fragilidades na oferta do elenco de serviço ao doente de TB, que explicam a categoria maior: Os serviços e ações oferecidos aos doentes de tuberculose com história de abandono pelas Unidades de Saúde

Early treatment and cast services in the care of... da Família e as reais necessidades dos usuários.

Os participantes foram decodificados com letras do alfabeto e números arábicos de forma a garantir seu anonimato e atender às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos. O projeto do qual deriva este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS) em 02 de março de 2008 e está registrada sob o protocolo nº 067/08.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• Fatores relacionados ao abandono do tratamento da TB

O abandono do tratamento da TB é um importante desafio para a atuação da equipe de saúde da família no controle da tuberculose. Os motivos relacionados ao evento são complexos e diversificados, exigindo uma abordagem que articule o acesso aos serviços de saúde e o desenvolvimento de ações e políticas públicas intersetoriais.

No contexto dos fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose, destacam-se as importantes implicações para o prognóstico e tratamento da TB decorrentes de sua associação ao uso do álcool pelo doente. Neste estudo, três colaboradores atribuíram a interrupção terapêutica ao etilismo.

Bebo e não fico perturbando ninguém. (C3)
Voltei a beber e não tomei meus medicamentos. (C4)
Eu parei o tratamento por causa da bebida. (C9)

A elevada ocorrência do etilismo entre pessoas acometidas por TB pulmonar poderia resultar da baixa resistência à infecção, quer endógena ou exógena, sugerindo que o aumento do consumo etílico eleva a exposição à infecção por *Mycobacterium tuberculosis*.¹¹ O etilismo potencializa o agravamento do quadro clínico da TB e, quando associado a condições de vida precária, pode favorecer um desfecho desfavorável em relação ao tratamento da TB.¹²

Considerando o impacto epidemiológico e clínico da associação entre etilismo e TB, ressalta-se a importância de equipes de saúde da família organizar estratégias de enfrentamento em parceria com a comunidade e encaminhar os doentes para outros serviços disponíveis.

Sá LD de, Oliveira AAV de, Souza KMJ de et al.

Uma vez que o elenco de serviços pressupõe o estabelecimento de arranjos para que o doente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde de que necessite, em atenção à saúde mental desses doentes destaca-se a necessidade de articulação da equipe de saúde com o Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas (CAPSad). O CAPSad é um serviço especializado em saúde mental que atende pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de álcool e outras drogas em diferentes níveis de cuidado, tendo como princípio a reinserção social e realizando diferentes ações de assistência (medicação, terapias, oficinas terapêuticas, atenção familiar). Acrescenta-se ainda a necessidade dos gestores assumirem a responsabilidade no que concerne à criação e manutenção de mecanismos e políticas públicas de combate a associação etilismo/TB, pois apenas a atuação dos profissionais de saúde não é suficiente para resolver os problemas decorrentes da referida co-morbidade.

Observou-se também que a grande quantidade de tuberculostáticos presentes na terapia farmacológica prescrita obstaculizou, na opinião do doente de TB, a continuidade do tratamento com desfecho favorável, como relatado pelos seguintes colaboradores:

Eu parei de tomar a medicação porque não aguentava mais tomar tantos medicamentos. (C5)

Eu tomei tanto remédio, meu Deus, que minha garganta doía. (C8)

Em atenção à questão acima referida, o Ministério da Saúde apresenta um novo esquema terapêutico para a TB, disponível desde o mês de setembro de 2009. Nesse novo esquema, um único comprimido irá reunir as quatro drogas necessárias para o tratamento do paciente, o que reduzirá o número de comprimidos tomados diariamente pelo doente de TB.

É válido ressaltar que qualquer regime ou esquema de tratamento, particularmente para a TB, é ineficiente se não é usado em tempo, doses e regularidades necessárias.¹³ É importante mencionar então que quanto maior é o tempo de tratamento, maior é a probabilidade do abandono, com suas implicações biológicas, econômicas, psicológicas e sociais. Torna-se imprescindível então às equipes de saúde da família realizar o acompanhamento dos doentes de TB, incluindo ações de educação em saúde, para que as relações de vínculo sejam fortalecidas e o êxito do tratamento alcançado. Essa questão é citada pelos colaboradores 07 e 03:

Eu parei o tratamento porque eu não sei o que eu tenho. (C7)

Early treatment and cast services in the care of...

Ninguém me falou nada, não sei nem o que tenho. Só sei que estou tossindo. (C3)

Destacam-se os fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose na perspectiva da integralidade do cuidado ao doente de TB — princípio que deve permear a oferta do elenco de serviços. A importância de abordar a assistência de forma integral está fundamentada na articulação de todos os passos na produção do cuidado e no restabelecimento da saúde.

A integralidade começa pela organização do cuidado na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vínculo. Para que as equipes de saúde da família sejam capazes de oferecer uma atenção integral é fundamental a interação com o usuário, sob forma de acolhimento — atitude de receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas demandas. Por meio do acolhimento, a equipe deve buscar compreender um conjunto de necessidades do usuário que o levaram a abandonar o tratamento. Compartilhando a ideia de que as necessidades de saúde do usuário não se remetem apenas as necessidades de cuidados médicos, é imprescindível acolher o doente e ouvir suas queixas, no intuito de identificar possibilidades de resposta do serviço e formular uma estratégia de adesão à terapêutica.

Outro fator que concorre para o abandono da terapêutica é a interpretação que o doente de TB faz sobre o desaparecimento dos sintomas no início da terapêutica como sinal de cura, o que justificaria a interrupção da tomada dos medicamentos prescritos¹². Essa questão pode ser evidenciada nos seguintes relatos:

Eu parei porque não sinto mais nada. (C4)

Fiz o tratamento durante cinco meses e parei de tomar a medicação, porque me sentia melhor. Eu pensei que estava curado. (C1)

Outros estudos sobre a não-adesão ao tratamento da TB também identificaram o desaparecimento dos sintomas como fator relevante para o abandono.¹³⁻⁴ No acompanhamento ao doente de TB deve haver espaço para o diálogo e orientações que previnam a ocorrência do abandono do tratamento decorrente da falta de informação ou da sua inadequada assimilação.

A falta de acesso à educação em saúde é notadamente fato que compromete a adesão ao tratamento da TB. Entretanto, mais do que a falta de acesso à educação em saúde, grande parte dos entrevistados mostrou ter

Sá LD de, Oliveira AAV de, Souza KMJ de et al.

baixo nível de escolaridade, fato que contribui para limitações na percepção e no entendimento dos doentes. Tais limitações não podem ser sanadas apenas pela educação em saúde, ficando evidente a necessidade de uma ação intersectorial no sentido de munir os doentes de uma educação formal de qualidade. A partir do crescimento pessoal representado pelo acesso à educação, os doentes poderão tornar-se parte ativa no processo de tratamento da TB, fato que concorre para diminuição do abandono da terapêutica.

• Fragilidades na oferta de serviços ao doente de TB

A integração das Unidades de Saúde da Família com os demais pontos do sistema local de saúde pressupõe articulação entre os mesmos, com reunião de funções comuns e estreita coordenação entre indivíduos, setores e departamentos, em uma perspectiva de complementariedade.¹⁵⁻⁶ Quando o doente de TB procura o serviço de saúde e tem suas necessidades atendidas, este estabelece uma relação de confiança com os profissionais e com o serviço, fato que concorre para uma maior adesão terapêutica. Entretanto, se o doente de TB procura o serviço, mas não recebe respostas satisfatórias às suas demandas, cria-se uma descrença no serviço e consequentemente em seu tratamento, podendo comprometer a adesão terapêutica. O colaborador 03 relata fragilidades na oferta de exames em serviço de saúde:

O médico pediu os exames e eu fui fazer, mas o negócio lá tava quebrado, não chegou nada não. Tudo lá é meio difícil. (C3)

O Ministério da Saúde preconiza a realização de exames diagnósticos para TB em todos os serviços de atenção básica, principalmente nos municípios prioritários para o controle da TB além da implantação do registro dos casos suspeitos na rede laboratorial do SUS.⁷ Realizando a solicitação dos exames diagnósticos, a equipe de saúde cumpre uma de suas responsabilidades quanto à oferta de serviços aos doentes de TB. Entretanto, a não oferta para realização de exames no município e a demora para o recebimento dos resultados apontam debilidades relacionadas à gestão, ao compromisso político dos gestores, salientando que este vai além da garantia da medicação na USF.

É importante destacar que, com a descentralização das ações de controle da TB para a estratégia saúde da família, é condição essencial o envolvimento dos atores-chave, tanto em nível central como local ou periférico, uma vez que não é possível

Early treatment and cast services in the care of...

viabilizar-se a descentralização das ações sem uma disposição em se delegar responsabilidades e sem uma efetiva participação desses atores dos diferentes níveis.¹⁷ As ações precisam ser operacionalizadas e desenvolvidas de igual modo entre os diferentes atores, de acordo com as responsabilidades inerentes a sua função.

A reiterada queixa quanto a dificuldades na realização de exames ratifica o pequeno reconhecimento e valorização do potencial resolutivo do nível primário de atenção à saúde. A resolutividade na estratégia saúde da família está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde.

Dentre as atribuições das ESF no cuidado ao doente de TB destacam-se atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção no Pacto pela Saúde 2006, sendo pactuada, dentre outras, a busca ativa de casos. Em caso de suspeição, deve-se de imediato ser solicitado o exame bacteriológico do escarro. Para isto, devem ser garantidos os insumos necessários, como potes e etiquetas, adequada conservação e armazenamento do material coletado, fluxo laboratorial e sistema de informação.⁷

De acordo com a dimensão elenco de serviços, o oferecimento de pote para exame de escarro deve fazer parte das ações ofertadas pela equipe que está acompanhando doentes de TB na estratégia saúde da família. Contrariando tal diretriz, os relatos evidenciaram que esta oferta não ocorre.

Eu comprei o pote. (C3)

Eu tive que comprar [o pote]. Eu tinha que fazer o exame no dia seguinte, não falaram nada, não tinha [o pote] então eu tive que comprar. (C5)

Quanto à organização do cuidado ao doente de TB, a equipe de saúde cumpre sua função quando da suspeição e encaminhamento para a realização de exames diagnósticos. Entretanto, o não oferecimento do pote para coleta de escarro representa um quebra na linha de cuidado ao doente. A disponibilização de insumos (potes) caracteriza-se como um instrumento facilitador da adesão terapêutica, entretanto, a qualidade da atenção dispensada e o grau de satisfação do usuário também devem ser considerados.

Alguns doentes, em situações de vulnerabilidade econômica, encontram nos

Sá LD de, Oliveira AAV de, Souza KMJ de et al.

incentivos sociais, tais como passagens e cesta de alimentos, um incentivo para a adesão terapêutica, porém nem todos têm acesso a esse recurso como descrito pelos seguintes colaboradores:

E pra esse problema tinha que se alimentar bem certo, mas eu não tinha como me alimentar bem. Me encaminharam pra receber uma ajuda da prefeitura e até hoje eu espero. Se fosse depender dessa feira, eu tinha morrido de fome. (C5)

Eu fui à assistente social pedir uma ajuda de alimentação, de leite, de verdura. Botaram meu nome lá, mas até hoje, nada. (C7)

Destaca-se, contudo, que a disponibilidade de incentivos não é, por si só, suficiente para atender a todas as necessidades dos usuários no que concerne ao tratamento da TB. O fornecimento desses incentivos pode ser considerado um elemento importante dentro da estratégia DOTS, mas este deve somar-se a outros recursos para que haja a efetivação dessa estratégia.¹⁸

A oferta de alimentos como forma de incentivo ao tratamento da TB é importante para o doente e sua família, quando em face à situações de precariedade sócio-econômicas, nas quais o direito humano básico a uma alimentação adequada é ferido, ameaçando a cidadania e os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde:

Agora, não tem nada aqui pra comer. Meu filho vai pra feira do mercado central e arruma tudo que vem no lixo, eu lavo e eles comem. (C8)

A falta de acesso ao alimento é um dos maiores problemas enfrentados pelos doentes de TB, verifica-se que o estado de pobreza, ou melhor, a fome, de pessoas com TB contribui para abandono do tratamento.¹⁹ Nesse contexto, destaca-se a necessidade de políticas intersetoriais, pois a situação sócio-econômica desfavorável vivenciada por alguns doentes de TB e suas famílias demanda a participação de outros setores, tais como educação e assistência social, bem como a implementação de uma política de promoção de emprego e/ou melhoria de renda, a fim de garantir ao doente as condições mínimas para a continuidade do tratamento. O desenvolvimento de ações intersetoriais permite a articulação de esforços para aproximar as demandas dos usuários às respostas dos serviços de saúde

As medidas preventivas constituem atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção no Pacto pela Saúde 2006, sendo responsabilidade das equipes de saúde da família. No âmbito dessas medidas, tem-se

Early treatment and cast services in the care of...

como uma das atividades a realização de ações educativas.⁷ Entretanto, ações de educação em saúde algumas vezes se mostram ineficazes quando, por vezes, são focadas na simples transferência de informações e/ou recomendações.

O médico mandou eu separar o copo, o prato, tudo, mas eu não separo. (C8)

Me disseram para separar minhas coisas [copos, talheres] e para me alimentar bem. Mas não falaram nada sobre essa doença não. (C5)

Uma educação em saúde nos moldes da integralidade inclui políticas públicas, ambientes apropriados para além dos tratamentos clínicos e curativos, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, envolvidas na melhoria da qualidade de vida do doente. Processos educativos desarticulados ao componente cultural são ineficazes, pois para que se obtenha êxito no tratamento da TB é fundamental que a equipe de saúde da família resgate a subjetividade no cuidado ao doente e considere a cultura de saúde do mesmo. Esse fato justifica a importância de projetos terapêuticos singularizados, ou seja, projetos que sejam estruturados a partir das particularidades de cada doente, pois a experiência de adoecer por TB não é a mesma para todas as pessoas acometidas.²⁰

As ações educativas tradicionais no controle da TB limitam as práticas apenas à tomada da medicação, sem a promoção de mudanças de comportamentos. Dentro da concepção de integralidade, destacam-se as ações de educação em saúde como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças. Os serviços de saúde devem estar inseridos na realidade das pessoas e se adequar, percebendo que a população tem um saber próprio e esse saber deve ser considerado para união dos esforços e o alcance do bem comum.

Quanto à realização de visitas domiciliares, os relatos as mostram ações voltadas exclusivamente para a condição clínica do doente de TB, o que contradiz o objetivo dessas visitas: “Essas atividades são entendidas como uma oportunidade de conhecer o usuário no seu ambiente e na sua família”.²¹

Vinha cuidar de mim, falava de como eu estava, da tuberculose, mas não perguntava de mais nada não. (C5)

Vinha só saber da tuberculose. (C2)

Se vier uma visita, é de mês em mês. (C7)

A visita domiciliar além de favorecer a prevenção do abandono do tratamento,

Sá LD de, Oliveira AAV de, Souza KMJ de et al.

oferece a oportunidade de identificar outras necessidades de vida da família: sociais, econômicas, relacionamentos familiares, suas necessidades e sofrimentos; construção de elo afetivo, sentimentos e co-responsabilidade, apoio, garantia de outros tratamentos, encaminhamentos.²²

Os profissionais, segundo os colaboradores, mostraram atenção quanto à alimentação e a tomada das medicações, mas negligenciam a preocupação em conhecer o entorno social mesmos, seus aspectos sócio-econômicos e culturais, suas relações familiares e além da esfera familiar.

Eu não tenho conhecimento aqui de nada, a não ser de remédio. Se eu não falar com ela, ela não entra na minha casa pra saber como é que estão as coisas. (C7)

Nas consultas do posto, me pesavam, davam o remédio e perguntavam se eu tava tomando direitinho, se eu tava comendo. Era só isso. (C7)

O conhecimento da realidade sócio-cultural dos doentes de TB e suas famílias favorece a abordagem dos profissionais de saúde em relação à dinâmica do processo de adoecimento e cura no meio popular, bem como o enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade, conduzindo muitos profissionais a uma reorientação de suas práticas, com a finalidade de enfrentar, de forma mais global, os problemas de saúde identificados, rompendo, assim, com a verticalidade da relação profissional-usuário.²³

Em atenção às necessidades do doente de TB e sua família, observadas sob a dimensão elenco de serviços, salienta-se que o cuidado singularizado e baseado no princípio da integralidade deve ser fortalecido, de modo que o acesso aos serviços de saúde possa acontecer no sentido da acessibilidade, ou seja, da obtenção de respostas resolutivas às necessidades de quem precisa das ações e serviços de saúde. Essa noção implica avanços relacionados à articulação de setores e profissionais dentro e fora do campo da saúde, caracterizando a linha do cuidado como uma linha de integralidade.

CONCLUSÃO

Verificou-se com o estudo que há contradições entre o que se preconiza com relação aos serviços oferecidos pela estratégia Saúde da Família para o controle da TB e o que realmente se oferta aos usuários em tratamento. Porém, é importante ressaltar que na complexidade do problema do abandono ao tratamento há fatores inerentes aos doentes e aos serviços de saúde.

Early treatment and cast services in the care of...

Os depoimentos revelaram como fatores relacionados ao abandono do tratamento o etilismo, a falta de informações sobre a doença, a ilusão de cura antes do término do tratamento e a grande quantidade de comprimidos tomados. Com relação a tais fatores, destaca-se a criação de mecanismos, envolvendo atores diversos, que combatam a associação entre o etilismo e a tuberculose, bem como que insiram as ações de educação em saúde como prioridade, de modo a permitir um impacto favorável na redução das taxas de abandono do tratamento da TB.

Como fragilidades na oferta do elenco de serviços ao doente de TB, constatou-se que há dificuldade do usuário ter acesso a exames, insumos, como potes para coleta de escarro e incentivos sociais (cestas básicas, vale alimentação). As atividades de educação em saúde são pontuais e as consultas e visitas domiciliares apresentam-se restritas aos aspectos fisiológicos da doença.

Considerando a dimensão do elenco de serviços, acredita-se que, para prevenir o abandono do tratamento da TB, seja necessário resgatar a noção de subjetividade do cuidado, bem como fortalecer o princípio da integralidade e a diretriz da intersetorialidade nas ações e serviços de saúde. Também, destaca-se a necessidade do envolvimento de diversos atores - doente de TB, sua família, moradores da comunidade, profissionais de saúde e gestores – para o enfrentamento do problema sanitário que a tuberculose representa. Por fim, reforçar o reconhecimento da saúde como fenômeno social e direito de cidadania, garantido através da Constituição Federal.

AGRADECIMENTOS

- Fundação de Apoio à Pesquisa da Paraíba/ FAPESQ
- Núcleo de Doenças Endêmicas/SES/PB

REFERÊNCIAS

1. Vendramini SHF, Villa TCS, Santos MLSG, Gazetta CE. Aspectos epidemiológicos atuais da tuberculose e o impacto da estratégia DOTS no controle da doença. Rev latinoam enferm. 2007 Jan/Fev;15(1):171-173.

2. Andrade HLP, Davim RMB. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. Rev enferm UFPE on line[periódico na internet]. 2009 Out/Dez; [acesso em 2010 Jun 4];3(4):481-83. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/147/147>

Sá LD de, Oliveira AAV de, Souza KMJ de et al.

3. Castelo Filho A. et al. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. J bras pneumol. 2004;30(1):557-86.
4. Santos J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. Rev saúde pública. 2007;41 (Supl.):89-94.
5. Almeida CM, Macinko J. 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. 1ª ed. Brasília, DF: Organização Panamericana da Saúde; 2006.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
8. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev saúde pública. 2000;34(5) 547-49.
9. Bom Meihy JCS. Manual de História Oral. 5ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2005.
10. Fiorin JL. Elementos da Análise de Discurso. 7ª ed. São Paulo: Contexto; 1999.
11. Gazetta CE. Aspectos epidemiológicos da tuberculose em São José do Rio Preto-SP a partir das notificações em um hospital-escola (1993-1998). [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.
12. Andrade RLP, Villa TCS, Pillon S. A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose. SMAD, Rev eletrônica saúde mental alcool drog. 2005;1(1):1-5.
13. Perini EA. O abandono do tratamento da tuberculose: transgredindo regras, banalizando conceitos. [Doutorado] - Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 1998.
14. Branco BC, Souza RL, Diniz RV, Melo FC. O problema da não-adesão ao tratamento da tuberculose. Pulmão RJ. 1999;8(4):319-26.
15. Dalcolmo MMP. Regime de curta duração, intermitente e parcialmente supervisionado, como estratégia de redução do abandono no tratamento da tuberculose no Brasil. Bol pneumol sanit. 2000;8(2):60-1.
16. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde debate. 2002;26:37-61.

Early treatment and cast services in the care of...

17. Ruffino-Netto A, Villa TCS. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: FMRP/ REDE TB-USP; 2006.
18. Silva ACO. O tratamento supervisionado da tuberculose: percepções do enfermeiro do Programa Saúde da Família de João Pessoa - PB. [Dissertação] João Pessoa: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba; 2006.
19. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. Texto & contexto enferm. 2007;16(4):712-18.
20. Souza KMJ. Abandono do tratamento da tuberculose na Atenção Primária à Saúde: uma análise segundo o enfoque familiar do cuidado. João Pessoa, 2008. [Dissertação]. João Pessoa: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba; 2008.
21. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Rev bras enferm. 2007;60(6): 659-64.
22. Vendramin SHF, Villa TCS, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. Bol pneumol sanit. 2002;10(1):5-12.
23. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface comun saúde educ. 2005; 9(16): 39-52.

Sources of funding: FAPESQ/PB

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2010/06/10

Last received: 2010/06/15

Accepted: 2010/06/17

Publishing: 2010/07/01

Address for correspondence

Lenilde Duarte de Sá
Universidade Federal da Paraíba
Cidade Universitária
CEP: 58059-900 –João Pessoa, Paraíba, Brasil