

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

KÁREN MENDES JORGE DE SOUZA

**Abandono do tratamento da tuberculose na Atenção
Primária à Saúde: uma análise segundo o enfoque
familiar do cuidado**

**JOÃO PESSOA - PB
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

KÁREN MENDES JORGE DE SOUZA

Abandono do tratamento da tuberculose na Atenção Primária à Saúde: uma análise segundo o enfoque familiar do cuidado

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

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

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

JOÃO PESSOA - PB
2008

KÁREN MENDES JORGE DE SOUZA

**Abandono do tratamento da tuberculose na Atenção Primária à
Saúde: uma análise segundo o enfoque familiar do cuidado**

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 Maria Djair Dias - Examinadora
(Universidade Federal da Paraíba)

JOÃO PESSOA - PB
2008

DEDICATÓRIA

À minha família, que continuamente fortalece em mim o espírito de determinação e humildade na luta pelos meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por ter permitido a realização deste sonho;

Aos meus pais, José Jorge e Noeme Mendes (in memoriam), pelo amor, incentivo e apoio em todos os momentos desta caminhada;

À minha avó Maria, por suas orações, compreensão e carinho;

Aos meus irmãos Adson, Ygor e Erika, pela amizade fraterna e paciência nos meus momentos de ansiedade;

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Lenilde Duarte de Sá, por ter me acolhido, conduzido e confiado no meu potencial, estimulando meu crescimento como pesquisadora;

Aos professores Dr. Pedro Fredemir Palha, Dr^a Jordana de Almeida Nogueira e Dr^a Maria Djair Dias, membros da banca examinadora, pelas valiosas contribuições, que qualificaram este trabalho final;

Aos meus familiares e amigos, principalmente Anna Luiza Gomes e Flaviana Pereira, pelas palavras de incentivo e ajuda nos momentos necessários;

Aos colegas de trabalho, especialmente Kirlene Chianca e Maria Betânea Souza, e meus alunos da Escola Técnica de Saúde da UFPB, pelo apoio e compreensão no processo de construção deste trabalho;

Às colegas Daniele Alves, Line Paulino e Rayanne Santos, pela importante contribuição durante a fase de produção do material empírico;

Aos amigos de turma, Franci Pascoal, Marlos Suenney, Eliane Rolin, Edvaldo Trindade e Rodrigo Queiroga, pela amizade e partilha nos momentos agradáveis e difíceis;

À Maria Alinete Moreira de Menezes, Coordenadora do Programa de Controle de Tuberculose em Bayeux (PB), pela acolhida e disponibilidade em ajudar-me na realização deste estudo;

À Darci Cesar de Santana, Ronaldo Lopes da Rocha e Adenilson de Souza, da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rita (PB), pelo apoio e contribuições para este trabalho;

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família dos locais de estudo, que colaboraram durante a fase de construção do material empírico;

Aos colaboradores do estudo, que dispuseram de seu tempo, e pela confiança em partilharem conosco suas experiências;

Aos colegas do Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba, especialmente Annelissa Andrade e Germana Granja, pela ajuda durante este trabalho;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelos momentos de reflexão e aprendizado;

Aos funcionários do Mestrado, em especial Luciene e Luzinete, por sempre estarem dispostas a facilitar os trâmites na coordenação/secretaria do Mestrado;

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo apoio financeiro recebido;

A todos aqueles que torceram e rezaram por mim, meu sincero agradecimento. Que Deus ilumine a todos!

SOUZA, Káren Mendes Jorge de. Abandono do tratamento da tuberculose na Atenção Primária à Saúde: uma análise segundo o enfoque familiar do cuidado. 2008. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

RESUMO

A Política de Controle da Tuberculose (TB) no Brasil, objetivando expandir a estratégia do Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS), enfatiza a importância do desenvolvimento de uma rede descentralizada de diagnóstico e tratamento, integrada à Estratégia Saúde da Família. Apesar da significativa descentralização das ações de controle da TB para a porta de entrada dos sistemas municipais de saúde, verifica-se que o abandono do tratamento revela algumas fragilidades na produção de cuidados ao doente de TB. Considerando que o modo como a equipe de Saúde da Família cuida do doente de TB e sua família é crucial para a adesão ou o abandono do tratamento, esta pesquisa objetivou avaliar os fatores relacionados ao abandono do tratamento da TB, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), nos municípios de Bayeux e Santa Rita (PB), segundo o enfoque familiar do cuidado. Teoricamente este estudo está respaldado pelo conceito de cuidado à saúde, na perspectiva da integralidade, e centrado na concepção da APS. Trata-se de uma pesquisa avaliativa de natureza qualitativa. A construção do material empírico se deu através de entrevistas gravadas, no período de julho a setembro de 2008, utilizando-se a História Oral Temática como referencial metodológico. Foram entrevistados nove usuários, que tiveram o abandono como critério de encerramento para o tratamento da TB nos municípios de Bayeux e Santa Rita (PB). A análise foi realizada conforme a técnica de análise de discurso. Foram produzidas três categorias empíricas: 1) A relação entre o doente de tuberculose e a Equipe de Saúde da Família: o vínculo e o desenvolvimento de um projeto terapêutico na perspectiva da co-gestão do cuidado; 2) O tratamento da tuberculose no contexto da Atenção Primária à Saúde: o universo cultural do doente e o acompanhamento ao longo do tratamento; e 3) Intersetorialidade e abandono do tratamento da tuberculose: o desafio dos recursos familiares insuficientes e o enfrentamento do estigma. O estudo demonstrou que uma relação terapêutica, com partilha de compromissos e valorização do usuário e do seu contexto familiar, fortalece o vínculo e produz democratização da gestão do cuidado. De modo contrário, uma relação vertical, na qual o vínculo encontra-se fragilizado e a equipe de saúde não respeita o projeto de vida do usuário, opõe-se ao propósito de uma prática intersubjetiva na perspectiva da co-gestão do cuidado. Identificou-se a necessidade da equipe de saúde considerar, na elaboração do projeto terapêutico, o universo cultural do usuário e sua família, para melhor conhecer e compreender as crenças, comportamentos e valores relacionados ao processo saúde-doença. Também se observou que as consultas frequentes são importantes estratégias de monitorização do doente de TB, o que possibilita a detecção precoce de problemas que podem obstaculizar o desfecho favorável da terapêutica. Constatou-se que a intersetorialidade é fundamental para responder à complexidade do abandono do tratamento da TB, tornando-se necessário investir na comunicação e parceria de trabalho entre setores dentro do campo da saúde e para além de seus muros, objetivando o desenvolvimento de políticas públicas transformadoras, que possam resgatar a garantia do direito à saúde para muitas pessoas marginalizadas e vítimas das iniquidades sociais, que se refletem na área da saúde e que estão diretamente relacionadas ao desafio do controle da TB.

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

SOUZA, Káren Mendes Jorge de. Abandonment of tuberculosis treatment in Primary Health Care: an analysis according to the family care approach. 2008. 110 f. Dissertation (Master in Nursing) – Health Sciences Center, Federal University of Paraiba, Joao Pessoa, 2008.

ABSTRACT

The Tuberculosis Control Policy in Brazil, aiming at expanding the short-course Directly Observed Therapy Strategy (DOTS), emphasizes the importance of the development of a decentralized network of diagnosis and treatment, integrated to the Family Health Strategy. In spite of the significant decentralization of the tuberculosis (TB) control actions now being under responsibility of municipal health systems, it has been observed that the treatment abandonment discloses some weaknesses in the care production of TB sick people. Taking into account the way the Family Health Team takes care of the TB sick people and of their family is crucial for the treatment accomplishment or its abandonment, this research aimed to evaluate the factors related to the TB treatment abandonment, within the scope of the Primary Health Care (PHC), in the cities of Bayeux and Santa Rita (PB), according to familiar care approach. Theoretically, this study is supported by the concept of health care, under the perspective of integrality, and centered in the PHC principle. This is in fact an evaluative and qualitative research. The empirical material was constructed as the result of the recorded interviews, from July to September 2008, drawing on the Thematic Oral History as the methodological framework. Nine users of the health care system who had abandoned the TB treatment were interviewed in the cities of Bayeux and Santa Rita (PB). The analysis was carried out following the discourse analysis technique. Three empirical categories were produced: 1) The relation between the TB sick person and the Family Health Team: the bond and the development of a therapeutic project under the perspective of the care co-management; 2) The TB treatment in the context of the PHC: TB sick person cultural universe and the accompaniment along the treatment; and 3) The intersectoriality and the TB abandonment: the challenge of the insufficient familiar resources and etilism confrontation. The study revealed that a therapeutic relation based on shared responsibilities and appreciation for the user of the health care system and his family context strengthens the bond and democratizes the care management. Conversely, a vertical relationship in which the bond is weakened and the health team does not respect the user of the health care system life project is opposed to an intersubjective practice within the care co-management principle. The research pointed out the health team needs to consider, in the process of planning a therapeutic project, the user of the health care system cultural and family environment in order to better learn about and understand the believes, behaviors and values related to the health-illness process. It was also observed that meeting the doctor on a regular basis is an important strategy to monitor the TB sick people, which makes it possible to detect in advance problems that may be obstacles to the successful treatment. It was also detected that intersectoriality is fundamental as a way to respond to the complexity of the TB treatment abandonment. This in turn points towards the need to establish communication and cooperative work within and outside the health sphere, aiming at developing effective public policies that are able to guarantee the right to health to marginalized and social victims of inequities in the health care system which are reflected in the health area and are directly related to the TB control.

Key-words: Tuberculosis. Patient Dropouts. Family health program

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Caracterização dos termos promoção, proteção e recuperação em saúde	23
Tabela 02: Interpretações conceituais da Atenção Primária à Saúde	27
Tabela 03: Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados	30
Tabela 04: Definição das dimensões essenciais da atenção básica em saúde	31
Tabela 05: Distribuição de casos de tuberculose, segundo local notificante, no município de Santa Rita – PB, no período de 2000-2007	38
Tabela 06: Distribuição dos percentuais de cura e abandono no município de Santa Rita – PB, no período de 2003 a 2007	39
Tabela 07: Distribuição de casos de tuberculose, na zona urbana do município de Santa Rita - PB, por ano da notificação, segundo tipo de entrada, no período de 2000-2007	39
Tabela 08: Distribuição dos percentuais de cura e abandono no município de Bayeux – PB, no período de 2003 a 2007	40
Tabela 09: Distribuição do número de casos novos de tuberculose por Distrito Sanitário, no município de Bayeux – PB, para o período de 2004 a 2006	41
Tabela 10: Distribuição do coeficiente de incidência de tuberculose, formas de BK+, por 100.000 habitantes, no município de Bayeux – PB, no período de 2003 a 2005	42
Tabela 11: Famílias dos colaboradores do estudo e valor do rendimento médio mensal	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APS** – Atenção Primária à Saúde
- AB** – Atenção Básica
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- BAAR** – Bacilo Álcool Ácido Resistente
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- DOTS** – Directly Observed Therapy Short-course
- DS** – Distrito Sanitário
- DMP** - Departamento de Medicina Preventiva
- ESF** – Estratégia Saúde da Família
- FMI**- Fundo Monetário Internacional
- HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana
- MP** – Município Prioritário
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- OPAS** – Organização Pan-Americana de Saúde
- PCT** – Programa de Controle de Tuberculose
- PNCT** – Programa Nacional de Controle da Tuberculose
- PSF** – Programa Saúde da Família
- SINAN** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SR** – Sintomático Respiratório
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TB** – Tuberculose
- TS** – Tratamento Supervisionado
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UNICEF** – Fundos das Nações Unidas para a Infância
- USF** – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1.1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA	14
1.2 A TUBERCULOSE E A SAÚDE PÚBLICA	15
1.3 DEFININDO O OBJETO DE ESTUDO	17
1.4 OBJETIVOS DA PESQUISA	19
2 MARCO TEÓRICO	20
2.1 A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE	21
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	26
2.2.1 Aspectos históricos e conceituais	26
2.2.2 Processos avaliativos no contexto da Atenção Primária à Saúde	29
2.2.3 Atenção Primária à Saúde e o controle da tuberculose	32
3 PERCURSO METODOLÓGICO	35
3.1 NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO	36
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	37
3.2.1 Descrição do município de Santa Rita	37
3.2.2 O controle da tuberculose e o município de Santa Rita	37
3.2.3 Descrição do município de Bayeux	39
3.2.4 O Controle da tuberculose e o município de Bayeux	40
3.3 CONSTRUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	42
3.4 COLABORADORES DO ESTUDO	44
3.5 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS	45
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	46
4 DESVELANDO AS HISTÓRIAS DE ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE	48
5 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	70
5.1 A RELAÇÃO ENTRE O DOENTE DE TUBERCULOSE E A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O VÍNCULO E O DESENVOLVIMENTO DE UM PROJETO TERAPÊUTICO NA PERSPECTIVA DA CO-GESTÃO DO CUIDADO	71

5.2 O TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O UNIVERSO CULTURAL DO DOENTE E O ACOMPANHAMENTO AO LONGO DO TRATAMENTO	78
5.3 TERCEIRA CATEGORIA EMPÍRICA: INTERSETORIALIDADE E ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: O DESAFIO DOS RECURSOS FAMILIARES INSUFICIENTES E O ENFRENTAMENTO DO ETILISMO.	87
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	99
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	105
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista	107
APÊNDICE C - Carta de Cessão	109
ANEXO	110

1.1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

O abandono do tratamento da tuberculose (TB) é considerado um dos mais sérios problemas relacionados ao controle da doença no país. Suas repercussões revelam-se na persistência da transmissão da doença na comunidade, no aumento da mortalidade e no crescimento da infectividade por cepas de *Mycobacterium tuberculosis* resistentes aos quimioterápicos.

A Estratégia DOTS (*Directly Observed Therapy Short-course*), eficaz para a redução das taxas de abandono do tratamento da TB, foi adotada oficialmente pelo Ministério da Saúde no ano de 1999. Ela reúne cinco pilares. São eles: 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.

A atual Política Nacional de Controle da Tuberculose, objetivando a expansão da Estratégia DOTS, enfatiza a importância do estabelecimento de uma rede descentralizada de diagnóstico e tratamento, integrada à Atenção Primária à Saúde (APS), visando horizontalizar as atividades de vigilância, prevenção e controle da doença, pela incorporação das mesmas às atribuições das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é a expressão da APS no Brasil.

Apesar da significativa descentralização das ações de controle da TB para a porta de entrada dos sistemas municipais de saúde, observa-se que fragilidades na rede de cuidados ao doente de TB e sua família, particularmente àquele que abandonou o tratamento, têm refletido desafios inerentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), a exemplo da incapacidade de garantir a defesa da vida do doente de TB e de toda população, contemplando o cuidado nos planos individual e coletivo.

Acredita-se que há uma estreita relação entre os fatores preditivos de abandono do tratamento e o modo como as ações de controle da TB são desempenhadas no âmbito da ESF, 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 e a expressão social da TB. Por esse motivo, a temática proposta relaciona os motivos dos usuários para o abandono do tratamento da TB e o desempenho das equipes de saúde da família no controle da doença.

1.2 A TUBERCULOSE E A SAÚDE PÚBLICA

A história da TB comprova que os avanços tecnológicos relacionados à descoberta de insumos preventivos e de cura, ocorridos no século XX, proporcionaram importantes mudanças no tratamento e representação social da doença. Paradoxalmente aos avanços obtidos, a TB persiste como problema de saúde pública global.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2006, foram notificados 9,2 milhões de casos novos da doença em todo o mundo, correspondendo a um coeficiente de incidência de 139/100.000 habitantes. Desse total, 4,1 milhões (62/100.000) apresentaram baciloscopia positiva (WHO, 2008).

Vendramini et al (2007) afirmam que a persistência da TB como preocupação sanitária mundial deve-se, principalmente, à falta de compromisso político, à inadequada administração dos programas de controle da tuberculose (PCT), à pobreza, ao aumento populacional e imigração, e à ocorrência crescente de associação da TB ao vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Objetivando impulsionar as estratégias de enfrentamento da TB, em uma perspectiva de controle global, a *Stop TB Partnership* definiu as seguintes metas: para o ano de 2015: reduzir em 50% as taxas de prevalência e morte por TB em relação aos níveis de 1990, e para o ano de 2050: atingir uma incidência mundial inferior a 1 caso por milhão de habitantes por ano (WHO, 2008).

O continente americano concentrou, no ano de 2006, um total de 331.000 casos novos de TB, com uma taxa de incidência de 37/100.000 habitantes e um coeficiente de mortalidade de 4.5/100.000 habitantes, sob todas as formas (WHO, 2008).

O Terceiro Mundo reúne a maior parte dos casos de TB, pois considerando os aspectos sociais da doença, sabe-se que o processo de urbanização não planejado, ocorrido nestes locais, resultou na formação de favelas, áreas de invasão, cortiços e outros ambientes improvisados, que denunciam as iniquidades sociais e têm alto potencial de reprodução da endemia por TB.

Dentre os países do chamado Terceiro Mundo, o Brasil ocupa o 16º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de TB do mundo. No ano de 2006, foram notificados no país 94.000 casos novos (50/100.000) e 7.600 óbitos (4/100.000) sob todas as formas da doença. A taxa de co-infecção TB/HIV esteve em torno de 12% (WHO, 2008).

Em 2003, como resposta à preocupante situação da TB no Brasil, o Ministério da Saúde inseriu a TB na agenda de prioridades das políticas públicas brasileiras. Dois anos

depois, ratificou a importância da luta contra a doença, através do Pacto pela Vida, que estabelece o fortalecimento da capacidade de enfrentamento da TB, envolvendo as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios).

No que concerne aos desafios atuais do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), Santos (2007, p.93) afirma:

O maior desafio do PNCT está na expansão de cobertura de suas ações, tendo como base a estratégia TS-DOTS em todos os MP, além da diminuição do número de casos de abandono ao tratamento e o incremento da cura. Outros grandes desafios são o oferecimento e realização do teste anti-HIV para todas as pessoas maiores de 15 anos diagnosticadas com TB; melhoria do sistema de informação, com vistas ao melhor planejamento das ações de vigilância e controle; busca pelo diagnóstico precoce de casos, estimulando a captação e exames em sintomáticos examinados.

Considerando os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), para o ano de 2006, a Região Nordeste ocupou o 2º lugar em percentual de casos de TB por região brasileira, concentrando 28,46% dos casos. No que concerne a incidência de casos de TB por região do Brasil, o Nordeste apresentou uma taxa de 43,09/100.000 habitantes (informação verbal¹).

No estado da Paraíba, considerando o ano de 2006, os percentuais de cura, abandono e óbito foram respectivamente: 80%, 7,6% e 2,9%, conforme dados do SINAN (SOUSA; LIMA; FORMIGA, 2008). 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.

Embora os avanços no controle da TB sejam evidenciados pela descentralização das ações, contando com os recursos humanos da ESF no Brasil, necessita-se superar importantes desafios, a exemplo do enfrentamento do abandono do tratamento da TB, que demanda mudanças na prática de cuidados pelas equipes de saúde da família e incremento das ações intersetoriais.

¹ BARREIRA, D. O controle da tuberculose na região Nordeste. In: **Jornada Nordestina de Tuberculose**, 1, 2008, João Pessoa.

1.3 DEFININDO O OBJETO DE ESTUDO

A delimitação do tema desta pesquisa nasceu de discussões no Grupo de Pesquisa e Qualificação em Tuberculose na Paraíba - Grupo TB/PB, que vem produzindo conhecimento sobre a tuberculose e o Sistema de Atenção à Saúde.

Estudos avaliativos realizados por integrantes do Grupo TB/PB, que abordam o problema da TB e a produção de cuidados no âmbito da APS, têm apontado fragilidades no controle da doença, que concorrem para o abandono do tratamento.

Sá et al (2007) concluem que muitos dos fatores associados ao abandono do tratamento da TB são reflexos do agir de alguns profissionais das equipes de saúde família, demonstrando que o modo como os cuidados de saúde são produzidos é decisivo para a obtenção ou não do sucesso terapêutico.

Gomes (2007), ao avaliar o desempenho de equipes de saúde da família no controle da TB, no município de Bayeux – PB, considerando a dimensão de vínculo, destaca que, apesar dos avanços obtidos com a Estratégia DOTS, o abandono do tratamento da TB continua sendo um dos principais obstáculos para o controle da doença no município.

Marcolino (2007), ao estudar as dimensões de acesso e elenco de serviços em relação às ações de controle da TB no contexto das equipes de saúde da família do município de Bayeux - PB, apresenta alguns fatores que dificultam o êxito no tratamento da doença. Um deles refere-se ao fato das USF não realizarem atendimento em horários alternativos, que pudessem garantir o acesso dos usuários aos profissionais de saúde, já que a rotina desses serviços coincide com o horário de trabalho dos usuários.

Com base em estudos localizados e desenvolvidos no âmbito da APS, que evidenciam o problema do abandono do tratamento da TB, a delimitação da temática em estudo resultou do pressuposto de que o modo como a equipe de saúde da família cuida do doente de TB e sua família influencia a adesão ou o abandono do tratamento pelo doente.

A equipe de saúde da família é responsável pela construção e desenvolvimento da linha de cuidados ao doente de TB, que deve, permanentemente, refletir os sentidos mais diversos do princípio doutrinário da integralidade. Assim, faz-se necessário desconstruir-se uma prática de simples oferta de procedimentos e construir-se uma nova prática em saúde: a produção de cuidados, com enfoque familiar e comunitário, potencialmente transformadora de realidades, que considere o indivíduo e seu contexto social, objetivando resgatar autonomias, instrumentalizar emancipações e desenvolver cidadanias.

Na rede de cuidado, é imprescindível resgatar a noção de subjetividade nas práticas de saúde, pois cada ser humano é singular e isso, inevitavelmente, se reflete nos elementos do processo saúde-doença. Esse é exatamente um dos fatores que tem motivado um novo direcionamento nas metodologias de avaliação em saúde, pois algumas questões atreladas ao adoecer humano não podem ser medidas ou quantificadas. As metodologias qualitativas, que, ao delimitar o objeto de estudo, investem no conhecimento em profundidade, respondem adequadamente a essa exigência (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Esta pesquisa é parte de um projeto mais amplo denominado “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho das equipes de saúde da família no controle da tuberculose em dois municípios da região metropolitana da Paraíba”, aprovado e financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba - FAPESQ, N° 078/07. Informa-se ainda a sua articulação 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, N° 25/2006, aprovado e coordenado pela Profa. Dra. Tereza Cistina Scatena Villa, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Diante do exposto, tomando a complexidade do cuidado ao usuário acometido por TB, particularmente àquele que abandonou o tratamento, e a descentralização das ações de controle da TB para a APS, a questão norteadora desta pesquisa é: que fatores, relacionados à dimensão do enfoque familiar, contribuiriam para que os doentes de TB abandonassem o tratamento?

1.4 OBJETIVOS DA PESQUISA

Geral: Avaliar os fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, nos municípios de Bayeux e Santa Rita (PB), segundo o enfoque familiar do cuidado.

Específicos:

- Identificar e analisar as ações ofertadas pela Unidade de Saúde da Família em resposta às necessidades de saúde do usuário, que abandonou o tratamento da tuberculose;
- Analisar as facilidades e desafios relacionados à integração dos serviços de saúde no cuidado ao usuário, que abandonou o tratamento da tuberculose;
- Identificar e analisar o enfoque familiar que a equipe de saúde da família desenvolve no cuidado ao usuário, que abandonou o tratamento da tuberculose.

2 MARCO TEÓRICO



Teoricamente esta pesquisa está respaldada pelo conceito do cuidado à saúde na perspectiva da integralidade e centrada na concepção da Atenção Primária à Saúde.

2.1 A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE

O cuidado é inerente ao ser humano, ou seja, participa da sua constituição. Em latim, a palavra cuidado significa cura, termo antigamente utilizado para relacionar-se a um contexto de relações humanas de amor e amizade. O cuidado possui duas significações básicas. A primeira refere-se à atitude de atenção, solicitude e bom trato com o outro. A segunda, nascida da primeira, designa preocupação e inquietação pelo outro. Partindo dessas acepções da palavra cuidado, entende-se que o cuidado surge quando a existência de alguém adquire importância para uma pessoa, que então passa a partilhar da vida desse alguém, incluindo os sofrimentos, lutas, conquistas e outras vivências (BOFF, 2005).

Ayres (2004) destaca que a importância do cuidar nas práticas de saúde fundamenta-se na produção de espaços de encontro intersubjetivo, através do qual as ações de saúde superam a restrição às tecnologias com uma racionalidade biomédica e incorporam a motivação de *voltar-se à presença do outro*, de desenvolver a efetividade comunicacional das atividades assistenciais e de *enriquecer horizontes* através das ações interdisciplinares e intersetoriais.

Ferri et al (2007, p.517) destacam que o termo cuidado abrange práticas de saúde que envolvem várias considerações, sintetizadas na expressão da integralidade:

Para que as práticas de saúde tenham, como produto final, o cuidado, está implícito que, nos serviços, estejam ocorrendo: o acolhimento, as relações de responsabilidade, a autonomia dos sujeitos envolvidos, as necessidades de saúde, a resolubilidade, o compromisso, o social, o econômico, as políticas públicas, enfim, a integralidade.

A integralidade no campo da saúde possui diversos sentidos. 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” (ASSOCIACÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2004, p.45). Essa definição destaca a continuidade da assistência e a articulação/coordenação dos elementos que a compõe. Desse 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 pontos de atenção à saúde. Tal definição

apresenta, timidamente, 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 pontos de atenção 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 a estruturação de cuidados a partir da APS, 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.

Outro sentido atribuído à integralidade refere-se à articulação entre intervenções preventivas e curativas em 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.

Anteriormente à criação do SUS, na década de 1970, já se questionava a eficácia de um modelo de saúde focado em procedimentos curativos. Durante a referida época, era generalizado o descontentamento com a situação de saúde da população brasileira. O modelo médico-assistencial privatista hegemônico não produzia impactos positivos nas condições de saúde das pessoas, o que, em parte, justificava-se pela focalização em uma medicina curativa e pela supervalorização da atenção médico-hospitalar de complexidade crescente.

A demanda excessiva por atendimentos especializados e exames diagnósticos de alta densidade tecnológica associada à incapacidade da APS de absorver tal demanda gera um processo de desorganização no fluxo de usuários dentro do sistema público de saúde. O resultado são as longas filas de espera por tratamentos e os elevados gastos com esses serviços. Essa realidade resulta de falhas na resolutividade da APS e no exercício hegemônico de uma clínica centrada em atos prescritivos e produção de procedimentos (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

A medicina do século XX escreveu uma história de grandes conquistas. Entretanto, verificam-se algumas lacunas relacionadas ao princípio da integralidade. Nesse período e ainda hoje, esteve presente uma hipervalorização de tecnologias duras nos meios de trabalho médico, em detrimento das tecnologias de inter-relações, do emocional, do subjetivo, do familiar, do cultural, do social (CAMPOS, G.W.S., 2003). Franco e Magalhães Júnior (2003, p.127) afirmam que essa clínica desenvolveu-se por impulso do complexo médico industrial, que “mantém a acumulação de capital no setor da saúde, através do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de diagnose e terapia”.

A articulação entre os aspectos preventivos e curativos nas práticas de saúde como reflexo da integralidade é destacada por diversos autores (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001; CAMPOS, G.W.S., 2003; 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 (*Ver Tabela 1*) como um todo indivisível.

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

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.

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

CONTINUA

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;
--------------------	--	--

Fonte: Almeida, Chioro e Zioni, 2001

Considerando a integração das ações de promoção, proteção e recuperação como sentido de integralidade, acredita-se que se deve dar ênfase à promoção da saúde, definida por Lefêfre (2008) como:

[...] o conjunto de ações, intervenções, propostas, processos e movimentos que, atacando as causas mais básicas das doenças e apontando para novas formas ou condições de trabalho, de vida e de relacionamento do homem consigo mesmo, com seus semelhantes e com o meio ambiente.

A integralidade igualmente requer a superação da dicotomia indivíduo/coletivo. Na década de 1970, paralelamente à vigência do modelo médico-assistencial privatizante, fortalecia-se o pensamento médico-social, no terreno fértil dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) de algumas faculdades, implantados no Brasil na década de 1950. Esse pensamento seguia a linha do materialismo histórico-dialético e destacava o social como determinante das condições de saúde da população. Os DMPs, questionando o objeto da medicina individual, abriam-se à incorporação das ciências sociais às áreas até então restritas aos profissionais da saúde (ESCOREL, 1998). Assim, favorecia-se o entendimento de que os cuidados de saúde devem extrapolar a dimensão individual, atingindo também o núcleo familiar e a comunidade, ou seja, os cuidados de saúde devem abranger o indivíduo e seu contexto social.

Ainda no que concerne a inserção dos aspectos sociais no campo da saúde, Ferreira (1995, p.38) 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.

Sob essa 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.

Mattos (2006) discute nuances diversas da integralidade em saúde, que é citada como bandeira de luta do movimento sanitário e “imagem-objetivo”. Entre elas, o autor trata da fragmentação e reducionismo presentes na prática médica, em virtude da supervalorização do recorte analítico do corpo humano e seus sistemas orgânicos, conforme as competências de especialidades médicas, negando necessidades mais abrangentes dos usuários e fortalecendo a visão biologicista nas práticas de saúde. Segundo a teoria holística, a atenção em saúde deve ser totalizadora e considerar as dimensões biológica, psicológica e social do indivíduo, pois o ser humano é indivisível e não pode ser compreendido de modo fragmentado, o que requer a apreensão ampliada das necessidades da população assistida (CAMPOS, C.E.A., 2003).

Superando reducionismos, a prática da integralidade requer a habilidade dos profissionais de saúde em apreender as necessidades do usuário, que resultaram na demanda espontânea, além de outras mais silenciosas, as quais permitirão a execução de ações voltadas para a prevenção. Nessa prática há que se compreender o contexto específico de cada encontro do usuário com a equipe de saúde, a fim de nortear a eleição das intervenções a serem ofertadas, tornando-as mais adequadas (MATTOS, 2004).

Para este trabalho, enfatiza-se a integralidade do cuidado em saúde no sentido de apreensão ampliada das necessidades do doente de TB e sua família, com a finalidade de desenvolver projetos terapêuticos diferenciados, ou seja, adequados ao contexto específico de cada usuário.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

2.2.1 Aspectos históricos e conceituais

A APS possui uma trajetória histórico-conceitual centenária. O significado embrionário dos Cuidados Primários de Saúde data de 1892, quando o professor Pierre Budin desenvolve, na cidade de Paris, centros de atendimento pediátrico, que concentravam ações básicas de saúde. Anos depois, no início do século XX, surgem nos Estados Unidos, os Centros Comunitários de Saúde, que reuniam atividades educativas e ações de saúde e assistência social. O trabalho desenvolvido nesses centros incorporava noções de territorialidade, população de risco, controle social, participação ativa da comunidade e descentralização das ações e serviços de saúde (ALEIXO, 2002).

Concomitantemente ao desenvolvimento das primeiras experiências americanas relacionadas à APS, nasce o paradigma flexneriano, que influenciaria a prática médica de todo o século XX, tornando-se um modelo hegemônico. As orientações para o currículo médico contidas no Relatório Flexner, desenvolvido pelo professor Abraham Flexner, incluíam a prática de uma medicina com base nos princípios do mecanicismo, biologismo, individualismo e especialismo, além de destacar a tecnificação do ato médico e enfatizar a medicina curativa (ALEIXO, 2002).

A partir do modelo flexneriano surgem algumas dicotomias. Primeiramente, pode-se destacar o tipo de assistência médica, produto desta linha de pensamento, que se caracteriza pela intervenção sobre o corpo humano-máquina, daí resultando o significado da doença como um desajuste fisiológico, um mau funcionamento de mecanismos biológicos. Essa visão reducionista e fragmentada produz o entendimento do adoecer humano completamente dissociado da percepção de doença como fenômeno social. Em segundo lugar, a crescente especialização e o fortalecimento de uma prática médica direcionada para a produção de procedimentos e, predominantemente, voltada aos aspectos curativos reforçam ainda mais as dicotomias corpo/mente, indivíduo/sociedade e prevenção/tratamento.

Um importante marco na trajetória da APS no século XX foi a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 12 de setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata. Esse evento, promovido pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), contou com a participação de 134

países, e resultou na construção da Declaração de Alma-Ata, que reafirma a saúde como direito humano fundamental e importante meta social para o mundo. Através dessa declaração, estabeleceu-se o objetivo de saúde para todos até o ano 2000, a fim de reduzir as desigualdades existentes entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, no que concerne ao estado de saúde dos mesmos (UNICEF, 1979).

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. Nesse momento histórico, o Brasil, que tomara a APS como referencial para a estruturação dos serviços de saúde, sofre sérias conseqüências advindas do ideário neoliberal racionalizador das agências financiadoras internacionais. A situação de saúde brasileira, que já era precária devido ao fracasso do sistema previdenciário, agrava-se ainda mais. A partir daí, surge uma concepção reducionista da saúde, articulada aos significados de pacote básico, baixo custo, focalização e exclusão (GIL, 2006).

Há diferentes interpretações para o termo Atenção Primária à Saúde (*ver Tabela 02*). Segundo Gil (2006, p.1177), há três principais compreensões:

- (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.

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 da 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).

Tabela 02: Interpretações conceituais da Atenção Primária à Saúde

Interpretações de APS	Definição ou conceito de APS
<p>APS Seletiva Um 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.</p>

Tabela 02: Interpretações conceituais da Atenção Primária à Saúde

CONTINUA

<p>Um nível de Atenção em 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. Enfatiza a compreensão da saúde como um direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde.</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>

Fonte: CONASS, 2007

No que concerne aos aspectos conceituais da APS, Starfield (2002, p.28) destaca:

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para 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.

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.

2.2.2 Processos avaliativos no contexto da Atenção Primária à Saúde

O campo da avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde vivencia um processo de expansão, acompanhado por reflexões sobre aspectos conceituais e metodológicos.

Em sentido amplo, avaliar significa emitir juízo de valor sobre determinado assunto, analisar criticamente alguém ou algo, formar opinião. A “avaliação, como técnica e estratégia investigativa, é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa” (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p.19).

Freqüentemente, os processos avaliativos encontram-se impregnados de significados negativos, tais como medo do fracasso, repreensão, punição e exclusão. Contudo, a avaliação guarda grande potencial para modificar visões, repensar ações, solucionar problemas e transformar realidades. Nesse aspecto, ela representa um importante instrumento de gestão e implementação dos princípios doutrinários do SUS.

A utilização de processos avaliativos, entendidos como ação crítico-reflexiva contínua, desenvolvida sobre a organização, o funcionamento, os processos e práticas de trabalho da gestão e do serviço, contribui efetivamente para que gestores e profissionais tenham informações e adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde, com qualidade para o alcance da resolubilidade do sistema e satisfação dos usuários (BRASIL, 2005, p.11).

Contandriopoulos (2006) discute os desafios para a institucionalização da avaliação nos serviços de saúde como instrumento de transformação e inovação, ou seja, para além de um guia racional de escolhas nas instâncias decisórias, permitindo o desenvolvimento de uma cultura democrática.

Para desempenhar este papel, a avaliação deveria estar orientada para a ação, criando a oportunidade de aprendizado diversificado, participativo, não-hierárquico,

portador de sentido, interdisciplinar, válido, prospectivo e democrático. Na prática, no entanto, ainda não se dispõe da liderança, das competências, dos métodos e dos meios necessários para institucionalizar este tipo de avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p.710).

Novaes (2000) apresenta uma síntese das principais modalidades avaliativas, com base em nomenclaturas e critérios mencionados na literatura nacional e internacional e discussões em reuniões científicas. Trata-se de alternativas conceituais e metodológicas para processos avaliativos.

Tabela 03: Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados

Crítérios	Investigação Avaliatória	Avaliação para decisão	Avaliação para Gestão
Objetivo	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramentos
Posição do avaliador	Externo (interno)	Interno/externo	Interno/externo
Enfoque priorizado	Impactos	Caracterização/ compreensão	Caracterização/ quantificação
Metodologia dominante	Quantitativo (qualitativo) Experimental/quasi- experimental	Quantitativo e Quantitativo situacional	Quantitativo e Qualitativo Situacional
Contexto	Controlado	Natural	Natural
Utilização da informação	Demonstração	Informação	Instrumentos para gestão
Juízo formulado em relação à temporalidade	Hipóteses Pontual/replicado	Recomendações Corrente/pontual	Normas Integrado/contínuo

Fonte: Novaes, 2000

Existem diversos referenciais teórico-metodológicos para os processos de avaliação em saúde, sendo a maioria voltada para abordagens quantitativas:

Apesar das concepções mais críticas sobre avaliação dos últimos anos, que vêm cada vez mais considerando os sujeitos e a dinâmica da realidade como fatores inerentes ao cenário foco da verificação, cabe ponderar que o caráter estrutural-funcionalista, positivista e autoritário ainda é hegemônico nesse campo do conhecimento, embora em intensa disputa com outras vertentes de cunho mais dialéticas (PIRES, 2005, p.S76)

Uchimura e Bosi (2002) destacam a importância da participação do usuário nos processos avaliativos dos serviços de saúde e sugerem a abordagem qualitativa como profícuo caminho metodológico para o desvelamento da singularidade dos usuários de serviços de saúde.

No contexto da APS, dispõe-se de um instrumento de avaliação desenvolvido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde, no qual são analisadas as seguintes dimensões: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional (*ver Tabela 04*). Nesse estudo são considerados informantes-chaves: os usuários, os gestores e os profissionais de saúde (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Tabela 04: Definição das dimensões essenciais da atenção básica em saúde

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.

Tabela 04: Definição das dimensões essenciais da atenção básica em saúde

CONTINUA

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.
Coordenação	Pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do 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.

Fonte: Almeida; Macinko, 2006

2.2.3 Atenção Primária à Saúde e o controle da tuberculose

A Estratégia Saúde da Família (ESF) proposta pelo Ministério da Saúde em 1994, é reconhecida atualmente como o eixo da APS, com forte potencial para a reestruturação do modelo de atenção em saúde no Brasil. De acordo com Almeida e Macinko (2006, p.21):

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.

A ESF contempla ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, recuperação e manutenção da saúde, de forma integral e contínua, pelo acompanhamento do indivíduo, do núcleo familiar e da comunidade (BRASIL, 2001).

De acordo com a Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2008), a qual aprova a Política Nacional da Atenção Básica, a ESF, além dos princípios gerais da Atenção Básica, deve:

- Ter caráter substitutivo em relação à rede de AB tradicional nos territórios em que as equipes saúde da família atuam;
- Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre uma postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação, realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- Ser um espaço de construção de cidadania.

A ESF propõe uma nova dinâmica para a relação do serviço de saúde com a comunidade, na qual a equipe de saúde e a comunidade trabalhem juntas na resolução dos problemas de saúde. O reconhecimento da saúde como direito de cidadania, gera indivíduos participativos no processo de promoção da qualidade de vida e intervenção sobre os fatores que a colocam em risco. É uma estratégia que busca humanizar as práticas de saúde, visando a satisfação do usuário pelo estreitamento da relação equipe-comunidade (BRASIL, 2000).

Desse modo, verifica-se que a ESF é um espaço favorável ao desenvolvimento das ações de combate e controle da tuberculose, pois através da valorização do vínculo e co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população, a inclusão da sociedade civil na luta contra o crescimento da TB é favorecida como recurso legítimo do exercício do controle social (BRASIL, 1997).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família possuem diversas atribuições para o controle da tuberculose (BRASIL, 2002), 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.

Quanto maior o número de USF desenvolvendo as ações de controle da tuberculose:

- Maior abrangência da procura de SR;
- 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 a interrupção da transmissão da doença (BRASIL, 2002).

O processo de expansão da ESF encontra-se em um momento de transição, caracterizado por uma insuficiente sustentabilidade. Por esse motivo, sua consolidação como estratégia de organização do SUS requer a continuidade dos esforços de ampliação da cobertura assistencial somada à melhoria da qualidade desse modelo de APS, para que de fato seja possível uma mudança paradigmática no sistema de serviços de saúde. Desse modo, a rápida expansão da ESF não foi acompanhada por um processo de mudanças que permitissem sua decodificação como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde (MENDES, 2002).

A descentralização das ações de controle da TB para a porta de entrada dos sistemas municipais de saúde tem sido obstaculizada pelos mesmos desafios postos à expansão da ESF. Observa-se que fragilidades na produção do cuidado ao doente de TB, particularmente aquele que abandonou o tratamento, refletem desafios inerentes ao próprio SUS, o que torna crucial uma avaliação das lacunas e debilidades a serem superadas.

Considerando a problemática da tuberculose e o processo de descentralização das ações de controle dessa doença para a AB, é importante contemplar, nos processos de avaliação da AB, a análise do trabalho de programas de controle da tuberculose, a fim de aprimorar a gestão e a assistência de saúde no controle da doença, reduzindo as taxas de abandono, elevando os percentuais de cura e qualificando os processos de produção de cuidados.

3 PERCURSO METODOLÓGICO



3.1 NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de natureza qualitativa. Segundo Novaes (2000), a investigação avaliatória objetiva principalmente a produção de conhecimento científico, com a finalidade de nortear processos decisórios. Sobre a abordagem qualitativa, Minayo (1999, p.20-21) afirma que “ela trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

A proposta de um estudo avaliativo, que destaca as vivências narradas por usuários, durante o tratamento da TB, exige uma abordagem qualitativa na medida em que se deseja avançar na compreensão da complexa rede de variáveis relacionadas ao abandono terapêutico. Uchimura e Bosi (2002, p.1567) destacam que:

Estudos baseados nas perspectivas dos atores sociais envolvidos em programas e serviços podem ser concebidos como análises circunscritas ao campo da avaliação qualitativa, à medida que considerarem a utilização de um método científico para a captação do significado dos fenômenos focalizados.

A avaliação dos fatores relacionados ao abandono do tratamento da TB, 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. Pires (2005) enfatiza que os processos avaliativos calcados no rigor positivista fragmentam pessoas e contextos, reduzem cenários, desconsiderando a riqueza e complexidade dos sujeitos e suas realidades e a dinâmica e processualidade histórica. Acrescenta-se ainda, a incapacidade dos estudos avaliativos com abordagem positivista em responder adequadamente à subjetividade inerente ao ato de avaliar, o que tem contribuído para o questionamento desta hegemonia. Uchimura e Bosi (2002, p.1567) propõem a metodologia qualitativa “para fundamentar e instrumentalizar o processo de desvelamento da singularidade e do sentido presente no vivido dos usuários junto a determinados programas”, o que, para esta pesquisa, traduz-se no encontro com a subjetividade das histórias vivas sobre abandono do tratamento da tuberculose, narradas pelos próprios sujeitos.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Elegeram-se como cenário do estudo dois municípios pertencentes à região metropolitana de João Pessoa, no estado da Paraíba. São eles: Bayeux e Santa Rita, prioritários para o controle da TB no referido estado. A escolha desses locais foi precedida por um estudo multicêntrico desenvolvido sob coordenação da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB), intitulado “Situação da implantação do DOTS para o controle da TB em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades de acordo com as características regionais”, envolvendo 12 estados brasileiros e, dentre eles, a Paraíba.

Os municípios de Bayeux e Santa Rita apresentam características e problemas peculiares aos grandes centros urbanos e, apesar do êxito no processo de descentralização das ações de diagnóstico e tratamento da tuberculose para a APS, ainda enfrentam problemas relacionados ao controle da tuberculose.

3.2.1 Descrição do município de Santa Rita

O município de Santa Rita (PB) possui uma área territorial de 727 Km² e uma população de 122.454 habitantes (IBGE, 2007). Localiza-se na zona fisiogeográfica do litoral paraibano, incluindo-se na chamada Região Metropolitana da grande João Pessoa, juntamente com os municípios de Cabedelo e Bayeux, limitando-se ao norte com o município de Lucena, Rio Tinto, Mamanguape e o Oceano Atlântico, ao sul com Alhandra e o Conde, ao Leste com Bayeux, João Pessoa e o Oceano Atlântico, e a oeste com Pedras de Fogo, Cruz do Espírito Santo e Sapé.

3.2.2 O controle da tuberculose e o município de Santa Rita

O município de Santa Rita é habilitado em Gestão Plena do Sistema, conforme Comissão Intergestora Bipartite. Ele gerencia as ações de saúde à AB de média complexidade do nível 1, além de ser certificado para desenvolver ações de epidemiologia e controle de doenças, recebendo recursos do Fundo Nacional de Saúde.

O sistema de saúde no município de Santa Rita possui 36 USF, 04 UBS, 01 hospital filantrópico, 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e 01 farmácia popular. As equipes de saúde da família estão distribuídas entre a zona urbana e a zona rural, dando cobertura de 100% à população.

O Programa de Controle da Tuberculose foi implantado no município em janeiro de 1999, e atualmente encontra-se descentralizado para a rede básica de saúde. Com a finalidade de impulsionar as ações de controle da TB, o PCT de Santa Rita estabeleceu as seguintes estratégias de ação:

- Envolver o gestor municipal e demais seguimentos da sociedade para o controle da TB;
- Articular com a coordenação estadual do PCT e Força Tarefa – TB para o desenvolvimento de capacitação e educação continuada de recursos humanos;
- Assessorar e acompanhar o desenvolvimento das atividades de controle, analisando os dados do SINAN - TB e de laboratórios, realizada pelo município;
- Garantir insumos para tratamento e acompanhamento dos doentes;
- Realizar campanha educativa para ampliação da detecção e divulgação de sinais e sintomas.

Em relação à situação da TB no município, a Tabela 5 apresenta a ocorrência de casos de TB, segundo bairro de residência notificado, para o período de 2000 à 2007. Destaca-se a diminuição do número de casos na zona urbana entre os anos de 2004 e 2007.

Tabela 05: Distribuição de casos de tuberculose, segundo local notificante, no município de Santa Rita – PB, no período de 2000-2007

LOCAL NOTIFICANTE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Zona Urbana	47	50	39	48	52	49	42	38
Zona Rural	1	2	0	2	1	2	0	2

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rita, 2008

Em relação às taxas de cura e abandono do tratamento da tuberculose no município de Santa Rita, tem-se a situação apresentada na Tabela 6, destacando-se os percentuais de abandono e cura dentro das metas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, que são: curar no mínimo 85% dos casos notificados e reduzir o abandono do tratamento a menos de 5%. Esses resultados evidenciam a importância da descentralização das ações de diagnóstico e tratamento da TB para as unidades de saúde da família, o que facilita o acompanhamento do doente de TB em sua comunidade.

Tabela 06: Distribuição dos percentuais de cura e abandono no município de Santa Rita – PB, no período de 2003 a 2007

Situação / ano	2003	2004	2005	2006	2007
Cura	97,1%	97,9%	98,2%	96%	95%
Abandono	0%	0%	0%	0%	5%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rita, 2008

A tabela seguinte apresenta os casos de tuberculose ocorridos na zona urbana do município de Santa Rita, segundo critério de entrada, para o período de 2000 a 2007.

Tabela 07: Distribuição de casos de TB, na zona urbana do município de Santa Rita - PB, por ano da notificação, segundo tipo de entrada, no período de 2000-2007

CADASTRADOS	SINAN WINDOWS							SINANNET	TOTAIS
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
CASO NOVO	29	25	24	32	28	35	36	34	260
RECIDIVA	1	2	2	0	0	1	1	0	8
REINGRESSO APÓS ABANDONO	2	2	1	8	3	0	0	0	17
NÃO SABE	0	1	0	0	0	0	0	0	1
TRANSFERÊNCIA	15	20	12	8	21	13	5	4	104
TOTAIS	47	50	39	48	52	49	42	38	390

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rita, 2008

3.2.3 Descrição do município de Bayeux

O município de Bayeux, fundado em 15 de dezembro de 1959, está inserido na região metropolitana de João Pessoa – PB e localiza-se na porção extrema oriental do continente americano. Destaca-se, na rede urbana, pela importância de seu aglomerado urbano, que envolve municípios vizinhos, sendo essa região denominada de Grande João Pessoa, que é o principal centro político e econômico do Estado. Limita-se ao Norte com o município de João Pessoa (capital do estado da Paraíba); ao Sul com o município de Santa Rita; ao Leste com João Pessoa; e a Oeste com o Rio Sanhauá. Ocupa uma área de 32 km². A população residente no município de Bayeux é de 92.891 habitantes. (IBGE, 2007).

3.2.4 O Controle da tuberculose e o município de Bayeux

O município de Bayeux está habilitado na Gestão Plena de Sistema em Saúde desde 2003. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado (PDR), o município de Bayeux integra a primeira microrregional de saúde - João Pessoa, como sede de módulo assistencial, não tendo município satélite.

O município conta com 14 bairros distribuídos em 05 Distritos Sanitários (DS) de Saúde. São eles Baralho, São Bento, Centro, Sesi, Brasília, Tambay, Imaculada, Jardim São Vicente, Jardim Aeroporto, Alto da Boa Vista, Rio do Meio, Mário Andreazza, Comercial Norte e Jardim São Severino.

A rede de serviços públicos de saúde conta atualmente com 28 equipes de Saúde da Família (ESF), que garantem 92% de cobertura, 02 policlínicas, 01 maternidade, onde é realizada a vacina de BCG, 01 Laboratório Central Municipal, responsável pelas baciloscopias de diagnóstico e controle da tuberculose, 05 postos de coletas de escarro, sendo 01 por DS, 01 Unidade Móvel Terrestre para atendimento médico-odontológico, 01 farmácia popular, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS, 01 Serviço de Assistência Especializada em DST/AIDS, 01 unidade de Vigilância Sanitária, 01 unidade de Vigilância Epidemiológica e 01 unidade de Vigilância Ambiental .

O município de Bayeux integra os 329 municípios prioritários do Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para o Controle da Tuberculose. O Plano de Controle da Tuberculose (PCT) foi implantado em 1999, ano em que as ações de diagnóstico, tratamento e controle da doença eram centralizadas na policlínica do município, e realizadas por um pneumologista e por uma enfermeira desse serviço. A descentralização das ações de controle da tuberculose teve início em 2003, com transferência de 02 casos da Policlínica municipal para as Unidades de Saúde da Família.

Em relação às taxas de cura e abandono do tratamento da tuberculose no município de Bayeux, tem-se a seguinte situação:

Tabela 08: Distribuição dos percentuais de cura e abandono no município de Bayeux – PB, no período de 2003 a 2007

Situação / ano	2003	2004	2005	2006	2007
Cura	97,3%	92,4%	92%	88%	92,5%
Abandono	2,7%	5,7%	4%	7,3%	5%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Bayeux, 2008

Segundo a Coordenação de Controle da Tuberculose local, a situação de abandono apresentada acima se deve, principalmente, às dificuldades existentes para a implantação de programas estruturais articulados para o enfrentamento do complexo problema.

Em 2007, foram acompanhados 50 doentes de tuberculose. Desses, 40 eram casos novos, 31 tiveram baciloscopia positiva (BK+), 05 tiveram baciloscopia negativa e 01 não realizou baciloscopia. Para o mesmo ano, houve 01 óbito relacionado à tuberculose, o que correspondeu a uma taxa de 2,5%.

No que concerne ao surgimento de casos novos de tuberculose por Distrito Sanitário (DS), para o município de Bayeux, tem-se os seguintes dados:

Tabela 09: Distribuição do número de casos novos de TB por Distrito Sanitário no município de Bayeux para o período de 2004 a 2006

Distrito Sanitário/ ano	2004	2005	2006
DS I	24	16	08
DS II	12	10	08
DS III	03	07	02
DS IV	09	06	05
DS V	14	16	05
TOTAL	62	55	36

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Bayeux, 2008

Até julho de 2008, 21 casos novos de tuberculose foram notificados, sendo 05 no DS I, 04 no DS II, 02 no DS III, 05 no DS IV e 05 no DS V.

Todas as Unidades de Saúde da Família do município têm plena atuação para realizar o diagnóstico e tratamento da tuberculose. O tratamento supervisionado está presente em 100% delas. Essas unidades possuem pote para coleta de escarro e instrumentos adequados ao controle da tuberculose: o livro de “Registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose”, o livro de “Registro de sintomático respiratório no serviço de Saúde” e a “Ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação”.

Há no município 01 unidade de detenção localizada no bairro Sesi. A unidade de saúde da família do referido bairro é responsável pela busca ativa e acompanhamento dos casos de tuberculose dessa unidade prisional, que teve 01 caso de tuberculose no ano de 2007.

Segundo a coordenação de controle da tuberculose local, os pacientes que necessitam de hospitalização são referenciados para o Hospital de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga, em João Pessoa, município vizinho. Para esse mesmo município são enviadas as amostras para realização de cultura de escarro e exame histopatológico, quando necessário.

Com relação ao coeficiente de incidência de tuberculose por 100.000 habitantes, para o triênio 2003-2005, temos os seguintes dados:

Tabela 10: Distribuição do coeficiente de incidência de TB, formas de BK+, por 100.000 habitantes, no município de Bayeux – PB, no período de 2003 a 2005

	2003	2004	2005
Coeficiente de todas as formas	73.9	75.3	56.4
Coeficiente BK+	46.3	45.1	31.9

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Bayeux, 2006

3.3 CONSTRUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Enfocando a problemática do abandono do tratamento da tuberculose na perspectiva do usuário, utilizou-se a História Oral, definida por Bom Meihy, (2005, p.17) como uma “prática de apreensão de narrativas feitas através do uso de meios eletrônicos e destinada a recolher testemunhos, promover análises de processos sociais do presente e facilitar o conhecimento do meio imediato”. O mesmo autor acrescenta que “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” (BOM MEIHY, 2005, p.18).

Utilizando a história oral como recurso metodológico para esta investigação, deseja-se dar voz aos usuários acometidos pela TB, 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 (BOM MEIHY, 2005). Deseja-se dar o sentido de utilidade exigido pelo método à medida que se propõe um estudo avaliativo voltado à discussão do desempenho de serviços da Atenção Primária à Saúde no controle da TB.

Dentro da História Oral, utilizou-se o gênero temático. “Por partir de um assunto específico e previamente estabelecido, a história oral temática se compromete com o esclarecimento ou a opinião do entrevistador sobre algum evento definido” (BOM MEIHY, 2005, p.162). Pretende-se, com esta técnica, buscar “a verdade de quem presenciou um acontecimento, ou que pelo menos dele tenha alguma versão que seja discutível ou contestatória” (BOM MEIHY, 2005, p.163).

A História Oral consta dos seguintes procedimentos: elaboração do projeto; gravação; confecção do documento escrito; eventual análise; e devolução do produto (BOM MEIHY, 2005).

Neste estudo, para a construção do material empírico, realizou-se seqüencialmente a entrevista, a transcrição do material gravado, a textualização, a transcrição e por fim, a conferência do material e obtenção da autorização para uso e publicação.

Entrevista

Segundo Bom Meihy (2005), o processo de entrevista possui de três etapas: a pré-entrevista, a entrevista e a pós-entrevista.

A pré-entrevista representou o primeiro contato entre a pesquisadora e o colaborador da pesquisa. Nesse momento, os colaboradores foram informados quanto ao objetivo e finalidade da pesquisa, bem como esclarecidos sobre seu modo de participação no estudo.

As entrevistas foram guiadas por perguntas de corte (Apêndice B) e realizadas nos locais escolhidos pelos colaboradores, durante o período de julho a setembro de 2008. Os depoimentos foram gravados, utilizando-se gravador portátil e aparelho MP4, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

Na pós-entrevista, os colaboradores foram informados sobre as etapas subseqüentes referentes à transformação do discurso do estágio oral para o escrito.

A cada entrevista, recorreu-se ao caderno de campo, a fim de registrar as impressões da pesquisadora sobre o contato com o colaborador, o ambiente em que se deu a entrevista e as dificuldades encontradas durante o percurso para a construção do material empírico.

Transcrição do material gravado

Após a audição cuidadosa e repetida das entrevistas, os depoimentos foram transcritos na íntegra, a fim de serem submetidos às etapas recomendadas pela História Oral. Para o registro das emoções emergentes durante a entrevista, foram utilizadas as anotações de riso e choro.

Textualização

Nessa fase, a entrevista em transcrição literal foi trabalhada. Estabeleceu-se a lista das palavras importantes e das expressões fortes das histórias, para possibilitar a escolha do tom vital, que corresponde à frase que “serve como guia para a leitura da entrevista, pois representa uma síntese da moral da narrativa” (BOM MEIHY, 2005, p.262).

Transcrição

Nessa etapa, o texto é recriado em sua plenitude e o material produzido compõe o texto final para a apresentação pública.

Conferência do material e autorização para uso e publicação

De acordo com Bom Meihy (2005), esse é o momento em que, depois de trabalhado o texto, quando se supõe que ele está em sua versão final, o material é encaminhado para conferência pelo colaborador.

Anteriormente à leitura do texto para a conferência do material, os colaboradores foram informados sobre a possibilidade de o texto ser refeito, conforme alterações propostas pelos mesmos. Apenas um colaborador solicitou a mudança de uma palavra, que não alterou o sentido da narrativa.

Durante a conferência, os colaboradores demonstraram concordância flexionando a cabeça em sinal de aceitação, usando expressões como “foi assim mesmo” ou recontando os momentos descritos no texto.

Nessa fase, os colaboradores receberam, junto ao material, uma carta de cessão (Apêndice C), documento que autoriza o uso da entrevista, de parte dela e/ou da gravação e do resultado escrito (MEIHY, 2005).

3.4 COLABORADORES DO ESTUDO

Bom 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 período de 2002 a 2007, nos municípios de Bayeux e Santa Rita – PB. A rede, por sua vez, foi delimitada tomando-se o critério de acompanhamento do usuário pelas equipes de Saúde da Família.

Entre os anos de 2002 e 2007, no município de Santa Rita (PB), 4 usuários tiveram o abandono como situação de encerramento do tratamento da TB. Desses, 2 participaram do estudo e 2 não foram localizados.

Considerando o mesmo período, para o município de Bayeux (PB), 23 usuários tiveram o abandono como situação de encerramento do tratamento da TB. Desses, 7 participaram do estudo. Em relação aos demais, 14 deles não foram localizados, 1 teve óbito por tuberculose e 1 recusou-se a participar do estudo.

Na apresentação dos depoimentos, utilizou-se a seguinte codificação: C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8 e C9, representando os colaboradores do estudo. Também, os nomes das pessoas citadas pelos colaboradores foram substituídos por nomes fictícios, garantindo o sigilo que assegura a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Colaboraram com a realização deste estudo nove usuários do sistema de saúde. A delimitação e localização dos mesmos foi possível através das informações disponibilizadas no sistema de informação da Seção de Tuberculose da Secretaria Saúde dos municípios de Bayeux e Santa Rita (PB), bem como por meio do apoio das equipes de saúde da família responsáveis pelas áreas nas quais residem os colaboradores.

3.5 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

Após o 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 contenham os temas recorrentes pelos diferentes sujeitos da investigação; agrupamento dos textos que se refiram aos temas coincidentes, permitindo a formação de blocos de

significados, que orientem a construção das sub-categorias, as quais explicam a grande categoria empírica identificada.

Utilizou-se, no processo da análise, a técnica de análise do discurso na vertente proposta por Fiorin (1999), 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.

Para Fiorin (1999), os discursos materializam a visão de mundo de uma determinada classe social, e sua análise é capaz de identificar por inferência a posição social dos sujeitos, inscritos nos enunciados, uma vez que os elementos discursivos – temas e figuras – os revelam.

Fiorin (2006) considera que se a sociedade é dividida em grupos sociais, com interesses divergentes, logo, os enunciados são sempre o espaço de luta entre vozes sociais, o que significa que são inevitavelmente o ponto em que se pode identificar as contradições.

A pertinência da análise do discurso neste estudo decorre da possibilidade desta técnica poder revelar tanto a visão de mundo, quanto o posicionamento dos usuários, que abandonaram o tratamento da tuberculose, em relação à produção de cuidados com enfoque familiar na Unidade de Saúde da Família, a partir de suas concepções de cuidado.

Fundamentando-se nos depoimentos dos participantes do estudo, foram produzidas três categorias empíricas: A relação entre o doente de tuberculose e a equipe de saúde da família; O tratamento da tuberculose no contexto da Atenção Primária à Saúde; e Intersetorialidade e abandono do tratamento da tuberculose.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram respeitados os princípios que implicam na eticidade da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), bem como foram atendidos os deveres e responsabilidades contidos no capítulo III da Resolução COFEN 311/2007, no que concerne aos aspectos éticos e legais da pesquisa, contemplados nos artigos 89, 90, 91, 92 e 93 (COFEN, 2007).

Cada colaborador da pesquisa recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), solicitando a sua participação voluntária, comunicando o objetivo

do estudo e garantindo o anonimato, o sigilo das informações e o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem sofrer prejuízo.

O projeto de pesquisa deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS) no dia 02/03/08, sob número de protocolo 0067.

COLABORADOR 1

(C1)

C1, sexo masculino, 43 anos, casado, açougueiro, tabagista. Reside em uma casa própria, de alvenaria. Abandonou o tratamento da tuberculose após o quinto mês. Era acompanhado pela enfermeira da Unidade de Saúde da Família.

A pré-entrevista foi realizada por telefone. A pesquisadora explicou os objetivos do estudo e modo de participação do usuário, convidando-o 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. Sua esposa esteve presente no momento da entrevista, estimulando-o a falar sobre a sua experiência durante o tratamento.

[...] Parei de tomar a medicação, porque me sentia melhor. Eu pensei que estava curado.

Eu comecei com febre, dor nas costas e um catarro grosso. Então resolvi procurar tratamento médico. Fui ao posto de saúde [USF], onde a médica me examinou e passou uns remédios. Fiz o exame de escarro no posto e paguei pelo exame de Rx.

Nas minhas consultas, eles conversavam comigo, esclareciam minhas dúvidas, verificavam meu peso, minha pressão, perguntavam se eu estava melhor, procuravam saber da minha família, entregavam a medicação e eu ia embora. Assim que eu chegava, eu era logo atendido. Eu não enfrentava fila e eles me recebiam bem. Eu não conhecia a tuberculose, mas eles explicaram que existia tratamento. Disseram pra eu me cuidar e tomar a medicação pra ficar curado.

Todas as sextas-feiras, a doutora vinha aqui em casa falar comigo e com a família. Ela perguntava como eu estava e queria saber se eu tava tomando a medicação. Eu era bem tratado. Percebi o interesse deles. Acho que o serviço de saúde é perfeito.

Eu confiei no serviço de saúde e encontrei melhora. Fiz o tratamento durante cinco meses e parei de tomar a medicação, porque me sentia melhor. Eu pensei que estava curado. Procurei outro médico, que solicitou alguns exames. Quando ele viu o resultado, disse que eu estava curado. Então não voltei no posto de saúde, porque tive vergonha de contar que eu tinha parado de tomar os remédios. Tive medo deles reclamarem comigo.

COLABORADOR 2

(C2)

C2, sexo masculino, 19 anos, solteiro, estudante. Mora em uma casa própria, de alvenaria. Era acompanhado pela enfermeira da Unidade de Saúde da Família.

A pré-entrevista foi realizada na residência do usuário, que negou a ocorrência do abandono do tratamento da tuberculose. Mesmo assim, a pesquisadora o convidou a participar do estudo, já que o seu nome constava no Sistema de Informação em Saúde como caso de abandono. O usuário resistiu um pouco em participar do estudo, mas, após receber maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, concordou em participar.

A entrevista foi realizada na residência do usuário. C2 demonstrou um pouco de desinteresse em relatar o tratamento da tuberculose, fazendo-o de modo resumido. Na ocasião, estavam presentes amigos e a irmã do usuário.

Acho que a equipe é um pouco distanciada da minha família, eles não sabem das nossas necessidades. Acho que deveria ter mais atenção.

Minha mãe, minha irmã e outras pessoas sempre falavam que era possível pegar tuberculose bebendo água no mesmo copo, comendo no mesmo prato, e eu não ligava. Um dia, eu fui pro campo jogar futebol, aí comecei com uma tosse brava, escarrando sangue, cansando ligeiro demais, que não dava nem pra jogar, aí voltei pra casa. No outro dia acordei mal, fui assistir ao jogo de futebol e comecei a sentir frio no sol quente e veio a febre.

Minha irmã me chamou pra fazer um Raio X. Nós fomos com um encaminhamento do posto de saúde [USF]. Depois, quando eu fiz o exame de escarro, veio a confirmação que eu tinha tuberculose. Fiquei doido [risos]. Eu não sabia o que fazer. Pensei nas coisas que eu deixaria de fazer durante o tratamento, como correr e jogar bola, mas sabia que não tinha outro jeito e eu precisava me tratar.

Eu esperava muito pra ser atendido no posto de saúde, mas a enfermeira me tratava muito bem. Ela conversava comigo, me orientava, perguntava se eu estava tomando os remédios e também verificava minha pressão. Ela dizia o que eu não podia fazer, o que era proibido durante o tratamento.

Eu pegava a medicação pra tomar durante um mês e retornava pra pegar quando faltava. Um dia eu fui pegar os remédios no posto e esperei muito, então resolvi voltar pra

casa sem ser atendido. Depois, quando tive febre, voltei pro posto com minha irmã e pegamos o remédio.

Durante o tratamento, vinha um rapaz aqui. Ele sempre perguntava se eu estava bem e eu dizia que sim, mas esqueci o nome dele. A equipe de saúde mandou tratar a doença, separar os copos, pratos. Disse que eu deveria comer num prato diferente. O principal que eles falavam era isso aí.

Acho que a equipe é um pouco distanciada da minha família, eles não sabem das nossas necessidades. Acho que deveria ter mais atenção.

COLABORADOR 3**(C3)**

C3, sexo masculino, 33 anos, solteiro, desempregado, etilista, tabagista. Mora em uma casa própria, de alvenaria. Abandonou o tratamento da tuberculose após o quarto mês de tratamento. Era acompanhado pelo médico e agente comunitária de saúde da Unidade de Saúde da Família.

A pré-entrevista foi realizada na residência do usuário. A pesquisadora apresentou a proposta do estudo e convidou o usuário a colaborar com a pesquisa. A entrevista foi então agendada.

A entrevista foi realizada na residência do usuário. C3 apresentava tremores e sinais de ingestão alcoólica, mas se expressou sobre o assunto sem dificuldades. Na ocasião, esteve presente sua irmã e, em determinado trecho da entrevista, a agente comunitária de saúde. Entretanto, isso não foi motivo de inibição para o usuário, que a considera uma amiga.

[...] nesses meses que passei tomando o remédio, eu me achei forte [...] então tomei uma cana, pensando que tava bom, e desisti do tratamento [...] o vacilo foi meu.

Eu passei quatro meses e quinze dias tomando a medicação, aí abandonei. Quando doutor Thiago tava na unidade [USF], eu tinha meu café e pão certos, mas depois que ele saiu, a situação mudou, mainha viajou e eu não podia trabalhar, aí eu parei o tratamento.

Eu estou tossindo muito. Toda manhã eu tento vomitar, mas só sai uma baba branca. Quando eu chego na unidade, não tem médico, não tem remédio, aí eu vou fazer o quê? Tem que ficar assim mesmo. A tosse é grande. O médico mandou eu comprar um prato e um copo. Eu fiz exame de sangue, fezes e urina, mas não recebi o resultado ainda.

Às vezes aparece um trabalho, eu faço e recebo um dinheiro. Compro uma carne, um negócio maneiro, mas trabalho pesado eu não posso fazer. Eu tenho que ser assim mesmo, do jeito que Deus quer. Bebo e não fico perturbando ninguém.

Quando eu fazia o tratamento, me ajudaram muito. A mulher da barraca disse que me dava o leite. Dona Marta fazia um café, botava um leite pra mim. O pessoal do posto me dava remédio, um tratamento bom, mas eu sofri muito. A agente de saúde me ajudou muito. Ela viu quando eu tava aqui magro, me arrastando. Eu fui bem tratado ali, mas eu abandonei mesmo.

No sábado e no domingo a unidade era fechada. A situação era fraca, então eu não tomava os comprimidos e guardava em casa. Aí quando chegava a segunda-feira, eu ia tomar. Um dia, tomei os comprimidos que guardava em casa de uma vez só. Eu quase morria. Fiquei engasgado ali no beco, intoxicado. Não tinha ninguém em casa. Foi Deus mesmo que me livrou. Aí eu deixei o tratamento, mas foi na época que doutor Marcelo saiu.

Eu fui até o Clementino [hospital de referência para o tratamento da tuberculose]. Quando eu cheguei lá, uma senhora me atendeu bem. Lá tinha o alimento pro povo que tem esse meu problema. Lá eu tomava o remédio e tinha alimentação. Mas o Clementino é distante e eu não tinha dinheiro pra passagem, aí eu decidi não ir mais. Então, fiquei por aqui. Eu não tinha condições de ir lá todo dia.

O remédio era forte demais e descia rasgando a garganta. Mas também dava muita fome e minha mãe me mandava trabalhar, mas eu não podia trabalhar, porque tava fraco, andava um pouquinho e caía, meu olho já tava fundo. O comprimido era enjoado, mas eu tinha que me garantir, porque quando eu vacilei, no lugar de tomar seis passei a tomar oito. Aí eu tomava mesmo, mas eu abusei.

O medicamento tava vindo certo. O que faltava era eu querer me ajudar mesmo, mas quem não quis foi eu. E o vacilo foi meu, porque, nesses meses que passei tomando o remédio, eu me achei forte, pensei que tava bom. Um dia, chegou um colega, que trouxe um litro de guaraná, um litro de cana, farinha de milho e rapadura. Aí eu sentado com ele, tomando o refrigerante, e ele tomando a cachaça, e a minha boca cheia d'água, então tomei uma cana, pensando que tava bom e desisti do tratamento. Eu não ia mais pro posto e passava pela rua escondido, com vergonha. Tinha vergonha da agente comunitária, porque foi ela que me deu atenção quando eu tava aqui arriado, magro.

Na unidade, eu era tratado bem. Eu era o primeiro a chegar e assim que Dr Thiago chegava, ele trazia meu lanche. Até gente chegou a reclamar que eu pegava remédio primeiro de que eles, porque ele me tratava primeiro. Eu era bem recebido. Eu gosto do pessoal da unidade, mas minha maior ligação é com a agente de saúde. Ela conhece a minha situação. Quando eu quero um remédio, eu peço e recebo.

Mais de quatro vezes me levaram pro Clementino. Era carro pra lá, carro pra cá. Vai pra médico, vem pra médico, e ninguém sabe que médico vai mais. Agora pra fazer o exame eu não vou mais pro Clementino, porque o médico de lá é legal, mas ele disse que eu tinha abandonado o tratamento e que não ia se responsabilizar por mim. Me deu um carão.

Uma época, tavam tentando um internamento pra mim. Eu saí com minha mãe por todos os postos de saúde. Fui no hospital de João Pessoa, mas não tinha vaga. Aí minha mãe disse que era melhor eu morrer em casa, porque não tinha vaga pra mim. Outra vez, eu tomei duas doses de cana e fiquei cheio de caroço. Aí o médico disse pra eu não beber mais, que aquilo não era brincadeira, mas eu fui teimoso e tomei uma. Aí pronto, fiquei bom dos caroços, mas comecei a tossir de novo. A tosse é maior de madrugada e quando começa, eu não durmo mais, mas eu sou teimoso.

COLABORADOR 4

(C4)

C4, sexo feminino, 39 anos, solteira, do lar, etilista, tabagista, ex-usuária de drogas. Mora em uma casa própria, de alvenaria. Abandonou o tratamento da tuberculose após o quarto mês. Era acompanhada pela agente comunitária de saúde.

A pré-entrevista foi realizada na residência da usuária. A pesquisadora falou sobre os objetivos do estudo e forma de participação da usuária, convidando-a a colaborar com o estudo. A entrevista foi então agendada.

A entrevista foi realizada na residência da usuária. C4 não apresentou dificuldades para expressar-se e relatou sua história de modo espontâneo.

Vieram até aqui atrás de mim, pra eu ir tomar os comprimidos, mas eu disse que não ia tomar mais porque já tava boa.

Quando eu adoeci, eu sentia dor nas costas e saía um pouquinho de sangue. Aí fui bater um Raio X. Mostrei o resultado a Dra. Aline e ela disse que eu estava com começo de tuberculose, passou o medicamento e eu comecei a tomar. Todo dia eu tomava o remédio direitinho, mas parei no quarto mês. Foi no tempo que eu fui presa, então mandei minha mãe levar os comprimidos pra eu tomar, e terminei de tomar lá na cadeia. Quando saí da cadeia, eu tava bem gorda. Ninguém me conhecia. Voltei a beber e não tomei meus medicamentos.

O tratamento que me deram no posto de saúde foi ótimo. Me trataram muito bem. Vieram até aqui atrás de mim, pra eu ir tomar os comprimidos, mas eu disse que não ia tomar mais, porque já tava boa. Aí eu falei com a médica e ela passou um Raio X, que eu fiz no Clementino, mas o resultado não deu nada.

Eu tomei muito mastruz com leite. Minha mãe é do interior e me indicou. Ela disse que era muito bom. Todas as manhãs, eu tomava um copo cheio de mastruz com leite, por isso eu acho que me curei mais ligeiro. O meu mal é porque eu bebo. Eu vou parar de beber. Tô magrinha por causa da bebida.

Quando eu ia pra uma consulta no posto, eles me tratavam muito bem, conversavam comigo. Não me faltou nada. A doutora Cíntia só vivia aqui atrás de mim, pra eu tomar o medicamento, e eu não queria tomar. Ela fazia questão de vir dar o medicamento aqui em

casa, mas eu não queria, me escondia, porque quando a gente toma aquele remédio dá vontade de vomitar, uma tontura, uma agonia.

Todos aqui em casa fizeram exame de Raio X e escarro. E não deu nada em ninguém. Hoje eu não sinto mais nada. Eu parei, porque não sinto mais nada. Eu só sentia no começo, quando eu tava doente. Agora não tenho tosse, não tenho gripe, levo chuva, tomo banho de praia, tomo banho de rio e não sinto mais nada.

COLABORADOR 5**(C5)**

C5, sexo feminino, 33 anos, casada, do lar. Mora em uma casa alugada, de alvenaria. Abandonou o tratamento da tuberculose após o terceiro mês. Era acompanhada pela enfermeira e agente comunitária de saúde.

A pré-entrevista foi realizada na residência da usuária. A pesquisadora explicou os objetivos do estudo e forma de participação da usuária, convidando-a a colaborar com o estudo. A usuária, inicialmente, resistiu em falar sobre o tratamento da tuberculose por sentir-se incomodada com o tema, mas aos poucos foi mostrando-se à vontade para relatar sua vivência, o que posteriormente fez de modo espontâneo e muito emocionado.

Eu parei de tomar a medicação porque não agüentava mais tomar tantos medicamentos. Eu chorava todos os dias.

Eu apresentei tipo um tumorzinho no meu pescoço e pensei que era uma coisa séria, então, fui ao médico, e ele me encaminhou pro hospital Edson Ramalho, onde fiz uma biópsia pra saber se era maligno ou benigno. O exame acusou que eu tava com tuberculose. Eu fiquei desesperada, chorei muito, porque eu pensei que era uma doença muito séria. Então me encaminharam pro Hospital Clementino, e lá uma mulher me consolou, dizendo que não era um problema muito grave, que existia coisa mais séria. Disse que eu ficaria boa depois do tratamento de seis meses. Mesmo assim, eu não me conformei, fiquei muito deprimida, chorando muito e pensando até que eu ia morrer. A minha família ficou conversando comigo, dizendo que não ia acontecer nada, que com seis meses eu resolveria tudo. Eu fiquei com medo.

Eu trabalhava e a minha patroa me dispensou, porque ficou com medo de pegar. Isso foi a dor mais forte que eu senti, porque trabalhei muito tempo com eles, dediquei minha vida a eles e ao invés deles me apoiarem, me ajudarem, me dispensaram. Eu pensei que tava com a doença mais séria do meio do mundo. Eu fiquei muito triste. Pediram pra eu me afastar do trabalho e ficar em casa me tratando, então eu vim embora, chorando muito, porque me desprezaram de um jeito como se eu tivesse com a doença mais feia do meio do mundo. Mesmo assim me conformei [choro].

Fiquei fazendo o tratamento. Eu chorava todos os dias quando ia tomar os medicamentos, mesmo sabendo que ia ficar boa. Quando eu via aquele horror de remédio na

minha mão, eu chorava. Parei o tratamento durante quinze dias, aí voltei novamente, porque eu queria ficar boa, e depois terminei o tratamento graças a Deus. Eu fiz o exame do escarro, mas não deu nada, somente nos gânglios. Pra fazer o exame de escarro, eu tive que comprar o pote, mas é obrigação do posto ter isso pra os pacientes.

Eu parei de tomar a medicação porque não agüentava mais tomar tantos medicamentos. Eu chorava todos os dias. Eu sentia tontura, mas eu não sei se era por causa do medicamento ou da minha alimentação. Eu sentia uma dorzinha de cabeça também. Ele era muito forte. Eu não sei como eu não fiquei doente com aqueles medicamentos todos. Eu não botei esse problema na minha cabeça, porque se eu tivesse botado eu tinha ficado doida. Até hoje eu não boto, mas sou obrigada a dizer que tive tuberculose. Se eu não tivesse me tratado, eu tinha realmente pegado, aí talvez eu tivesse ficado seca, porque o pessoal diz que emagrece, mas eu não botei de jeito nenhum na minha cabeça e engordei.

Ana, a minha enfermeira, conversava comigo. Ela me ajudou muito. Ela cuidava muito de mim, se preocupava muito comigo. No posto [USF] me tratavam bem. Às vezes eu ia atrás de medicamento e tava faltando, aí eu deixava de tomar naquele dia e tomava no outro, acrescentando mais medicamento. Mas isso só aconteceu duas vezes. Uma vez, no domingo, não tinha como conseguir esse remédio, mas Ana conseguia esse medicamento e eu tomava. A minha sorte foi Ana, que cuidou bem de mim.

Quando eu ia no posto eu me sentia triste, envergonhada. Às vezes eu queria conversar com uma pessoa e tinha medo de contar o que eu tinha, porque as pessoas tem medo de pegar, mas no meu caso, não mandaram eu me afastar não, porque o meu ficou nos gânglios e não se espalhou pra canto nenhum. Agora, se eu não tivesse me tratado, ele tinha descido e tomado os pulmões, aí tinha prejudicado mais, mas ele ficou preso aqui. Deus segurou ele aqui. Aí o tratamento foi melhor. Mesmo assim eu separei minhas coisinhas, porque tinha meu filho novinho em casa.

Nesse tempo eu sofri, principalmente porque eu tava parada e meu marido também tava desempregado. E pra esse problema tinha que se alimentar bem certo, mas eu não tinha como me alimentar bem. E realmente eu sentia muita fome, eu comia o dia todinho com esse medicamento. Me encaminharam pra receber uma ajuda da prefeitura e até hoje eu espero. Se fosse depender dessa feira, eu tinha morrido de fome. Mas, de vez em quando, minha patroa mandava um negocinho pra mim e meu irmão fazia o que podia. A minha sorte foi minha patroa. Ela me afastou, mas sempre ficou me dando atenção.

Eu tive a informação que a secretaria tinha a obrigação de ajudar as pessoas carentes, mas eles não me ajudaram. Então, nesse tempo, que eu fiquei doente, sem poder

trabalhar, eu não tive ajuda pro alimento. Eu só tinha a ajuda do medicamento, que me deixou boa. E minha família também me ajudou muito.

Eu não conheço todos da equipe de saúde. A única agente de saúde que eu conheço é Cíntia e eu não tive contato com o médico do post. Quem realmente cuidou de mim foi Ana. Se não fosse ela, eu não sei o que seria de mim. Ela me deu muita força, cuidou muito de mim. Tanto de mim, como dos outros pacientes, deu atenção.

Eu acho que a equipe não conhece a minha família, nossas necessidades. Acho que eles tem que dar mais atenção pra gente, porque às vezes a gente quer fazer um exame ou uma consulta e tem pouca ficha de atendimento. Às vezes a pessoa chega seis e meia da manhã e não tem mais ficha. Antigamente, com três dias, a gente recebia o resultado do exame. Eu preciso de uma mamografia e já faz mais de três anos que eu to esperando. Fiz o exame de citológico, já faz mais de mês, e o resultado não chegou ainda. Realmente, aqui nesse posto as coisas são muito devagar. Antigamente era melhor, mas de um tempo pra cá tá horrível.

Durante o tratamento, Ana e Cíntia iam me visitar. Ana era uma amiga pra mim. Ela freqüentava minha casa, tomava um cafezinho, lanchava. Eu gosto muito de Ana e senti uma falta muito grande quando ela saiu desse posto. Eu não conheço a enfermeira que tá agora, mas pelo visto é legalzinha, mas Ana era dez, amiguíssima, dava atenção a todo mundo. Essas outras eu acho que nem nas casas vai. Depois que Ana saiu do posto, muito difícil eu ir ali.

Fiz o tratamento e, graças a Deus, não voltou. O exame deu que eu tava completamente curada. Fiquei feliz porque fiquei boa. Eu só queria pedir que não faltasse medicamento para a população e principalmente atenção, porque todos nós precisamos do posto de saúde e do médico pontual. Se não for pontual, fora! [risos]

COLABORADOR 6**(C6)**

C6, sexo masculino, 25 anos, solteiro, vendedor ambulante, etilista, tabagista e usuário de drogas. Mora em uma casa própria, de alvenaria. Abandonou o tratamento da tuberculose após o terceiro mês. Era acompanhado pela agente comunitária de saúde.

A pré-entrevista foi realizada em frente à residência do usuário. O mesmo resistiu inicialmente em participar da pesquisa, porque não entendia a finalidade da coleta dos depoimentos, mas depois aceitou colaborar com o estudo e contar a sua história naquela mesma ocasião. Ele narrou seu tratamento, com timidez e de modo resumido. Durante a entrevista, estiveram presentes sua avó, irmão e a agente comunitária de saúde.

Passei dois meses tomando a medicação [...] Parei e não quis mais, porque dava vontade de beber e fumar. Então, eu guardava a medicação [...] O motivo foi meu mesmo.

Eu comecei a sentir uma dor dentro de mim e vomitei sangue. Fui com a minha mãe e a minha irmã pro hospital, fiz exames e passei quase um mês internado, só tomando comprimido e comendo. Depois fiquei sendo acompanhado pelo posto de saúde [USF]. A mulher do hospital mandou o remédio no saquinho, disse pra eu não pegar droga e tomar o comprimido durante seis meses. Todo dia Carla [ACS] vinha deixar o remédio e eu tomava com água. Eram seis comprimidos. Botava o comprimido na minha mão e eu tomava. Eu passei dois meses tomando a medicação. Parei porque eu não queria mais tomar. O motivo foi meu mesmo. Eu parei e não quis mais, porque dava vontade de beber e fumar. Então, eu guardava a medicação. Depois que eu botei na cabeça, não quis mais.

Eu não ia pro posto. Fui lá uma ou duas vezes, porque me chamaram pra falar com a doutora. Lá conversavam comigo, me davam conselho pra tomar a medicação, mas da equipe quem mais cuidava de mim era Carla. Todo mundo da minha casa gostou dela, porque ela trazia o remédio.

Todos os meus exames eu fiz no Clementino. Não tive dificuldade nenhuma, eu achava era bom. Tava nem aperrado. Eu conversava com o pessoal de lá. Hoje eu não sinto mais nada.

COLBORADOR 7**(C7)**

C7, sexo feminino, 61 anos, casada, do lar. Mora em uma casa emprestada, de alvenaria. Abandonou o tratamento da tuberculose após o quarto mês. Era acompanhada pelo enfermeiro e agente comunitária de saúde.

A pré-entrevista foi realizada em frente à residência da usuária. A mesma foi esclarecida sobre os objetivos, finalidade e forma de participação no estudo. A usuária concordou em realizar a entrevista na mesma ocasião do contato inicial, e narrou a sua história do tratamento sem dificuldades, demonstrando, em vários momentos, insatisfação com a assistência de saúde que vem recendo.

A menina do hospital me ligou, querendo saber por que eu não comparecia pra pegar a medicação, mas eu nem fui lá, porque como é que eu posso fazer um tratamento sem saber se é certeza? [...] Eu parei o tratamento porque eu não sei o que eu tenho.

Quando eu adoeci, botei sangue pela boca e saí daqui pro hospital vomitando sangue. Quando cheguei no Clementino Fraga, a doutora disse que não era todo mundo que botava sangue pela boca que tinha tuberculose, e não me internou. Fui pra outro hospital, o São Luiz. Lá o médico me internou e eu passei oito dias tomando remédio. Depois, voltei pra casa. Com três meses de novo eu arriei, mas não foi botando sangue, foi só tossindo e com febre. Aí minha vizinha me levou pro posto [USF], e lá me deram uma requisição de internamento. Eu passei oito dias internada, tomando remédio, e quando voltei pra casa, trouxe uma caixa de remédio. Eu comecei a tomar, mas parei porque tava me dando uma agonia e me dando fome, mas eu nem tenho o que comer. Eu fui à assistente social pedir uma ajuda de alimentação, de leite, de verdura. Botaram meu nome lá, mas até hoje, nada. Então eu não quis morrer por causa do remédio. Parei. Ainda tenho uma caixa com um bocado de remédio guardado. A menina do hospital me ligou, querendo saber por que eu não comparecia pra pegar a medicação, mas eu nem fui lá, porque como é que eu posso fazer um tratamento sem saber se é certeza? Um doutor disse que eu não tinha nada, o outro disse que eu tava com tuberculose, e haja tomar remédio, aí eu tive que bater a tomografia pra saber se é verdade mesmo. De vez em quando, eu tusso, sinto dor nas costas e eu não sei o que é. Eu perguntei a doutora se era tuberculose, mas ela disse que era um problema respiratório, que eu não podia ter uma gripe sequer.

A doutora do posto pediu vários exames. Eu fiz o exame de escarro, mas não deu nada. Só na tomografia que deu um problema, mas eu não sei se esse problema é tuberculose. Aí, foi nessa época que passaram os comprimidos pra eu tomar. Disseram pra eu fazer o tratamento porque eu tava com tuberculose, mas até agora eu não sei. Tomei os remédios durante três meses do jeito que ele passou, mas depois tava sentindo agonia, com o estômago doendo. Eu pensei “se tiver tuberculose, que acabe por ela mesma”.

Nas consultas do posto, me pesavam, davam o remédio e perguntavam se eu tava tomando direitinho, se eu tava comendo. Era só isso. Eu dizia que tava tomando o remédio, mas que não tava comendo, porque o comer não existia, e o que eu tinha não entrava. No começo do meu tratamento, fizeram uma comissão no posto pra me ajudar. Aí me deram uma ajuda de alimento. Eu não saí dos 37 kilos. Do que adianta? Sem saber o que é de verdade? Porque a pessoa tomando remédio pra uma coisa e ser outra diferente. Fiz vários exames de escarro e nunca deu nada. A primeira vez que eu tava me tratando no posto acolá, fui fazer um Raio X e a doutora disse que eu tinha um enfisema pulmonar e eu não sei o que é.

Eu queria que facilitassem as coisas pra mim, que falassem com a assistente social pra me ajudar. Eu chego no posto, é tudo com a cara feia, porque eu grito logo. Ele disse que não ia mais cuidar de mim porque eu tava ficando muito braba, aí eu disse que ia pegar meus exames e deixar tudo em casa. Eu to esperando três meses pra marcar uma tomografia. A pessoa doente aqui. Como é que um negócio desse serve pra pessoa? Se faz exame de escarro, passa oito, quinze dias pra receber o resultado, se bate o Raio X de pulmão passa oito, quinze dias pra receber, porque tudo aqui é difícil. Pra pobre aqui tudo é difícil. Ai vai fazer o que? Vai morrer dentro de casa. Não adianta procurar médico nem hospital. Se eu tivesse dinheiro, já tinha batido a tomografia, pra saber o que eu tenho de verdade, mas eu não tenho condição. Então vou esperar. Enquanto eu não bater essa tomografia eu não vou fazer mais nada. Fazer o quê? Pegar remédio, tomar e me intoxicar? Não! Eu só vivo tossindo, botando aquele catarro amarelo pra fora e os pulmões doendo.

Quando eu adoeci, o pessoal do posto mandou chamar todo mundo da minha casa, mas nenhum quis ir. Meu filho mais novo só vive tossindo, gripado, espirrando, magro. Eu trouxe o papel pra ele fazer exame de escarro, de sangue e tudo, mas ele não quis ir. Eu também deixo pra lá.

Eu não tenho conhecimento aqui de nada, a não ser de remédio. Se vier uma visita é de mês em mês. Se eu não falar com ela, ela não entra na minha casa pra saber como é que são as coisas. Tem vezes que ela pergunta como eu to, mas é do lado de fora. É por isso que

eu deixei de procurar esse posto. Eu queria que eles facilitassem tudo pra marcar os exames e saber dos resultados. Eu parei o tratamento porque eu não sei o que eu tenho. É muito difícil.

COLABORADOR 8**(C8)**

C8, sexo feminino, 43 anos, casada, do lar. Mora em uma casa emprestada, de alvenaria. Era acompanhada pela agente comunitária de saúde.

A pré-entrevista foi realizada na residência da usuária. Na ocasião, a pesquisadora apresentou os objetivos, finalidade e forma de participação do estudo. A usuária concordou em relatar sua história na seqüência da pré-entrevista. Expressou-se livremente, sem dificuldades.

Meu problema só é esse pulmão [...] mais remédio do que eu já tomei não pode. Não vi melhora nenhuma, por isso eu não tomo mais. Deixa eu morrer assim.

Quando eu adoeci, eu tava trabalhando, comecei a me sentir mal, tossir, aí botei aquelas bolas de sangue pra fora. Então eu falei com a médica do meu trabalho. Ela começou a tratar de mim e quando viu que o meu problema era grave, me encaminhou pro Clementino. Eu passei dois meses nesse hospital. Depois eu voltei pra casa com ordem pra doutora daqui mandar os remédios pra mim, aí eu fiquei me tratando em casa, mas eu não me sentia bem.

Eu não vou dizer que to boa, porque tem hora que eu tenho febre, frio, começo a tossir, fico me tremendo. Aí eu mando meu menino comprar uns comprimidos pra desinflamar o pulmão, porque o que me dói mais são esses pulmões. E quando eu tomo esse remédio, passa. Eu choro muito, porque eu tenho medo de morrer e deixar meus filhos. Eu passo quatro, cinco dias em cima da cama, esmorecida, aí minha filha quer logo chamar a ambulância. Até agora eu não vejo melhora na minha saúde, porque de vez em quando eu to com febre e me levam pro hospital, pra ser medicada. Tem hora que eu ando e fico com uma dor nas costas, como se tivesse morrendo, sufocada. Não tem cura. Só Jesus que me cura.

Eu queria ter saúde, que essa dor no pulmão saísse, que essa febre não voltasse mais. Se eu pegar peso, eu começo a sentir dor, chorar, gemer, aí eu tomo uma dipirona cheinha. Eu não procuro essa médica daqui, porque só quem liga pra mim é dona Maria [ACS]. Tem muita gente pra ser atendida no posto [USF]. Tem gente que chega de cinco horas da manhã e ainda fica na fila. Tem gente que chega de quatro horas e enfrenta fila, por isso que eu não vou procurar médico nenhum aqui no posto.

O pessoal do posto aqui tirava minha pressão, me pesava, me escutava, mandava o remédio, vinha me visitar, de vez em quando, pra saber como eu tava. Até hoje, graças a Deus, nenhum me tratou mal. Com qualquer um é assim. Quando eu chegava lá, eles me atendiam, perguntavam se eu tava melhor, mas a minha felicidade é primeiramente Jesus e, em segundo, dona Maria, porque é uma mulher que fala com todo mundo aqui, corre pro posto e, quando ela não pode levar a gente, ela pede ajuda de lá. Ela vai lá em cima, traz um remédio pra mim, aí eu tomo. Quando eu voltei do Clementino, quem trazia meu remédio era dona Maria. Tudo era com Maria. Quando ela via que eu tava em cima da cama, ela ia lá em cima, falava com a médica e a doutora vinha aqui me atender.

Só Maria cuida dos meus filhos. Quando eles têm com dor de dente ou dor de cabeça, eu corro atrás dela. Ela diz que só pode trazer remédio se for passado pelo médico e eu entendo. Maria fica muito aperreada. Ela me socorre. Ela socorre todo mundo aqui. Se ela sair e arrumarem uma pior, eu não abro nem o portão.

Eu tomei tanto remédio, meu Deus, que minha garganta doía. Quando dona Maria trazia remédio, era um saco e eu tomando aqueles comprimidos grandes pra ver se eu ficava boa. Até veneno eu tomava. Eu achava que ia morrer com esses comprimidos. Eu tomava os comprimidos, mas não percebi melhora. Eu tomava esses remédios e ficava uns três meses boa, mas quando eu parava, continuava de novo.

Eu fiz exame de escarro em João Pessoa, mas quando eu mandava o potinho cheio, diziam que tava errado e pediam outro. Aí eu tentava, fazia força pra escarrar e o pote ia cheio de sangue misturado com catarro, e não aceitavam. Aí eu não queria mais fazer. Eu fiz uns três meses, mas depois não fiz mais, porque fiquei com dor. Quando era pra pegar o resultado, meu pai me chamava e eu dizia que não ia porque não tinha dinheiro, mas ele pagava a minha passagem, porque ele não precisava pagar.

O médico mandou eu separar o copo, o prato, tudo, mas eu não separo. Primeiramente Jesus. Eu experimentei tudinho na minha doença e nem um dos meus filhos adoeceu. Tenho uma de dez anos, uma de doze, uma de onze, uma de catorze, uma de quinze, uma de dezesseis e uma de vinte e três. Não morreu nenhuma ainda. Só eu que procuro o hospital, porque eu faço muita extravagância.

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. Graças a Deus, todos fizeram exame de sangue e não acusou nada. Meu filho vai logo de manhã e traz aquelas galinhas mortas. A gente trata tudinho e eu boto na geladeira pra gente comer um pedacinho com farinha e quando tem feijão eu boto no fogo, quando não tem, fazer o quê? É o jeito. Tem hora, quando

faltam as coisas aqui, que eu saio com minhas filhas no meio da rua pra pedir. Nem todo mundo do posto conhece a minha situação. Um dia, uma me trouxe uma feirinha e eu acordei meus filhos pra comer. O povo diz que as coisas do lixo pega bactéria, mas eu como de todo jeito e, graças a Deus, até aqui nunca me deu nada. Eu digo pro meu filho olhar o homem da feira jogar o lixo e pegar alguma coisa pra gente comer. Um dia, ele trouxe uma sacola com umas dez caixas de bolacha recheada. Eu chorei, porque tava fora do prazo, mas cada um comeu uma bolachinha com um copo de café. Se for por isso pegar bactéria, então eu já tô cheia de bactéria, porque eu não tenho medo de pegar não. Mas eu tenho fé em Deus, que Jesus vai me ajudar.

O povo diz que pulmão mata. É nada. Se eu ficar boa, eu vou morrer. Se eu não ficar, eu vou morrer. Então será o que Deus quiser. Eu tô entregue na mão de Deus. Já tomei tanto remédio. Só aquele remédio vermelhinho era bem uns quatro envelopes, mas deixa assim mesmo. Isso é pra criança que não tem saber, que pega essa doença tuberculose e não sabe o que tá fazendo, aí dão remédio pra ele, mas eu já sei o que tô fazendo. Deixa que Jesus cura. Eu não vou mais pra médico, ninguém mais, meu Deus, que eu já tô desenganada. Ninguém me cura, tirando Deus, ninguém. Quando o catarro começa a encher e roncar, tem cura não. O povo diz que pulmão tem cura, mas é conversa, porque não tem cura. Não adianta, é o que Deus quiser. Eu quero ter cura, Jesus!

Um dia no Clementino o médico disse pro meu pai que eu precisava tirar um pulmão. No dia que eu soube, eu fugi do hospital, mas no outro dia vieram me buscar. Outra vez, ia fugir do hospital porque eu tava com medo de tomar sangue. Quando eu vi aquele negócio pendurado, eu fiquei nervosa, eu pensava que ele ia tirar meu sangue. Eu pensava que aquele sangue era de gente morta, por isso que eu corri.

Uma época, meu pai tava cansado, tossindo demais e botando sangue pela boca, aí ele foi na Igreja e tomou um olhinho e ficou bom. E ele sempre que chega aqui, me chama pra ir nessa Igreja. Eu não sei se tenho pulmão. O médico diz que eu tenho que tirar. Outro dia, quando eu bati a chapa, só tinha um pulmão, mas eu bati outra chapa na semana retrasada, e eu tenho dois. Tenho um abaixo das costelas. Eu não vi nem a carne das costelas. E eu perguntei a doutora onde tava o outro. Eu acho que esse remédio tá me deixando doida. Eu não quero mais. Mas eu cuido em casa mesmo, em nome de Jesus.

Aqui nessa rua, tem dois doentes que nem eu. Tem um nessa rua, tem eu aqui, tem um que mora ali, tem outro que mora ali em baixo. Maria sabe e vai de porta em porta perguntar o que a gente está sentindo.

O posto não é bom não. A médica daí manda eu fazer exame, mas quando eu vou saber do resultado, ninguém diz. É por isso que eu não procuro posto nenhum. Quando eu chego lá, enfrento fila, então eu volto pra casa. Chegou um médico aí e meteram pedra nele. Quebraram foi tudo. Eu prefiro o hospital, porque lá, num instante, eu chego, tiram minha pressão, me escutam, ela me dá logo um remédio, me bota no quarto, bota soro. Aqui [USF] é um problema. Aqui tá precisando de um posto que a pessoa, quando tiver doente, seja atendida. Eu chego ali, ninguém atende. Ficam lá pra dentro e só tem uma que tira a pressão e pesa. Só quem liga pra gente é dona Maria. Ela não pode ver ninguém doente, que já tá em cima. Quando é preciso, ela fala com a médica pra gente. E onde você for, o povo aqui só fala nela, porque ela socorre todo mundo aqui.

Dona Maria quem tira as fichas de atendimento. Ela fala com o médico pra gente, aí vem chamar a gente. Quando chega lá pra falar com a médica, vem a mulher do posto e diz assim “você não, aquela dali”. Aí a que vem cedo fica lá atrás e quem vem tarde fica logo na frente, por isso eu não vou mais.

Meu problema só é esse pulmão, porque eu tusso demais e não posso tomar frieza. Eu sei que Jesus é o curador, porque mais remédio do que eu já tomei não pode. Não vi melhora nenhuma, por isso eu não tomo mais. Deixa eu morrer assim.

COLABORADOR 9

(C9)

C9, sexo masculino, 50 anos, artesão, divorciado. Mora em uma casa própria, de alvenaria. Era acompanhado pela enfermeira e agente comunitária de saúde.

A pré-entrevista foi realizada na residência do usuário, que foi esclarecido sobre os objetivos, finalidade e forma de participação no estudo. O usuário concordou em realizar a entrevista na mesma ocasião do contato inicial, e narrou a sua história de modo emocionado, chorando em alguns momentos da entrevista.

Eu deixava a medicação pra beber, mas quando eu vi que o negócio ia ficar ruim pra saúde, eu parei a bebida e tive que tomar o medicamento durante seis meses.

Quando eu adoeci, eu procurei primeiramente o posto médico aqui do meu bairro. Lá eu fui muito bem atendido, e imediatamente me encaminharam pro hospital Clementino Fraga, por intermédio da minha professora Larissa [enfermeira/USF]. Depois, eu fiquei aqui recebendo o tratamento pelo posto médico, quando eu já estava praticamente curado. Eu tomava os comprimidos aqui em casa.

A equipe do posto me deu atenção. Fui muito bem tratado por eles. Eu fui um homem sofrido e ainda sou. Eles me deram uma feirinha, e eu tive os alimentos adequados pra me fortalecer. Quando eu chegava no posto, eu tinha prioridade. Na consultas me davam conselho pra não beber, não levar chuva, sereno, e eu fazia tudo que eles pediam, porque eu gostava muito deles [Choro].

Eu me emociono lembrando do tratamento e da equipe. É muito triste, mas é verdade. Você vê muita tuberculose. Eu acho que isso não acaba mais. É um tratamento muito sério, e eu levei a sério. Fiz o que os médicos pediram e estou feliz graças a Deus. Eu não vou dizer que to bom, mas eu estou melhor, digamos assim. O que é que eu posso fazer se a doença chegou? Se ela voltar novamente, vou ao hospital procurar o médico, porque em casa eu não posso morrer. A medicina é fundamental.

Durante meu tratamento, não me faltou nada. Todos gostavam de mim. Todos os agentes de saúde vinham aqui sempre. A doutora do posto parava aqui e dizia pra eu ir pra dentro de casa, que eu não tava bom ainda. Se fosse hoje ela parava o carro e vinha aqui. Ela foi uma pessoa muito boa e a comunidade vai sentir falta dela. Eu sinto muita saudade da equipe do posto de saúde, porque o pessoal era muito bom, humildes, e tratavam todos bem.

Foi uma equipe muito boa. Sinto saudades também do hospital, onde fiquei internado, dos meus amigos de enfermagem. Eu fui muito bem atendido no hospital. Quando eu saí de lá, eu chorei e tive até vontade de ficar. Meus companheiros doentes também choraram [Choro].

No tratamento, eu tomei quase 700 comprimidos. A doutora me disse que eu ia sentir um enjôo na tomada dos primeiros comprimidos, e eu realmente senti, mas não teve problema, porque eu sabia que tava me fazendo bem.

Os exames de Raio X e escarro eu fiz aqui na minha cidade. Não tive dificuldades pra fazer esses exames. Recebi o resultado rápido. Em três dias eu recebi todos. Muito bom!

Da equipe de saúde daqui, quem mais conhece minha situação de vida é Tereza [ACS]. Ela sempre vem aqui. É minha amiga de muito tempo. É uma pessoa muito bacana, presente, educada, que dá muito conselho.

Eu parei o tratamento por causa da bebida, mas eu vi que não tava dando certo, porque eu fui amolecendo o corpo. Aí voltei pro tratamento e não parei mais com medo da morte. Eu deixava a medicação pra beber, mas quando eu vi que o negócio ia ficar ruim pra saúde, eu parei a bebida e tive que tomar o medicamento durante seis meses. Tudo certinho e depois fiz exame. Deu tudo negativo, graças a Deus. A tuberculose é uma doença que praticamente tem cura hoje.

5 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO



5.1 PRIMEIRA CATEGORIA EMPÍRICA: A RELAÇÃO ENTRE O DOENTE DE TUBERCULOSE E A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O VÍNCULO E O DESENVOLVIMENTO DE UM PROJETO TERAPÊUTICO NA PERSPECTIVA DA CO-GESTÃO DO CUIDADO

5.1.1 O vínculo

Um dos princípios fundamentais da Estratégia Saúde da Família é a construção de vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade adscrita, objetivando a manutenção do cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mediante uma postura pró-ativa em face aos problemas de saúde-doença (BRASIL, 2008).

A palavra vínculo possui origem latina – *vinculum*, e significa laço, ligação. Trata-se de um conceito que sugere 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, G.W.S., 2003).

A formação dos laços de vínculo está, intimamente, relacionada à prática de cuidados, traduzidos em atitudes de preocupação, interesse e atenção. Essa relação pode ser verificada nas falas dos seguintes colaboradores:

Eu sinto muita saudade da equipe do posto de saúde, porque o pessoal era muito bom, humildes e tratavam todos bem (C9).

Só quem liga pra gente é dona Maria [ACS]. Ela não pode ver ninguém doente, que já tá em cima. Quando é preciso, ela fala com a médica pra gente. E onde você for, o povo aqui só fala nela, porque ela socorre todo mundo aqui (C8).

Eu gosto muito de Ana [enfermeira] e senti uma falta muito grande quando ela saiu desse posto [...] Ana era dez, amiguíssima, dava atenção a todo mundo (C5).

O cuidado é uma atitude de envolvimento afetivo, de zelo e de responsabilidade pelo outro (BOFF, 1999). Cuidar exige conhecer o projeto de felicidade daquele que recebe cuidados e participar ativamente de sua construção (AYRES, 2004), o que sugere a impossibilidade de existir atitude de cuidado na ausência de vinculação entre sujeitos. Aqui se toma a visão de Ayres (2007, p.54) sobre projeto de felicidade:

Pela expressão projeto de felicidade, queremos nos referir à totalidade compreensiva na qual adquirem sentido concreto as demandas postas aos profissionais e serviços de saúde pelos destinatários de suas ações. Por isso mesmo, os projetos de felicidade constituem a referência para a construção de juízos acerca do sucesso prático das ações de saúde, seja no seu planejamento, execução ou na sua avaliação.

No campo da saúde, a produção de vínculo é essencial, pois constitui um elemento básico do processo terapêutico. A raiz grega da palavra terapêutica - *therapeutike* traz o significado de cuidado (CAMPOS, G.W.S., 2003). Deste modo, o vínculo produzido no trabalho em saúde dá-se no contexto das relações de cuidado.

A perda da dimensão cuidadora em toda parte, bem como a perda da conexão com o todo, tem sustentado o cientificismo tecnicista atual, fato que requer o desenvolvimento de uma ética do saber cuidar (BOFF, 1999). Essa compreensão, no contexto do trabalho em saúde, representa a superação de uma prática de simples oferta de serviços e propõe um avanço em direção à incorporação das tecnologias das relações de interação e subjetividade, pois o processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição essencial para que um serviço torne-se produtor de cuidado (FRANCO; MAGALHAES JUNIOR, 2003).

O vínculo entre a equipe de saúde da família e o doente de TB, particularmente aquele que abandonou o tratamento, favorece a manutenção ativa do cuidado, mediante a monitorização das condições de saúde do usuário e de sua família, considerando a perspectiva do conceito ampliado em saúde. A maior aproximação da equipe de saúde ao contexto familiar do doente de TB potencializa o vínculo, como relatado pelo colaborador 1: *“Procuravam saber da minha família [...] Percebi o interesse deles. Acho que o serviço de saúde é perfeito”*. Por outro lado, o desconhecimento das condições de vida do doente de TB e de sua família por parte da equipe de saúde da família fragiliza o vínculo no processo terapêutico, como verificado nos seguintes relatos:

Acho que a equipe é um pouco distanciada da minha família, eles não sabem das nossas necessidades. Acho que deveria ter mais atenção (C2).

Eu acho que a equipe não conhece a minha família, nossas necessidades. Acho que eles tem que dar mais atenção pra gente (C5).

Vasconcelos (1999) observa que a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em alguns municípios, representou mais uma mudança institucional do que, de fato, uma aproximação ao cotidiano das famílias e produção de cuidados com enfoque familiar. Por consequência, 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.

Considerando que a família é um espaço de relações de cuidado, como verificado nos relatos seguintes, considera-se indispensável que a equipe de saúde da família envolva os familiares do doente de TB no seu projeto terapêutico.

Eu passo quatro, cinco dias em cima da cama, esmorecida, aí minha filha quer logo chamar a ambulância (C8).

[...] minha família também me ajudou muito (C5).

Minha irmã me chamou pra fazer um Raio X [...] quando tive febre, voltei pro posto com minha irmã e pegamos o remédio (C2).

Eu saí com minha mãe por todos os postos de saúde (C3.)

Eu tomei muito mastruz com leite. Minha mãe é do interior e me indicou (C4).

Meu filho mais novo só vive tossindo, gripado, espirrando, magro. Eu trouxe o papel pra ele fazer exame de escarro (C7).

De modo geral, o doente de TB assistido nas USF desenvolve um maior vínculo com o profissional de saúde responsável pelo seu tratamento e que melhor conheça o seu contexto cultural e sócio-econômico. A relação que se estabelece entre ambos é permeada por confiança, respeito e solidariedade, como apresentado nos depoimentos seguintes:

Da equipe de saúde daqui, quem mais conhece minha situação de vida é Tereza [ACS]. Ela sempre vem aqui. É minha amiga de muito tempo. É uma pessoa muito bacana, presente, educada, que dá muito conselho (C9).

Eu não procuro essa médica daqui, porque só quem liga pra mim é dona Maria [ACS] [...] A minha felicidade é primeiramente Jesus e, em segundo, dona Maria (C8).

Eu gosto do pessoal da unidade, mas minha maior ligação é com a agente de saúde. Ela conhece a minha situação (C3).

Quem realmente cuidou de mim foi Ana [enfermeira]. Se não fosse ela, eu não sei o que seria de mim. Ela me deu muita força (C5).

[...] da equipe quem mais cuidava de mim era Carla [ACS] (C6).

Com relação ao vínculo entre o doente de TB e a equipe de saúde da família, identifica-se que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) ocupa um lugar de destaque, justificado pelo fato de que este compartilha da vida cotidiana do usuário, no que concerne à prática organizativa da comunidade, ao contexto econômico-social da população, bem como suas formas de expressão, manifestações culturais e valores. O ACS conhece as necessidades da comunidade, fala a linguagem do povo, partilha dos costumes locais e por isso, sua atuação apóia-se no conceito de elo entre o serviço de saúde e a comunidade (SILVA; DALMASO, 2002). A colaboradora 8, falando da ACS de sua microárea, descreve que ela é “[...] uma mulher que fala com todo mundo aqui, corre pro posto e, quando ela não pode levar a gente, ela pede ajuda de lá”.

O ACS é percebido como um representante da equipe de saúde da família na comunidade, por esse motivo, por vezes, quando ele não consegue desempenhar a função de elo entre a população assistida e o serviço de saúde, o usuário tende a distanciar-se da equipe de saúde. A colaboradora 7, abordando as visitas domiciliares da ACS, faz um relato a esse respeito: *“Se vier uma visita é de mês em mês. Se eu não falar com ela, ela não entra na minha casa pra saber como é que são as coisas. Tem vezes que ela pergunta como eu to, mas é do lado de fora. É por isso que eu deixei de procurar esse posto”*.

Considerando que o vínculo permite a formação de laços interpessoais, bem como, promove a empatia e solidariedade entre os profissionais de saúde e o usuário, verifica-se que ocorre, por vezes, um processo de transferência, no qual um passa a representar algo importante na vida do outro (ARCÊNCIO, 2006), como se pode verificar na fala seguinte: *“Ana [enfermeira] era uma amiga pra mim. Ela freqüentava minha casa, tomava um cafezinho, lanchava. Eu gosto muito de Ana e senti uma falta muito grande quando ela saiu desse posto [...] Depois que Ana saiu do posto, muito difícil eu ir ali”* (C5).

Quando o doente de TB sente-se valorizado pela equipe de saúde da família, em razão do vínculo estabelecido, há um estímulo para a adesão terapêutica. Essa idéia pode ser comprovada por meio do relato do colaborador 9: *“[...] eu fazia tudo que eles pediam, porque eu gostava muito deles [Choro]. [...] durante meu tratamento, não me faltou nada. Todos gostavam de mim”*.

Deste modo, percebe-se a relevância do desenvolvimento de tecnologias leves do cuidado como fator potencializador para a adesão terapêutica do doente de TB. Na fala dos colaboradores, se observa que o modo como a equipe de saúde da família acolhe o usuário e participa da vida da família é determinante para a construção de vínculo, que é relevante para garantir a continuidade do tratamento.

5.1.2 O desenvolvimento de um projeto terapêutico na perspectiva da co-gestão do cuidado

A co-gestão do cuidado 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).

Para que os recursos do setor saúde sejam colocados a serviço do sucesso almejado pelo usuário, é necessário que a *fusão de horizontes* permeie todo o processo de construção da linha de cuidado, que representa um fluxo de assistência integral, desenhada a partir do ponto de entrada do usuário no sistema de saúde, atravessando todos os pontos de atenção 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 (FRANCO; MAGALHAES JUNIOR, 2003). Entretanto, por vezes, o doente assume a condição de objeto, sendo colocado à margem do plano terapêutico, quando deveria assumir o protagonismo no processo de gestão do cuidado. A colaboradora 7 faz um relato sobre esse aspecto:

Disseram pra eu fazer o tratamento porque eu tava com tuberculose, mas até agora eu não sei [...] Do que adianta? Sem saber o que é de verdade? Porque a pessoa tomando remédio pra uma coisa e ser outra diferente. Fiz vários exames de escarro e nunca deu nada. A primeira vez que eu tava me tratando no posto acolá, fui fazer um Raio X e a doutora disse que eu tinha um enfisema pulmonar e eu não sei o que é [...] Eu não tenho conhecimento aqui de nada, a não ser de remédio (C7).

O depoimento acima expressa a falta de vínculo e a condição de objeto na qual a usuária foi posicionada, tendo sido deixada à margem do projeto terapêutico, o que evidencia a fragilidade no tocante a gestão do seu cuidado. A mesma colaboradora demonstra como a incerteza do diagnóstico de sua doença, associada a pouca familiarização com os recursos da informação acerca da doença e tratamento, exerceram influência sobre a atitude de abandonar o tratamento da TB.

A menina do hospital me ligou, querendo saber por que eu não comparecia pra pegar a medicação, mas eu nem fui lá, porque como é que eu posso fazer um tratamento sem saber se é certeza? [...] Eu parei o tratamento porque eu não sei o que eu tenho (C7).

O reconhecimento da condição de sujeito do usuário nas práticas de saúde harmoniza-se com a noção de saúde Paidéia, um método que nasceu do conceito grego de desenvolvimento integral do ser humano. Representa um esforço para aproximar saúde e cidadania, pois objetiva a co-produção de sujeitos, com capacidade de análise e de co-gestão das próprias vidas e instituições. O agir Paidéia representa um rompimento com as relações de poder/saber construídas historicamente entre profissionais de saúde e usuários, nas quais os primeiros detêm o saber dito científico e, portanto, são aqueles que melhor definem a condução terapêutica. Nesse sentido, o método Paidéia valoriza projetos pedagógicos em

saúde que potencializam a participação ativa dos usuários nos processos de gestão dos problemas de saúde (CAMPOS, G.W.S., 2003).

É importante que o usuário esteja envolvido em todas as etapas do tratamento da TB e que a equipe de saúde da família favoreça essa participação, fornecendo as informações necessárias, em linguagem acessível, e verificando a assimilação dessas informações pelo usuário. O depoimento abaixo da colaboradora 8 aponta dificuldades de comunicação entre o usuário e profissional de saúde, que desconstroem o processo de educação em saúde:

Eu não sei se tenho pulmão. O médico diz que eu tenho que tirar. Outro dia, quando eu bati a chapa, só tinha um pulmão, mas eu bati outra chapa na semana retrasada, e eu tenho dois. Tenho um abaixo das costelas. Eu não vi nem a carne das costelas. E eu perguntei a doutora onde tava o outro. Eu acho que esse remédio tá me deixando doida (C8).

É importante que, na relação entre a equipe de saúde da família e o doente de TB, desenvolva-se um canal aberto de comunicação, através do qual o profissional de saúde compreenda a percepção do doente acerca de sua doença, e o doente possa assimilar os objetivos das indicações terapêuticas propostas, a fim de que ambos participem da construção do plano terapêutico.

A primeira consulta é um momento oportuno para o profissional de saúde conversar com o doente acometido por TB sobre a doença, o tratamento e sua participação na gestão do cuidado. Deste modo, minimiza-se a possibilidade de abandono do tratamento relacionado à inadequada assimilação de informações por parte do doente e permite-se iniciar a relação de vínculo que deve haver entre ambos, de modo a promover uma interação terapêutica.

A relação terapêutica entre o profissional de saúde e o doente de TB sofre influência das condições em que se dá a interação entre esses sujeitos. Os aspectos psicossociais do usuário relacionados ao seu adoecimento, as habilidades técnicas do profissional de saúde, as condições de trabalho na unidade e as emoções vivenciadas pelo profissional (ansiedade, medo, frustração, compaixão), entre outras questões, criam a atmosfera do encontro terapêutico (CAPRARA; RODRIGUES, 2004), que poderá favorecer a construção do vínculo e desenvolvimento da co-gestão do cuidado, ou dificultar a adesão terapêutica do doente, resultando no abandono do tratamento.

A partilha de responsabilidades no processo de co-gestão do cuidado é fundamental para potencializar o envolvimento do doente de TB com seu tratamento. O colaborador 1 faz um relato a esse respeito: “*Disseram pra eu me cuidar e tomar a medicação pra ficar curado*”. Essa fala demonstra o trabalho da equipe em relação ao estímulo ao cuidado de si por parte do doente de TB. Entretanto, necessita-se encontrar o equilíbrio nesse processo, pois

a equipe não pode ser desresponsabilizada na sua parcela de compromisso na gestão do cuidado, visto que “para que o tratamento da tuberculose tenha êxito é necessário que haja uma partilha de compromissos, envolvendo o serviço de saúde e o doente, através da criação de pactos, que contemplem as necessidades de ambas as partes” (SÁ et al, 2007, p.718). Por vezes, embora haja esforço por parte da equipe de saúde da família para o estabelecimento da co-gestão do cuidado, com definição clara da partilha de responsabilidades, o doente de TB esquivava-se desse processo, como na fala seguinte: “*O que faltava era eu querer me ajudar mesmo, mas quem não quis foi eu. E o vacilo foi meu, porque, nesses meses que eu passei tomando o remédio, eu me achei forte, pensei que tava bom*” (C3).

O vínculo, na perspectiva de uma Saúde Paidéia, deve impulsionar o desenvolvimento de práticas, que resgatem a autonomia dos sujeitos, pois um cuidado que não ajuda os outros a se ajudarem não pode ser considerado integral. Considerando a noção de politicidade do cuidado, verifica-se que o cuidado é capaz de tutelar ou emancipar pessoas. Há então, um potencial disruptivo inerente a atitude de cuidar (PIRES, 2005). Deste modo, acredita-se que desenvolver o protagonismo de sujeitos e fomentar cidadanias são os objetivos mais elevados das práticas de saúde permeadas pelo princípio da integralidade. A fala da colaboradora 8 demonstra a desconstrução da autonomização do usuário: “*O posto não é bom não. A médica daí manda eu fazer exame, mas quando eu vou saber do resultado, ninguém diz. É por isso que eu não procuro posto nenhum*” (C8).

Considerando que o vínculo entre o doente de TB e a equipe de saúde da família pode ser positivo, quando gera autonomia, ou negativo, quando produz dependência e insegurança para o usuário, recomenda-se que a equipe de saúde deva acreditar que os usuários, recebendo apoio, conseguirão superar condições adversas, enfrentando os problemas de saúde a partir das suas condições concretas de vida. Senão, tender-se-á a estabelecer um padrão paternalista de vínculo (CAMPOS, G.W.S.,2003). Portanto, para que haja co-produção do cuidado é imprescindível investir na reconstrução da cidadania e subjetividade desses usuários, especialmente daquele com tendência para não aderir ao tratamento ou com história de abandono terapêutico, que apresenta dificuldades para defender a própria vida.

5.2 SEGUNDA CATEGORIA EMPÍRICA: O TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O UNIVERSO CULTURAL DO DOENTE E O ACOMPANHAMENTO AO LONGO DO TRATAMENTO

5.2.1 O universo cultural do doente de tuberculose

As práticas de saúde, revestindo-se do sentido mais amplo do cuidado, demandam dos profissionais de saúde, cuidadores, um conhecimento, cada vez mais profundo, do *modo de ser-no-mundo* dos indivíduos a serem cuidados. Segundo Boff (2005, p.30) *ser-no-mundo* significa “uma forma de estar presente, de navegar pela realidade e de relacionar-se com todas as coisas do mundo. Nessa navegação e nesse jogo de relações, o ser humano vai construindo o próprio ser, a autoconsciência e a própria identidade”.

O ser humano é um ser relacional, criador de cultura. Freire (1983, p.109) aborda a cultura como “o acrescentamento que o homem faz ao mundo que não fez. A cultura como o resultado do seu trabalho. Do seu esforço criador e recriador. O sentido transcendental de suas relações”.

O cuidado ao doente de TB, particularmente àquele que abandonou o tratamento, na perspectiva da integralidade, requer da equipe de saúde da família o conhecimento da identidade cultural desse usuário, uma vez que a percepção da doença e participação no tratamento são influenciadas pelas crenças e valores da pessoa doente.

Ao abordarem os fatores sócio-culturais relacionados ao êxito no controle da TB, Rubel e Garro (1992) tratam da cultura de saúde, que significa o conjunto das informações e conhecimentos que as pessoas recebem de sua família, amigos e vizinhos a respeito do problema de saúde, suas causas e implicações, como exemplificado no seguinte relato: “*Minha mãe, minha irmã e outras pessoas sempre falavam que era possível pegar tuberculose bebendo água no mesmo copo, comendo no mesmo prato, e eu não ligava*” (C2).

Cada doente de TB tem um modo próprio de perceber a doença, pois o processo de adoecimento resulta em singularidade, que é um reflexo do modo de ser-no-mundo de cada pessoa. Os depoimentos a seguir descrevem reações do doente frente ao diagnóstico da TB:

Fiquei doido. Eu não sabia o que fazer. Pensei nas coisas que eu deixaria de fazer durante o tratamento, como correr e jogar bola, mas sabia que não tinha outro jeito e eu precisava me tratar (C2).

O exame acusou que eu tava com tuberculose. Eu fiquei desesperada, chorei muito, porque eu pensei que era uma doença muito séria [...] me encaminharam pro Hospital Clementino, e lá uma mulher me consolou, dizendo que não era um

problema muito grave, que existia coisa mais séria. Disse que eu ficaria boa depois do tratamento de seis meses. Mesmo assim, eu não me conformei, fiquei muito deprimida, chorando muito e pensando até que eu ia morrer (C5).

As reações acima descritas demonstram que a TB, mesmo sendo uma doença antiga e divulgada nos meios de comunicação, permanece pouco conhecida, em alguns aspectos, por esses usuários. Nesse caso, a partir de suas percepções, enfatizam as limitações decorrentes do tratamento: “*Pensei nas coisas que eu deixaria de fazer durante o tratamento*”(C2), a gravidade da doença: “[...] *pensei que era uma doença muito séria*” (C5) e a letalidade da mesma: “*pensando até que eu ia morrer*” (C5).

A tuberculose é uma doença com forte estigma social e por isso alguns doentes encontram dificuldade na aceitação do diagnóstico, negando-o, por vezes, como verificado no depoimento da colaboradora 5:

Eu não botei esse problema na minha cabeça, porque se eu tivesse botado eu tinha ficado doida. Até hoje eu não boto, mas sou obrigada a dizer que tive tuberculose. Se eu não tivesse me tratado, eu tinha realmente pegado, aí talvez eu tivesse ficado seca, porque o pessoal diz que emagrece, mas eu não botei de jeito nenhum na minha cabeça e engordei (C5).

Até a primeira metade do século XX, o desconhecimento das causas da TB, bem como a ineficácia do seu tratamento justificavam o horror coletivo diante da doença, que era associada ao comportamento social desviante. Com o advento da cura e conhecimento dos mecanismos de contágio da TB, não haveria razões para a reprodução do estigma social da doença. Entretanto, ainda persiste no imaginário coletivo a estigmatização do doente de TB, percebido como alguém que deve ser afastado do convívio social (PÔRTO, 2007). A colaboradora 5, acometida por tuberculose ganglionar, relata essa experiência:

Eu trabalhava e a minha patroa me dispensou, porque ficou com medo de pegar. Isso foi a dor mais forte que eu senti, porque trabalhei muito tempo com eles, dediquei minha vida a eles e ao invés deles me apoiarem, me ajudarem, me dispensaram. Eu pensei que tava com a doença mais séria do meio do mundo. Eu fiquei muito triste. Pediram pra eu me afastar do trabalho e ficar em casa me tratando, então eu vim embora, chorando muito, porque me desprezaram de um jeito como se eu tivesse com a doença mais feia do meio do mundo. Mesmo assim me conformei [...] Quando eu ia no posto, eu me sentia triste, envergonhada. Às vezes eu queria conversar com uma pessoa e tinha medo de contar o que eu tinha, porque as pessoas têm medo de pegar (C5).

Para que o tratamento da TB resulte em um desfecho favorável é fundamental que a equipe de saúde da família resgate a subjetividade no cuidado ao doente de TB, pois “a terapêutica medicamentosa, mesmo sendo eficaz, sofre o contraponto da singularidade do doente em correlação com sua inserção na sociedade” (VENDRAMINI ET AL, 2002, p.6). Esse fato justifica a importância de projetos terapêuticos singularizados, que sejam

estruturados a partir das particularidades de cada um, pois a experiência de adoecer por TB não é a mesma para todas as pessoas acometidas.

Respeitando-se a subjetividade do doente de TB, a equipe de saúde da família deve estruturar o seu trabalho a partir das demandas do usuário, pois, de acordo com Silva Júnior; Merhy e Carvalho (2007, p.124), “a dificuldade de ouvir as demandas dos pacientes e de tratá-los como outro sujeito, com desejos, crenças e temores, tem sido causa de inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e a população”. Deste modo, considerando a singularidade do ser humano, devem-se reconhecer as necessidades de saúde do indivíduo a partir dos seus interesses, desejos e contexto de vida, pois cada ser humano cria para si um mundo próprio (CAMPOS, G.W.S., 2003).

Ações de educação em saúde, algumas vezes, mostram-se ineficazes em relação à transformação de realidades individuais e sociais. Como raiz deste problema poder-se-ia apontar a prática de uma educação focada na simples transferência de informações e/ou recomendações, o que por vezes ocorre em linguagem pouco adequada ao entendimento do público a que se destina. O colaborador 8 relata uma das orientações médicas recebidas relacionadas ao tratamento da TB: “*O médico mandou eu separar o copo, o prato, tudo, mas eu não separo*”. Percebe-se que a cultura desse colaborador exerce maior influência sobre a sua ação do que a orientação médica, evidenciando que processos educativos desarticulados ao componente cultural são ineficazes.

Outro aspecto relevante no contexto do universo cultural do doente de TB refere-se à influência das crenças religiosas do indivíduo sobre a sua percepção acerca da doença e de seu tratamento. As falas a seguir apresentam essa relação:

Só Jesus que me cura [...] O povo diz que pulmão mata. É nada. Se eu ficar boa, eu vou morrer. Se eu não ficar, eu vou morrer. Então será o que Deus quiser. Eu to entregue na mão de Deus [...] quando o catarro começa a encher e roncar, tem cura não. O povo diz que pulmão tem cura, mas é conversa, porque não tem cura. Não adianta, é o que Deus quiser (C8).

A tosse é grande [...] Eu tenho que ser assim mesmo, do jeito que Deus quer (C3).

Esses relatos demonstram um sentimento de insatisfação relacionada ao sofrimento causado pela doença e ao mesmo tempo um sentimento de resignação e entrega do curso da situação à Vontade Divina, acreditando que “*será o que Deus quiser*” ou que tudo acontecerá “*do jeito que Deus quer*”. Segundo Paiva (2007), algumas pessoas, ao vivenciarem um processo de adoecimento difícil, buscam recursos religiosos para o enfrentamento da situação, com o propósito de entender a doença e lidar com ela.

Ao afirmar “*só Jesus que me cura*”, a colaboradora 8 destaca a crença do poder da fé no processo de cura, que é abordada por Muniz (2005, p.12-13):

Muitas pessoas frente às situações difíceis e traumáticas, mesmo com o amparo da Medicina e seu aparato tecnológico, recorrem ao poder da fé, na esperança de alcançarem a cura. A falta de atenção para os aspectos emocionais e afetivos dos doentes, por parte do sistema de saúde, mostra a lacuna de atenção para com a subjetividade, fragilidade e insegurança que os indivíduos enfermos apresentam.

Segundo Ayres (2004), os profissionais de saúde devem valorizar o modo de vida desejado pelo usuário e os recursos que o mesmo lança mão conforme seu projeto de vida (os saberes, as convicções, os valores pessoais, a religião etc). Essa é uma tarefa fundamental quando se deseja produzir cuidado integral.

Nós podemos não concordar com uma dada crença de um paciente, por exemplo, e, conversando com ele, seguirmos convictos de que essa crença não lhe beneficia, e até vir a convencê-lo disso. Mas independente de o convencermos ou sermos convencidos por ele, se simplesmente desconsiderarmos um saber não-técnico implicado na questão de saúde com que estamos lidando, então não estaremos deixando a pessoa assistida participar de fato da ação em curso (AYRES, 2004, p. 86).

Em situações de adoecimento, algumas pessoas investem em terapias complementares como recurso adicional ou mesmo em substituição à alopatia, a exemplo do uso medicinal das plantas, relatado pela colaboradora 4:

Vieram até aqui atrás de mim, pra eu ir tomar os comprimidos, mas eu disse que não ia tomar mais, porque já tava boa [...] Eu tomei muito mastruz com leite. Minha mãe é do interior e me indicou. Ela disse que era muito bom. Todas as manhãs, eu tomava um copo cheio de mastruz com leite, por isso eu acho que me curei mais ligeiro.

Essa fala demonstra a força da transmissão e incorporação de ensinamentos entre os membros de uma família, o que se justifica pelo fato da família reunir pessoas ligadas por fortes vínculos. Talvez, a família seja o contexto social-cultural mais importante de uma pessoa, assim, reforça-se a importância da equipe de saúde da família desenvolver cuidados com enfoque familiar, que abordem questões ligadas à dinâmica familiar resultante da interação entre seus membros.

Considerando que o profissional de saúde pode influenciar a adesão terapêutica, na medida em que atingir o universo cultural do usuário, destaca-se a importância da aproximação da equipe de saúde da família ao contexto sociocultural do doente de TB como um dos sentidos do enfoque familiar do cuidado.

5.2.2 O acompanhamento do doente de tuberculose ao longo do tratamento

A adesão do doente de TB ao tratamento é uma condição fundamental para o êxito terapêutico. Nesse processo, a equipe de saúde da família possui um importante papel, pois através do acompanhamento do usuário no percurso do seu tratamento é possível identificar precocemente os fatores que fragilizam essa adesão.

O seguimento do doente de TB ao longo do seu tratamento permite acompanhar a evolução da doença, monitorar a terapêutica medicamentosa (tomada dos medicamentos e reações adversas) e identificar necessidades de saúde diversas.

As visitas domiciliares, práticas rotineiras do ACS, são uma importante ferramenta para esse acompanhamento, como demonstrado nos relatos a seguir:

Aqui nessa rua, tem dois doentes que nem eu. Tem um nessa rua, tem eu aqui, tem um que mora ali, tem outro que mora ali em baixo. Maria [ACS] sabe e vai de porta em porta perguntar o que a gente está sentindo (C8).

Todas as sextas-feiras, a doutora vinha aqui em casa falar comigo e com a família. Ela perguntava como eu estava (C1).

Durante o tratamento, vinha um rapaz aqui. Ele sempre perguntava se eu estava bem e eu dizia que sim (C2).

Durante o tratamento, Ana [enfermeira] e Cíntia [ACS] iam me visitar. Ana era uma amiga pra mim. Ela freqüentava minha casa (C5).

A percepção relacionada à visita domiciliar, quando associada à prática do tratamento supervisionado (TS), pode variar do sentido de vínculo, expresso em atitudes de preocupação, como apresentado pela colaboradora 4: “A doutora Cíntia [ACS] só vivia aqui atrás de mim, pra eu tomar o medicamento, e eu não queria tomar. Ela fazia questão de vir dar o medicamento aqui em casa, mas eu não queria, me escondia”. Até o sentido de fiscalização da tomada do medicamento: “Todo dia Carla [ACS] vinha deixar o remédio e eu tomava com água. Eram seis comprimidos. Botava o comprimido na minha mão e eu tomava” (C6) ou tendência para infantilizar o doente: “Isso é pra criança que não tem saber, que pega essa doença tuberculose e não sabe o que tá fazendo, aí dão remédio pra ele, mas eu já sei o que tô fazendo” (C8). No que concerne ao objetivo das visitas domiciliares, Sakata et al (2007, p.663) destacam:

Essas atividades, além de serem entendidas como uma oportunidade de conhecer o usuário no seu ambiente e na sua família; proporcionam o acompanhamento das famílias e dos usuários, o controle positivo das situações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. No entanto, em certos momentos, as visitas podem significar um controle negativo sobre a vida das pessoas, voltando-se mais para a fiscalização, a vistoria e os registros de aspectos somente biológicos da saúde e da doença.

O acompanhamento do doente de TB, ao longo do tratamento, deve ser intensificado nos três primeiros meses, pois se trata de um período crítico para a ocorrência do abandono do tratamento (FERREIRA; SILVA; BOTELHO, 2005; BERGEL; GOUVEIA, 2005). A visita domiciliar potencializa esse processo de monitorização e deve ocorrer regularmente, permitindo o fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde, o usuário e sua família, possibilitando, sobretudo, o desenvolvimento de um cuidado contínuo, centrado no enfoque familiar, segundo o qual o indivíduo deve ser considerado em seu ambiente cotidiano e a avaliação das necessidades de saúde amplia-se ao contexto familiar (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Considerando a possibilidade da manifestação de reações adversas relacionadas à terapêutica medicamentosa da TB, as visitas domiciliares e consultas frequentes na USF são importantes recursos de monitorização, que permitem a identificação das queixas do doente a esse respeito e o ajuste do projeto terapêutico. Essa conduta pode prevenir o abandono do tratamento, visto que alguns doentes percebem nas dificuldades relacionadas à tomada dos medicamentos uma motivação para a ingestão irregular ou até mesmo interrupção do tratamento, como verificado a seguir:

O remédio era forte demais e descia rasgando a garganta [...] O comprimido era enjoado, mas eu tinha que me garantir, porque quando eu vacilei, no lugar de tomar seis, passei a tomar oito. Aí eu tomava mesmo, mas eu abusei (C3).

Eu chorava todos os dias quando ia tomar os medicamentos, mesmo sabendo que ia ficar boa. Quando eu via aquele horror de remédio na minha mão, eu chorava [...] Eu parei de tomar a medicação porque não agüentava mais tomar tantos medicamentos. Eu chorava todos os dias. Eu sentia tontura, mas eu não sei se era por causa do medicamento ou da minha alimentação. Eu sentia uma dorzinha de cabeça também. Ele era muito forte. Eu não sei como eu não fiquei foi doente com aqueles medicamentos todos (C5).

Tomei os remédios durante três meses do jeito que ele passou, mas depois tava sentindo agonia, com o estômago doendo (C7).

A maioria dos doentes de TB conclui o tratamento sem apresentar reações adversas decorrentes do uso das drogas antituberculosas, mas em alguns casos os efeitos colaterais se fazem presentes e contribuem para a interrupção do tratamento, por isso é fundamental que o doente de TB, no ato da primeira consulta, seja informado quanto à possibilidade do aparecimento de efeitos colaterais diversos, tais como intolerância gástrica, manifestações cutâneas, icterícia e dores articulares, que são frequentemente relatados durante o tratamento com o esquema I - rifampicina, isoniazida e pirazinamida (BRASIL, 2002). O colaborador 9 faz um relato a esse respeito: “No tratamento, eu tomei quase 700 comprimidos. A doutora

me disse que eu ia sentir um enjoô na tomada dos primeiros comprimidos, e eu realmente senti, mas não teve problema, porque eu sabia que tava me fazendo bem”.

Os efeitos adversos menores ocorrem em 5% a 20% dos casos, não sendo necessárias mudanças terapêuticas. Os efeitos maiores ocorrem em 2% a 8% dos casos e implicam em alterações ou interrupções no tratamento, bem como demandam atendimento especializado em unidades de referência para o tratamento da tuberculose (BRASIL, 2002).

A consulta na USF é um momento de encontro, no qual deve haver um diálogo, o mais simétrico possível, entre o profissional de saúde e o usuário. Recomenda-se que, nesse momento, a abordagem ao doente de TB se dê na perspectiva de uma clínica ampliada, que inclua o sujeito e seu contexto nas práticas da Clínica (CAMPOS, G.W.S., 2003). Alguns colaboradores relatam esse momento de encontro nas USF:

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

Nas minhas consultas, eles conversavam comigo, esclareciam minhas dúvidas, verificavam meu peso, minha pressão, perguntavam se eu estava melhor, procuravam saber da minha família, entregavam a medicação e eu ia embora (C1).

[...] a enfermeira me tratava muito bem. Ela conversava comigo, me orientava, perguntava se eu estava tomando os remédios e também verificava minha pressão (C2).

Quando eu ia pra uma consulta no posto, eles me tratavam muito bem, conversavam comigo. Não me faltou nada (C4).

Na consultas me davam conselho pra não beber, não levar chuva, sereno, e eu fazia tudo que eles pediam, porque eu gostava muito deles [Choro] (C9).

Lá [USF] conversavam comigo, me davam conselho pra tomar a medicação (C6).

Esses relatos demonstram que mesmo em presença de ações tradicionais da clínica, como aferição de peso e pressão arterial, houve espaço para a conversa, o esclarecimento de dúvidas e a prática do cuidado com enfoque familiar, ou seja, levando-se em consideração o indivíduo em seu ambiente cotidiano, como exemplificado nas expressões: “*perguntavam [...] se eu tava comendo (C7)*”; “*procuravam saber da minha família*” (C1).

Além das consultas freqüentes, um outro aspecto do acompanhamento do doente de TB ao longo do tratamento refere-se à realização mensal da baciloscopia de controle, que é indispensável no 2º, 4º e 6º meses para o Esquema I e no 3º, 6º, 9º e 12º meses para o esquema IR. A USF deve viabilizar a realização deste exame. Contudo, nem sempre isso ocorre, como descreve a colaboradora 5: “*Pra fazer o exame de escarro, eu tive que comprar o pote, mas é obrigação do posto ter isso pra os pacientes (C5).*”

A insatisfação do doente de TB em relação ao funcionamento da USF fragiliza o vínculo entre a equipe de saúde da família e o doente, o que dificulta o acompanhamento do mesmo ao longo do tratamento. Problemas como desigualdade no atendimento, filas para conseguir consulta, falta de medicamentos e atraso no recebimento do resultado de exames são relatados pelos colaboradores:

Quando chega lá pra falar com a médica, vem a mulher do posto e diz assim “você não, aquela dali”. Aí a que vem cedo, fica lá atrás e quem vem tarde, fica logo na frente, por isso eu não vou mais (C7).

Tem muita gente pra ser atendida no posto [USF]. Tem gente que chega de cinco horas da manhã e ainda fica na fila. Tem gente que chega de quatro horas e enfrenta fila, por isso que eu não vou procurar médico nenhum aqui no posto (C8).

Eu to esperando três meses pra marcar uma tomografia. A pessoa doente aqui. Como é que um negócio desses serve pra pessoa? Se faz exame de escarro, passa oito, quinze dias pra receber o resultado, se bate o Raio X de pulmão passa oito, quinze dias pra receber, porque tudo aqui é difícil. Pra pobre aqui tudo é difícil. Aí vai fazer o que? Vai morrer dentro de casa. Não adianta procurar médico nem hospital (C7).

Eu esperava muito pra ser atendido no posto de saúde [...] Um dia eu fui pegar os remédios no posto e esperei muito, então resolvi voltar pra casa sem ser atendido (C2).

Quando eu chego na unidade, não tem médico, não tem remédio, aí eu vou fazer o quê? Tem que ficar assim mesmo. A tosse é grande. (C3).

Às vezes eu ia atrás de medicamento e tava faltando, aí eu deixava de tomar naquele dia e tomava no outro, acrescentando mais medicamento (C5).

Quando eu chego lá, enfrento fila, então eu volto pra casa (C8).

Entre os obstáculos à implantação da Estratégia Saúde da Família, Mendes (2002) aponta a questão da infra-estrutura, as deficiências do sistema de apoio diagnóstico e a falta de suprimento regular de medicamentos e outros insumos essenciais para a Atenção Primária à Saúde. Esses obstáculos resultam, em parte, da dificuldade do PSF assumir a concepção estratégica da APS, pois, em alguns casos, pensa-se em “um programa para pobres de regiões pobres, o que, implicitamente, leva ao conceito equivocado de que a atenção primária à saúde é de baixa complexidade tecnológica e, portanto, pode ser ofertada em quaisquer situações” (MENDES, 2002, p. 62).

As longas filas são fatores de desumanização no atendimento em USF, que interferem no acolhimento que a equipe de saúde desenvolve, afastando esses profissionais da comunidade assistida, como descrito pela colaboradora 8: “*Tem gente que chega de cinco horas da manhã e ainda fica na fila, por isso que eu não vou procurar médico nenhum aqui no posto*”.

A demora para o recebimento de resultados de exames específicos para o diagnóstico da TB, como o Raio X e a baciloscopia, retarda o processo diagnóstico e compromete a qualidade da assistência ao doente de TB. A falta de medicamentos dificulta o tratamento da TB e pode favorecer a ingestão irregular das drogas, como descrito pela colaboradora 5: “[...] *eu deixava de tomar naquele dia e tomava no outro, acrescentando mais medicamento*”. Esse problema não deveria existir, considerando que neste caso, trabalha-se com uma demanda organizada.

Considera-se que a baixa sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família, resultante do processo de expansão em estágio intermediário, influencia a dinâmica das ações de controle da TB no âmbito da APS. Se, por um lado, a descentralização do tratamento da TB para as USF ampliou as possibilidades de produção de cuidados com enfoque familiar, essencial para a prevenção do abandono terapêutico, por outro lado, passou-se a partilhar das mesmas dificuldades da ESF no campo político, ideológico e cognitivo-tecnológico.

5.3 TERCEIRA CATEGORIA EMPÍRICA: INTERSETORIALIDADE E ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: O DESAFIO DOS RECURSOS FAMILIARES INSUFICIENTES E O ENFRENTAMENTO DO ETILISMO.

5.3.1 O desafio dos recursos familiares insuficientes

Em meados do século XIX, a visão da tuberculose (TB) associada às condições de miséria da população mobilizou a elite médica em busca da cura para a doença. A ação proposta para o referido problema foi a destruição de cortiços somada a um processo de urbanização. No final do mesmo século, intensificou-se a preocupação da TB como problema social. Acreditava-se que a doença estava ligada às condições de vida (habitação, hábitos pessoais) e hereditariedade, devido ao adoecimento de várias pessoas de um mesmo núcleo familiar (GONÇALVES, 2000).

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).

Considerando que o conceito de saúde, numa perspectiva ampliada, refere-se ao retrato das condições de vida do indivíduo, da família e da comunidade, verifica-se que a injustiça social, ao gerar estruturas sociais marginalizadas, produz iniquidades nas condições de saúde.

O Brasil é um país, historicamente, marcado pela desigualdade social. Embora esforços governamentais sejam empregados para minimizar a aguçada desigualdade de renda entre os trabalhadores brasileiros, algumas pessoas são privadas até mesmo do direito básico de uma alimentação adequada, como relatado pelos colaboradores do estudo:

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 [...] Tem hora, quando faltam as coisas aqui, que eu saio com minhas filhas no meio da rua pra pedir (C8).

Eu dizia que tava tomando o remédio, mas que não tava comendo, porque o comer não existia, e o que eu tinha não entrava (C7).

Nesse tempo eu sofri, principalmente porque eu tava parada e meu marido também tava desempregado. E pra esse problema [tuberculose] tinha que se alimentar bem certo, mas eu não tinha como me alimentar bem (C5).

A situação de fome enfrentada por esses doentes de TB e suas famílias realça a discussão dessa doença na perspectiva da negação dos direitos fundamentais assegurados pela Declaração dos Direitos Humanos (informação verbal²), que destaca:

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 (Artigo XXV, § 1º).

A realidade mostra que direitos humanos negados aos doentes de TB contrariam os princípios dos SUS e ameaçam a vida humana. O colaborador 3 relata o aumento do apetite, decorrente da tomada da medicação antituberculosa, somado ao enfrentamento da carência de recursos financeiros para garantir uma alimentação adequada: “*Mas também dava muita fome [o comprimido] e minha mãe me mandava trabalhar, mas eu não podia trabalhar, porque tava fraco, andava um pouquinho e caía, meu olho já tava fundo*” (C3).

Destaca-se que a promoção do cuidado integral ao doente de TB esbarra nos muros criados pela era da globalização, cuja expressão máxima é o neoliberalismo que reduz as políticas de bem-estar e limita a universalização dos direitos humanos (informação verbal³).

A tuberculose é uma doença infecciosa que expressa desigualdades sociais. Sua propagação está relacionada às condições de vida da população, por isso, a sua incidência é maior nas periferias das grandes cidades. Esse fato reforça que a vulnerabilidade social e econômica impõe condições diferenciadas de conversão da renda e outros recursos disponíveis, no âmbito familiar, em saúde e bem-estar (MAGALHÃES; BURLANDY; SENNA, 2007).

A maioria das famílias dos colaboradores deste estudo enfrenta uma situação de precariedade econômica (*Ver Tabela 11*), quando todos se mantêm com menos de 03 salários mínimos por mês. Isso concorre para que se reafirme a assertiva de que o controle da TB é um indicativo da qualidade da atenção à saúde, mas também da justiça social de um país (RODRIGUES et al, 2007).

A tabela a seguir apresenta o valor do rendimento mensal das famílias dos colaboradores deste estudo:

^{2,3} SÁ, L.D. Humanização do cuidado no SUS e os direitos humanos do doente de tuberculose. In: **Jornada Nordestina de Tuberculose**, 1, 2008, João Pessoa.

Tabela 11: Famílias dos colaboradores do estudo e valor do rendimento médio mensal

Colaborador	Número de integrantes	Valor do rendimento mensal (R\$) (1)
C1	04	800
C2	04	Sem declaração
C3	06	415
C4	13	1 000
C5	05	300
C6	03	415
C7	04	58
C8	10	330
C9	02	415

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2008.

(1) Valor informado pelo colaborador do estudo.

O estado de pobreza contribui para o abandono do tratamento, que representa um dos maiores desafios para o controle da TB. O doente tem acesso à medicação para tratar a doença, mas a sua condição financeira não favorece a aquisição do alimento. Neste caso, a fome acentua o desconforto gástrico levando, muitas vezes o usuário a interromper o tratamento, como pode ser observado na fala da colaboradora 7: *Eu comecei a tomar [o remédio], mas parei porque tava me dando uma agonia e me dando fome, mas eu nem tenho o que comer [...] Então eu não quis morrer por causa do remédio. Parei. Ainda tenho uma caixa com um bocado de remédio guardado (C7).*

A insuficiência de recursos financeiros da família pode obstaculizar o acesso e utilização do serviço de saúde para o tratamento da TB. Nesse caso, o acesso “é o fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço” (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). A esse respeito o colaborador 3 relata: *“Mas o Clementino [hospital de referência] é distante e eu não tinha dinheiro pra passagem, aí eu decidi não ir mais. Então, fiquei por aqui. Eu não tinha condições de ir lá todo dia”.*

Nesse relato observa-se uma contradição, pois mesmo com a oferta do tratamento supervisionado na USF próxima a residência do usuário, o mesmo optou por deslocar-se ao município vizinho, para acompanhamento do tratamento da TB. Considerando a fragilidade sócio-econômica enfrentada por esse usuário e sua família, poder-se-ia pensar nos alimentos ofertados pelo serviço escolhido como um fator de atração para o usuário: *“Eu fui até o Clementino. Quando eu cheguei lá, uma senhora me atendeu bem. Lá tinha o alimento pro povo que tem esse meu problema. Lá eu tomava o remédio e tinha alimentação” (C3).* Destaca-se ainda que garantir o acesso do usuário ao serviço não é suficiente para transpor as

barreiras ao tratamento e garantir a adesão do usuário. É preciso que haja acolhimento e outras tecnologias que qualifiquem os processos de trabalho dos profissionais de saúde.

Pereira (1998) cita a falta de dinheiro para o transporte entre os motivos mais freqüentes para o abandono do tratamento da TB. Uma colaboradora deste estudo relata: *Quando era pra pegar o resultado [do exame], meu pai me chamava e eu dizia que não ia porque não tinha dinheiro, mas ele pagava a minha passagem (C8)*. Costa (1996), em um estudo de coorte desenvolvido em Manaus (AM), verificou que 30,49% das causas de abandono ao tratamento relacionavam-se a fatores sócio-econômicos.

Reconhecendo a situação de pobreza das pessoas com TB, algumas equipes de saúde da família, movidas pelo sentimento de solidariedade, adotam estratégias que visam minimizar o sofrimento desses indivíduos e a garantia da continuidade do tratamento, como mostram os seguintes relatos:

Eu fui um homem sofrido e ainda sou. Eles me deram uma feirinha, e eu tive os alimentos adequados pra me fortalecer (C9).

Nem todo mundo do posto conhece a minha situação. Um dia, uma me trouxe uma feirinha e eu acordei meus filhos pra comer (C8).

No começo do meu tratamento, fizeram uma comissão no posto pra me ajudar. Aí me deram uma ajuda de alimento (C7).

O doente de TB, particularmente aquele que enfrenta dificuldades financeiras, encontra nos incentivos sociais um estímulo para a adesão terapêutica, como verificado na fala do colaborador 3: *Quando doutor Thiago tava na unidade, eu tinha meu café e pão certos [...] Eu era o primeiro a chegar e assim que Dr Thiago chegava, ele trazia meu lanche*. 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 aguçam a estigmatização do doente de TB, devido ao mesmo receber um tratamento “diferenciado” pela equipe de saúde da família. Verifica-se, portanto, que o fornecimento de incentivos sociais às famílias que enfrentam situações de precariedade sócio-econômica, tais como passagens de ônibus e cestas básicas, apóia-se em uma cultura tutelar de relação com as classes populares. Questiona-se: por que não investir em mecanismos que ajudem as pessoas pobres a deixarem de depender da ajuda governamental, através da geração de emprego e renda para essas famílias? Nesse aspecto, interpõe-se o desafio da intersetorialidade.

Verifica-se, portanto, que as ações de controle da TB devem ser articuladas em função de políticas públicas e intersetoriais, que resgatem o cuidado humanizado e de qualidade ao doente de TB e sua família. Destaca-se a intersetorialidade, nas ações de controle da TB, como um instrumento de luta contra a pobreza, a exclusão e as iniquidades em saúde, capaz

de gerar melhoria na qualidade de vida da população, demonstrando compromisso com a vida e a dignidade humana. Entretanto, “as políticas públicas têm um efeito paradoxal sobre o quadro social brasileiro na medida em que apresentam, em geral, baixa capacidade de promover equidade e alcançar os segmentos mais pobres e vulneráveis da população” (MAGALHÃES; BURLANDY; SENNA, 2007, p.1416). Os relatos de duas colaboradoras contextualizam essa discussão:

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

Me encaminharam pra receber uma ajuda da prefeitura e até hoje eu espero. Se fosse depender dessa feira, eu tinha morrido de fome [...] Eu tive a informação que a secretaria tinha a obrigação de ajudar as pessoas carentes, mas eles não me ajudaram. Então, nesse tempo, que eu fiquei doente, sem poder trabalhar, eu não tive ajuda pro alimento. Eu só tinha a ajuda do medicamento, que me deixou boa (C5).

Acrescenta-se ainda a tendência das políticas sociais acontecerem de modo fragmentado e individualista, como destacado por Vasconcelos (1999, p.7):

A grande maioria se dirige para o atendimento individualizado das pessoas, desconsiderando o universo familiar e comunitário em que vivem, o que reflete a ideologia mercantil hegemônica, para a qual a iniciativa individual em prol dos interesses particulares é a base do progresso e do bem-estar social.

Partindo da percepção da escassez de políticas sociais integradoras, vem crescendo internacionalmente a visão da *família* e da *comunidade* como pontos de atuação para estratégias de integração de políticas sociais. A valorização das famílias nas políticas de saúde pode ser exemplificada na implantação do Programa Saúde da Família. Contudo, o alcance do cuidado na perspectiva do enfoque familiar ainda é limitado, necessitando-se de mudanças nos processos de trabalho das equipes de saúde da família (VASCONCELOS, 1999).

5.3.2 O problema do abandono do tratamento pelo doente de TB e o enfrentamento do etilismo

Importantes implicações para o prognóstico e tratamento da tuberculose (TB) decorrem de sua associação ao etilismo, tornando necessária a atenção dos profissionais de saúde para esse problema. Não há relação direta entre o etilismo e o mecanismo de transmissão do bacilo de Koch, entretanto, sabe-se que pessoas com problemas com álcool apresentam maior risco para desenvolver a TB, pois o alcoolismo causa desnutrição e reduz a defesa imunológica do organismo. A colaboradora 4 relata: *O meu mal é porque eu bebo, eu vou parar de beber. Tô magrinha por causa da bebida.* Acrescenta-se ainda o fato da TB

apresentar pior prognóstico em indivíduos etilistas quando comparados aos não-etilistas (ANDRADE; VILLA; PILLON, 2005).

O etilismo dificulta o tratamento da TB, uma vez que contribui para uma ingestão medicamentosa irregular e até mesmo para a ocorrência do abandono terapêutico, como verificado nas seguintes falas: *Eu parei o tratamento por causa da bebida [...] Eu deixava a medicação pra beber (C9). Voltei a beber e não tomei meus medicamentos (C4). Eu passei dois meses tomando a medicação. Parei porque eu não queria mais tomar. O motivo foi meu mesmo. Eu parei e não quis mais, porque dava vontade de beber e fumar (C6).*

Diversos estudos comprovam a existência de uma ligação entre o abandono do tratamento da TB e o etilismo. Oliveira e Moreira Filho (2000), em estudo realizado no município de Campinas – SP, identificaram o etilismo como patologia associada a TB em metade (50,9%) dos 108 pacientes estudados na categoria de abandono prévio. Albuquerque et al (2001), por meio de um estudo caso-controle realizado em Recife – PE, demonstraram que a ingestão excessiva de álcool é um fator de risco para o insucesso do tratamento da TB e concluíram que há uma estreita relação entre o abandono terapêutico da TB e o etilismo. Vieira e Ribeiro (2008) realizaram um estudo longitudinal não concorrente de duas coortes de tratamento de tuberculose, sendo a primeira com a estratégia de tratamento auto-administrado (173 casos) e a segunda com a estratégia de tratamento supervisionado (187 casos), e verificaram que o etilismo foi a co-morbidade de maior prevalência (15%) em ambas as coortes. Além disso, os autores constataram que o etilismo contribuiu significativamente para o abandono do tratamento da TB entre aqueles que receberam a estratégia do tratamento auto-administrado. Ribeiro et al (2000), comparando características de pacientes que abandonaram o tratamento da TB com aqueles que não abandonaram, verificaram que o etilismo esteve entre as variáveis mais relacionadas ao abandono. Segundo o estudo, em um grupo de 38 pacientes com histórico de abandono, 19 (50,0%) eram etilistas, enquanto que entre os 62 indivíduos do grupo controle, apenas 16 (23,1%) eram etilistas.

De acordo com Lima (2001), o etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas são condições que, presentes no tratamento da tuberculose, dificultam a obtenção do sucesso terapêutico, uma vez que colaboram para o agravamento do quadro clínico da doença, aumentando as chances da ocorrência de abandono.

O modo de agir do profissional da equipe de saúde da família, na assistência ao doente de TB etilista, sofre influência das concepções desse profissional acerca do álcool, do etilismo e do indivíduo etilista. O colaborador 3 relata a orientação que recebeu acerca da ingestão de álcool: *[...] o médico disse pra eu não beber mais, que aquilo não era brincadeira, mas eu fui*

teimoso e tomei uma (C3). Nas entrelinhas dessa fala, percebe-se a visão do referido médico em relação ao indivíduo etilista, como alguém que faz uso do álcool por vontade própria e, portanto, a interrupção desse processo dependeria de uma escolha do usuário. Vargas e Luis (2008), estudando as concepções e as tendências de atitudes de enfermeiros de Unidades de Atenção Básica Distritais de Saúde frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, apresentaram os seguintes resultados:

A concepção de alcoolista entre os enfermeiros desse estudo é de uma pessoa que tem necessidade do álcool e por isso bebe diariamente. Conceituar o alcoolista como quem não consegue ficar sem o álcool, parece pressupor a instalação da dependência. A análise dos dados mostra também que parece existir influência de concepções determinadas socialmente frente ao alcoolista, dentre elas de que se tratam de indivíduos que bebem por que querem e por falta de vontade de largar a bebida. Concebem ainda o alcoolista como um paciente repetitivo e com baixa probabilidade de recuperação constituindo-se num caso perdido.

No cotidiano dos serviços de saúde, o usuário etilista é percebido como alguém que dificulta a dinâmica do trabalho, por isso a presença desse usuário na unidade de saúde é percebida como algo negativo, que gera transtornos, o que advém da concepção social de etilista, dificultando a formação do vínculo e as práticas de acolhimento em serviços de saúde. O colaborador 3, tomando desse pensamento construído socialmente, defende-se em relação à ingestão de álcool: *Bebo e não fico perturbando ninguém*.

Considerando a relevância clínica e epidemiológica do etilismo associado à TB, problemática evidenciada nas falas: [...] *tomei uma cana, pensando que tava bom e desisti do tratamento (C3)* e *voltei a beber e não tomei meus medicamentos (C4)*, destaca-se a necessidade de gestores e profissionais de saúde investirem em estratégias de enfrentamento, que possam ser desenvolvidas na comunidade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Nesse aspecto, um dos maiores desafios refere-se ao desenvolvimento de ações intersetoriais, que permitam a articulação de esforços dentro da rede de atenção à saúde, bem como dos serviços de saúde com outros setores sociais.

No campo da Atenção Primária à Saúde, poder-se-ia 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, pois ambos integram a rede de atenção à saúde mental.

Os CAPSad devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, inserção comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo

dos trabalhos. Os CAPS ad desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar (BRASIL, 2004, p. 24).

Considerando que o indivíduo com sofrimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), pode ter acesso ao CAPS por meio de encaminhamentos da equipe de saúde da família, torna-se necessário o aperfeiçoamento da comunicação entre esses serviços, na perspectiva da intersetorialidade, para que ambos estejam envolvidos com o projeto terapêutico do usuário, neste caso, o doente de tuberculose etilista.

O estudo, ao avaliar os fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose, no contexto da Atenção Primária à Saúde, à luz do enfoque familiar do cuidado, evidencia a complexidade dessa problemática. Com base nas histórias relatadas nesta investigação, foram identificados os seguintes motivos para o abandono do tratamento da TB: a percepção da cura anterior ao término do período terapêutico; o etilismo; as reações adversas da medicação antituberculosa; a incerteza do diagnóstico e a descrença na eficácia da terapia farmacológica.

A análise do material empírico revelou o entorno dos motivos identificados, emergindo discussões acerca da relação estabelecida entre a equipe de saúde da família e o doente em seu contexto familiar; do universo cultural do doente e seus reflexos no tratamento e percepção da tuberculose; do acompanhamento do doente ao longo do tratamento pela equipe de saúde da família; e do desafio da prática de ações intersetoriais para prevenir o abandono do tratamento da tuberculose.

Ao analisar-se a relação entre a equipe de saúde, o doente de TB e sua família, verificou-se que o vínculo, traduzido como ligação entre pessoas, apresenta-se inconstante, fortalecendo-se e fragilizando-se a todo momento. Devido a essa característica, a produção de vínculo, como tecnologia leve do cuidado, não pode prescindir às práticas das equipes de saúde da família, devendo ser incorporado ao projeto terapêutico do doente de TB.

Identificou-se que o conhecimento das condições de vida do usuário e de sua família fortalece as relações de vínculo desses com a equipe de saúde. Nessas relações, o agente comunitário de saúde ocupa um lugar de destaque, pelo fato do mesmo estar inserido no contexto social dos usuários do serviço. Verificou-se, também, que o vínculo favorece a adesão do doente de TB ao tratamento quando há transferência de afetos, aproximando o usuário e a equipe de saúde, e quando o usuário percebe o vínculo como tecnologia que qualifica a assistência de saúde. Portanto, o modo como a equipe de saúde da família acolhe o usuário e participa da vida familiar é determinante para a produção de vínculo, que por sua vez, influencia a continuidade do tratamento pelo doente de TB. Entretanto, a saúde das famílias, por vezes, é esmagada pela hegemonia de uma assistência nos moldes do paradigma mecanicista, que privilegia o indivíduo, isolando-o do seu contexto de vida e não inserindo a família do doente no projeto terapêutico.

Constatou-se que uma relação terapêutica, com ênfase na partilha de compromissos e valorização do usuário, produz democratização da gestão do cuidado, mediante a participação dos usuários e de seus familiares nas decisões sobre a saúde que se deseja obter. Por outro lado, uma relação vertical, na qual o vínculo se torna eventual e individualizado, revela que a equipe de saúde não considera o projeto de vida do usuário e mantém relações de poder de

dominação, opondo-se ao propósito de uma prática construída pelas relações de intersubjetividade e na perspectiva da co-gestão do cuidado.

Objetivando prevenir o abandono do tratamento, é importante que o doente de TB e seus familiares, estejam envolvidos em todo o processo terapêutico, investindo-se no diálogo, na partilha de responsabilidades e na co-produção do cuidado, que impulsionam a reconstrução da cidadania e subjetividade do doente de TB.

No que concerne ao tratamento da TB no âmbito da Atenção Primária à Saúde, identificou-se a necessidade da equipe de saúde, na prestação de cuidados, entrar em contato com o universo cultural do doente e sua família, para melhor conhecer as crenças, compreender os comportamentos e respeitar os valores relacionados ao processo saúde-doença. Reconhece-se que a família seja o contexto sócio-cultural mais importante de uma pessoa, o que eleva a importância do tratamento da TB ser planejado e executado com a participação do grupo familiar, por reconhecer-se que o doente de TB precisa ser cuidado não apenas por trabalhadores de saúde. Assim, a família como núcleo particular de afeto, deve ser apoiada pela equipe de saúde da família, para que desenvolva ações de cuidado e o próprio doente sinta que a vida dele é importante.

Cada doente de TB tem um modo próprio de perceber a doença e o tratamento, assim como também uma reação particular frente ao diagnóstico, pois o processo de adoecimento resulta em singularidade, o que torna necessário o desenvolvimento de projetos terapêuticos singularizados e ampliados. Logo, observa-se a necessidade da equipe de saúde da família inserir os familiares do doente de TB como partícipes do projeto terapêutico do usuário.

Observou-se que as consultas frequentes na unidade de saúde da família e visitas domiciliares são importantes estratégias de monitorização do doente de TB, o que possibilita a detecção precoce de problemas que podem obstaculizar o êxito favorável da terapêutica. A consulta e visita domiciliar devem ser um momento de encontro onde são produzidas intersubjetividades, portanto, um espaço de escuta e negociação, capaz de instrumentalizar autonomias e desenvolver cidadanias.

O estudo demonstrou que dificuldades estruturais em unidades de saúde da família e problemas na esfera do processo de trabalho das equipes de saúde obstaculizam as ações de controle da TB. Na avaliação, identificou-se a intersetorialidade como estratégia eficaz para responder a complexidade do abandono do tratamento da TB. Considera-se necessário investir na comunicação e parceria de trabalho entre setores dentro do campo da saúde e para além de seus muros, a fim de melhor delinear políticas públicas eficazes, que possam resgatar a

garantia do direito à saúde para muitas pessoas marginalizadas e vítimas das iniquidades sociais, que se refletem na área da saúde e deságuam nas ações de controle da TB.

Considerando que o *enfoque familiar* refere-se à consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano e contexto familiar, verifica-se que esta dimensão da Atenção Primária à Saúde deve nortear a produção de cuidados da equipe de saúde da família ao doente de TB, pois o estudo comprovou que a condução do tratamento da tuberculose, restrita aos aspectos clínicos da doença e à regularidade na ingestão medicamentosa, é insuficiente para prevenir o abandono do tratamento da tuberculose. Por isso, insiste-se na importância da integralidade do cuidado, como princípio fundamental da Estratégia Saúde da Família e das ações de controle da TB no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Que no aspecto particular do complexo conceito de integralidade, se possa observar o meio onde a pessoa vive e que a sua dignidade como cidadão requer a garantia de direitos humanos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.F.M. et al. Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, Washington.v. 9, n. 6, p.368-374, 2001.

ALEIXO, J.L.M. A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Rev Mineira Saúde Pública**, n.1, v.1, p.1-16, jan/jun 2002.

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 (Orgs.) **Gestão dos serviços de saúde**, São Paulo: EDUSP, 2001. p.13-50. (Série Acadêmica n. 37).

ALMEIDA, C. M. ; 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**. 1. ed. Brasília, DF: Organização Panamericana da Saúde. 2006.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

ANDRADE, R.L.P.; VILLA, T.C.S.; PILLON, S. A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v.1, n. 1, p.0-0, fev 2005.

ARCÊNCIO, R.A. **A organização do tratamento supervisionado nos municípios prioritários do estado de São Paulo**. Ribeirão Preto, 2006. 140f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu. v.8, n.14, p. 73-92, set/fev 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.

BERGEL, F.S.; GOUVEIA, N. **Retornos freqüentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose**. **Rev Saúde Pública**, V.39, N. 6, 2005.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão social**, Brasília. v.1, n.1, p. 28-35, out/mar 2005.

BOM MEIHY, J.C.S. **Manual de História Oral**. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

BRASIL. **Resolução n.196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CONEP, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de políticas de saúde. Programa saúde da família. In: **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.3, jun 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde, Saúde da Família (PSF) e agentes comunitários de saúde (PACS). In: _____ **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p.193-200.

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. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 62p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde: 2005. 108p.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006**. Disponível em: <www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/copasems/portaria_648.doc>. Acesso em: 10/setembro/2008.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 569-584, 2003.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. **A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico**. *Ciência & Saúde Coletiva*. V.9, N.1, 2004.

CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v.11, n.3, p.705-711, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 311/2007**. Disponível em: <www.portalcofen.gov.br>. Acesso em: 02 mar. 2007.

COSTA, M.F.A. **Fatores operacionais e sociais envolvidos no abandono terapêutico da tuberculose no município de Manaus (AM)**. João Pessoa, 1996. Dissertação (mestrado). Universidade Federal da Paraíba.

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

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

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.

FERRI, S.M.N. et al As tecnologias como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu. v.11, n.23, p.515-529, set/dez 2007.

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

FIORIN, J. L. **Introdução ao pensamento de Bakhtin**. São Paulo: Ática, 2006.

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**. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, **Cidades**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 05/dezembro/2007.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasília: UNICEF, 1979. 64p.

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

GOMES, A.L.C. **Avaliação do desempenho das Equipes de Saúde da Família no controle da tuberculose no município de Bayeux – PB: o vínculo e o processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde**. João Pessoa, 2007. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.303-25, jul/out 2000.

LEFÈVRE, F. **Cantinho da promoção de saúde**. Disponível em:<http://www.fsp.usp.br/quali-saude/Da_promocao_de_saude.htm>. Acesso em: 01/dezembro/2008.

LIMA, M. B. et al. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes

(Fortaleza, Ceará, Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 877-885, jul/ago, 2001.

MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M.C.M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.12, n.6, p.1415-1421, 2007.

MARCOLINO, A.B.L. **Ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux-PB**: avaliação dos componentes acesso e elenco de serviços. João Pessoa, 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1411-1416, set/out 2004.

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.

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

MUNIZ, C.C.F. **A fé no processo de cura**: histórias de vida. João Pessoa, 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

MINAYYO, M.C.S. (ORG.) Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In:_____. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

MINAYO, M.C.S; ASSIS, S.G; SOUZA, E,R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.5, p. 549-59, 2000.

OLIVEIRA, H.B.; MOREIRA FILHO, D.C. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p.437-443, 2000.

PAIVA, G.J. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. Estudos de Psicologia, Campinas, v. 24, n.1, p.99-104, jan/mar 2007.

PEREIRA, W.S.B. **Tuberculose: sofrimento e ilusões no tratamento interrompido**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. UFPB, João Pessoa, 1998.

PIRES, M.R.G.M. Politicidade do cuidado e avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde. **Rev. Bras. Mater. Infant.**, Recife, v.5, n.1, p.71-S81, dez 2005.

PÔRTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, Supl. 1, p.43-49, set 2007.

RIBEIRO, S.A. et al. Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. **J. Pneumologia**, São Paulo, v.26, n.6, p. 291-296, nov/dez 2000.

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.

RUBEL, A.J.; GARRO, L.C. Social and cultural factors in the successful control of tuberculosis. **Public Health Reports**, v.107, n.6, p.626-636, nov/dec 1992.

SÁ, L. D. et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.4, p. 712-718, 2007.

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

SAKATA, K.N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.60, n.6, p. 659-664, 2007.

SOUSA, G.P.; LIMA, D.S.; FORMIGA, N.S. A tuberculose no estado da Paraíba: avaliação epidemiológica e operacional nos períodos de 2000 a 2006. In: **Jornada Nordestina de Tuberculose**, 1, 2008, João Pessoa. Anais do III Encontro Nacional de Tuberculose, Brasília, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2008. p.3.

SILVA JÚNIOR, A.D.; MERHY, E.E.; CARVALHO, L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu. v.6, n.10, p.75-96, 2002.

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

STARFIELD, B. Primary Care: the filter. **Rev. Bras Epidemiol.**, v.9, n1. p.144-151, 2006.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, nov/dez, p. 1561-1569, 2002.

VARGAS, D.; LUIS, M.A.V. Álcool, alcoolismo e alcoolista: concepções e atitudes de enfermeiros de unidades básicas distritais de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n. especial, p. 543-550, mai/jun 2008.

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. et al. Aspectos epidemiológicos atuais da tuberculose e o impacto da estratégia DOTS no controle da doença. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.1, p. 171-173, jan/fev 2007.

VENDRAMINI, S.H.F. et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. **Bol. Pneumol. Sanit**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.5-12, jan/jun 2002.

VIEIRA, A.A.; RIBEIRO, S.A. Abandono do tratamento da tuberculose utilizando-se as estratégias de tratamento auto-administrado ou tratamento supervisionado no Programa Municipal de Carapicuíba, São Paulo, Brasil. **J. Pneumologia**, São Paulo, v. 34, n.3, p. 159-166, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Control 2008**: surveillance, planning, financing. Geneva: WHO report, 2008.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre cuidados de saúde ao usuário que abandonou o tratamento da tuberculose e está sendo desenvolvida por Káren Mendes Jorge de Souza, 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 os fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose, no campo da Atenção Primária à Saúde, nos municípios de Santa Rita e Bayeux (PB), considerando a dimensão do enfoque familiar.

A finalidade deste trabalho é contribuir para melhorar a produção de cuidados ao doente de tuberculose, acompanhados por equipes de saúde da família, e colaborar com as ações de controle da tuberculose nos municípios de Santa Rita e Bayeux (PB), beneficiando, neste sentido, a região metropolitana de João Pessoa, território considerado prioritário para o controle da tuberculose na Paraíba.

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 de saúde da família.

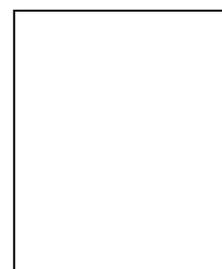
Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

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 Káren Mendes Jorge de Souza.

Endereço profissional: Universidade Federal da Paraíba, Campus I, Centro de Ciências da Saúde, Escola Técnica de Saúde, Cidade Universitária, 58059900 – João Pessoa, PB, Brasil;
E-mail: karen@ccs.ufpb.br Telefone: (83) 32167400;

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: _____

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?

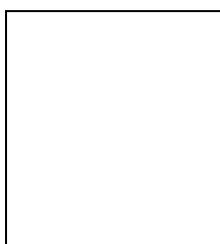
APÊNDICE C - CARTA DE CESSÃO

João Pessoa, _____ de _____ de 2008

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 UFPB, que tem sua guarda.

Assinatura do colaborador

Assinatura da testemunha



ANEXO

S729a Souza, Karen Mendes Jorge de.

Abandono do tratamento da tuberculose na atenção primária à saúde: uma análise segundo o enfoque familiar do cuidado / Karen Mendes Jorge de Souza.- João Pessoa, 2008.

110p.

Orientadora: Lenilde Duarte Sá.

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS

1. Tuberculose. 2. Tuberculose – política de controle. 3. Tuberculose – abandono do tratamento. 4. Atenção Primária à Saúde - Tuberculose.

UFPB/BC

CDU: 616-002.5(043)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 2ª Reunião Ordinária, realizada no dia 02/03/08 o projeto de pesquisa do(a) Professor(a) Karen Mendes Jorge de Souza, intitulado: “ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE SANTA RITA – PB: AVALIANDO A DIMENSÃO DO ENFOQUE FAMILIAR”. Protocolo nº. 0067.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionado à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.



Prof. Eliana Marques D. de Sousa
Coordenadora CEP/CCS

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)