



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

EDILBERTO IRINEU DE ARAÚJO FILHO

**TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA:
PERCEPÇÕES DO ENFERMEIRO**

FORTALEZA – CEARÁ

2014

EDILBERTO IRINEU DE ARAÚJO FILHO

TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA:
PERCEPÇÕES DO ENFERMEIRO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz.

FORTALEZA – CEARÁ

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Araújo Filho, Edilberto Irineu de.

Tratamento diretamente observado da tuberculose na Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza: percepções do enfermeiro [recurso eletrônico] / Edilberto Irineu de Araújo Filho. - 2014.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 82 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.

Área de concentração: Saúde da Família.

Orientação: Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz.

1. Tratamento Diretamente Observado. 2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Enfermeiros. I. Título.



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- Renasf
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF
Av. Paranjana, nº 1700 – *Campus* do Itaperi – CEP: 60740-000 Serrinha
Fortaleza – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3292-7413



FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: **“Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Estratégia de Saúde da Família no Município de Fortaleza: Percepções do Enfermeiro.”**

Nome do Mestrando: **Edilberto Irineu de Araújo Filho**

Nome do Orientador: **Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz.**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA- MPSF/Renasf, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz
(Orientador)

Prof. Dra. Cleide Carneiro
(1º membro)

Prof. Dra. Annatália Meneses de Amorim Gomes
(2º membro)

Prof. Dra. Ana Patrícia Pereira Moraes
(Suplente)

Data da defesa: 30/04/2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por tudo que recebi.

À minha mãe Maria Lucimar, *in memoriam*, por todo seu amor, a ela a saudade.

Ao meu pai Edilberto por seu amor, carinho e por seu empenho na minha formação pessoal e profissional.

À minha irmã Adriana pelo seu incentivo e por sua presença em minha vida.

À Ana Alícia minha sobrinha e afilhada amada por tantas alegrias.

À toda minha família em especial minha avó Salvelina, minhas tias Fátima, Célia Regina, a Ednir, que sempre estiveram comigo, ajudando a superar os desafios da vida.

Aos meus amigos Manoel, Emanuelle, Fatinha, Katia, Mellisa que estiveram sempre presentes e que compartilharam tantos momentos bons ao meu lado.

Ao Professor Dr. Erasmo Miessa Ruiz, pelo apoio para que eu pudesse chegar até aqui.

À Professora Dr.^a Ana Patrícia Pereira Moraes e a professora Dr.^a Annatália pela dedicação, paciência e a todos os professores do MPSF pelo aprendizado.

A toda a turma do MPSF, em especial Marta, Aglair, Lizaldo, Júnior por terem compartilhado comigo reflexões e experiências no trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

Aos enfermeiros do Centro de Saúde Carlos Ribeiro pela contribuição para realização desse estudo.

E a todos que contribuíram de alguma forma para que esse sonho fosse realizado.

RESUMO

Apesar de todos os avanços tecnológicos a tuberculose ainda hoje é considerada um problema de saúde pública mundial. Para o controle dessa doença foi proposto uma forma de tratamento denominada Tratamento Diretamente Observado (TDO). A presente pesquisa faz parte de um projeto desenvolvido no Mestrado Profissional em Saúde da Família tendo como objetivo analisar as percepções do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o TDO no município de Fortaleza-Ceará. Sabe-se que o enfermeiro é um dos principais envolvidos no desenvolvimento dessa forma de tratamento bem como as demais ações de controle da tuberculose. Optou-se por utilizar o método analítico descritivo com abordagem qualitativa. A amostra do estudo foi constituída por seis enfermeiros(as) que trabalham na Unidade de Atenção Primária à Saúde Carlos Ribeiro na Secretaria Executiva Regional I (SER-I). Para a coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada, e a observação, com anotações em diário de campo. Os resultados obtidos a partir da coleta de dados foram organizados e analisados com base na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e seguiu a resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. A análise dos discursos revelou que o TDO é realizado com algumas restrições pela Equipe de Saúde da Família, e que os enfermeiros entendem essa forma de tratamento como uma supervisão da ingestão de medicamentos, também se identificou que esse profissional sente-se sobrecarregado, pois tende a centralizar as ações de combate à tuberculose. Foi relatado como desafio a falta de vínculo e acolhimento, assim com a ausência de incentivos como a cesta básica, auxílio transporte e oferta de lanche na unidade de saúde. Um fator positivo encontrado foi a distribuição gratuita dos medicamentos, o apoio da família e da comunidade, e a flexibilidade na realização do TDO, podendo o mesmo ocorrer no posto, na residência do paciente ou no seu trabalho. Concluiu-se, portanto que a atuação do enfermeiro da ESF deve atender as necessidades do paciente no que se refere ao desenvolvimento do vínculo e acolhimento como forma de conseguir sucesso no controle da tuberculose.

Palavras-chave: Tratamento Diretamente Observado. Estratégia de Saúde da Família. Enfermeiros.

ABSTRACT

Although all the technological advances, tuberculosis is still considered a public health problem worldwide. In order to manage this disease, it was proposed a form of treatment called Directly Observed Treatment (DOT). This research is part of a project developed in the Family Health Professional Masters aiming to analyze the perceptions of the nurses on the DOT Family Health Strategy in Fortaleza, state of Ceará, Brazil. It is known that the nurse is one of the key players in the development of this treatment form as well as other actions to control TB. It was chosen to use the descriptive analytical method with qualitative approach in this research. The study sample will consist of six nurses working at the Primary Health Care Unit Carlos Ribeiro, in the city council region I, called SER-I. The data was collected by using a semi-structured interview, and the observation, with notes in a diary. The results from the data collection were organized and analyzed based on the Collective Subject Discourse Technique, which is a proposal for the organization and tabulation of verbal qualitative data obtained from interviews. The study was approved by the Ethics Committee in Research of the State University of Ceará, UECE, and it also followed the Resolution No. 466/2012 of the National Health Board. The discourse analysis revealed that the DOT is done with some restrictions by the Family Health Team- FHT, and the nurses understand this form of treatment as a supervision of medication. It is also identified that this professional feels overwhelmed because he/she tends to centralize actions to combat tuberculosis. It was reported as a challenge to the need of bonding and host, the lack of incentives of basic food, transportation assistance and supply of snacks at the health unit. Positive factors found were the free distribution of medicines, the support from family and community, and the flexibility in achieving the DOT, which can occur in the Primary Health Care Unit, in the patient's home or at work. Therefore, it is concluded that the role of an FHT nurse must meet the patient's needs with regard to the development of the warmth and the host as a way to achieve success in tuberculosis control.

Keywords: Directly Observed Treatment. Family Health Strategy. Nurses.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Incidência de tuberculose de todas as formas clínicas e da forma pulmonar bacilífera. Ceará, de 2001 a 2012.....	13
Figura 2 – Situação de encerramento de casos novos de TB. Ceará, 2001 a 2011.....	14
Figura 3 – Percentual de distribuição de notificação de casos de tuberculose por Secretaria Executiva Regional, Fortaleza 2001-2009.....	17
Figura 4 – Taxa de cura na situação de encerramento dos casos novos de tuberculose bacilífera, Brasil e UF, 2007.....	21
Figura 5 – Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza.....	36
Quadro 1 – Características das participantes da pesquisa. Fortaleza-CE, nov./dez. 2013.....	42
Quadro 2 – Pergunta 1: Você realiza o TDO da tuberculose? Quais as potencialidades e as fragilidades do Programa de Controle da Tuberculose na Unidade de saúde?.....	43
Quadro 3 – Pergunta 2: Você já recebeu alguma capacitação sobre Tuberculose e/ou Tratamento Diretamente Observado?.....	44
Quadro 4 – Pergunta 3: Como funciona o tratamento da tuberculose nesta Unidade de Saúde?.....	47
Quadro 5 – Pergunta 4: O tratamento supervisionado é ofertado para todos os pacientes?.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Ancoragem
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Bacilo Calmet-Guérin
CAB	Célula de Atenção Básica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DOT	<i>Directly Observed Therapy</i>
DOTS	<i>Directly Observed Treatment, Short-Course</i>
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	Expressões-Chave
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Vigilância da Saúde
GDEP	Plano Global de Expansão do DOTS
GTB	Programa Global da Tuberculose
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Ideias Centrais
MDR	multidroga resistente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa de Agentes de Saúde
PCCS/SUS	Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
PT	prova tuberculínica
SER-I	Secretaria Executiva Regional I
SERs	Secretarias Executivas Regionais
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS	Sistema Único de Saúde
TB	tuberculose
TB-MR	TB multirresistente
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TS	tratamento supervisionado
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	GERAL.....	19
2.2	ESPECÍFICOS.....	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1	TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	20
3.2	O VÍNCULO, ADESÃO E ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.....	24
3.3	PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL – PNCT.....	27
4	METODOLOGIA.....	33
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	33
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	34
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	36
4.4	COLETA DE DADOS.....	37
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	41
5	RESULTADOS.....	42
6	DISCUSSÃO.....	51
6.1	TRAÇANDO O PERFIL DOS PARTICIPANTES E A IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO CONTINUADA EM TODO.....	51
6.2	O QUE AS ENFERMEIRAS PENSAM SOBRE O TDO.....	54
6.3	FORÇAS E DESAFIOS NO USO DO TDO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	59
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
	REFERÊNCIAS.....	67
	APÊNDICES.....	72
	APÊNDICE A – Formulário de entrevista.....	73
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	74
	ANEXOS.....	76
	ANEXO A – Termo de Anuência.....	77
	ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE.....	78

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose apresenta-se como uma doença infecciosa, causada por um bacilo denominado *Mycobacterium tuberculosis*. Pode acometer vários órgãos ou sistemas, mas a forma pulmonar é a mais frequente e também a mais relevante para a Atenção Primária à Saúde (APS), pois essa é a forma especialmente bacilífera que mantém a transmissão da doença (BRASIL, 2010).

No Brasil, as ações de controle estão voltadas para a tuberculose pulmonar, pois é a forma mais prevalente e mais transmissível. Cerca de 90% dos casos de tuberculose são da forma pulmonar e, destes, 60% são bacilíferos baciloscopia no escarro positiva (BRASIL, 2010). De acordo com a World Health Organization-WHO (2002), ao deixar de tratar um indivíduo com tuberculose ativa, esse infectará em média 10 a 15 pacientes por ano.

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

Hoje, a TB é reconhecida como uma doença curável, porém o seu processo de transmissão e propagação não foi interrompido de forma definitiva, sobretudo nos países em desenvolvimento. Associada a fatores como a desigualdade social, o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), e o envelhecimento da população, a transmissão da TB tem sido apontada como um dos principais fatores de perpetuação da doença no planeta (WHO, 2008).

Em 2007, conforme a OMS, a incidência de TB estimada no mundo foi de 9,27 milhões de casos, o que significa um aumento quando se consideram 9,24 milhões de casos em 2006, 8,3 milhões em 2000 e 6,6 milhões de casos em 1990 (WHO, 2008).

Ainda que o número total de casos incidentes de TB tenha aumentado em termos absolutos como resultado do crescimento populacional, o número de casos *per capita* está em decréscimo. Um número estimado de 2 milhões de pessoas

morre anualmente de TB, no entanto, a taxa de declínio ainda é considerada lenta, à razão de menos de 1% de declínio ao ano. Nesse ritmo serão necessários milênios para erradicar a TB, segundo a OMS (WHO, 2008).

Os países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, continuam vivenciando a endemicidade da TB por todo os séculos XX e XXI, por tratar-se de países que estão profundamente envoltos por pobreza e miséria, cujos habitantes constituem-se, em sua maioria, por populações vulneráveis. Entende-se como vulneráveis aqueles indivíduos que vivem em absoluto estado de pobreza econômica, com baixo acesso aos serviços de saúde, em função de fatores étnicos, localização geográfica dos domicílios, nível educacional, gênero, condições de vida, exclusão social e migração (WHO, 2005).

Em termos de prevalência, havia cerca de 13,7 milhões de casos de TB em 2010 (206 por 100 mil habitantes), com cerca de 500 mil casos de TB multirresistente (TB-MR), 1,3 milhão de mortes entre HIV negativos, e 456.000 mortes adicionais entre HIV positivos. Em 2010, o número incidente estimado de TB no mundo foi de 9 milhões de casos (equivalente a 128 casos /100.000 habitantes) com 1,7 milhões de óbitos, a maioria dos casos na Ásia e África. Estima-se que aproximadamente 2 bilhões de pessoas no mundo apresentem TB latente, o que representa um grande potencial para desenvolvimento da doença (BRASIL, 2012).

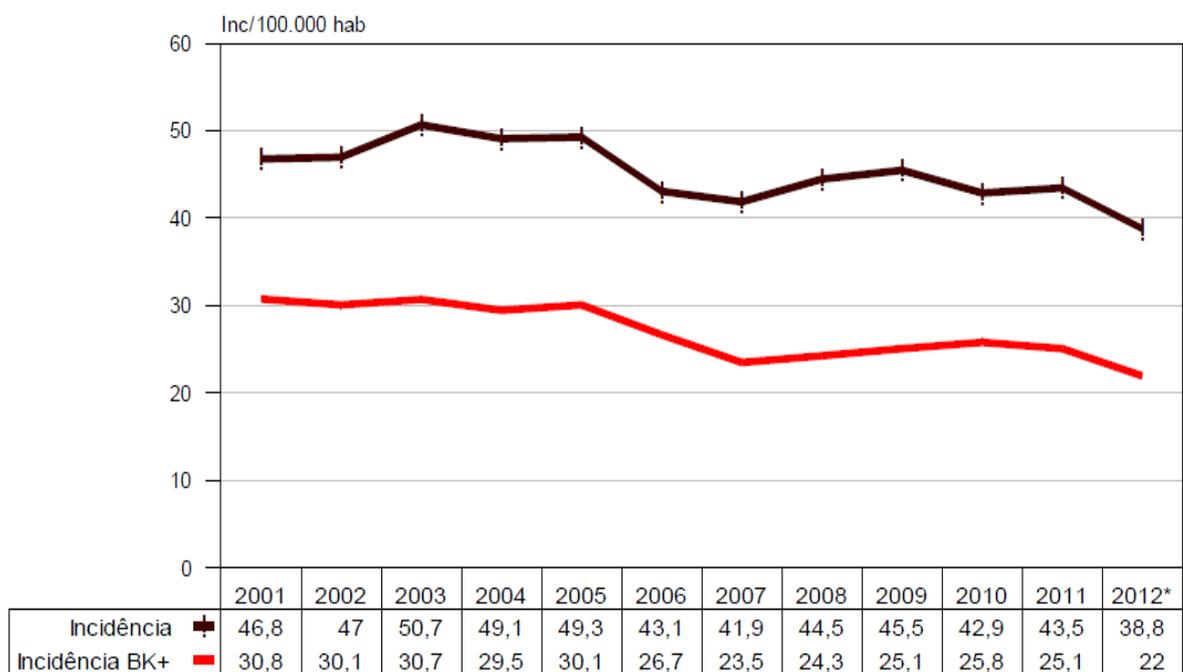
A OMS determinou a tuberculose como emergência no mundo, pois a mesma é ainda hoje a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos. O Brasil é um dos 22 países do mundo priorizados pela OMS que concentram 80% da carga mundial de TB, estima-se que 4,5 mil pessoas morram anualmente por essa doença. Dados do Ministério da Saúde revelam uma taxa de cura e abandono de tuberculose bacilífera no país em 2008 de 69% e 10%, respectivamente. A OMS recomenda que a taxa de cura seja maior que 85%, por isso a TB ainda é um problema de saúde relevante no Brasil (WHO, 2008).

Outro fator de grande importância no cenário brasileiro e mundial é o grande número de cepas multidroga resistente (MDR), essas são encontradas em indivíduos resistentes a izoniazida e a rifampicina. Eles podem requerer mais tempo para serem tratados com medicamentos de segunda linha, que são mais caros e possuem mais efeitos colaterais. A ameaça de cepas extensivamente resistentes (XDR), resistentes a drogas anti-tb de primeira linha e segunda linha tem assustado

as autoridades sanitárias e constituem séria ameaça à saúde pública mundial (RAVIGLIONE; SMITH, 2007).

No Estado do Ceará, de acordo com a Secretaria Estadual de Saúde, a incidência de TB em todas as formas (pulmonares e extrapulmonares) mantém-se nos últimos anos em torno de 45,6/100.000 habitantes. Destes, 25,1/100.000 habitantes são bacilíferos, ou seja, fazem parte do grupo de pacientes que “colaboram” para que a infecção se mantenha presente na população. O percentual de cura e abandono no Ceará nos anos de 2009 foi de 64,5% e 7,3%, respectivamente, diferente das metas almejadas. A taxa de mortalidade no Estado entre os anos de 2001 a 2009 manteve-se praticamente inalterado em torno de 3,1/100.000 habitantes (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO TUBERCULOSE, 2013).

Figura 1 – Incidência de tuberculose de todas as formas clínicas e da forma pulmonar bacilífera. Ceará, de 2001 a 2012*

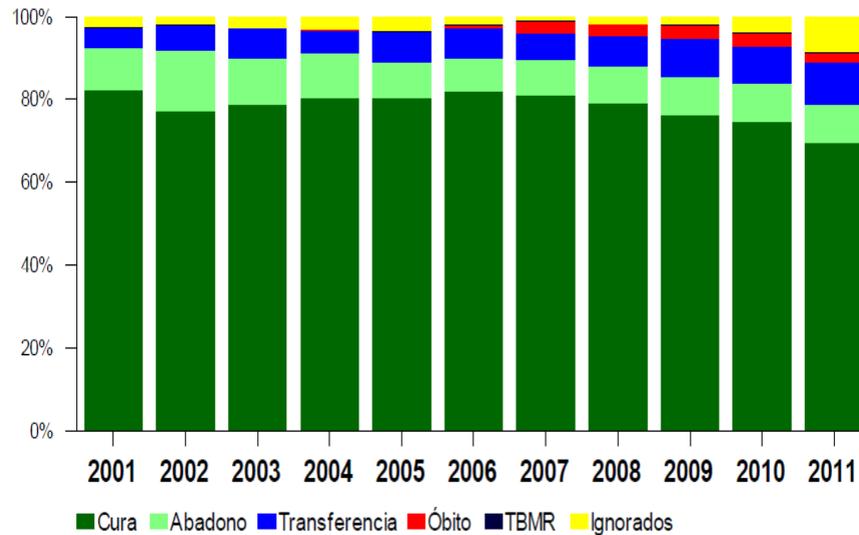


Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará / SINAN

* Dados parciais sujeitos a revisão

Ainda no Ceará, os dados de 2010 referem 3.430 casos confirmados da doença e uma média na década de 3.248 casos/ano. A capital Fortaleza ocupa a 6ª posição, de acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no *ranking* dos casos confirmados para região metropolitana de notificação.

Figura 2 – Situação de encerramento de casos novos de TB. Ceará, 2001 a 2011*



Fonte: SESA/COPROM/NUVEP

* Dados parciais sujeitos a revisão

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é um elemento chave da estratégia *Directly Observed Treatment, Short-Course* (DOTS), que tem por finalidade reduzir a morbimortalidade e a transmissão da tuberculose no Brasil.

O DOTS foi proposto pela OMS como uma estratégia mundial para controle da TB em 1991, seu objetivo era auxiliar o paciente a tomar seus medicamentos regularmente, completando o tratamento, e aumentando assim os índices de cura, e diminuídos os riscos de desenvolvimento de cepas resistentes. De acordo com WHO (2005) a estratégia DOTS possui os seguintes componentes:

- 1) Compromisso político do governo para que o controle da Tb seja prioridade de saúde;
- 2) Garantia de cumprimento das necessidades de medicamento anti-Tb e insumos afins;
- 3) Tratamento supervisionado por profissional de saúde ou pessoa capacitada;
- 4) Disponibilidade de uma rede de baciloscopia com controle da qualidade sistemático;
- 5) Existência de um sistema adequado de registro e notificação dos casos de tuberculose.

De acordo com a WHO (2005), a estratégia DOTS tem duas metas: Detectar 70% dos novos casos de tuberculose com baciloscopia positiva, e ter sucesso de tratamento em pelo menos 85% desses.

Apesar de ter sido criado em 1991, foi apenas em 1998 que o DOTS começou a ser implantado no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo gerenciado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que para o período de 2001-2005 apontava as seguintes estratégias:

- 1) Implantar/implementar o bônus para todos os municípios que tenham Unidade Básica de Saúde desenvolvendo ações de controle da tuberculose;
- 2) Identificar áreas prioritárias em municípios com mais de um milhão de habitantes;
- 3) Capacitar equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, ampliando a cobertura para 70% da população brasileira;
- 4) Treinar para gerenciamento e supervisão, principalmente em serviço, através de visitas de supervisão, durante o período de implantação;
- 5) Priorizar o tratamento supervisionado;
- 6) Manter a educação permanente das equipes de saúde da família;
- 7) Expandir a implantação das equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde para a universalização das ações de controle de tuberculose;
- 8) Estimular a adesão municipal ao Programa de Controle da Tuberculose;
- 9) Utilizar o tratamento supervisionado ou tratamento diretamente observado (BRASIL, 2000).

O PNCT tem por finalidade a descentralização das ações de controle da tuberculose, e a expansão do DOTS a todos os serviços de atenção primária no país.

Essa forma de tratamento é de suma importância, pois possibilita a interação e a corresponsabilidade de todos os envolvidos: profissionais de saúde, familiares e, sobretudo os pacientes (BRASIL, 2011a). Na prática, o TDO consiste na tomada diária (de segunda a sexta-feira) da medicação sob a supervisão de um profissional de saúde (enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem ou agente comunitário de saúde). Assim, essa estratégia proporciona maior adesão ao

tratamento da TB, aumenta a probabilidade de cura, bem como de não apresentar a TB multirresistente quando comparado àqueles que não têm acesso ao TDO (THORN, 2008).

O Tratamento Supervisionado (TS) ou TDO somente terá êxito mediante o envolvimento de indivíduos capazes de implementar a estratégia, de acordo com seu contexto sociocultural, moldando-o a sua maneira, deixando, entretanto prevalecer durante a conformação do TS as necessidades individuais de cada paciente. Portanto, na proposta do TDO, o paciente passa a ser sujeito do seu tratamento, sendo assim corresponsável pelo mesmo.

Como foi citado anteriormente, grande parte das ações de controle desse agravo encontra-se no âmbito da Atenção Primária/Saúde da Família e estão relacionadas ao diagnóstico e tratamento de pessoas doentes, visando à interrupção da cadeia de transmissão e o possível adoecimento na comunidade (MOREIRA *et al.*, 2008).

A sensibilização bem como o envolvimento da equipe, promovendo o acolhimento e possibilitando o vínculo, podem ser considerados como os elementos chaves na implementação do TDO, e assim no controle da TB, mas faz-se necessário que os profissionais partilhem desta concepção (BRASIL, 2012).

As competências da Atenção Primária à Saúde se estendem desde a busca dos sintomáticos respiratórios, o estabelecimento do diagnóstico, até o tratamento completo, e cura dos doentes, além da investigação de contatos, identificação de efeitos adversos, e apoio psicossocial, procurando reduzir obstáculos que dificultem à adesão ao tratamento (BRASIL, 2010).

O município de Fortaleza, capital do Estado, ainda apresenta dificuldades na implementação da estratégia DOTS, principalmente na incorporação do tratamento supervisionado pelas equipes de Saúde da Família.

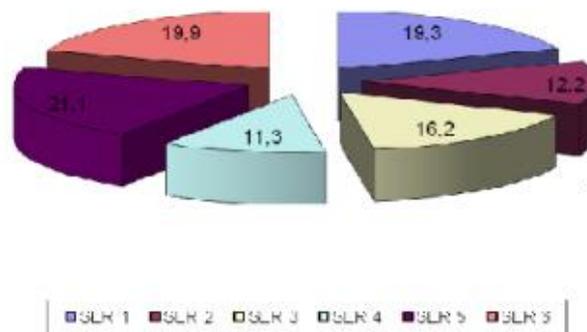
Dessa forma, elegeu-se como local de estudo, o município de Fortaleza, com o propósito de ser conhecido e observado o cotidiano do trabalho das equipes no desenvolvimento do tratamento supervisionado.

Para desenvolvimento desse estudo, optou-se, como elemento chave, pelo profissional enfermeiro, já que a história da Enfermagem de saúde pública no Brasil esta intrinsecamente relacionada com a história da luta contra TB, sendo os acontecimentos dessa trajetória relevantes para sustentar o reconhecimento do enfermeiro, em alguns contextos de atuação, como um profissional de saúde que se

destaca no planejamento, organização e operacionalização das ações de controle da TB.

Por trabalhar na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e saber da problemática da tuberculose no município de Fortaleza, particularmente nos bairros da Secretaria Executiva Regional I (SER-I), e da efetividade do TDO, resolvi avaliar a estratégia dessa forma de tratamento em uma unidade de saúde dessa Regional, visto que este centro de saúde é uma unidade de referência no tratamento da TB.

Figura 3 – Percentual de distribuição de notificação de casos de tuberculose por Secretaria Executiva Regional, Fortaleza 2001-2009



Fonte: SMS/COPS/Célula de Vigilância Epidemiológica. Tuberculose (2010).

(*) Dados sujeitos e revisão – SINANNET.

A avaliação facilitará o conhecimento dos fatores envolvidos na aplicação do TDO, suas potencialidades e fragilidades na visão do enfermeiro, visto que esse profissional está muito envolvido no planejamento e na organização das ações de controle da TB, e contribuirá para incrementar a atenção à saúde dos portadores de dessa doença.

A pesquisa operacional em TB é crucial para identificar como o acesso ao diagnóstico preciso e ao tratamento eficaz da doença pode ser aumentado. Além de que uma análise das atividades locais desenvolvidas no controle da TB permite uma crítica ao desenvolvimento do programa e o surgimento de proposições para integração dessas ações à rotinas das equipes e à dinâmica do território (BRASIL, 2010).

Por observar falhas no diagnóstico, no tratamento e nas ações de controle da TB, desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família da referida regional, surgiu à necessidade de se investigar os obstáculos à efetiva incorporação e sustentabilidade do controle da tuberculose, já que o diagnóstico preciso e precoce,

e o tratamento eficaz dessa doença podem ser aumentados, maximizando, por conseguinte à saúde da população.

Como já foi citado, a TB é um problema de saúde coletiva decorrente de inúmeros fatores, mas intrinsecamente ligados à condição socioeconômica da população. Entende-se que o DOTS, não é suficiente para solucionar o problema, mas admite-se que pode se construir como estratégia de grande potencialidade para diminuir à situação epidemiológica dessa enfermidade.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar o Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose a partir das percepções dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Traçar o perfil dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família responsáveis pelo tratamento da tuberculose em uma unidade de saúde de referência da SER-I, do município de Fortaleza;
- b) Identificar os elementos que interferem no uso do TDO.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

No Brasil, o Ministério da Saúde propõe como política nacional de APS a Estratégia Saúde da Família (ESF) que, apesar de ter recebido forte influência de modelos de Saúde da Família de outros países como Cuba, Canadá e Inglaterra, teve como base a experiência do Programa de Agentes de Saúde (PAS) no Nordeste brasileiro (MENDES; ENSTERSEIFER, 2004).

O PAS apresentou excelentes resultados, sobretudo quanto aos indicadores materno-infantis, e em 1991 foi expandido para todo país sob a denominação de Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com uma equipe composta por um enfermeiro responsável pela instrução e supervisão de 30 agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006b; MENDES; ENSTERSEIFER, 2004).

Com a experiência acumulada pelo PACS, evidenciou-se a presença do agente comunitário como um novo ator promotor de saúde, visto pelo Ministério da Saúde como peça-chave na organização do serviço de atenção básica (BRASIL, 2011b).

A implantação do PACS também passou a exigir, além da seleção capacitação e avaliação do ACS, condições institucionais da gestão da saúde no nível local, como: participação dos usuários, formação de Conselhos de Saúde, certo grau de autonomia financeira, recursos humanos e capacidade instalada disponível, inclusive a articulação com os diversos níveis de atenção à saúde estadual e municipal (BRASIL, 2006b).

Com o êxito do PACS e a necessidade de incorporação de outros profissionais surgiu em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF). Esse programa criado pelo Ministério da Saúde tinha como objetivo reformular, reestruturar o modelo de atenção à saúde vigente até então no país (BRASIL, 2011b).

Passaram a compor minimamente a Equipe de Saúde da Família, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de 01 agente comunitário para um máximo de 750 pessoas). Cada equipe foi responsável por uma média de 3.000 pessoas ou no máximo 4.000, com uma jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes (BRASIL, 2006b).

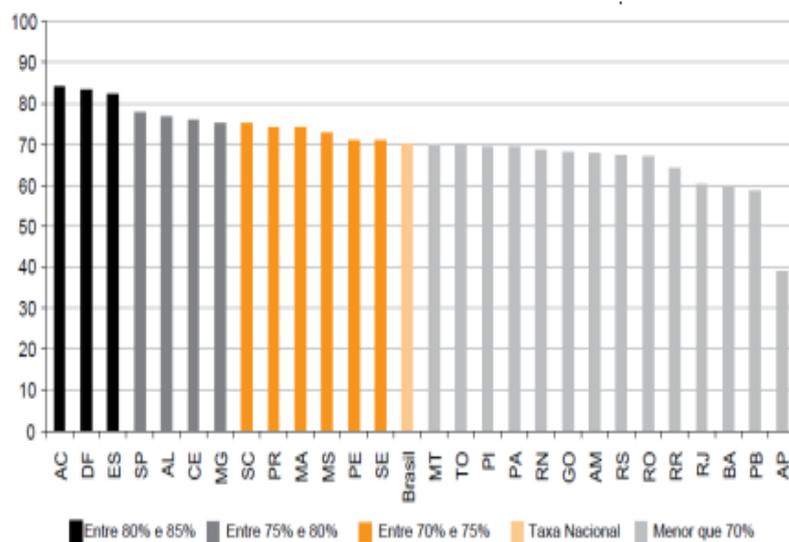
Dessa forma, o de saúde da família foi uma estratégia que teve como prioridade as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. Estava pautada nos princípios da reforma sanitária brasileira e tornou-se o foco da reorganização da atenção básica, com a proposta de garantir a oferta de serviços de saúde e o fortalecimento dos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social no SUS (BRASIL, 2003, 2004, 2005b).

Em 2005, a OMS confirma que o DOTS é a estratégia mais adequada para controle da TB no Brasil, devido à elevada taxa de incidência da doença, às dimensões continentais do país e à reestruturação da atenção primária à saúde que facilitaria o desenvolvimento da estratégia (WHO, 2005).

No entanto, desde a Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978, foi recomendada a organização dos sistemas de saúde a partir da atenção primária, considerada como uma das principais estratégias para se alcançarem cidades saudáveis.

O DOTS apresenta vantagens que estão modificando consideravelmente o perfil epidemiológico da doença no mundo, fato demonstrado através de sua eficiência, sem ser necessária a hospitalização do paciente, tornando o tratamento de baixo custo e disponível. A figura abaixo mostra a taxa de cura da tuberculose de acordo com estados da federação.

Figura 4 – Taxa de cura na situação de encerramento dos casos novos de tuberculose bacilífera, Brasil e UF, 2007



Fonte: PNCT/Devep/SVS/MS. * Dados sujeitos à revisão.

Todo caso de TB (novos e retratamento) deve realizar o Tratamento Diretamente Observado, pois não é possível prever os casos que irão aderir ao tratamento. Dessa forma, o TDO deve ser ofertado para todos os pacientes com diagnóstico de TB.

Ao definir a TB como prioridade entre as políticas governamentais de saúde e estabelecendo seu controle no nível primário de atenção, o Ministério da Saúde elege os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, como locus de desenvolvimento do DOTS (BRASIL, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família foi adotada para organização da APS no SUS, propondo a reorganização das práticas de saúde que levem em conta a necessidade de adequar ações e serviços à realidade da população em cada unidade territorial, definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias (BRASIL, 2008).

Seu funcionamento deve ser baseado no atendimento integral, numa compreensão global do ser humano, cuja às práticas de saúde, estão no âmbito individual e coletivo, abrangendo à família e à comunidade através de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Para o PSF, o conceito de família transcende o aspecto biológico e outros elementos são considerados na relação familiar, como aspectos afetivos, domicílio comum, crença religiosa, costumes e práticas. O indivíduo deixa de ser visto como objeto de atenção isolado e passa a ser entendido como parte integrante de uma família, com seus aspectos particulares, ou seja, a pessoa passa a ser compreendida no seu núcleo familiar. Acredita-se ser esse o motivo das práticas exitosas em saúde, por meio do PSF (BRASIL, 2004).

A família deve ser o foco na APS, a atenção deve ser integral, contínua e de boa qualidade, deixando-se claro que a atenção passa a ser o coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação. Ao profissional de saúde que entra na dinâmica da família, cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares das pessoas, devendo intervir sempre de forma participativa e construtiva.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz parte da ESF e possui determinadas responsabilidades, entre elas destacam-se a busca precoce de sintomáticos respiratórios e seus contatos, principalmente os casos bacilíferos e de crianças.

O trabalho do ACS é ser o elo entre a família e a unidade de saúde, e para dar continuidade da assistência, este trabalho desempenhado no domicílio deve ser incessante no serviço de saúde, dispondo de insumos, de exames e um fluxo ágil e organizando entre os diferentes pontos de atenção: ACS, Unidades Básicas de Saúde (UBS), laboratórios entre outros, garantindo a integralidade da assistência prestada no domicílio (NOGUEIRA *et al.*, 2007).

Aguardar os pacientes com sintomas respiratórios na UBS é insuficiente para controle da cadeia de transmissão da TB, pacientes bacilíferos podem contaminar mais de uma dezena de indivíduos até que o diagnóstico de sua doença seja confirmado e o tratamento iniciado.

Entre as competências da Equipe de Saúde da Família no controle da tuberculose no Brasil, segundo o manual de recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), destacam-se:

- a) realizar busca de sintomáticos respiratórios, busca ativa na unidade de saúde ou no domicílio, assim como em instituições fechadas de sua área de abrangência;
- b) realizar coleta de escarro e outros materiais para exames de baciloscopia, cultura e identificação e teste de sensibilidade, cuidando para que esse fluxo desses exames seja oportuno e que o resultado da baciloscopia esteja disponível para médico no máximo em 24 horas na rede ambulatorial;
- c) oferecer o teste antiHIV a todos os pacientes com diagnóstico, independente da idade, realizando aconselhamento pré e pós teste.
- d) realizar o controle diário de faltosos, utilizando estratégias como visita domiciliar, contato telefônico e/ou pelo correio a fim de evitar a ocorrência de abandono;
- e) realizar a investigação e controle de contatos, tratando quando indicado a infecção latente (quimioprofilaxia) e/ou doença;
- f) identificar precocemente a ocorrência de efeitos adversos às drogas do esquema de tratamento, orientando adequadamente os casos que apresentem efeitos adequadamente “menores”;
- g) indicar, realizar ou referenciar quando necessário, contatos ou suspeitos de tuberculose para prova tuberculínica (PT);

h) oferecer apoio ao doentes em relação as questões psicossociais e trabalhistas por meio da articulação com outros setores, procurando remover obstáculos que dificultem a adesão dos doentes ao tratamento.

É importante destacar que a execução das atividades no combate e controle da TB, nas Unidades de Saúde da Família, depende da intervenção dos profissionais, cuja atenção e atribuições devam estar direcionadas para a descoberta e anulação das fontes de infecção na comunidade (BRASIL, 2010).

O controle da TB nas unidades de saúde requer uma atenção permanente, sustentada e organizada, com um sistema em que a porta de entrada pode estar situada tanto em um nível mínimo como em um nível de alta complexidade, contanto que seja assegurado ao doente, quando necessário, o direito de mover-se para os níveis de maior qualificação, com base numa assistência voltada para o atendimento de suas necessidades.

3.2 O VÍNCULO, ADESÃO E ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

As competências da Atenção Primária à Saúde se estendem desde o diagnóstico até o completo tratamento da TB, e o tratamento supervisionado da TB consiste em um dos componentes, cujas intervenções são direcionadas para garantir a sua conclusão da forma mais breve possível, evitando a MDR.

Sabe-se que a MDR está intimamente ligada a não adesão ao tratamento, por conseguinte, um maior índice de adesão terapêutica contribui para diminuição dos casos de resistência medicamentosa, assim como aumenta os índices de cura.

De acordo com Muniz *et al.* (2005):

A adesão está relacionada à disponibilidade de ouvir e ao compromisso da equipe de saúde com indivíduo. Estratégias adotadas no processo de produção de serviços, como por exemplo, a promoção de experiências grupais com a finalidade de possibilitar troca de experiências, é considerada importante elemento na construção da adesão.

Além disso, o desenvolvimento apropriado do DOTS, quando contempla a relação de escuta e atendimento às necessidades, não se configurando

restritamente como a supervisão da ingesta de medicação contribui de forma importante para a adesão ao tratamento (BERTOLOZZI, 2005).

Portanto, a relação profissional paciente é de grande valia para melhoria da adesão ao tratamento da TB, o acolhimento e o vínculo são essenciais para garantir a continuidade do tratamento, uma vez que favorecem o desenvolvimento de uma relação de confiança entre os sujeitos envolvidos no processo terapêutico.

Brasil (2010) corrobora que:

O acolhimento constitui-se numa estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre usuários e trabalhadores, humanizar a atenção, estabelecer vínculo/responsabilização das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde ampliando sua intervenção. É fundamental para êxitos no processo de adesão, haja vista que as equipes deverão atuar dentro de uma conformação em que prevaleça o respeito à opção do paciente, de responsabilização pelo controle da doença e bem estar do paciente.

O acolhimento na saúde vai além da “recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”, passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito, atravessa o processo de reconhecimento de responsabilizações entre serviços e usuários, e abre o começo do vínculo (BUENO; MERHY, 2005).

Portanto o acolhimento, enquanto acesso, desenvolve ações que ampliam a humanização do atendimento, devendo atuar de forma direta na reorganização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família.

Uma de suas traduções é a relação humanizada e acolhedora que os trabalhadores e os serviços como um todo têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles aportam, considerado esse como um direito de todo cidadão, fundamental no processo de criação de vínculo e do próprio processo terapêutico, visando à autonomia do usuário (MERHY, 2004).

O paciente por sua condição de saúde encontra-se algumas vezes fragilizado, e, muitas vezes, espera uma relação acolhedora do profissional de saúde, permitindo dessa forma uma atuação sobre o seu sofrimento, melhorando sua vida e contribuindo para que o mesmo adquira maior capacidade no sentido de enfrentar os problemas no seu cotidiano.

O vínculo permite uma aproximação mais efetiva entre paciente e profissional, chegando por vezes acontecer um processo de transferência, em que o profissional passa a representar algo importante na vida do paciente e esse por sua

vez na vida do profissional. Assim estabelecem-se relações de escuta, de diálogos, de respeito, no qual o paciente passa a entender a significância de estar inserido no TS, e o profissional passa a desempenhar suas ações buscando exclusivamente o bem estar do paciente (BRASIL, 2010).

Para Mattos (2004), a ideia chave nas propostas do acolhimento é a de que nenhuma pessoa que entra num serviço de saúde deve sair dele sem alguma resposta concreta.

Seria o princípio do primeiro contato, que Mendes e Ensterseifer (2004) e Starfield (2002) definem como “o acesso e uso de serviços para cada novo problema ou episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde”, sendo também chamada de porta de entrada.

A Equipe de Saúde da Família deve buscar uma relação de proximidade com o usuário do serviço de saúde, com sua família e a comunidade em que esta inserida, esta relação profissional paciente, portanto deve ter como alicerce os princípios do SUS como equidade, integralidade entre outros.

O Ministério da Saúde reafirma que:

A adesão é um ponto fundamental para êxito no tratamento e quebra do ciclo de transmissão; entretanto para combatê-la, faz-se necessário uma relação humanizada entre paciente e profissional de saúde, que permita aos pacientes compreenderem sua enfermidade, passando também a serem responsáveis pelo seu tratamento, fazendo com que os profissionais atuem em um ambiente de compromisso e respeito e direcionem o olhar não apenas à doença como também ao indivíduo, à família e à comunidade (BRASIL, 2010).

Uma relação pautada no respeito pode contribuir para que o paciente possa entender o significado da sua patologia e do seu tratamento, passando a confiar nas recomendações do profissional de saúde, e, por conseguinte realizar corretamente o tratamento prescrito.

Alguns profissionais de saúde ainda insistem em acreditar que o êxito no controle da TB, somente poderá ser alcançado mediante a imposição de um tratamento, estabelecendo-se relações de impessoalidade e poder, no qual o profissional de saúde impõem suas regras e o indivíduo, paciente deve cumpri-las.

Portanto, prevalece o saber do profissional que domina todo o conhecimento, determinando a forma tratamento; e o paciente deve cumprir sua determinação devendo apenas, “engolir” a medicação.

Essa postura arbitrária de alguns profissionais de saúde pode ter contribuído para inúmeros episódios de abandono e conseqüentemente um aumento dos casos da forma MDR. Entretanto, o estabelecimento do acolhimento e vínculo, como princípios ordenadores do TS, ao promover a mudança no processo de trabalho das equipes, pode possibilitar a adesão do paciente aos esquemas terapêuticos.

3.3 PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL – PNCT

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose foi lançado em fevereiro de 1999, com foco na descentralização e expansão das ações de controle para a Rede Básica de Saúde. Dessa forma, foram estabelecidas diretrizes para as ações de controle e fixadas novas metas para o alcance de seus objetivos. As metas foram: implementar o PNCT em 100% dos municípios brasileiros; diagnosticar 92% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos diagnosticados; adotar o tratamento supervisionado (TS/DOTS), priorizando os casos que apresentassem maior risco de abandono de tratamento. Outro ponto estabelecido como meta foi o de reduzir o abandono ao nível de 5% (BRASIL, 2006b).

A partir da implantação desse plano, começou-se a observar melhorias nos indicadores da tuberculose, bem como no número de sintomáticos respiratórios examinados e na taxa de abandono, a qual declinou de 14 para 12% entre 1998 e 2004 (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006).

Atualmente os principais elementos das políticas públicas para controle da tuberculose, no Brasil e no mundo, são (1) diagnóstico e tratamento precoce, (2) vacinação com Bacilo Calmet-Guérin (BCG) em menores de um ano de vida, assim como (3) focalizar o problema nas populações mais vulneráveis, e nos municípios com alta endemicidade. Para tanto as principais diretrizes são: (1) tratamento ambulatorial disponível, em unidades de saúde de baixa complexidade, incluindo-se a participação das Equipes de Saúde da Família; (2) atendimento hospitalar, além do (3) acesso aos recursos de imagens, cirúrgicos, laboratoriais e de drogas mais específicas para os casos de multirresistência (BRASIL, 2006b).

O PNCT compreende estratégias que visam ampliar e fortalecer a estratégia DOTS, favorecendo o vínculo profissional – paciente, promovendo a equidade e consolidando o SUS.

Consideramos que o TS é uma tecnologia de monitoramento, moldada aos diferentes contextos, com a finalidade de sanar problemas relacionados à organização dos serviços de saúde.

De acordo com a WHO (2006a) para o controle da TB faz-se necessário desenvolvimento de estruturas de programas bem organizados, resolutivos e adaptados às reformas do setor saúde.

Segundo a WHO (2006a), com o TS o paciente não arca sozinho com a responsabilidade de adesão ao tratamento, os profissionais da saúde, governo, e as comunidades também compartilham com as responsabilidades e essa estratégia fornece uma série de serviços de suporte que os pacientes necessitam para continuar e terminar o tratamento.

A WHO (2006a) ainda considera que para um efetivo controle da TB, é necessário organizar os serviços, considerando a flexibilidade das equipes no acompanhamento do paciente, podendo a supervisão acontecer no domicílio ou mesmo no local de trabalho, além de poder ser realizada por alguém disposto, treinado, responsável, que o paciente aceite, e sob a responsabilidade dos Programas de Controle da TB (PNCT).

O *Directly Observed Therapy* (DOT) e Tratamento Supervisionado (TS) possuem o mesmo significado, especialmente os trabalhos internacionais têm utilizado a sigla em inglês, entretanto, no Brasil, o termo usual é Tratamento Supervisionado, embora seja utilizada também a expressão DOTS.

Em 1993, frente ao cenário mundial da TB, o Programa Global da Tuberculose (GTB) declarou a TB como uma emergência mundial, preconizando a estratégia de Styblo, como o instrumento técnico e gerencial de controle da TB, conhecida como DOTS (WHO, 2002).

O GTB desenvolveu necessariamente ferramentas, bem como guias técnicos materiais de treinamentos para a propaganda e implementação do DOTS. Envolveu-se em intensos processos de assistência técnica para 60 países, focando principalmente em países grandes, justamente os 22 países com maior carga de TB (WHO, 2006a, b).

Dessa forma, o TS ou DOTS, frente à proposta inovadora de Styblo, une-se a outros componentes técnicos e gerências fundamentais no controle da TB.

Adotando-se, portanto a terminologia *Directly Observed Treatment, Short-Course* (DOTS), combinou-se o componente pioneiro DOT com a expressão S de

“Short-course”, regime que foi considerado como um importante avanço no controle da tuberculose, ao reduzir o tempo de tratamento para 6 a 8 meses.

Mesmo após a preconização da estratégia DOTS para o controle da TB, o número de casos ainda continuava a crescer, com milhares de morte, principalmente nos 22 países com a mais alta carga. Segundo a WHO (2002) 99% das mortes concentravam-se justamente nos 22 países com alta endemicidade.

Em março de 2000, a Declaração de Amsterdam to StopTB, pediu para acelerar as medidas de controle da TB, aumentar o comprometimento político, bem como a disponibilidade de recursos financeiros para alcançar as metas até 2005, de 70% de detecção de casos e 85% de sucesso de tratamento (WHO, 2002).

Em resposta à Declaração de Amsterdam, a Assembleia Mundial de Saúde, os coordenadores dos Programas Nacionais de TB dos 22 países com a mais alta carga, peritos técnicos, parceiros financeiros e a Rede Global da Tuberculose, concordaram em desenvolver o Plano Global de Expansão do DOTS (GDEP), em uma reunião realizada na cidade do Cairo, em 2000. O plano consistia de dois pilares fundamentais: contribuir na formulação de planos nacionais para a expansão da estratégia, levando-se em consideração as características nacionais dos sistemas de saúde, bem como favorecer a construção de parcerias para a expansão da estratégia (WHO, 2002).

Desse modo, fazia-se necessária a expansão da cobertura em todos os países, principalmente para aqueles com alta endemicidade por TB. Os principais obstáculos verificados nesses países para a expansão do DOTS estavam relacionados à falta de comprometimento político, insuficiência de recursos financeiros, bem como ineficiência na utilização desses, negligência no desenvolvimento de recursos humanos, estruturas organizacionais deficientes, baixa capacidade gerencial, inadequado suprimento de drogas e ausência de sistemas de informação (WHO, 2002).

O processo de expansão da estratégia nos 22 países com a mais alta carga deu-se em diferentes passos, alguns mais velozes, como na China e outros mais lentos como, por exemplo, no Brasil e na Rússia, em que a cobertura no ano 2006 chegava respectivamente a 25 e 33,6%.

De acordo com a WHO (2006a) a expansão da estratégia DOTS requer o compromisso político, não apenas por conta dos recursos financeiros, mas também para a construção de parcerias internacionais e nacionais, com objetivo de

formulação de planos estratégicos de ação a serem preparados pelos Programas Nacionais de Controle, além de contribuir na mobilização dos serviços de saúde, visando à incorporação do real significado do DOTS.

WHO (2006a) acrescenta que os 22 países responsáveis pela alta carga de TB, que estão implementando a estratégia DOTS, têm demonstrado que podem conseguir êxito no sucesso de tratamento, próximos ou superiores a meta da OMS, de 85%, entretanto alcançar a meta de 70% de detecção de casos ainda é um grande obstáculo a ser vencido.

No início do século XIX, praticamente um terço dos óbitos no Brasil era devido a TB, que acometia principalmente negros. A assistência ao doente com TB nesse período era realizada pelas Santas Casas de Misericórdia, ficando o mesmo em enfermarias gerais, ou seja, junto com doentes que tinham outras patologias. A moléstia foi responsável por crescente número de óbitos, principalmente na cidade do Rio de Janeiro (MUNIZ *et al.*, 2005).

Com a descoberta do bacilo de Kochi, em 1882, a TB foi pensada como causa de uma série de associações, que permitiam maior infecciosidade e conseqüentemente maior disseminação. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), essa descoberta modificou não somente a etiologia, mas as formas de perceber e lidar com a doença. De algum modo o controle sempre acompanhou a trajetória da tuberculose, e também, grande parte das doenças infecto-contagiosas.

A TB até então não era uma preocupação estatal, ainda que, em meios não governamentais, fosse colocada a discussão se era realmente uma doença social e qual o melhor meio de combatê-la. Entretanto, o Estado, em vista do processo de industrialização, preocupava-se com a situação sanitária do Rio de Janeiro, sede da capital federal, frequentemente atingido por surtos de outras doenças infectocontagiosas.

Enquanto isso as discussões giravam em torno de quem deveria assumir estas responsabilidades, foi então a elite médica que assumiu o papel, depois remetido ao Estado (BRASIL, 2008).

Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), quando o Estado passou a integrar a luta contra a TB com a criação da profilaxia da TB, que priorizou a descoberta e o tratamento adequado dos doentes. A seguir em 1926, o DNSP criou o modelo centralizado de ações profiláticas, hospitalares, dispensariais e laboratoriais coordenadas pelo setor público (CAMPOS, 1996).

Nas décadas de 30 e 40, operou-se em nosso país a maior revolução sanitária. Neste período é introduzida a vacinação com BCG oral, é criado um grande número de dispensários, difundindo pelo país o uso da abreugrafia. O governo federal sensibiliza-se com a situação e repassa recursos para a construção de sanatórios, os quais tinham como objetivo a internação do paciente e ou realização de procedimentos cirúrgicos especializados.

No Brasil, o esquema de curta duração foi introduzido apenas em 1979, promovendo assim uma redução da incidência da tuberculose pulmonar no período de 1981 a 1989 de 4,1% ao ano, taxa esta que poderia reduzir à metade, caso mantivesse a mesma tendência, no período de 15 anos. No entanto, no final da década de 80 e início da década de 90, observa-se “uma tendência à diminuição na velocidade da queda, ou mesmo um aumento nos casos de tuberculose em vários países” (MUNIZ *et al.*, 2005).

Este aumento na incidência relaciona-se a elevações de problemas médico-sociais, mendicância, abuso de drogas, epidemia de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (/AIDS) (BRASIL, 2010).

Tabela 1 abaixo mostra o encerramento dos casos de tuberculose no município de Fortaleza segundo de acordo com as Secretarias Executivas Regionais, ele demonstra claramente as elevadas taxas de abandono e os baixos índices de cura, menores do que os preconizados pela OMS.

Tabela 1 – Percentual de encerramento de casos de tuberculose por SER de diagnóstico, Fortaleza 2001-2009

SER Notificante	Ign/Branco	Cura	Abandono	Óbito	Transfêrência	Mudança Diagnóstico	TB Multi-resistente
SER I	12,0	65,1	12,1	1,6	5,9	0,6	0,4
SER II	13,1	60,9	11,1	2,0	7,2	1,2	0,4
SER III	22,7	54,6	11,1	2,4	7,1	1,0	0,1
SER IV	5,5	69,5	12,8	2,2	5,5	1,8	0,2
SER V	13,2	62,1	13,4	1,7	7,3	0,5	0,3
SER VI	10,0	72,0	9,5	0,9	4,7	0,6	0,4

Fonte: SMS/COPS/Célula de Vigilância Epidemiológica.

(*) Dados sujeitos a revisão – SINANNET.

Não obstante, ainda evidencia-se os casos de tuberculose multirresistente, decorrente de usos prévios de drogas, do abandono precoce ou

repetido, ou irregularidade no tratamento. A não adesão ao tratamento tem como consequência, além do aparecimento de formas bacilares resistentes, o aumento do custo do tratamento.

Ao lado da adesão ao tratamento, agregam-se outras questões que tornam complexo o tratamento da TB, como o estigma da doença ou o efeito da “cura”, após o início do tratamento, quando, após o seu início, o doente sente-se recuperado, e apto a retornar as atividades da vida e do trabalho, e pode vir a deixar de tomar a medicação. Além disso, outros aspectos são muito relevantes, como as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, assim como os problemas na sua organização, incluindo a forma como se realizam os processos de trabalho, que, via de regra, desconsideram a historicidade do indivíduo, sua inserção social, e, portanto suas necessidades (BERTOLOZZI, 2005).

Com a evolução do tratamento da TB, observa-se que um novo enfoque estabelecido, centrando-se não apenas em indicadores epidemiológicos, como também em aspectos fundamentais e necessários como a mobilização social, importante no processo de controle da doença.

A mobilização social promove o comprometimento da sociedade com a questão da TB e dessa forma as ações de controle ganham vulto, representatividade e voz. A partir desse processo, novos atores passam a constituir-se em peças fundamentais de um jogo, no qual o adversário principal é a própria doença manifesta.

Outro ponto importante a ser destacado é que pela primeira vez, aparece a expressão “sensibilização”, haja vista que o TS, somente terá êxito mediante o envolvimento de indivíduos capazes de implementar a estratégia, de acordo com seu contexto sociocultural, moldando-o a sua maneira, deixando, entretanto prevalecer durante a conformação do TDO as necessidades individuais de cada paciente.

Apesar dos antecedentes do TS que privilegiaram a antibioticoterapia, essa estratégia tem assumido nos dias atuais uma nova conformação, enxergando o paciente como sujeitos dos seus processos, visando suprir necessidades além do plano terapêutico.

A sensibilização do paciente, bem como o envolvimento da Equipe de Saúde da Família, promovendo o acolhimento e possibilitando o vínculo, podem ser considerados como os elementos chaves na implementação do TDO, e assim no controle da TB, mas faz-se necessário que os profissionais partilhem dessa concepção.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para responder aos objetivos do estudo, optamos por realizar uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva tem como principal objetivo descrever características de determinada população ou fenômeno.

Uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas para coleta de dados. Essa pesquisa configura-se como um estudo intermediário entre a pesquisa exploratória e explicativa. Nesse contexto, descrever significa identificar, relatar, comparar entre outros aspectos (GIL, 2002).

Destaca-se que a pesquisa descritiva preocupa-se em observar os fatos, registrá-los, analisá-los, classificá-los e interpretá-los e o pesquisador não interfere neles. Dessa forma, os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não são manipulados pelo pesquisador (ANDRADE; VILLA; PILLON, 2005).

A respeito da pesquisa qualitativa sabe-se que responde a questões particulares e se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado das ciências sociais a qual se concentra nas descrições científicas de grupos culturais, nestas pesquisas o pesquisador se insere no mundo dos participantes para observar, ouvir, fazer perguntas e coletar dados disponíveis (MINAYO, 2001).

Segundo Minayo (2001, p. 15),

A saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e atribuição de significados. Pois saúde e doença exprimem agora e sempre uma relação que perpassa o corpo individual e social, confrontando com as turbulências do ser humano enquanto ser total.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de 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 de uma pesquisa quantitativa.

A pesquisa qualitativa além de oferecer ao pesquisador a possibilidade de captar a maneira pela qual os indivíduos pensam e reagem frente às questões

focalizadas, também proporciona ao pesquisador conhecer a dinâmica e a estrutura da situação sob estudo, do ponto de vista de quem a vivência (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo em questão foi desenvolvido na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Carlos Ribeiro que faz parte da SER-I do município de Fortaleza. Essa cidade situa-se na região Nordeste do Brasil, com uma área territorial de 315 Km² limitando-se ao norte e leste com Oceano Atlântico e com os municípios de Aquiraz e Eusébio, e ao sul com municípios de Itaitinga, Maracanaú e Pacatuba, e a oeste com o município de Caucaia.

Fortaleza tem uma população estimada segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2014) de 2.452.185 habitantes, sendo dividida administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SERs), que funcionam como instâncias executoras de políticas públicas do município, sendo que cada uma concentra um determinado número de bairros. As SERs são responsáveis pelo planejamento e organização das ações de educação, saúde, infraestrutura entre outros.

A Tabela 2 abaixo mostra a distribuição de casos notificados de TB nas unidades de saúde da SER I, em Fortaleza-Ceará, no período de 2001 a 2009.

Tabela 2 – Casos de tuberculose diagnosticados em residentes de Fortaleza, segundo as dez Unidades de Saúde SER – I com maior quantitativo de notificações, 2001-2009

Unidades de saúde	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
CARLOS RIBEIRO	119	115	92	82	111	84	58	39	105	805
LINEU JUCA	154	139	76	57	53	32	21	32	23	587
FLORESTA	0	0	27	46	38	43	54	35	22	265
GUIOMAR ARRUDA	6	7	9	12	11	15	18	22	19	119
JOÃO MEDEIROS	0	0	0	0	0	0	33	40	45	118
REBOUÇAS MACAMBIRA	0	0	5	14	16	7	15	22	17	96
CASEMIRO JOSÉ	0	0	0	14	13	19	8	17	17	88
FRCO DOMINGOS DA SILVA	0	4	5	6	12	7	14	17	22	87
VIRGÍLIO TÁVORA	0	4	4	6	1	11	19	17	24	86
FERNANDO FAÇANHA	0	0	0	0	0	6	18	27	23	74

Fonte: SMS/COPS/Célula de Vigilância Epidemiológica.

(*) Dados sujeitos a revisão – SINANNET.

Notificação de tuberculose segundo as Unidades de Saúde.

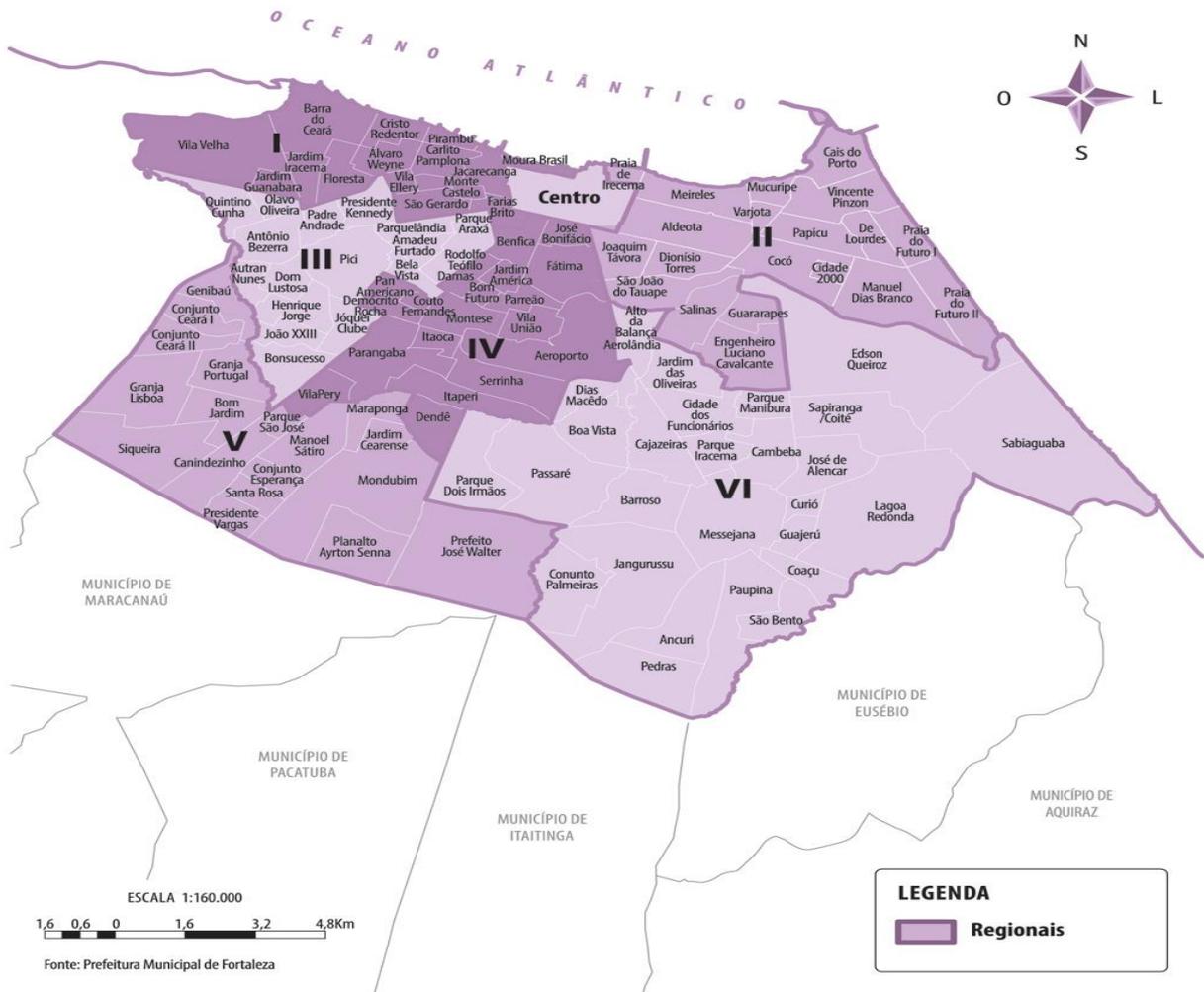
O Centro de Saúde Carlos Ribeiro é considerado uma unidade de referência em tuberculose na SER-I, e de acordo com a tabela anterior é a unidade que mais notifica casos de tuberculose nessa regional. Sendo composta por seis Equipes de Saúde da Família possuindo os seguintes profissionais: enfermeiro, médico, dentista, Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal, Agente Comunitário de Saúde (ACS), além de possuir outros servidores como: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista.

Para o desenvolvimento dessa pesquisa primeiramente ela foi submetida à Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, a fim de obter autorização para utilizar a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Carlos Ribeiro como campo de estudo, e em seguida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Após a aprovação do comitê de ética, uma cópia da autorização foi entregue a chefe do Distrito de Saúde da SER-I e a Célula de Atenção Básica (CAB) que emitiu ofício autorizando a realização da pesquisa na unidade de saúde.

Após todo esse processo visitei a unidade de saúde para dar início à coleta de dados, realizando as entrevistas como os enfermeiros das ESF do referido centro de saúde.

A figura abaixo mostra a divisão administrativa do município de Fortaleza em Secretarias Executivas Regionais, a unidade de saúde Carlos Ribeiro fica localizada no bairro Jacarecanga que juntamente com outros 14 bairros fazem parte da SER I. A referida regional possui 12 Centros de Saúde da Família, além de 2 hospitais públicos e 1 hospital particular.

Figura 5 – Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (2012).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os seis enfermeiros do Centro de Saúde Carlos Ribeiro que atuam no atendimento aos pacientes com tuberculose.

Lefèvre e Lefèvre (2003) ressaltam que a seleção dos sujeitos para a pesquisa qualitativa deve respeitar os critérios de quantidade, variabilidade e qualidade dos atores, no sentido da possibilidade de fornecimento de dados ricos, interessantes e suficientes para construção do DSC.

Os critérios estabelecidos para a inclusão no estudo foram: atuar como enfermeiro da ESF, aceitar participar livremente do estudo, assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), e estarem envolvidos diretamente no atendimento de pacientes com tuberculose na unidade de saúde. Foram excluídos os

profissionais que não aceitaram participar da pesquisa, e os enfermeiros que não participavam da assistência direta ao paciente com tuberculose, ou não assinaram o TCLE, e os que em qualquer momento da pesquisa desistissem de participar da mesma.

Todos os envolvidos nessa amostra aceitaram participar espontaneamente do estudo e receberam informações sobre os objetivos e metodologia do mesmo; também foi assinado o TCLE por meio da participação espontânea dos profissionais. Foi garantido o anonimato e sigilo das informações, e foi dado ainda o direito aos sujeitos participantes de se retirar do estudo em qualquer fase da pesquisa.

4.4 COLETA DE DADOS

Para realização desse estudo, optou-se por utilizar como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada e o diário de campo. Nesta pesquisa, foram utilizadas questões abertas, onde o sujeito tem liberdade total para abordar o assunto sob o seu ponto de vista, permitindo tanto a obtenção de informações objetivas, como outras de caráter subjetivo, referentes às atitudes, opiniões e valores dos indivíduos entrevistados (MINAYO, 2001).

A entrevista, no sentido amplo de comunicação verbal, é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo. É o principal instrumento para levantamento das representações sociais, sendo um método indispensável em qualquer estudo qualitativo (MINAYO, 2001).

As entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador na Unidade de Saúde Carlos Ribeiro, e ocorreram dentro do consultório de enfermagem, conforme a disponibilidade dos profissionais. Algumas vezes aproveitaram-se os momentos em que os enfermeiros não estavam em atendimento como o horário do almoço ou lanche para coletar os dados, ou até mesmo no intervalo entre as consultas.

Alguns profissionais mostravam-se mais dispostos a participar da pesquisa, outros devido à sobrecarga de trabalho pareciam cansados, ou até desestimulados com as condições de trabalho. Alguns estavam ansiosos com entrevista e mostraram um pouco de receio, pois acreditavam que ao participarem poderiam se prejudicar de alguma forma no trabalho.

Todo o material foi gravado e transcrito na íntegra pelo próprio pesquisador, a partir das análises dessas transcrições foram elaborados quadros

com as Expressões-Chave e as Ideias Centrais, visando à construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

As Expressões-Chaves foram construídas a partir de fragmentos das transcrições literais dos depoimentos e visavam apresentar a essência do conteúdo discursivo na resposta de cada enfermeiro (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2001).

As Ideias Centrais foram extraídas a partir das expressões-chave, e foram o ponto de partida do DSC. Como o discurso representa as ideias de uma coletividade, algumas mudanças foram realizadas nos fragmentos utilizados, para que dessa forma a narrativa se tornasse compreensível à leitura.

Para tanto, foram introduzidos no texto do DSC conectivos de ligação (assim, logo, então), quando se tornou impossível evitar esta alteração. O objetivo foi a de alterar minimamente o pensamento dos informantes, de modo que a narrativa final fosse à síntese coletiva dos discursos individuais. Até mesmo os discursos paradoxais, quando reunidos num fluxo que tenha coesão, não significaram distorções, pelo contrário, tornaram um sentido de contradição, necessário e inerente a qualquer discurso que se constrói em grupo.

Devido ao grande volume de textos produzidos nas entrevistas transcritas, optou-se por não apresentar o instrumento com a cópia integral das mesmas em formato de tabelas. A transcrição integral destas entrevistas, de onde foram retiradas as Expressões-Chaves, poderá ser disponibilizada posteriormente.

Foi utilizado durante as entrevistas desta pesquisa o diário de campo. Segundo Minayo (2001, p. 100), “O diário de campo se caracteriza como um caderno que constam todas as informações que sejam o registro das entrevistas formais”. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimônias, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa.

Portanto, o diário de campo foi utilizado para registro das impressões, mostrando também o comportamento observado durante o dia-a-dia do profissional no seu local de trabalho.

A fala do sujeito, em uma entrevista qualitativa, constitui uma subjetividade vivenciada e não a verdade em relação ao seu dia a dia. Existem elementos na pesquisa qualitativa que, na fala do sujeito, podem ser omitidas durante a entrevista. A fala do sujeito, então, não significa a única forma legítima de validar a pesquisa, mas uma das maneiras de ser conduzida (GIL, 2002).

Coube ao entrevistador interferir o mínimo possível na entrevista, limitando-se a esclarecer questões que suscitaram dúvidas. As entrevistas foram realizadas durante os meses de novembro e dezembro de 2013, posteriormente todas as expressões verbais foram transcritas do oral para o impresso, sem preocupações gramaticais ou formais, depois o texto foi corrigido e novamente submetido à leitura acompanhada, buscando-se respeitar as pausas respiratórias e a prosódia particular dos entrevistados.

Em alguns momentos tinha-se que aguardar o término da realização dos atendimentos para iniciar a gravação da conversa, em outros a entrevista foi interrompida por pacientes ou outros profissionais da unidade que adentravam ao consultório no momento da sua realização.

A rotina de trabalho do enfermeiro da ESF é sempre muito dinâmica, os atendimentos são os mais variados, vão desde o atendimento a criança até ao idoso, uma clientela com muitas particularidades. Foi nesse cenário com muitos participantes que aconteceu a gravação da fala dos enfermeiros entrevistados.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos profissionais, visto que:

[...] se estes são retirados de seu meio habitual é muito difícil chegar-se a conclusões verdadeiras sobre seu comportamento. O ambiente, o contexto no qual os indivíduos realizam suas ações e desenvolvem seus modos de vida são fundamentais, têm um valor essencial para alcançar das pessoas uma compreensão mais clara de suas atividades. O meio, com suas características físicas e sociais, imprime aos sujeitos traços peculiares que são desvendados à luz do entendimento dos significados que ele estabelece. Por isso, as tentativas de compreender a conduta humana isolada do contexto no qual se manifesta, criam situações artificiais que falsificam a realidade, levam a engano, a elaborar postulados não adequados, a interpretações equivocadas (TRIVIÑOS, 2007, p.122).

Vale ressaltar que foi realizado um pré-teste com profissionais de outra unidade de saúde da família (USF) do município de Fortaleza, onde algumas modificações no roteiro da entrevista foram realizadas. De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2003) todo roteiro de entrevistas precisa ser testado em sujeitos semelhantes ou equivalentes aos que serão pesquisados.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foi escolhido como instrumento metodológico o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que foi proposto por Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcante Lefèvre em 2003.

O DSC proposto por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2001) constitui uma técnica de organização de dados discursivos em pesquisa qualitativa que permite resgatar o estoque de representações sobre um determinado tema em um dado universo. A matéria-prima a ser trabalhada pelo DSC é o pensar expresso de forma discursiva de um conjunto de sujeitos sobre certo assunto. Os discursos são submetidos a uma análise de conteúdo que se inicia pela decomposição desses nas principais ancoragens ou ideias centrais presentes em cada um individualmente e em todos reunidos, seguindo-se a uma síntese que visa à reconstituição discursiva da representação social.

Lefèvre e Lefèvre (2003) definem as Expressões-Chave (ECH): como trechos, pedaços ou transcrições literais do discurso que revelam a essência ou as questões da pesquisa, buscando o resgate literal do discurso. Ideias Centrais (IC): revelam de maneira sintética cada conjunto de ECH, não é uma interpretação, mas uma descrição do sentido de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos. Ancoragem (AC): é a manifestação oral relatada pelo sujeito a ser usada pelo enunciador para caracterizar uma situação específica, sendo a manifestação linguística explícita de uma dada teoria que o autor do discurso professa, usada pelo enunciador para enquadrar uma situação específica.

A construção do DSC é realizada na primeira pessoa do singular com o objetivo de estar mais próximo do pensamento coletivo, sendo necessário identificar e “somar qualitativamente” discursos semelhantes ou complementares obtidos através das entrevistas, ou seja: “um discurso geral feito de discursos individuais agregados” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

Portanto, o DSC propriamente dito: é a fase final expressado pela síntese do que derivaria as etapas das extrações das ideias centrais e expressões-chaves representando o núcleo dos discursos. Dessa forma, a representação surgiria sobre uma dada temática no grupo; porém não quer dizer que ocorreria a homogeneidade no discurso; levando em consideração que cada um tem a sua forma de expressar a sua subjetividade; teríamos a representação do pensamento de todos.

A utilização do DSC está associada à busca das representações coletivas ou sociais construídas por indivíduos participantes de grupos sociais ou profissionais. É, por isso, um instrumento metodológico que pode ser empregado no estudo do pensamento, isto é, do que os indivíduos que compõem esses grupos pensam e, ao explicitá-lo, representam a partir do seu envolvimento pessoal com o dia-a-dia ou com os fenômenos produzidos num local de convivência ou de trabalho (SALES; SOUZA; JOHN, 2007).

O DSC é realizado com a montagem das figuras metodológicas ou a reconstrução do discurso pessoal subjetivo, tendo como proposta visualizar uma melhor representação social do tema abordado pela ótica do imaginário coletivo.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com base nos cuidados éticos necessários aos seres humanos, preconizados pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo iniciada após aprovação pelo CEP da UECE, com Parecer nº 501.470.

Os participantes foram esclarecidos sobre os aspectos éticos que envolveram a pesquisa garantindo-lhes a autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Após a explicação completa dos objetivos, métodos, benefícios previstos, riscos e incômodos que esta pesquisa possa acarretar, os sujeitos da pesquisa puderam optar por participar ou não da mesma. Todos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o TCLE. Foi assegurado aos participantes a confidencialidade e a privacidade de sua identidade ou imagem.

Todos os resultados dessa pesquisa poderão ser utilizados para planejar ações e políticas de atuação no município de Fortaleza, no sentido de colaborar com o controle e eliminação da TB.

5 RESULTADOS

As seis enfermeiras que participaram do estudo apresentaram as seguintes características, conforme especificadas no quadro a seguir.

Quadro 1 – Características das participantes da pesquisa. Fortaleza-CE, nov./dez. 2013

Sujeito	Idade	Titulação	Estado civil	Experiência profissional – em anos	Capacitação específica
1	52	Especialista	Casada	22	Sim
2	26	Graduada	Solteira	02	Não
3	35	Especialista	Casada	13	Sim
4	44	Especialista	Casada	20	Sim
5	36	Mestre	Casada	12	Sim
6	34	Mestre	Casada	14	Sim

Fonte: Elaborado pelo autor.

A tabulação dos dados pela técnica do DSC desenvolveu-se, num primeiro momento, na transcrição integral dos dados coletados, identificando-se e sublinhando-se as Expressões-Chave, seguindo para a identificação das Ideias Centrais.

Os DSCs foram organizados de forma sequencial com o agrupamento das Expressões-Chave, dando coesão ao fluxo do texto, obedecendo a uma esquematização do sentido, com a preocupação de não alterar o fluxo do pensamento do entrevistado.

Os entrevistados foram codificados por números (1, 2, 3, 4, 5 e 6) para facilitar a descrição na análise do discurso do sujeito coletivo e manter o sigilo necessário. As falas foram colocadas em um quadro apresentado a seguir com suas Expressões-Chave (ECH) e Ideias Centrais (IC).

Quadro 2 – Pergunta 1: Você realiza o TDO da tuberculose? Quais as potencialidades e as fragilidades do Programa de Controle da Tuberculose na Unidade de saúde?

(continua)

Expressões-Chave	Ideias Centrais
<p>Ent.1- <i>“Sim, o TDO é ofertado para todos os pacientes, quando ele não vem tomar no posto, o ACS supervisiona a tomada do medicamento no domicílio do paciente”.</i></p> <p>Ent.1- <i>“A gente vai barganhando tudo, só pode receber a cesta básica, se fizer tratamento corretamente”.</i></p>	<p>O TDO é ofertado para todos e ocorre no domicílio.</p> <p>A cesta básica condiciona a adesão ao tratamento.</p>
<p>Ent.2- <i>“O tratamento supervisionado é muito positivo, mas falta contrapartida, estímulo da gestão, falta lanche, se eles tivessem o lanche (os pacientes) estariam mais estimulados para fazer o tratamento, se tivessem também o auxílio para transporte.”</i></p>	<p>O tratamento supervisionado é muito positivo, mas depende de benefícios como auxílio para transporte, lanche.</p>
<p>Ent.3- <i>“Eu realizo o tratamento supervisionado e acredito que ele só tem pontos positivos, ele aproxima o profissional dos pacientes, facilitando a aceitação do tratamento, o problema é que muitos pacientes são usuários de droga e de álcool, e não possuem uma alimentação adequada daí, abandonam o tratamento”.</i></p>	<p>Ponto positivo aproxima profissional e paciente, porém o uso de drogas ilícitas e lícitas aumenta as taxas de abandono.</p>
<p>Ent.4- <i>“Eu acho uma estratégia fundamental para cura, porque busca o paciente, porque monitora, acompanha, porque dá apoio... e não deixa o agente de saúde e o paciente sozinho com responsabilidades, mas tem dificuldades, pois no final de semana o paciente, se não tiver apoio da família fica sem tomar remédio”.</i></p>	<p>Estratégia fundamental, favorece apoio ao paciente, à família pode contribuir supervisionando a dose nos fins de semana.</p>

Quadro 2 – Pergunta 1: Você realiza o TDO da tuberculose? Quais as potencialidades e as fragilidades do Programa de Controle da Tuberculose na Unidade de saúde?

(conclusão)

Expressões-Chave	Ideias Centrais
Ent.5- <i>“O TDO é uma estratégia positiva, mas eu acho muito difícil, seria interessante uma pessoa para fazer só aquilo muitas vezes o ACS não consegue chegar a casa daquele paciente”.</i>	Estratégia positiva, mas com ressalvas.

Fonte: Pesquisa direta.

a) Discurso do Sujeito Coletivo

O tratamento supervisionado é estratégia positiva, pois não deixa o paciente sozinho, todavia faltam estímulos para os pacientes como lanche, e o apoio da família é importante, pois se não tiver, no final de semana o paciente acaba ficando sem a dose, outro problema é que alguns doentes fazem uso de drogas, o que dificulta ainda mais a adesão ao tratamento.

Quadro 3 – Pergunta 2: Você já recebeu alguma capacitação sobre Tuberculose e/ou Tratamento Diretamente Observado?

(continua)

Expressões-Chave	Ideias Centrais
Ent.1- <i>“Eu fiz especialização em pneumologia sanitária pela Fiocruz no Rio de Janeiro, daí eu não quis saber de outra coisa apenas da Tuberculose. Acho interessante que a tuberculose no paciente, afeta os pulmões, mas no meu caso como profissional, afetou o coração, pois eu me apaixonei pelo trabalho com esses pacientes. Depois eu fiz especialização em Saúde da Família, agora eu atuo como facilitadora de cursos de tuberculose. Treino os profissionais da unidade e até médicos e enfermeiros de outros centros de saúde”.</i>	Tenho especialização em Pneumologia Sanitária. Sou apaixonado pelo trabalho com tuberculose. Atuo como multiplicadora.

Quadro 3 – Pergunta 2: Você já recebeu alguma capacitação sobre Tuberculose e/ou Tratamento Diretamente Observado?

(continuação)

Expressões-Chave	Ideias Centrais
<p>Ent.2- <i>“Nunca fiz capacitação em tuberculose, toda a minha experiência, veio da prática como profissional da Saúde da Família. Aprendi tudo que sei buscando em livros, em manuais do Ministério da Saúde, protocolos de Enfermagem”.</i></p>	<p>Ausência de capacitação ofertada pelo serviço, busca pessoal pelo conhecimento.</p>
<p>Ent.3- <i>“Já participei de dois treinamentos, que foram feitos por uma enfermeira e um médico desta unidade. Eles têm larga experiência em tuberculose. Mas a capacitação deve ser frequente (treinamentos)”.</i></p>	<p>Treinamento em serviço.</p>
<p>Ent.4- <i>“Recentemente eu não recebi treinamentos, mas quando eu trabalhei em outro serviço, eu fazia treinamentos com frequência, por exemplo, na FUNASA. Também já fiz treinamentos pela SESA. Porém desde que cheguei aqui não fui treinada”.</i></p>	<p>Educação continuada.</p>
<p>Ent.5- <i>“Eu considero extremamente importante esses treinamentos, acho que meu último treinamento foi há seis meses. Muitas vezes chamam um profissional da unidade para fazer o treinamento, e essa pessoa fica responsável por repassar para outros profissionais o conteúdo, todavia devido à correria do dia a dia o repasse do treinamento não acontece. Na imensidão de coisas que a gente vai fazendo, nunca acabamos tendo tempo de repassar o que aprendemos. Daí complica, se todos fossem treinados ficaria mais fácil”.</i></p>	<p>Fiz um curso há seis meses. Treinamentos não são feitos com todos os profissionais, apenas um é treinado e atua como multiplicador, todavia nem sempre o conteúdo é repassado.</p>

Quadro 3 – Pergunta 2: Você já recebeu alguma capacitação sobre Tuberculose e/ou Tratamento Diretamente Observado?

(conclusão)

Expressões-Chave	Ideias Centrais
Ent.6- <i>“Eu já fiz treinamentos sobre tuberculose, mas nunca fui treinada sobre TODO”.</i>	Ausência capacitação para o TDO.

Fonte: Pesquisa direta.

b) Discurso do Sujeito Coletivo

O trabalho na Saúde da Família foi a minha primeira experiência como profissional, foi no interior do estado do Ceará que comecei minha trajetória como enfermeira do PSF, isso foi logo no início, participei do processo de formação das primeiras equipes de saúde no estado. Foi algo marcante na minha vida, tenho orgulho de ter participado desse processo e de até hoje esta inserida no trabalho com as famílias. Foi lá que cresci profissionalmente, tive a oportunidade de realizar inúmeras capacitações nas mais variadas áreas, fiz muitos cursos na SESA Secretária de Saúde do Estado do Ceará e na Escola de Saúde Pública. Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza tem realizado treinamentos apenas para alguns profissionais da unidade de saúde, daí um desses profissionais fica responsável por repassar o conteúdo para o restante das equipes. Todavia esse repasse das informações muitas vezes não ocorre, pois são muitas as atribuições dos profissionais e acaba faltando oportunidade. Sou apaixonada pelo trabalho que faço, já trabalhei em muitos municípios e há seis anos estou atuando no município de Fortaleza, atuei também em cargos de gestão em Secretarias Municipais de Saúde, mas hoje voltei a trabalhar na ESF. Também tive a oportunidade de fazer mestrado e atuar em outras áreas da enfermagem, mas nunca deixo de trabalhar como enfermeira da Saúde da Família.

**Quadro 4 – Pergunta 3: Como funciona o tratamento da tuberculose nesta
Unidade de Saúde?**

(continua)

Expressões-Chave	Ideias Centrais
<p>Ent.1- <i>“O Tratamento supervisionado pode ocorrer na casa do paciente, ou na própria unidade de saúde, alguns pacientes relatam que não podem esperar pelo ACS, pois ele demora muito. Alguns pacientes precisam ir para trabalho, daí preferem tomar medicamento no posto. Já tive casos de moradores de rua fazerem o tratamento de Tb, e nesse caso eu contava com apoio de outras pessoas da comunidade para levar o remédio diariamente ao paciente”.</i></p>	<p>O TS possui dificuldades, pois alguns pacientes trabalham e não podem esperar o ACS na sua residência. Outros preferem tomar remédio no posto ou até mesmo na rua, pois já tratei pacientes moradores de rua.</p>
<p>Ent.2- <i>“Eu procurava trazer os pacientes para tomar comigo, e era muito bom, eles gostavam quando tinha lanche, vale transporte, e a cesta básica, então isso incentivava eles, por causa da carência que a pessoa tem. Quando a cesta não vinha eles começavam a faltar, era uma relação de troca, se tinha cesta eles faziam tratamento regularmente, se faltava, poucos vinham”.</i></p>	<p>TDO realizado pelo enfermeiro no posto. Os pacientes gostavam quando tinha lanche, cesta básica e vale transporte. Relação de troca.</p>
<p>Ent.3- <i>“O TS é ofertado na casa do paciente pelo ACS, eu não tenho tempo de ir à casa dos doentes fazer supervisão da dose, já tive de ir, mas não posso mais”.</i></p>	<p>O ACS realiza TS na casa do paciente.</p>
<p>Ent.4- <i>“Nenhum paciente pode perder a dose, quando paciente faltava, era realizada busca ativa, a visita no domicílio do paciente era realizada, tudo isso era feito para não perder o paciente de jeito nenhum”.</i></p>	<p>Busca ativa de faltosos através de visita domiciliar.</p>

**Quadro 4 – Pergunta 3: Como funciona o tratamento da tuberculose nesta
Unidade de Saúde?**

(conclusão)

Expressões-Chave	Ideias Centrais
Ent.5- <i>“Eu acho que tem alguns pacientes que não há necessidade de ser oferecido o TS, tem pacientes que são extremamente comprometidos, conscientes. O profissional observa quando o paciente é responsável, pois ele vem para unidade, ele busca a medicação, faltando uma semana ele vem pegar receita, bate na sua porta, tira dúvidas, inclusive questiona sua conduta, eu acho que esse tipo de paciente não precisa desse tipo de tratamento, mas mesmo assim eu peço o ACS para visitar, não diariamente como eles fazem com outros pacientes que vejo que precisam”.</i>	Alguns pacientes não precisam realizar TDO, pois são conscientes, comprometidos. O profissional sabe quando o paciente é responsável.
Ent. 6- <i>“O acompanhamento é feito no domicílio, ou na unidade de saúde, fica a critério do paciente e do profissional decidir sobre onde é melhor realiza-lo”.</i>	O tratamento pode ser realizado na unidade ou no domicílio, depende do profissional e do paciente.

Fonte: Pesquisa direta.

c) Discurso do Sujeito Coletivo

Alguns pacientes preferem realizar o tratamento na unidade, pois tinha lanche. Só recebia a cesta básica quem viesse diariamente tomar dose supervisionada, todavia o lanche e a cesta básica faltavam. Quando alguém falta à dose, eu pedia o ACS para fazer a busca ativa, ou então eu ligava para o paciente, perguntando por que ele havia faltado. E em alguns casos, a família e os membros da comunidade podem auxiliar na administração da dose. Para incentivar e estimular os pacientes a fazerem o tratamento completo eu realizo a festa da cura, que é um momento de descontração, divertimento e aprendizado, onde todos os pacientes são convidados. Aqueles que completam o tratamento com êxito ao fim dos seis meses recebem um certificado de cura, é um momento de confraternização, pois todos participam.

Quadro 5 – Pergunta 4: O tratamento supervisionado é ofertado para todos os pacientes?

Expressões-Chave	Ideias Centrais
Ent.1- <i>“Sim é ofertado para todos, mas muitos dizem que sabem tomar o medicamento sozinho, e que não precisam disso, eu tento convencê-los que é uma determinação do Ministério da saúde”.</i>	TDO deve ser ofertado para todos os pacientes.
Ent. 2- <i>“A gente faz uma festa da cura a cada seis meses, e da um certificado para estimular a todos os pacientes que terminam o tratamento, e todos são convidados, porque um torna-se exemplo para outro, eu dava os parabéns para os pacientes e eles ficavam felizes, daí aproveitava o momento para fazer uma palestra e estimular os que estavam iniciando o tratamento. Aproveitava para falar sobre os exames, os comunicantes e etc.”.</i>	É realizada uma festa da cura para estimular os pacientes a concluir o tratamento.
Ent.3- <i>“Aqueles que não têm condição física ou financeira de vir à unidade, então nesses casos fazemos a dose supervisionada na casa da pessoa”.</i>	Pacientes com dificuldade física ou financeira para realizar tratamento na unidade são acompanhados em casa.
Ent.4- <i>“O Tratamento Diretamente Observado é oferecido para todas as pessoas”.</i>	O TDO é disponível para todos.
Ent.5- <i>“Eu acho que em alguns doentes não há necessidade de ofertar o TS”.</i>	Alguns doentes não precisam do TS.
Ent.6- <i>“Esse tipo de tratamento quando realizado corretamente aproxima profissionais de saúde, paciente e seus familiares, proporciona a formação de vínculo”.</i>	O TS favorece o vínculo.

Fonte: Pesquisa direta.

d) Discurso do Sujeito Coletivo

O Tratamento Supervisionado da tuberculose é uma estratégia que deve ser ofertada para todos os pacientes com o diagnóstico dessa doença, ele pode ser realizado no domicílio do paciente, sob a supervisão do ACS, de segunda à sexta feira, ou na unidade de saúde. O TS só possui fatores positivos, ele aproxima o profissional do paciente, da família. Outro fator que interfere na adesão é o uso de drogas como o álcool entre outras, e situações especiais como moradores de rua.

6 DISCUSSÃO

A tabulação dos dados, desenvolvida por meio da técnica do DSC, possibilitou identificar 24 ideias centrais, que foram agrupadas em três categorias, conforme suas semelhanças e significações: Traçando o perfil dos participantes e a importância da capacitação continuada em TDO; o que os enfermeiros pensam sobre o TDO; forças e desafios no uso do TDO na Estratégia Saúde da Família. Eles serão apresentados com os Discursos dos Sujeitos Coletivos e analisados em seguida.

6.1 TRAÇANDO O PERFIL DOS PARTICIPANTES E A IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO CONTINUADA EM TDO

A idade dos entrevistados nesse estudo variou de 26 a 52 anos, com relação ao sexo todas eram do sexo feminino, cinco eram casadas e apenas uma solteira. Todas tinham experiência profissional na ESF, a que atuava há menos tempo tinha dois anos nessa área, e a mais experiente tinha 22 anos com enfermeira de Saúde Pública/Saúde da Família.

Segundo Silva, Motta e Zeitoune (2010), na questão de sexo, confirmou-se o resultado de pesquisas similares, por identificar o predomínio do gênero feminino entre os profissionais pesquisados, sendo a feminilização da força de trabalho em saúde recorrente.

Os resultados deste estudo quanto ao sexo e idade dos enfermeiros corroboram dados da pesquisa de Machado (2000 *apud* FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2005) acerca do perfil dos enfermeiros da ESF no Brasil, que mostram uma predominância do sexo feminino.

Com relação à idade, nessa pesquisa a média de idade das enfermeiras entrevistadas foi de 37 anos, dado semelhante à pesquisa de Machado (2000 *apud* FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2005) que relata que a grande maioria das profissionais da ESF possuía menos de 40 anos de idade.

Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999) mostram que 90,9% dos enfermeiros da ESF são do sexo feminino, e a média da idade das profissionais é de 34 anos. 70% graduaram-se em Escolas de Enfermagem de natureza pública, possuindo em média oito anos de formadas. 19,3 % possuem título de especialista e 65,3% tem acesso às publicações relativas à saúde da família através de material editado pelo Ministério da Saúde. Os enfermeiros sentem a necessidade de

aprimoramento profissional, sendo os cursos de especialização, mestrado /doutorado escolhidos como forma de aprimoramento.

Portanto a predominância do sexo feminino é encontrada em vários estudos desenvolvidos no Brasil e até em outros países do mundo.

Historicamente, na enfermagem, a profissão surge como atividade predominantemente feminina e caritativa, o que expressa à demanda de um tipo ideal de cuidadora, ou seja, é associado à figura da mulher-mãe, observada como curandeira e detentora de saber informal de práticas de saúde, saber este que é repassado de mulher para mulher, uma vez que essas são “naturalmente” inclinadas para o cuidado doméstico prestado às crianças, aos enfermos e aos idosos. A compreensão de cuidado, concebida como atribuição feminina, produto das “qualidades naturais” das mulheres, incentiva a presença no espaço formal das relações de trabalho nos serviços de saúde (LOPES; LEAL, 2005).

Há relatos na literatura que a predominância dos trabalhadores nos hospitais é do sexo feminino, principalmente na enfermagem, explicada em função do arquétipo, atribuído às mulheres. Fato que também é elucidado em várias culturas, onde a assistência e higienização dos doentes são consideradas como extensão do trabalho da mulher. Além disso, consideramos ser um traço estrutural das atividades do setor de saúde, a preponderância da força do trabalho feminino nas atividades que envolvem o trato e o cuidado com as pessoas.

Outro dado relevante encontrado por Machado (2000 *apud* FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2005) foi que apesar da grande maioria dos profissionais de enfermagem ser do sexo feminino, o número de homens na área está aumentando, com o passar dos anos.

A forma de contrato de serviços profissionais de grande parte dos enfermeiros da ESF de Fortaleza é sob regime estatutário. Em 2006, foi realizado um concurso público pela Prefeitura Municipal de Fortaleza que efetivou aproximadamente 350 profissionais de enfermagem para atuar nas Equipes de Saúde da Família.

Essa modalidade de contratação permite uma maior estabilidade profissional, isso pode fixar os profissionais em equipes e favorecer a formação de vínculos com a família e a comunidade.

Dados do Pacto pela Saúde 2006 afirmam que todo município deve adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos

trabalhadores da saúde na sua esfera de gestão e de serviços, provendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme a legislação vigente e considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS (PCCS/SUS), quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito da gestão local (BRASIL, 2006a).

Todavia apesar dessa recomendação do Ministério da Saúde através do Pacto pela Saúde de 2006 em muitos municípios do Ceará ainda existem vínculos de trabalho precários e inexistência de PCCS, o que requer maior empenho de todas as esferas da gestão para cumprir o que foi pactuado.

No caso de um PCCS/SUS seria importante para estimular e incentivar os profissionais tanto em aprimoramento pessoal como em cumprimento de metas, o que poderia oferecer melhores condições de fixação em suas equipes (BRASIL, 2006a).

Portanto a instabilidade de profissionais pode ser desvantajosa tanto para os trabalhadores do SUS como para a comunidade em que ele atua.

Essa situação pode flexibilizar as relações de trabalho na estratégia, comprometendo sua continuidade e, principalmente, a relação com a comunidade no que diz respeito, por exemplo, a sua credibilidade e da Secretaria de Saúde que adota esse sistema (ANDRADE, 1998 *apud* FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2005). A situação de instabilidade faz com que os profissionais procurem outras oportunidades de emprego o que, conseqüentemente, compromete e adia os compromissos e metas firmadas durante as gestões, diminuindo a qualidade da prestação de serviços à população desta região (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2005).

Para mudar essa situação é necessário avançar na direção da sustentabilidade das transformações do modelo de atenção. É preciso que estes elementos sejam potencializados com processos mais efetivos de gestão, medidas que visem à fixação das equipes em seus municípios, ampliação de recursos com responsabilidade tripartite, políticas de recursos humanos que promovam valorização social do trabalho dos profissionais que trabalham na área da saúde pública, com destaque para os que compõem as equipes da Saúde da Família e, maior ousadia nas instituições de ensino para inovar na formação de seus profissionais (SOUZA; SILVA, 2010).

Deste modo os profissionais da ESF devem ser valorizados, pois ela é a estratégia prioritária adotada pelo Ministério da Saúde, sendo a porta de entrada do

SUS, e como garantir uma boa assistência à população se esses profissionais não possuem boas condições de trabalho e uma remuneração justa.

O enfermeiro que atua na ESF deve realizar assistência integral promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde aos indivíduos e famílias na USF, e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade (BRASIL, 2010).

Deste modo as responsabilidades do enfermeiro da ESF são muitas, envolvendo todas as etapas do ciclo de vida dos indivíduos e da família e para que essas atividades sejam desenvolvidas com êxito o vínculo e a humanização devem estar sempre associados.

Com relação à titulação uma era só graduada, não tendo feito curso de especialização. Três tinham título de especialistas e duas eram mestres. No que se refere a realizações de capacitação em tuberculose/TDO apenas uma não possuía, todas as outras fizeram treinamentos em tuberculose, inclusive uma era especialista em Pneumologia Sanitária. Vale ressaltar que o título de especialista das profissionais estava relacionado à área de Saúde da Família/Saúde Pública.

Essas informações convergem com os dados encontrados na literatura, que apontam a preocupação dos enfermeiros inseridos na ESF em realizarem pós-graduação (especialização) na área (FERREIRA; SCHIMITH; CACERES, 2010; ROCHA; ZEITOUNE, 2007).

A busca da especialização reflete a necessidade de atender à lógica do mercado competitivo na área da enfermagem e, assim, poder ter mais possibilidades na busca por um emprego, além de ratificar a importância de permanentes capacitações profissionais, em decorrência dos avanços tecnológicos, de novas informações na área da saúde e das diversas necessidades dos usuários que buscam esses serviços.

6.2 O QUE AS ENFERMEIRAS PENSAM SOBRE O TDO

O Tratamento Supervisionado (TS) ou Tratamento Diretamente Observado (TDO) constituiu apenas um dos cinco elementos da estratégia DOTS preconizada pela OMS para controle da TB em todo o mundo.

O TS é caracterizado pela supervisão na ingestão dos medicamentos, o ACS vai à casa do paciente e observa a tomada dos remédios, isso ocorre de segunda à sexta-feira.

Todavia essa forma de tratamento vai além da supervisão da ingestão dos medicamentos, ela está centrada na relação profissional-paciente-família. O Ministério da Saúde considera que o profissional deve, sobretudo, acolher, compreender o paciente, suas relações familiares, seus interesses, sua realidade, estreitando essas relações.

Esta relação deve superar a lógica do saber técnico, exigindo mudanças de comportamento, de atitudes, tanto do profissional quanto do paciente, possibilitando modificações na qualidade da atenção.

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

A aproximação do profissional com paciente é de suma importância para estabelecimento de uma nova forma de contato com clientela. O conhecimento da realidade exige novas responsabilidades dos profissionais de saúde, bem como mudanças na sua prática cotidiana. Essas mudanças pressupõem o estabelecimento de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário, e seu acolhimento pelo trabalhador de saúde.

Para a política de humanização de SUS o acolhimento do paciente e de sua família é de extrema importância para formação do vínculo; que hoje é considerado peça chave quando se fala em humanização de atendimento.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS (BRASIL, 2010), a prática do cuidado se dá pelo encontro entre sujeitos, trabalhador e usuários, que atuam uns com os outros, se encontram, se escutam, devendo haver uma acolhida das intenções e expectativas que são colocadas. O que se privilegia é a construção coletiva de uma experiência comum, solidária e igualitária nas práticas de saúde, com vistas à transformação da maneira como os sujeitos se relacionam e as práticas de saúde que podem ser alteradas.

Portanto, a PNH busca humanizar o cuidado dos trabalhadores de saúde para com os usuários do SUS, fazendo com que a prática do cuidado seja realizada

de forma universal, buscando a integralidade e a equidade preconizada nos princípios do SUS.

Se durante o TDO, percebe-se um diálogo unilateral, onde só se escuta a “voz” do profissional de saúde que detém todo o conhecimento e saber, ou ainda pior, se durante o TDO o silêncio impera, não permitindo, em ambas as situações, que se estabeleça um diálogo que ajude e norteie o processo de tratamento, o TDO realmente só terá a concepção da observação direta da administração do medicamento pelo paciente, e essa concepção acredita-se que seja insuficiente para se conseguir o sucesso na operacionalização dessa forma de tratamento.

O tratamento diretamente observado da TB deve ser ofertado a todos os pacientes com diagnóstico de tuberculose, prioritariamente os bacilíferos, essa é uma recomendação do Ministério da Saúde e da OMS que entende que essa forma de tratamento é a mais exitosa para cura de pacientes com diagnóstico dessa doença (BRASIL, 2010).

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

Para alguns profissionais certos pacientes não necessitam fazer o TS, pois são conscientes, tomam a medicação na unidade, realizam todos os exames de rotina, e até questionam condutas dos profissionais.

Apesar de alguns pacientes serem bastante participativos no seu tratamento, mostrando regularidade na tomada de seus medicamentos e reponsabilidade no autocuidado, a OMS considera que a estratégia DOTS é essencial para o controle de casos de TB em todo o mundo.

Portanto o TS deve ser utilizado em todos os pacientes com diagnóstico de tuberculose, não devendo haver restrição em relação à classe social, sexo, ou situação socioeconômica.

Outro aspecto relevante com relação à realização do tratamento é que o mesmo pode ser realizado na unidade de saúde, no domicílio do paciente, ou até mesmo no seu local de trabalho.

Partindo desse entendimento, o acolhimento enquanto acessibilidade deve ser entendido como uma forma de se organizar o serviço e as ações de saúde, de forma a se atenderem as reais necessidades do usuário. Porém, vale salientar,

que esse aspecto só será conhecido se houver um diálogo entre profissionais e usuários, onde as necessidades que possam vir a ser satisfeitas sejam identificadas, elaboradas e negociadas. Sendo assim o acolhimento passa a ser proposto como um acolhimento dialogado (TEIXEIRA; ABRAMO, C.; MUNK, 2007).

O local para realização do tratamento deve partir do usuário de comum acordo com o profissional de saúde, não devendo haver imposição de local, deve-se imperar o diálogo nessa relação. Cabe ao profissional auxiliar o paciente, e de acordo com as suas necessidades e viabilidade do serviço poder realizar o TDO no local mais propício para ambos.

Se o paciente não pode realizar o tratamento no domicílio, ele pode ser feito na unidade de saúde. Alguns profissionais relataram que os pacientes não podem esperar o agente de saúde vir até sua casa para tomar a dose, pois o ACS acaba chegando tarde ao seu domicílio, como o paciente não podia esperar, pois tinha que ir para trabalho, então, ele achou melhor realizar o TDO no posto.

Percebe-se que não basta oferecer um serviço; é preciso adequar esse serviço à individualidade de cada usuário. O serviço necessita de espaços que privilegiem o diálogo, e que ele esteja pautado nas relações de acolhimento, tomando-se o acolhimento proposta de reorganização dos serviços para se garantir o acesso.

Os serviços de saúde devem adotar medidas que facilitem o acesso do doente ao serviço e favoreçam o atendimento com presteza, o que certamente melhoraria a adesão ao tratamento (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006).

Por conseguinte todos os atores chaves envolvidos no tratamento da tuberculose devem estar comprometidos com o êxito do tratamento e consequentemente da cura, e restabelecimento dos doentes.

De acordo com DSC dos enfermeiros o uso do álcool pode interferir negativamente no TDO da TB, pois seu uso pode diminuir as taxas de adesão ao tratamento, como também podem aumentar os casos de TB-MR.

O alcoolismo e o uso de outras drogas ilícitas exerce influência sobre o prognóstico e o tratamento da TB, visto que há alta incidência de casos e de formas mais avançadas de TB pulmonar entre pacientes alcoolistas. O problema deve ser tratado na comunidade e, também, mais considerado pela equipe de saúde que trabalha diretamente com doentes de TB, buscando encontrar meios precisos de

identificar esses pacientes e oferecer tratamento concomitante ao uso ou abuso de álcool (ANDRADE; VILLA; PILLON, 2005).

Diante desse fato, a ESF deve está atenta aos casos de TB em pacientes que sejam moradores de rua, ou que façam o uso de álcool e outras drogas ilícitas, pois nesse caso TDO é extremamente recomendado, já que esse público pode ter dificuldades em realizar o tratamento por completo.

Uma abordagem da adesão ao tratamento da TB dentro do universo composto por homens e mulheres, observa que os homens em especial os mais jovens solteiros e os separados aderem menos às recomendações médicas, pois procuram preservar seu modo de vida com festas, bebida e fumo acreditando que não possam esmorecer com dores no corpo e com doenças, muito menos, modificar alguns hábitos, durante um período de seis meses (BRASIL, 2010).

O consumo de álcool e fumo configura-se em um fator que colabora e até mesmo induz ao abandono do tratamento. Quando da realização de uma pesquisa com 15 pacientes que abandonaram o tratamento e que foram entrevistados, a maioria (86,6%) relatou que eram grandes as dificuldades em seguir o tratamento, principalmente entre os dependentes de fumo e álcool (MENDES; FENSTERSEIFER, 2004).

O tratamento da TB exige regularidade na ingestão da medicação e no comparecimento às consultas conflituando com o rompimento com a rotina presente na vida do morador de rua. O tratamento, como vimos, implica em uma continuidade que contrasta com a descontinuidade sempre presente no viver nas ruas.

O comparecimento mensal às consultas é obrigatório para controle do tratamento e obtenção do medicamento. Supõe o que é ainda mais difícil, a ingestão assídua da medicação em horários regulares.

O morador de rua, pelas circunstâncias próprias de seu viver, tem uma relação suigêneris com o tempo, mas também com o espaço da cidade, observação esta presente em vários estudos feitos com população de rua, o que dificulta o retorno pontual aos serviços. Seu rompimento com a rotina, a irregularidade nos seus horários de adormecer, despertar, alimentar-se, tornam altamente improvável a ingestão dos medicamentos nos horários prescritos (ROCHA; ADORNO, 2012).

6.3 FORÇAS E DESAFIOS NO USO DO TDO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nota-se nesse DSC que os pacientes preferem realizar o tratamento da TB na unidade de saúde, pois lá é servido o lanche, fator considerado relevante pelos pacientes que tem problemas financeiros.

A grande dificuldade relatada pelos profissionais no discurso é a falta de regularidade no fornecimento do lanche. Em algumas oportunidades tinha lanche, e isso de certa forma estimulava os pacientes a vir fazer o tratamento na unidade, pois quando havia regularidade na presença do lanche o número de faltosos na administração do TDO era mínimo.

Reigota (2001) reitera que a oferta de benefícios foi considerada fator importante e determinante para os pacientes desempregados realizarem o TS no ambulatório.

Em estudos realizados em municípios de São Paulo observou-se que a entrega de incentivos e benefícios (cestas básicas, tickets, vales refeição, bebidas lácteas.), foram considerados elementos facilitadores no processo de adesão ao tratamento (ARCÊNCIO, 2006).

Diante disso, a presença do lanche pode ser um fator estimulante para pacientes com baixa renda, visto que a TB acomete indivíduos que muitas vezes possuem uma situação financeira desfavorável. Então, a simples oferta de um lanche pode fazer a diferença no que se refere ao aumento da adesão ao tratamento.

Bertolozzi (2005) reafirma que muitos usuários dependem de ajuda financeira de familiares, assim os incentivos como lanche e a cesta básica são importantes para compor o aporte nutricional e complementar à renda familiar. Por outro lado, apesar desses incentivos contribuírem para a adesão, a irregularidade na sua entrega fragiliza o vínculo construído entre o profissional/usuário na medida em que o profissional faz menção ao incentivo e dele não depende, diretamente, a sua concretização.

É fato que a disponibilidade de incentivos com cesta básica, auxílio transporte dentre outras não é, por si só, suficiente para atender às necessidades dos usuários em toda a sua plenitude. Ressalta-se que tal disponibilidade pode ser considerada um fator importante dentro de uma série de fatores que envolvem a

estratégia DOTS e que esses fatores somam-se para a efetivação da estratégia e que cada um, individualmente, não é capaz de garantir o sucesso da mesma.

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

Apesar de o acesso as drogas antituberculosas ser gratuito, a situação financeira precária pode não favorecer a aquisição de alimentos, podendo causar a interrupção do tratamento. Além disso, a insuficiência de recursos financeiros pode obstaculizar o acesso e utilização dos serviços de saúde pelo paciente portador de TB.

Como foi citado no DSC dos enfermeiros o TS da pode ser realizado no posto de saúde, mas também no local de trabalho do paciente ou na sua residência.

O tratamento realizado na casa do paciente oferece a oportunidade de identificar outras necessidades de vida de cada família: sociais, econômicas, relacionamentos familiares, suas angústias e sofrimentos; construção de elos afetivos, sentimentos e corresponsabilidade, apoio, garantia de outros tratamentos, e encaminhamentos. Ressaltam ainda que a visita domiciliar proporciona ao profissional conhecer o ambiente no qual o doente está inserido, suas necessidades e singularidades, possibilitando novas oportunidades de interação com o doente e a família (VENDRAMINI *et al.*, 2007).

Assim sendo independentemente do local acordado para a realização do TS, espera-se que a ESF responsabilize-se pelo acompanhamento dos casos de TB. A ingestão dos medicamentos deve ser supervisionada pelo profissional de saúde: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, ACS, ou mesmo um membro de família devidamente orientado para esta atividade (BRASIL, 2013).

A decisão sobre quais casos devam ser prioritariamente supervisionados, bem como o local que melhor se adegue às necessidades do doente, podem ser definidos no nível local e pactuados entre os atores envolvidos (ESF/doente/família).

Outro fator que deve ser evitado ou minimizado são as dificuldades que possam ser encontradas pelos doentes para obtenção de atendimento, tais como:

filas, horário e tempo de espera; o tratamento recebido pelo usuário; priorizando situações de risco; atentar para responder as demandas individuais e coletivas, bem como estimular o agendamento aberto (RAMOS; LIMA, 2003).

Sendo assim espera-se que a redução ou a eliminação de fatores que possam dificultar o acesso de pacientes com tuberculose ao sistema de saúde possa contribuir, facilitar e estimular a relação profissional-paciente.

Como foi citado no DSC o ACS é um profissional de extrema relevância na ESF. Pois na maioria das vezes, ele está mais próximo da realidade do usuário e pode compreender a complexidade da doença nesse meio. Cabe a ele não apenas supervisionar a ingestão dos medicamentos contra TB, mas também ser elo principal entre a comunidade e a unidade de saúde.

O ACS deve realizar atividades educativas na sua microárea, fazer busca ativa de faltosos e também planejar ações para controle dessa doença dentro da comunidade.

O DOTS é a estratégia mais eficiente para salvar a vida de 20 milhões de pessoas doentes de TB, sendo também a melhor maneira de diminuir a transmissão e evitar gastos futuros com medicamentos para doentes resistentes. Assim sendo o DOTS apresenta vantagens que estão modificando consideravelmente o perfil epidemiológico da doença no mundo, fato demonstrado através de sua eficiência, sem ser necessária a hospitalização do paciente, tornando o tratamento de baixo custo (WHO, 2006a, b).

A família possui um papel fundamental no tratamento e no apoio ao paciente com TB, sendo ela o foco da atenção à saúde. Essa atenção deve ser realizada de forma integral, contínua e de boa qualidade, deixando-se claro que a atenção passa a ser o coletivo, sendo a família, por conseguinte o espaço privilegiado de atuação do profissional da ESF.

Ao profissional de saúde que entra na dinâmica da vida familiar, cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele núcleo de pessoas, intervindo nele de forma mais participativa e construtiva, buscando sempre acolher o indivíduo.

A família pode atuar de forma positiva no tratamento do paciente, pois nos finais de semana ela pode acompanhar o doente, não permitindo que o mesmo deixe de ingerir seus remédios.

Ela pode então representar uma importante fonte de apoio para o paciente com TB. No processo de tratamento, a incorporação e o apoio familiar são fatores fundamentais na adesão à terapia, pois estão relacionados com a percepção da família sobre o adoecimento e o tratamento.

A presença e a participação da família nesse momento vivenciado pelo usuário é muito importante, pois, muitas vezes, é expresso pelo paciente o desejo de abandonar o tratamento, mas o estímulo familiar, nesse momento é primordial. Em estudos realizados por Vendramini *et al.* (2007) 56% dos pacientes que aderiram ao tratamento da TB mencionaram a importância da família na condução do tratamento.

Pesquisas realizadas em São Paulo por Arcêncio (2006) verificaram que, além dos profissionais de saúde e dos ACS, o TS é realizado também por membros da família e por membros da própria comunidade, e que o envolvimento de membros da comunidade pode representar um modo de garantir a regularidade e conclusão do tratamento.

Foi citado no discurso dos enfermeiros que um membro da comunidade, no caso um religioso, que atua como voluntário na distribuição de medicamentos para dois pacientes moradores de rua. Ele vai ao centro todos os dias levar os remédios para essas pessoas e ainda leva o lanche.

Esse membro da comunidade desenvolve uma atividade de grande relevância para Equipe de Saúde da Família, já que sem o seu apoio dificilmente esses dois pacientes conseguiriam realizar o tratamento.

A participação da comunidade demonstra que a TB não é somente de responsabilidade dos profissionais de saúde, do paciente e de seus familiares, pois quanto maior a participação da sociedade, maior serão as possibilidades de se potencializar a quebra do ciclo de transmissão da doença.

A participação ativa dos agentes sociais (padre, pastor, curandeiro) é capaz de potencializar as relações de cooperação e contribuir para o processo de controle da doença (ARCÊNCIO, 2006).

O acolhimento ideal deve ser aquele acolhimento dialogado, realizado com o apoio da equipe multidisciplinar, do paciente e de seus familiares, e tem como objetivo propiciar o conhecimento mútuo das impressões sobre a doença e seu tratamento.

Portanto o TDO vai além do saber científico, da observação de alguma reação adversa, da relação causa efeito. Sendo assim, o trabalho em saúde deve

possuir como característica principal o diálogo, afastando-se da concepção de que o acolhimento é uma atividade (de recepção dos serviços), desempenhada por um profissional particular, num espaço físico (BRASIL, 2010).

Alguns profissionais acreditam que o tratamento observado deve ser realizado por um determinado enfermeiro da unidade, daí aquele profissional teria a responsabilidade e o dever de acompanhar todos os pacientes da unidade de saúde.

Todavia isso vai de encontro ao preconizado pelo Ministério da Saúde que descentralizou os casos de TB para Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família. De acordo com Ministério da Saúde a busca ativa de casos, o diagnóstico precoce, o tratamento e a cura desses pacientes deve ser responsabilidade da ESF.

[...] o PNCT reconhece a importância de horizontalizar o controle da TB estendendo suas ações a todos os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a integração do controle da Tb à atenção básica de Saúde, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa de Saúde da Família (PSF), a fim de garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento da Tb (BRASIL, 2005, p. 19).

Por isso as Equipes de Saúde da Família devem realizar todas as medidas que visem o êxito do tratamento dos seus respectivos pacientes de TB; devendo a ESF ser a porta de entrada da clientela no SUS.

A instituição de um SUS, equânime e universal, que adota como modelo de APS uma estratégia capaz de ampliar o acesso da população a todo o sistema de saúde, através das Equipes de Saúde da Família, trouxe a expectativa de que realmente essa mudança possa contribuir de forma positiva no controle da endemia de tuberculose no país (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006).

A descentralização do tratamento da TB para as unidades de saúde da família facilitou o acesso da comunidade aos serviços de saúde, pois essas unidades geralmente estão localizadas próximas às residências dos pacientes, devendo proporcionar também um melhor controle dos casos de TB, e também maior estabelecimento do vínculo, e como consequência a almejada adesão terapêutica.

Portanto, a descentralização dos serviços se realizada de forma efetiva, poderia resultar em benefício e acolhimento para o usuário, pois dentre outros aspectos, facilitaria a realização de exames como baciloscopia, cultura de escarro, e exames laboratoriais.

Garantido o acesso da comunidade e a melhoria da qualidade do atendimento prestado ao paciente em TS e/ou TDO, com profissionais capacitados, a unidade de saúde, teria um melhor controle das suas ações, tornando-as mais efetivas e estratégicas.

Esse fator acaba sendo limitante ao diagnóstico e ao acompanhamento dos casos de TB refere-se à acessibilidade em relação ao tempo, ou seja, os dias ou horários em que o serviço está aberto para prestar atendimento. Starfield (2002) aponta que nem sempre o horário de trabalho das equipes e de funcionamento da unidade de saúde consegue atender às necessidades da população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando a trajetória deste estudo que teve como objetivo analisar o Tratamento Diretamente Observado da tuberculose a partir da percepção dos enfermeiros, foi possível identificar que o entendimento sobre essa forma de tratamento realizada com sucesso em todo o mundo, segundo dados da OMS, ainda é realizada com muitas restrições na ESF.

Para os enfermeiros o TDO se apresenta como uma ação terapêutica baseada principalmente na ingestão da medicação como garantia de cura. Outro aspecto percebido foi à ausência do envolvimento de outros profissionais da equipe no acompanhamento desses pacientes, podendo gerar sobrecarga de trabalho e centralidade de ações. Muitas vezes cabe ao enfermeiro o acompanhamento dos casos, busca de contatos domiciliares, a realização do TDO, notificação de casos, entre outras atividades.

Um aspecto considerado positivo foi à participação dos ACSs no acompanhamento dos pacientes, todavia foram encontradas algumas restrições quando, por exemplo, o ACS não consegue visitar o paciente no seu domicílio para supervisionar a administração da dose.

Torna-se relevante então o fortalecimento do trabalho em equipe na ESF visto que para se ofertar um cuidado mais integral e resolutivo ao doente de TB, faz-se necessário a participação de uma equipe multidisciplinar.

Todavia além do trabalho da equipe de saúde vem ganhando notoriedade a participação de membros da comunidade e de familiares no apoio ao tratamento da TB, demonstrando assim que o controle da TB depende muito de parcerias não sendo apenas uma atividade exclusiva dos profissionais de saúde.

Portanto, a participação da comunidade como, por exemplo, de líderes comunitários, religiosos, curandeiros precisa ser reforçada, pois ela demonstra a responsabilização social e o aumento do comprometimento com a questão da TB.

A entrega de incentivos e benefícios como cesta básica, oferta de lanche na unidade de saúde e auxílio transporte, entre outros, são aspectos relevantes e contributivos para o esperado controle da TB.

No entanto, observou-se que as unidades de saúde não disponibilizavam com regularidade esses benefícios para os pacientes, fato identificado como fragilidade, pelos entrevistados, no momento de suas falas.

Deste modo, uma fortaleza para o TDO seria a realização de ações para atendimento de necessidades emergenciais, como um suporte nutricional adequado para solucionar problemas como a fome que afeta muitos pacientes, representando assim a primeira parte de um processo de atendimento integral e humanizado.

Um desafio observado foi que o acolhimento e vínculo são dois processos que precisam ser aprimorados e estabelecidos de forma concreta na relação entre profissional de saúde e paciente.

A escuta qualificada precisa ser desenvolvida de forma urgente junto aos profissionais da ESF, pois a comunicação efetiva é uma etapa fundamental no fortalecimento do binômio profissional-paciente.

Consequentemente, deve-se criar relações mais próximas entre profissional de saúde e paciente transformando as possíveis dificuldades em obstáculos a serem ultrapassados

Outro aspecto positivo identificado refere-se à flexibilidade na realização do TDO, em respeitar as opções do paciente, considerando-se esse como protagonista das ações, com direito a realizar escolhas.

O TDO e/ou TS da TB é uma alternativa eficaz e segura para o controle dessa doença, sendo realizado com êxito em vários países do mundo, resta para as autoridades e profissionais de saúde empenho e vontade para que o mesmo ocorra com sucesso.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a melhoria da assistência dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, e dos pacientes com TB. Muitos recursos foram e então sendo utilizados para controle dessa doença, resta talvez saber utilizá-los da forma correta.

Vale ressaltar que os resultados obtidos nesta pesquisa possuem limitações, já que o mesmo foi realizado em uma USF da SER I, portanto não se deve difundir conclusões para outros centros de saúde pois o trabalho do enfermeiro é dinâmico e não pode ser generalizado.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, R. L. de P.; VILLA, T. C. S.; PILLON, S. C. A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose. **SMAD** Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas, v. 1, n. 1, fev. 2005. Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/resmad/>>. Acesso em: 12 abr. 2014.
- ARCÊNCIO, R. A. **A organização do tratamento supervisionado nos municípios prioritários do estado de São Paulo (2005)**. 2006. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- BERTOLOZZI, M. R. **A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente observado (“DOTS”) no município de São Paulo-SP**. 2005. Tese (Livre docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013 – 2015**. Brasília, 2013. 156 p.
- _____. Ministério da Saúde. **Recomendações para o controle da tuberculose: guia rápido para profissionais de saúde**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/23>>. Acesso em: 20 jan. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011a. 284 p.
- _____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n. 204, p. 55, 24 out. 2011b.
- _____. Ministério da Saúde. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/_junho_2010.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília, 2008. 195 p.
- _____. Decreto nº 5.974 de 29 de novembro de 2006. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 nov. 2006a, Seção 1, p. 8, ed. 229.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Pneumologia Sanitária. **Manual de normas para o controle da tuberculose**. 7. ed. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2005a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/noticia/noticia_ret_detalhe.php?cod=823>. Acesso em: 21 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de bacteriologia da tuberculose**. 3. ed. Rio de Janeiro, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual sistema de informação de agravos de notificação área técnica de pneumologia sanitária**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Capacitação no uso do Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN - Tuberculose**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final**. Brasília, 2000. (Brasil e Grandes Regiões, v. 1).

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

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta de sintonia com os projetos neoliberalizantes?** Disponível em: <<http://datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crithtm>>. Acesso em: 2005.

CAMPOS, H. S. Tuberculose: um perigo real e crescente. **Jornal Brasileiro de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 5, p. 73-105, 1996.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 26, n. 2, p.101-108, jul./dez. 2005.

FERREIRA, M. E. V.; SCHIMITH, M. D.; CACERES, N. C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2611-2620, ago. 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades@. Ceará – Fortaleza – infográficos: dados gerais do município. Rio de Janeiro © 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=230440>>. Acesso em: 20 maio 2014.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. (Orgs.). **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2001.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 24, p. 105-125, jan./jun. 2005.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. 2004. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2013.

MENDES, A. de M.; FENSTERSEIFER, L. M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento?. **Bol. Pneumol. Sanit.**, v. 12, n. 1, p. 27-38, abr. 2004.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: _____. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004b. p. 15-35.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

MOREIRA, C. M. M.; ZANDONADE, E.; DIETZE, R.; MACIEL, E. L. N. Mortalidade específica por tuberculose no Estado do Espírito Santo, no período de 1985 a 2004. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, v. 34, n. 8, p. 601-606, 2008.

MUNIZ, J. N.; PALHA, P. F.; MONROE, A. A.; GONZALES, R. C.; RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T. C. S. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 315-321, abr./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a09v10n2.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

NOGUEIRA, J. de A.; RUFFINO NETTO, A.; MONROE, A. A.; GONZALES, R. I. C.; VILLA, T. C. S. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do agente comunitário de saúde. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 9, n. 1, p. 106-118, 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, feb. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0102>. Acesso em: jan. 2014.

RAVIGLIONE, M. C.; SMITH, I. M. XDR tuberculosis-implication for global public health. **The New England Journal of Medicine**, v. 356, n. 7, p. 656-659, 2007.

REIGOTA, S. N. **Avaliação do controle da tuberculose pulmonar no município de Bauru-SP. Implantação do tratamento supervisionado: 1999/2000.** 2001. 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 2001.

ROCHA, D. da S.; ADORNO, R. de C. F. Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 232-245, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29833/31720>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 46-52, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/revista/v15n1/v15n1a07.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. (Orgs.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais.** [S.l.]: Instituto Milênio/Rede TB, 2006.

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, p. 441-448, 2010.

SALES, F. de; SOUZA, F. das C. de; JOHN, V. M. O emprego da abordagem Dsc (Discurso do Sujeito Coletivo) na pesquisa em educação. **LINHAS**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 125-145, jan./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/viewFile/1361/1167>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

SOUZA, S. S. de; SILVA, D. M. G. V. Passando pela experiência do tratamento da tuberculose. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, out/dez. 2010.

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

TEIXEIRA, H. C.; ABRAMO, C.; MUNK, M. E. Diagnóstico imunológico da tuberculose: problemas e estratégias para o sucesso. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 323-334, 2007.

THORN, P. **La tuberculosis: Información y consejos para vencer la enfermedad.** [S.l.: s.n.], 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 2007. 175 p.

TUBERCULOSE. **Boletim Saúde Fortaleza**, v. 14, n. 2, p. 22, ju./dez. 2010.

VENDRAMINI, S. H. F.; VILLA, T. C. S.; SANTOS, M. L. S. G.; GAZETTA, C. E. Current epidemiological aspects of tuberculosis and the impact of the DOTS strategy in disease control. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 171-173, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a25.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for operations and implementation research in health and disease control programs**. Geneva: The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria, 2008.

_____. **The stop TB strategy**: building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. Geneva, 2006a.

_____. **Global Plan to Stop TB 2006-2015**. Geneva, 2006b.

_____. **Global tuberculosis control**: surveillance, financing and planning. Geneva, 2005. 65 p. (WHO report).

_____. **An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control**: stop TB communicable disease. Geneva, 2002. 23p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário de entrevista

Entrevista nº _____ Data: ____/____/____

Dados de identificação:

Sexo: _____ Formação (Esp. Met. Dout.), anos de experiência no PSF e Tb, capacitação específica, renda, vínculos, estado civil, filhos, religião,

Idade: _____

Organização do DOTS:

1. Você realiza o TS? Quais as potencialidades e as fragilidades do Programa de Controle da Tuberculose na Unidade de saúde?
2. Você já recebeu alguma capacitação sobre Tuberculose e/ou Tratamento Diretamente Observado?
3. Como funciona o Tratamento da tuberculose nesta Unidade de Saúde?
4. De que forma é ofertado para todos os pacientes?

APENDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa **Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Estratégia de Saúde da Família no município de Fortaleza: Percepções do Enfermeiro** tem como objetivo analisar os elementos que contribuem e que dificultam o uso do TDO no contexto da Estratégia de Saúde da Família na visão do enfermeiro. Será realizada na Unidade de Atenção Primária à Saúde Carlos Ribeiro na SER I, no município de Fortaleza-Ceará. Tem como pesquisador, Edilberto Irineu de Araújo Filho aluno do Mestrado Profissional em Saúde da Família, cuja nucleadora é a Universidade Estadual do Ceará, integrante da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF). Esta pesquisa justifica-se pela possibilidade de fomentar a produção acadêmica da tuberculose promovendo uma reflexão crítica da prática profissional do enfermeiro, visando fornecer subsídios para sua adequação às políticas públicas vigentes sobre o tema; de buscar a efetivação do cuidado integral ao paciente com tuberculose, através da articulação intersetorial. Para realização do estudo serão realizadas entrevistas semiestruturadas e observação simples do campo empírico. **CONVIDAMOS** você a participar do estudo, assegurando-lhe a isenção de quaisquer gastos materiais e/ou financeiros, o total anonimato e o sigilo das informações fornecidas, buscando respeitar a sua integridade, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento. Sua participação não é obrigatória e a sua recusa, em participar do estudo, não lhe trará nenhum prejuízo. Caso aceite participar, a sua entrevista será áudio-gravada com auxílio de um gravador, marcada com antecedência, em local e horário determinado por você. As observações serão registradas em diário de campo. As fitas serão transcritas na íntegra. Caso ache necessário poderá ouvir o conteúdo da fita após a gravação e retirar e/ou acrescentar informações. As gravações serão arquivadas pelo pesquisador no período de um ano, após este período serão apagadas. Desse modo, esclarecemos que os riscos da pesquisa estão relacionados ao possível constrangimento a respeito de algumas questões a serem respondidas, enquanto os benefícios serão aos profissionais, usuários e familiares destes serviços, considerando que poderá contribuir para mudanças nas práticas do cuidado. O pesquisador estará obrigado a suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à sua saúde. Em qualquer momento você poderá solicitar maiores informações sobre o estudo. Comprometemo-nos a utilizar os dados

coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identidade. Caso necessite de esclarecimentos ou comunicar desistência, você poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (85) 9611-5193. Caso concorde em participar do estudo, você assinará duas cópias deste documento que também será assinado pelo pesquisador, ficando uma cópia com você. Desde já, agradecemos a sua colaboração.

Pesquisador: Edilberto Irineu de Araújo Filho

Data: ____/____/2013.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____
concordo em participar da pesquisa **Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Estratégia de Saúde da Família no município de Fortaleza: percepções do Enfermeiro**. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Edilberto Irineu de Araújo Filho sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Certos de estar contribuindo com o conhecimento nesta área para a melhoria do nível de saúde da população, conto com a sua preciosa colaboração.

Fortaleza-CE, ____/____/2013.

Participante

Pesquisador: Edilberto Irineu de Araújo Filho

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Anuência

À Coordenação do Sistema Municipal de Saúde Escola
Estabelecida na Rua do Rosário, 283, Centro, Fortaleza-CE.

Será desenvolvida uma pesquisa sobre a o Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Estratégia de Saúde da Família sob a percepção do enfermeiro. Neste estudo, pretende-se compreender como os Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, vêm atuando no tratamento da tuberculose.

Assim, venho através deste solicitar a autorização para entrevistar os Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, da Unidade de Atenção Primária à Saúde Carlos Ribeiro da SER I, localizado neste município.

Esclareço, igualmente, que as informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa destinada a elaboração de dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará.

Em caso de maiores esclarecimentos, entrar em contato com o pesquisador responsável: Edilberto Irineu de Araújo Filho residente na rua Plácido de Carvalho ,570 Monte Castelo Fortaleza- Ceará. Telefone: 9611-5193

Assumo perante a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza a responsabilidade pelo presente termo.

Fortaleza-CE, ____ / ____ / 2013.

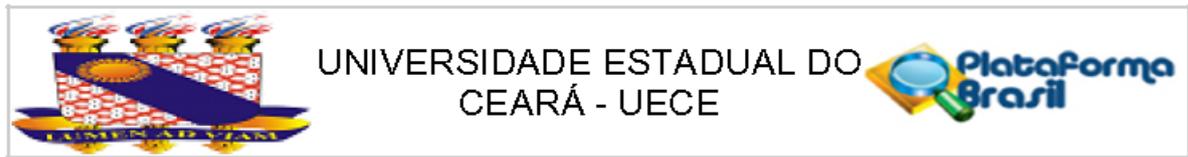
Pesquisador: Edilberto Irineu de Araújo Filho

De acordo:

Dra: Maria Ivanília Tavares Timbó

Coordenador do Sistema Municipal de Saúde Escola

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: PERCEPÇÕES DO ENFERMEIRO

Pesquisador: EDILBERTO IRINEU DE ARAUJO FILHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21331813.0.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 501.470

Data da Relatoria: 30/09/2013

Apresentação do Projeto:

A tuberculose apresenta-se como uma doença infecciosa, causada por um bacilo denominado *Mycobacterium tuberculosis*. Pode acometer vários órgãos ou sistemas, mas a forma pulmonar é a mais frequente e também a mais relevante para a Atenção Primária à Saúde, pois essa é a forma especialmente bacilífera que mantém a transmissão da doença (BRASIL, 2010). No Brasil, as ações de controle estão voltadas para a tuberculose pulmonar, pois é a forma mais prevalente e mais transmissível. Cerca de 90% dos casos de tuberculose são da forma pulmonar e, destes, 60% não bacilíferos baciloscopia no escarro positiva (BRASIL, 2010). É uma enfermidade antiga que persiste como problema sério de saúde pública, necessitando de uma urgente ação. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), dois bilhões de pessoas, correspondendo a um terço da população mundial, está infectada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que causa a tuberculose. Desses, 8 milhões desenvolverão a doença e 2 milhões morrerão a cada ano (BRASIL, 2004). Hoje, a TB é reconhecida como uma doença curável, porém o seu processo de transmissão e propagação não foi interrompido de forma definitiva, sobretudo nos países em desenvolvimento. Associada a fatores como a desigualdade social, o advento da AIDS, e o envelhecimento da população, a transmissão da TB tem sido apontada como um dos principais fatores de perpetuação

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

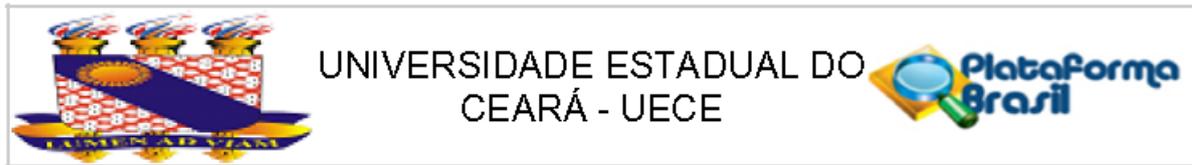
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br



Continuação do Parecer: 601.470

da doença no planeta (WHO Report, 2008). Dados do Ministério da Saúde revelam uma taxa de cura e abandono de tuberculose bacilífera no país em 2008 de 69% e 10%, respectivamente. A OMS recomenda que a taxa de cura seja maior que 85%, por isso a TB ainda é um problema de saúde relevante no Brasil (WHO, 2009). Outro fator de grande importância no cenário brasileiro e mundial é o grande número de cepas multidroga resistente (MDR), essas são encontradas em indivíduos resistentes a izoniazida e a rifampicina. No estado do Ceará, de acordo com a Secretaria Estadual de Saúde, a incidência de tuberculose em todas as formas (pulmonares e extrapulmonares) mantém-se nos últimos anos em torno de 45,6/100.000 habitantes. Destes, 25,1/100.000 habitantes são bacilíferos, ou seja, fazem parte do grupo de pacientes que *colaboram* para que a infecção se mantenha presente na população. O percentual de cura e abandono no Ceará nos anos de 2009 foi de 64,5% e 7,3%, respectivamente, diferente das metas almejadas. A taxa de mortalidade no estado entre os anos de 2001 a 2009 manteve-se praticamente inalterado em torno de 3,1/100.000 habitantes (SESA, 2011). Ainda no Ceará, os dados de 2010 referem 3.430 casos confirmados da doença e uma média na década de 3.248 casos/ano. A capital Fortaleza ocupa a 6ª posição, de acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é um elemento chave da estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course), que tem por finalidade reduzir a morbimortalidade e a transmissão da tuberculose no Brasil. Apesar de ter sido criado em 1991, foi apenas em 1998 que o DOTS começou a ser implantado no Sistema Único de Saúde, sendo gerenciado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PCNT), que para o período de 2001-2005 apontava as seguintes estratégias: 1) Implantar/implementar o bônus para todos os municípios que tenham Unidade Básica de Saúde desenvolvendo ações de controle da tuberculose; 2) Identificar áreas prioritárias em municípios com mais de um milhão de habitantes; 3) Capacitar equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, ampliando a cobertura para 70% da população brasileira; 4) Treinar para gerenciamento e supervisão, principalmente em serviço, através de visitas de supervisão, durante o período de implantação; 5) Priorizar o tratamento supervisionado; 6) Manter a educação permanente das equipes de saúde da família; 7) Expandir a implantação das equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde para a universalização das ações de controle de tuberculose; 8) Estimular a adesão municipal ao Programa de Controle da Tuberculose; 9) Utilizar o tratamento supervisionado ou tratamento diretamente observado (BRASIL, 2000). O PCNT tem por finalidade a descentralização das ações de controle da tuberculose, e a expansão do DOTS a todos os serviços de atenção primária no país.

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. Essa pesquisa configura-se como

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

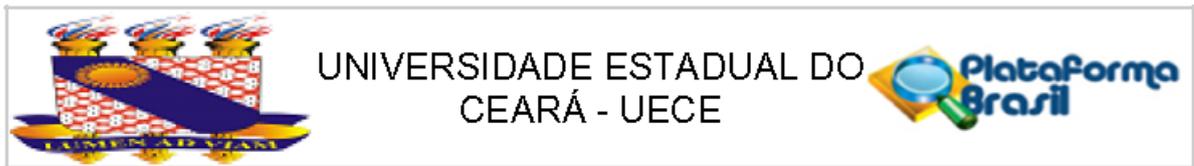
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pineiro@uece.br



Continuação do Parecer: 501.470

um estudo intermediário entre a pesquisa exploratória e explicativa. O local de estudo será desenvolvido na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), Carlos Ribeiro, que faz parte da SER-I, do município de Fortaleza. Os Participantes do estudo serão os sete enfermeiros da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Carlos Ribeiro que atuam no atendimento aos pacientes com tuberculose. Os critérios estabelecidos para a inclusão no estudo serão: atuar como enfermeiro da Estratégia de saúde da Família e estarem envolvidos diretamente com o programa de tuberculose da unidade em estudo. Os dados serão coletados através de uma entrevista semiestruturada contendo perguntas abertas e fechadas. Para análise dos dados será escolhido como instrumento metodológico o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que foi proposto por Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcante Lefèvre em 2001. A utilização do DSC está associada à busca das representações coletivas ou sociais construídas por indivíduos participantes de grupos sociais ou profissionais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose, no município de Fortaleza, na percepção do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família responsáveis pelo tratamento da tuberculose em uma unidade de saúde de referência da SER-I, do município de Fortaleza. Analisar os elementos que contribuem e que dificultam o uso do TDO no contexto da Estratégia de Saúde da Família, na visão do enfermeiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O pesquisador esclarece que os riscos da pesquisa estão relacionados ao possível constrangimento, sentimento de angústia, conflito de interesse, desesperança a respeito de algumas questões a serem respondidas, no entanto o pesquisador está preparado para intervir e promover a superação e minimização desses riscos.

Benefícios:

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

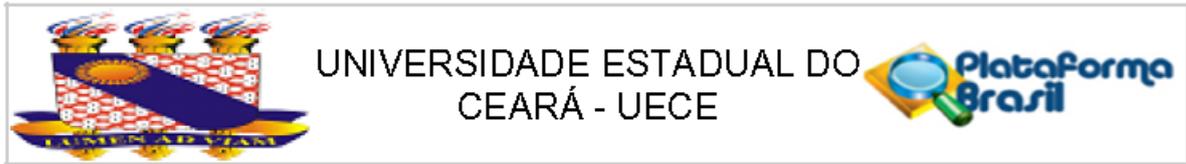
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br



Continuação do Parecer: 501.470

Cita como benefícios os resultados que serão apresentados aos profissionais, usuários e familiares destes serviços, objetivando uma melhoria na qualidade do atendimento ao paciente com tuberculose, como também no processo de acolhimento e humanização, contribuindo para mudanças na prática do cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é altamente pertinente e apresenta valor científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- A Folha de rosto anexada.
- Riscos identificados.
- TCLE adequado.
- Não apresentou o termo de anuência da instituição.
- Cronograma adequado quando da submissão na plataforma e por problemas na relatoria expirou.
- Orçamento informado.

Recomendações:

Rever Resolução CNS 466/12 vigente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa atende aos preceitos éticos da pesquisa que envolve seres humanos, conforme a Resolução CNS 466/12. Relatório final deverá ser enviado ao final da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

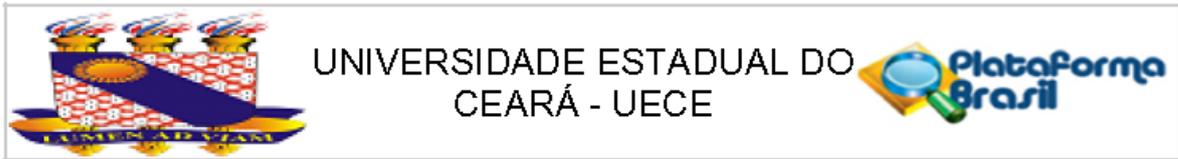
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados adequadamente.

Endereço: Av. Paranjana, 1700	CEP: 60.714-903
Bairro: Itaperi	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890	Fax: (85)3101-9906
	E-mail: diana.pinheiro@uece.br



Continuação do Parecer: 601.470

FORTALEZA, 19 de Dezembro de 2013

Assinador por:
DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO
(Coordenador)

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br