

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

GISELDA VERONICE HAHN

**INCLUINDO O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA AGENDA DA
ATENÇÃO BÁSICA EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE E NÃO ADESÃO
AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE**

Porto Alegre

2015

GISELDA VERONICE HAHN

**INCLUINDO O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA AGENDA DA
ATENÇÃO BÁSICA EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE E NÃO ADESÃO
AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira

Porto Alegre

2015

CIP - Catalogação na Publicação

Hahn, Giselda Veronice

Incluindo o projeto terapêutico singular na agenda da atenção básica em contexto de vulnerabilidade e não adesão ao tratamento da tuberculose / Giselda Veronice Hahn. -- 2015. 207 f.

Orientadora: Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Saúde coletiva. 2. Tuberculose. 3. Enfermagem. 4. Assistência à saúde. 5. Projeto terapêutico singular. I. Oliveira, Dora Lúcia Leidens Corrêa de, orient. II. Título.

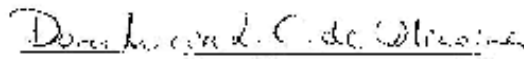
GISELDA VERONICE HAHN

Incluindo o **Projeto Terapêutico Singular** na Agenda da Atenção **Básica** em contexto de vulnerabilidade e não adesão ao tratamento da tuberculose.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 17 de julho de 2015.

BANCA EXAMINADORA



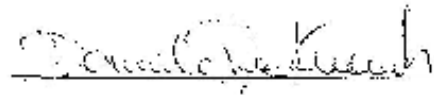
Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira

Presidente - PPGENF/UFRGS



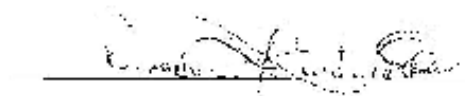
Profa. Dra. Lisiane Marganelli Girardi Paskulin

Membro - PPGENF/UFRGS



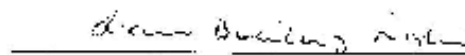
Profa. Dra. Daniela Riva Krauth

Membro - SOCIOLOGIA/UFRGS



Profa. Dra. Roxana Isabel Carcozo Gonzales

Membro - USP



Profa. Dra. Liane Beatriz Righi

Membro - EENH/UFRGS

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira, pelo compromisso com a orientação dessa tese, por seus saberes compartilhados, por direcionar esta pesquisa com muita competência, paciência e sabedoria, por colaborar com meu crescimento pessoal e profissional e pelo carinho com que me acolheu em sua vida nesse período compartilhado.

Aos colegas do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde (GEPS), da Escola de Enfermagem da UFRGS - Maira, Silvia, Rosana, Carlos, Tiago, Karol e Evelin, por terem compartilhados seus saberes, afetos e amizade no decorrer do curso.

Às professoras que compuseram as bancas de qualificação e defesa da tese de doutorado, por disponibilizar seu tempo e conhecimentos nestes momentos decisivos de minha qualificação profissional.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a todo corpo docente, pelas contribuições à minha formação e aprendizado, assim como aos funcionários técnico-administrativos que sempre estiveram disponíveis e foram atenciosos com minhas solicitações.

Ao Centro Universitário UNIVATES, na pessoa do Prof. Carlos Candido da Silva Cyrne, pelo incentivo e apoio com a liberação de horas para estudo.

Às acadêmicas de enfermagem da UNIVATES Morgana Salvadori, Melisse Palochi e Clediane Trindade, pela transcrição dos Projetos Terapêuticos Singulares e entrevistas.

Aos sujeitos do estudo, que foram fundamentais para a realização do mesmo, dispondo-se a aceitar e participar comigo nesta experiência que muito lhes exigiu.

À minha família – meus pais Tarciso e Lourdes, minha irmã Marisa, meu marido Martim e meus filhos Carolina e Guilherme – pela paciência e apoio para concretizar este objetivo e pelo incentivo para seguir em frente nos estudos.

RESUMO

HAHN, Giselda Veronice. **Incluindo o projeto terapêutico singular na agenda da atenção básica em contexto de vulnerabilidade e não adesão ao tratamento da tuberculose**. 2015. 207 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

O estudo teve por objetivo analisar os limites e possibilidades de inclusão do Projeto Terapêutico Singular (PTS) na agenda da Atenção Básica (AB) em contexto de vulnerabilidade e não adesão ao tratamento da tuberculose (TB). Foi realizado estudo de intervenção, com abordagem qualitativa. A investigação ocorreu em dois municípios do interior do Estado do Rio Grande do Sul que possuem doentes cadastrados nos serviços de saúde com histórico de abandono do tratamento da TB. Foram desenvolvidos três PTS por equipes que atuam na AB junto à usuários não aderentes ao tratamento, com vistas a promover a adesão. Também foram coletadas informações com profissionais que atuam em serviços de referência municipal em TB, gestores de serviço de saúde e com análise documental. Os dados foram analisados com base no quadro conceitual da vulnerabilidade proposto por Ayres e colaboradores. A retomada das histórias singulares dos usuários desenvolvida pelas equipes durante a operacionalização dos PTS trouxe à tona o contexto de vulnerabilidade vivido por cada um deles, indicando uma necessária revisão das ações tradicionalmente realizadas, de modo a dar conta dos determinantes sociais dessa vulnerabilidade. A análise revelou que o modo como os profissionais compreendem a problemática da TB, em especial nas situações de não adesão ao tratamento, tem repercussão direta na forma como as ações programáticas são planejadas e executadas e em como a rede de serviços está organizada nos municípios estudados. Essa organização resulta na produção de novas situações de vulnerabilidade, especialmente de vulnerabilidade programática, que se somam às já existentes. O *modus operandi* da AB, ainda fortemente marcado pelo modelo biomédico, aliado às deficiências na infraestrutura dos serviços, à falta de interlocução entre eles e à precariedade das ações de referência e contra referência foram entraves importantes ao pleno desenvolvimento dos PTS. Conclui-se que, em função da atual conjuntura de atenção e gestão dos serviços de saúde dos municípios estudados, fica difícil dar conta das singularidades dos usuários com TB não aderentes ao tratamento. Isto implicou na continuidade da não adesão ao tratamento da TB dos usuários acompanhados pelos PTS. A abordagem participativa da pesquisa possibilitou aos profissionais que acompanharam os PTS a análise crítica sobre sua atuação no contexto estudado, o que, espera-se, pode repercutir positivamente na proposição de novos modos de atender as necessidades singulares dos usuários com TB não aderentes ao tratamento.

Palavras-chave: Saúde coletiva. Tuberculose. Enfermagem. Assistência à saúde. Projeto terapêutico singular.

ABSTRACT

HAHN, Giselda Veronice. **Including the comprehensive therapeutic projects in the agenda for basic care in a context of vulnerability and nonadherence to treatment for tuberculosis.** 2015. 207 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

The study aimed to analyse the limits and possibilities of including the Comprehensive Therapeutic Project (CTP) in the agenda of Primary Care (PC) in the context of vulnerability and non-adherence to the treatment of tuberculosis (TB). An intervention study was carried out, with a qualitative approach. The investigation was conducted in two cities hinterland of the state of Rio Grande do Sul, which have users registered in health services with a record of quitting the TB treatment. Three CTPs were developed by teams that work with non-adherent treatment patients in PC, regarding the promotion of adherence. Information was also provided by professionals from municipal reference services in TB, by health service managers and from document review. Data was analysed on the basis of the conceptual framework of vulnerability proposed by Ayres *et al.*. The resumption of patients' singular records as conducted by the teams throughout the development of CTPs highlighted the context of vulnerability experienced by each patient, indicating the need to review actions that are traditionally carried out, in order to deal with the social determinants of this vulnerability. The analysis revealed that the way by which professionals understand the problem of TB, especially in those non-adherent treatment situations, has a direct impact on how programmatic actions are planned and executed, and on how the network of services is structured in the studied cities. The way such services are organized results in the production of new situations of vulnerability, especially those of a programmatic kind, which add on to already existing ones. The *modus operandi* of PC, still strongly marked by the biomedical model, associated with deficiencies in services' infrastructure, lack of dialogue between them, and the precariousness of reference and counter reference actions were significant obstacles to the CTPs' development. One concludes that the current situation of the services in the studied cities regarding management and health care practices makes it difficult to meet non-adherent TB patients' singularities. This resulted in the continuation of CTP patients' non-adherence to the TB treatment. The participatory research approach allowed CTP professionals to develop a critical analysis of their role in the studied context, which may, hopefully, impact positively in the proposal of new ways to meet the unique needs of patients non-adherent to TB treatment.

Keywords: Public health. Tuberculosis. Nursing. Health care. Comprehensive therapeutic project.

RESUMEN

HAHN, Giselda Veronice. **Inclusión del proyecto terapéutico singular en el rol de la atención básica en contexto de vulnerabilidad y no adhesión al tratamiento de la tuberculosis.** 2015. 207 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

El estudio ha tenido como objetivo analizar los límites y posibilidades de inclusión del Proyecto Terapéutico Singular (PTS) en la agenda de Atención Primaria (AP) en contexto de vulnerabilidad y no adhesión al tratamiento de tuberculosis (TB). Se ha realizado estudio de intervención, con abordaje cualitativo. La investigación ha ocurrido en dos municipios del interior del Rio Grande do Sul que poseen enfermos en la lista de los servicios de salud con historia de abandono del tratamiento de la TB. Se han desarrollado tres PTS por equipos que actúan en la AP junto a usuarios que no adhieren al tratamiento, con el objetivo de que lo hagan. También se han recolectado informaciones con profesionales que actúan en servicios de referencia municipal en TB, con gestores de servicios de salud y con análisis documental. Los datos se analizaron basándose en el cuadro conceptual de la vulnerabilidad propuesto por Ayres y sus colaboradores. La reanudación de las historias singulares de los usuarios desarrollada por los equipos durante la instrumentalización de los PTS ha mostrado el contexto de vulnerabilidad vivido por cada uno de ellos, indicando un repaso necesario de las acciones tradicionalmente realizadas, de manera a dar cuenta de los determinantes sociales de esa vulnerabilidad. El análisis ha revelado que el modo como los profesionales comprenden la problemática de la TB, en especial las situaciones de no adhesión al tratamiento, tiene repercusión directa en la forma como acciones programáticas son planificadas y ejecutadas y en como la red de servicios está organizada en los municipios estudiados. Esa organización resulta de la producción de nuevas y significativas situaciones de vulnerabilidad, especialmente la vulnerabilidad programática, la cuales se suman a las ya existentes. El *modus operandi* de la AP, aún fuertemente marcado por el modelo biomédico, aliado a las deficiencias en la infraestructura de los servicios, a la falta de interlocución entre ellos y a la precariedad de acciones de referencia y contra referencia han sido trabas importantes al pleno desarrollo de los PTS. Se concluye que, ante la actual coyuntura de atención y gestión de los servicios de salud de los municipios estudiados, resulta difícil dar cuenta de las singularidades de los usuarios con TB que no adhieren al tratamiento. Eso ha implicado la continuidad de no adhesión al tratamiento de la TB por parte de los usuarios acompañados por los PTS. El abordaje participativo de la investigación ha posibilitado a los profesionales que acompañaron los PTS un análisis crítico sobre su actuación en el contexto estudiado, lo que, se espera, pueda repercutir positivamente en la proposición de nuevos modos de atender a las necesidades singulares de los usuarios con TB no adherentes al tratamiento.

Palabras clave: Salud colectiva. Tuberculosis. Enfermería. Asistencia a la salud. Proyecto terapéutico singular.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Categorias 1 e 2 e respectivas subcategorias	74
Figura 2 - Trajetória do U1A.....	82
Figura 3 - Trajetória do U2A.....	85
Figura 4 - Trajetória do UB	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Participantes do estudo e seus respectivos códigos.....	67
Quadro 2 - Etapas da pesquisa-intervenção.....	70
Quadro 3 – Características dos usuários acompanhados.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BCG – *Bacillus Calmette-Guérin*
CAPS – Centro de Apoio Psicossocial
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COMPESQ – Comissão de Pesquisa
CTA – Comitê Técnico Assessor
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
DAB – Departamento de Atenção Básica
DOTS – *Directly observed treatment short-course*
DSS – Determinantes Sociais da Saúde
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EM – Tuberculose meningoencefálica
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
GEPS – Grupo de Estudos em Promoção da Saúde
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HSP – Hospital Sanatório Partenon
ESF – Estratégia Saúde da Família
GEPS – Grupo de Estudos em Promoção da Saúde
MS – Ministério da Saúde
ONG – Organizações Não Governamentais
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PACS – Programas de Agentes Comunitários de Saúde
PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPG – Programa de Pós-Graduação
PSF – Programa de Saúde da Família
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RS – Rio Grande do Sul

REDE TB – Rede Brasileira de Pesquisas em TB
SAE – Serviço de Atenção Especializa
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNT – Serviço Nacional de Tuberculose
SPS – Secretaria de Políticas de Saúde
SR – Serviço de Referência em Tuberculose
SUS – Sistema único de Saúde
TB – Tuberculose
TB/HIV – Coinfecção Tuberculose e HIV
TBMDR – Tuberculose multidroga resistente
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO – Tratamento Diretamente Observado
TS – Tratamento Supervisionado
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	24
2.1	Objetivo Geral	24
2.2	Objetivos Específicos	24
3	CONSTRUINDO O OBJETO DE PESQUISA	25
3.1	TUBERCULOSE – passado e presente da luta pelo controle da doença	25
3.1.1	História, representações e concepções acerca da tuberculose.....	25
3.1.2	Epidemiologia da tuberculose.....	29
3.1.3	Etiologia, transmissão e patogenia da tuberculose.....	31
3.1.4	Clínica, diagnóstico e tratamento da tuberculose.....	32
3.1.5	O cenário mundial e nacional de combate à tuberculose.....	35
3.2	O cuidar em saúde e a produção de conhecimento sob a perspectiva da vulnerabilidade	44
3.3	As tecnologias de intervenção em saúde e o Projeto Terapêutico Singular	51
4	CAMINHOS METODOLÓGICOS	60
4.1	Desenho metodológico	60
4.2	Local do estudo	61
4.3	Participantes do estudo	63
4.4	Coleta dos dados	65
4.5	Análise dos dados	70
4.6	Aspectos éticos	71
5	PERSPECTIVAS E CONTRADIÇÕES NA ABORDAGEM À NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE	73
5.1	Tuberculose, vida e vulnerabilidade	75
5.1.1	Histórias singulares: cada caso é um caso.....	76
5.1.2	Vulnerabilidades compartilhadas.....	92
5.2	Não adesão ao tratamento da tuberculose em contextos de vulnerabilidade: modos profissionais de ver e intervir	105
5.2.1	Compreensões e perspectivas profissionais sobre o fenômeno da não adesão.....	106
5.2.2	Ações, intervenções e seus condicionantes.....	118
6	O DESAFIO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE E NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: “a equipe é reduzida ou a agenda é mal construída?”	139

6.1 O Projeto Terapêutico Singular como tecnologia para a promoção da adesão ao tratamento da tuberculose: novas agendas para as equipes de atenção básica.....	143
6.2 A experiência do Projeto Terapêutico Singular: limites, potencialidades e movimentos decorrentes.....	163
7 CONCLUSÃO.....	177
REFERÊNCIAS.....	182
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	196
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	198
APÊNDICE C - Roteiro para o desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular.....	200
APÊNDICE D - Roteiro para entrevista com os profissionais que participaram do Projeto Terapêutico Singular.....	202
APÊNDICE E - Roteiro para entrevista com os profissionais da gestão e do serviço de referência.....	203
APÊNDICE F - Termo de compromisso para a utilização de dados.....	204
APÊNDICE G - Termo de concordância para participação em pesquisa e utilização de dados.....	205
ANEXO – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	206

1 INTRODUÇÃO

A presente tese de doutorado insere-se na linha de pesquisa Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – PPGENF/UFRGS, trazendo como tema a implementação do Projeto Terapêutico Singular por equipes de profissionais que atuam na Atenção Básica (AB) em contexto de vulnerabilidade e não adesão ao tratamento da tuberculose (TB).

A busca de respostas ao fenômeno do adoecimento causado pela TB estimulou a realização desse estudo, cujo foco central recai no maior desafio enfrentado pelos profissionais da saúde que é o abandono ou a não adesão do usuário ao tratamento e nas estratégias utilizadas para promover a adesão. Atualmente a TB é considerada um problema sério de saúde mundial, para um controle efetivo da doença é necessário constante desenvolvimento de novas estratégias de abordagem (BRASIL, 2011a).

A TB é uma doença infectocontagiosa, evitável e curável. Regimes de tratamento de primeira linha e curta duração estão disponíveis nos serviços públicos de saúde desde a década de 1980 e curam cerca de 90% dos casos de TB. O diagnóstico rápido através do Teste Molecular tem sido cada vez mais utilizado por diversos países. Entretanto, a TB segue sendo uma epidemia e continua matando milhões de pessoas, principalmente nos países pobres e/ou em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que mais de 1/3 da população mundial está infectada pelo bacilo da TB. Em 2013, 9 milhões de pessoas adoeceram com TB, incluindo 1,1 milhões casos entre pessoas que vivem com HIV e 1,5 milhões de pessoas morreram de TB, incluindo 360 000 entre as pessoas que eram HIV-positivos. Constitui este quadro epidemiológico a predominância da forma pulmonar da doença em cerca de 90% dos casos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Dentre os casos novos, 95% ocorrem em países em desenvolvimento ou pobres e 98,7% dos óbitos por TB atingem estas populações (MELO et al., 2009).

Em 2013, o Brasil diagnosticou 71.123 casos novos de TB, perfazendo um coeficiente de incidência de 35,4/100.000 habitantes (BRASIL, 2014), sendo esta a quarta causa de morte por doenças infecciosas e a primeira causa de morte em indivíduos com aids (BARREIRA, 2012).

A distribuição preocupante da TB no mundo, evidenciada por dados epidemiológicos já conhecidos e pela relação entre a doença e as condições de vida da população, coloca o controle e a erradicação da TB na agenda sanitária mundial. Na busca por atingir estes objetivos o Brasil pactuou com a OMS as metas de alcançar 85% de sucesso de tratamento, 70% de detecção de casos e redução de abandono do tratamento em 5%. Para cumprir com estas metas o país precisa, dentre outros desafios, melhorar o acesso aos serviços de saúde e a adesão ao tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Ao longo dos últimos vinte anos a OMS tem proposto medidas visando diminuir os índices da doença, sendo uma delas a implantação da DOTS (*Directly observed treatment short-course*), em 1993, para todos os esfregaços positivos. A DOTS prevê um conjunto de ações de promoção de adesão ao tratamento, destacando-se dentre elas o Tratamento Diretamente Observado (TDO), também conhecido por Tratamento Supervisionado (TS), que se caracteriza pela supervisão da ingestão do medicamento prescrito ao usuário por alguém da equipe de saúde. Passadas duas décadas da adoção da DOTS pela OMS como estratégia-chave para o controle da TB no mundo, a Organização segue estimulando a expansão de seu uso em todos os países que apresentam a doença, sendo esta a sua principal bandeira de ação.

No Brasil a principal estratégia adotada pelo Ministério da Saúde é descentralizar para o nível municipal as ações relacionadas à promoção da saúde, diagnóstico e prevenção da TB, bem como envolver as equipes de atenção básica no controle da doença, tendo em vista a grande abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no país (BRASIL, 2002a).

A permanência da TB como problema de saúde pública mundial está intimamente ligada aos determinantes sociais. A doença prolifera em áreas de grande concentração humana, com precários serviços de infraestrutura urbana, como saneamento e habitação e onde coexistem a fome e a miséria. Assim a incidência da TB é maior nas periferias das grandes cidades. E embora possa acometer qualquer pessoa, mesmo em áreas rurais, e em qualquer idade, acomete especialmente aqueles considerados economicamente ativos (BRASIL, 2005; BRASIL, 2010a). Devido ao caráter social da doença, qualquer proposta de intervenção no processo saúde-doença precisa partir da compreensão de que a doença se constitui em um processo que ocorre em indivíduos que integram uma determinada forma de organização social (SOUZA; BERTOLOZZI, 2007).

Tendo passado mais de um século da descoberta do agente causador da TB que, em associação ao estabelecimento de terapia medicamentosa e de políticas nacionais e

internacionais que poderiam garantir o controle da doença, a incidência da TB em nosso meio, no entanto, ainda permanece elevada. Provavelmente um dos fatores que estão contribuindo para a manutenção da TB como um problema de saúde pública refere-se ao modo como vem sendo compreendido o fenômeno da TB, uma vez que a definição de problema tem relação direta com a proposição das respectivas soluções.

A tendência em explicar a origem e propagação das doenças de forma individualizante, como é o caso da TB, vem sendo ancorada em estudos epidemiológicos clássicos que buscam explicar, na perspectiva do risco, o surgimento das doenças. O emprego da noção de risco em teorias explicativas sobre o surgimento e permanência da TB em nosso meio tem o efeito de reduzir sua explicação ao aumento da exposição e à suscetibilidade dos indivíduos à doença (MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007; SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2011). Além disso, esta abordagem tem sofrido críticas por restringir à responsabilidade individual à causalidade das enfermidades (OLIVEIRA, 2005), deixando de reconhecer a complexidade das suas inúmeras causas.

Soma-se a isso a tendência em desconsiderar as desigualdades sociais como fatores implicados nesta problemática, resultando na redução do processo saúde-doença à sua natureza biológica e reforçando o caráter individualizante das soluções propostas para o problema (FONSECA, BERTOLOZZI; SILVA, 1997).

As diferentes condições socioeconômicas, culturais e ambientais em que as pessoas vivem em determinada sociedade incidem, igualmente de modo distinto, sobre sua situação de saúde, tornando indivíduos e grupos populacionais mais susceptíveis do que outros a contrair doenças. Nesta perspectiva, urge reconhecer a importância de identificarem-se os fatores individuais que indicam quais sujeitos no interior de um grupo são mais susceptíveis do que outros para adoecer (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Reconhecer o impacto gerado pelas desigualdades sociais na condição de saúde e no processo de cuidado dos indivíduos com TB remete ao entendimento de que a noção de vulnerabilidade é central neste processo. O que torna os indivíduos susceptíveis à determinada doença é sua condição de vulnerabilidade. A vulnerabilidade às doenças e situações adversas da vida distribui-se de maneira desigual entre indivíduos, regiões e grupos sociais e relaciona-se, entre outros aspectos, à pobreza, à economia e ao nível educacional das pessoas (MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007; SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2011).

No contexto da TB, análises sob a perspectiva da vulnerabilidade do processo de adoecimento permitem ampliar a compreensão de como e por que as pessoas contraem a doença e têm dificuldades em aderir ao tratamento, incluindo-se nas teorias explicativas não só aspectos relativos às suscetibilidades orgânicas, mas também questões de ordem comportamental, cultural, econômica e política, além do modo como são organizados os programas de saúde (AYRES et al., 2003).

O abandono e a não adesão ao tratamento da TB, especialmente do tipo pulmonar, são considerados os mais importantes entraves para o controle da doença, pois implicam na continuidade da fonte de infecção e no desenvolvimento de bacilos multirresistentes. O abandono e a não adesão ao tratamento da TB constituem-se em problema que preocupa pesquisadores, profissionais da saúde, gestores de serviços e formuladores de políticas em todo o mundo, tem sido objeto de vários estudos e diversos fatores causadores estão documentados na literatura.

A adesão ao tratamento é um fenômeno complexo e questões relacionadas ao paciente, seu estilo de vida e ao meio onde está inserido; à doença e seu tratamento e aos serviços de saúde podem interferir na decisão em aderir ou não ao tratamento (LEITE; VASCONCELOS, 2003; MALDANER et al., 2008). Aderir ao tratamento é fundamental para o controle da TB e o sucesso da terapia proposta. Considera-se adesão ao tratamento quando o usuário comparece às consultas marcadas e atende as recomendações médicas, por meio das prescrições e orientações quanto à mudança no estilo de vida (MALDANER et al., 2008).

Aderir à terapêutica medicamentosa é compreendido também como a utilização de, pelo menos, 80% do total de medicamentos ou procedimentos prescritos, observando horários, doses e tempo de tratamento (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Para o MS configura-se adesão ao tratamento da TB, o usuário que comparecer mensalmente ao serviço para realizar acompanhamento clínico e baciloscopia, monitorar o peso corporal, avaliar a presença de eventos adversos decorrentes do uso dos medicamentos e situações indicativas de interrupção do tratamento. Além disso, são destacadas como fundamentais para o sucesso terapêutico a informação e a conscientização do paciente sobre a doença, a duração do tratamento, a regularidade no uso e as consequências advindas da interrupção ou abandono do tratamento (BRASIL, 2011a). Classifica-se abandono do tratamento da TB quando o doente iniciou o tratamento, porém deixou de comparecer ao serviço de saúde por um período superior a um mês, após a data agendada para seu retorno (BRASIL, 2002a).

Apesar de a adesão a uma terapêutica ser uma atitude assumida individualmente e sofrer influência dos elementos que constituem o contexto de vida do indivíduo doente, o Ministério da Saúde (MS) tem abordado o problema da adesão ao tratamento da TB numa perspectiva coletiva, partindo da definição de políticas e programas específicos. A pouca valorização destes elementos, os quais conferem singularidade ao modo como cada pessoa vivencia o adoecimento, influenciando positiva ou negativamente na adoção de atitudes de autocuidado, pode ser uma das causas da ineficácia de algumas das ações propostas.

Fatores como o alcoolismo, o uso de drogas ilícitas, a falta de informação, o retratamento, a baixa escolaridade, a ocorrência de efeitos adversos das drogas, o longo tempo de tratamento e a grande quantidade de comprimidos ingeridos têm sido apontados como possíveis fatores individuais que levam a não adesão ao tratamento da TB e precisam ser considerados de forma particular na abordagem de cada doente (FERREIRA, SILVA; BOTELHO, 2005; VIEIRA; RIBEIRO, 2008; SÁ et al., 2007).

A existência de fragilidades na produção do cuidado ao doente com TB pode estar contribuindo para a baixa adesão ao tratamento. Fatores como a pouca valorização do contexto sociocultural do doente, a falta de acolhimento e de vínculo com os profissionais da equipe e o não desenvolvimento de projetos terapêuticos singularizados têm cooperado para o abandono do tratamento (SOUZA et al., 2010). O distanciamento existente entre profissional e doente faz com que este nem sempre relate suas queixas aos profissionais da saúde ou o faça de forma abrandada.

Nesse contexto, os profissionais da saúde que atuam no campo da TB e do seu controle precisam assumir uma nova postura, atuando em projetos e ações permanentes, organizadas e realizadas através de um trabalho coletivo e cooperativo. Isto pode levar à construção de novas relações entre usuários e profissionais. Tal abordagem demanda novas atitudes pautadas no diálogo e mediadas por ferramentas que favoreçam este processo, como o acolhimento, a formação de vínculo e a elaboração de projetos terapêuticos individuais.

Entende-se que a aproximação da equipe às necessidades da população atendida, nesse caso, usuários dos serviços de saúde com TB, fornece elementos e alternativas de intervenção às diferentes suscetibilidades apresentadas. Todo plano de cuidados, como no caso da abordagem terapêutica da TB, precisa contar com a adesão e colaboração do sujeito do tratamento, e para tanto, precisa levar em conta sua singularidade para obter sucesso. Neste sentido, a utilização da noção de “Projeto Terapêutico Singular” pode contribuir para o sucesso desta abordagem.

O “Projeto Terapêutico Singular” (PTS) é uma proposta do Ministério da Saúde compreendida como uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas e desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, dirigida a indivíduos ou coletividades e resultante da discussão coletiva entre a equipe e o usuário implicado. O PTS busca constituir-se como instrumento de organização e sistematização do cuidado, considerando as singularidades do sujeito e o contexto social em que está inserido, sendo dedicado a situações de maior complexidade clínica (BRASIL, 2009a; BOCCARDO et al., 2011).

O PTS é uma ferramenta do cuidado em saúde que está embasada no conceito ampliado de saúde, que enfatiza a saúde como resultado dos modos de organização social da produção, ou seja, como efeito da composição de múltiplos fatores, requerendo o engajamento do setor saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania. Esta postura marca a insuficiência do conceito de saúde do modelo biomédico para abordar a problemática da TB e demonstra a necessidade de ampliar o olhar e o espectro de ações do setor saúde (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Este estudo parte da seguinte questão: quais são os limites e as possibilidades de inclusão do PTS na agenda de profissionais que atuam na AB em contexto de vulnerabilidade e não adesão ao tratamento da TB? O estudo apoia-se no quadro conceitual da vulnerabilidade utilizado por Ayres et al. (2003) como construto teórico e ferramenta para análise.

Como referido anteriormente, em que pesem os esforços realizados nos últimos anos, a TB continua produzindo sofrimento aos doentes e seus familiares, gastos do setor saúde na busca de seu controle e a permanência de doentes bacilíferos, no caso da TB pulmonar, oferecendo riscos à população. Assim pode-se argumentar sobre a necessidade de que os profissionais compreendam e intervenham sobre os fatores relacionados ao processo saúde-adoecimento para seu devido enfrentamento.

Esta proposta de estudo surgiu a partir de um exercício contínuo de repensar as práticas de saúde realizadas desde o movimento de reforma sanitária brasileira que desencadeou a criação do Sistema Único de Saúde. O enfoque que ora proponho carrega uma história de mais de 25 anos de trabalho na e pela enfermagem e saúde. Nesta trajetória tenho acompanhado o papel desempenhado pelos profissionais da saúde na luta diária em prol da saúde e melhoria da qualidade de vida de seus pacientes.

Passados mais de dez anos da conclusão do mestrado em que desenvolvi um estudo sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na atenção a usuários com TB¹, volto a me interessar pelo tema no curso de doutorado. A oportunidade de participar do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde (GEPS) possibilitou-me reencontrar com esta temática e conhecer os projetos de pesquisa desenvolvidos pelo grupo sobre este tema. O referido grupo ocupa-se em estudar o processo saúde-adoecimento-cuidado e suas repercussões na vida dos usuários portadores de TB, considerando a necessidade de preencher lacunas na produção de conhecimento sobre a TB, que vem resultando da ênfase quantitativa e epidemiológica da maioria dos estudos. A partir das discussões do grupo surgiu o interesse em voltar meu olhar para a região onde atuo profissionalmente.

Neste momento sou docente de um curso de enfermagem, vinculada a uma instituição de ensino superior localizada no interior do Vale do Taquari, acompanhando alunos em atividades teóricas e práticas, resgato o tema TB por acreditar que novamente ele possa servir de base para a reflexão que desejo encaminhar. Assim, desejo aproximar a pesquisa de minha atividade docente, uma vez que estou implicada com a formação de novos enfermeiros para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo poderá contribuir com as práticas desenvolvidas na AB, apresentando nova abordagem às equipes de saúde que atuam em serviços regionais no campo da TB, indicando a elaboração do PTS como tecnologia assistencial a ser desenvolvidas junto a usuários não aderentes ao tratamento da TB que vivem em contexto de vulnerabilidade.

Compreender por que a TB se mantém tão ativa em nosso meio, com taxas de adoecimento e morte tão significativos, tendo em vista a vasta produção de conhecimento e de tecnologias na área, suscita o interesse em analisar este fenômeno sob uma nova perspectiva, considerando realidades locais e o problema do abandono e não adesão ao tratamento. Nessa perspectiva pretendo centrar meu estudo na análise da experiência de construção de PTS junto à usuários não aderentes ao tratamento da TB em situação de vulnerabilidade por equipes de atenção básica atuantes na região do Vale do Taquari, situada no interior do Estado do Rio Grande do Sul. Na região foram notificados e tratados 664 casos de todos os tipos de tuberculose entre os anos de 2002 e 2012, sendo 541 casos de tuberculose pulmonar. Do total de casos notificados, 78 pacientes abandonaram o tratamento (SINAN, 2012), o que equivale

¹ HAHN, Giselda Veronice. *A Contribuição do trabalho dos agentes comunitários de saúde à população assistida: a tuberculose como doença-índice para avaliação*. 2000. 226 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

a 12%, taxa superior à meta estipulada pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde que é reduzir a taxa de abandono a 5%.

Diversos estudos têm sido produzidos atualmente, porém, a maioria segue metodologias quantitativas e buscam conhecer as causas do abandono do tratamento da tuberculose, verificar o acesso e desempenho dos serviços de saúde, a descentralização das ações de controle da tuberculose para a atenção básica, bem como o uso do TDO, o papel do ACS no controle da TB, dentre outros objetivos. Os estudos qualitativos realizados que mais se aproximam a presente proposta têm buscado demonstrar a importância do vínculo e do acolhimento para assegurar a continuidade do tratamento, o modo como o comportamento e os hábitos de vida podem interferir no tratamento, o nível de conhecimento dos usuários sobre o tratamento e suas reações, bem como o percurso assistencial percorrido pelos usuários. Entretanto, nenhum deles propôs um estudo de intervenção utilizando a elaboração de PTS como tecnologia assistencial a ser desenvolvidas junto a usuários não aderentes ao tratamento da TB que vivem em contextos de vulnerabilidade.

Esta pesquisa desenvolveu-se, tendo como estratégia de intervenção, a criação um espaço no cotidiano dos profissionais que lhes possibilitasse a análise da vulnerabilidade a TB de usuários não aderentes ao tratamento mediante o desenvolvimento de PTS. A vulnerabilidade dos usuários a TB foi analisada nas três dimensões propostas por Ayres et al. (2003) – individual, social e programática – de modo a embasar o PTS nos resultados desta análise e suas repercussões sobre a adesão ao tratamento.

A ideia de ofertar as equipes uma tecnologia que ampliasse seu olhar para as singularidades dos usuários tem a ver com a crítica que se pode fazer aos limites das abordagens da atual clínica, cujas práticas vêm colocando a doença como elemento central no processo de cuidar, relegando a um plano secundário todas as outras dimensões existenciais do ser humano, tendo como resultado ações pouco efetivas e distantes de suas necessidades. O sujeito singular se produz mediante forças como a doença, os desejos e os interesses, assim como o trabalho, a cultura, a família e a rede social.

Olhar as singularidades dos usuários configura-se em um desafio aos profissionais que estão subjetivados pelo modo hegemônico de cuidar, pois implica em romper com esta ‘tradição’ de cuidado para que novas propostas de intervenção sejam experimentadas. Ao mesmo tempo, novas proposta demandam novos jeitos de fazer o cuidado, lançam novas agendas de trabalho e, conseqüentemente, de cuidado aos profissionais, tencionando a rede de serviços e os profissionais que nela atuam.

Os PTS propiciaram fazer a análise sobre o modo como a rede está organizada e em funcionamento e apontaram as lacunas existentes. A forma como os profissionais concebem o trabalho realizado em saúde coletiva e as ações decorrentes, a gestão dos serviços, os programas e políticas de saúde e a estrutura disponível foram temas colocados na ordem do dia dos profissionais que fazem o atendimento aos usuários com TB não aderentes ao tratamento.

Conhecer e experienciar uma proposta como o PTS, arrojada e exigente, possibilitou exercícios de reflexão, de crítica e de problematização sobre os elementos que integram o contexto em que vivem os usuários e suas demandas por cuidado e exige que os profissionais atuem no contrafluxo do que é tradicionalmente ofertado e realizado nos serviços.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os limites e as possibilidades de inclusão do Projeto Terapêutico Singular na agenda de profissionais que atuam na Atenção Básica em contexto de vulnerabilidade e não adesão ao tratamento da TB.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o contexto de vulnerabilidade em que vivem usuários com TB não aderentes ao tratamento;
- Analisar como os elementos que constituem esse contexto influenciam o processo de não adesão;
- Conhecer o entendimento dos profissionais da AB sobre a relação entre vulnerabilidade e não adesão ao tratamento da TB e como isto informa suas agendas de trabalho;
- Analisar o processo de inclusão do PTS nessas agendas e os fatores que condicionam positiva e ou negativamente sua operacionalização.

3 CONSTRUINDO O OBJETO DE PESQUISA

Partindo das considerações iniciais colocadas na introdução, busco na revisão da literatura subsídios para entender e delinear o problema de pesquisa, bem como obter apoio para a construção das categorias analíticas e metodologia utilizada neste estudo.

Este capítulo aborda a TB – passado e presente da luta pelo controle da doença, a contribuição do quadro conceitual da vulnerabilidade para a compreensão sobre a não adesão ao tratamento da tuberculose e a inclusão de uma tecnologia leve, o Projeto Terapêutico Singular, na agenda de profissionais que atuam na AB entendido como uma ferramenta de suporte à realização do cuidado ao indivíduo com TB não aderente ao tratamento.

3.1 TUBERCULOSE – passado e presente da luta pelo controle da doença

3.1.1 História, representações e concepções acerca da tuberculose

A história da tuberculose-doença mostra sua construção social através de tempos históricos e sociais, ajuda a entender como ocorria o manejo e o controle da doença e como as diferentes concepções e representações sociais da enfermidade podem ter influenciando a forma como hoje a concebemos (GONÇALVES, 2000).

A compreensão clínica e epidemiológica atual da TB é fruto de uma história marcada pela paixão e necessidade, a primeira por exigir respostas clarificadoras sobre o mecanismo e tratamento da doença e a segunda por se constituir em uma das maiores causas de mortalidade, ao manter-se em estado endêmico ao longo das gerações (BERTOLLI FILHO, 2001).

A TB é uma das doenças mais comuns e antigas da humanidade cuja história está intimamente relacionada à história da civilização. Era conhecida e endêmica entre os povos antigos, como os egípcios, gregos, árabes e povos do oriente e tida como sem importância até a ocorrência da chamada “grande peste branca” entre o final do século XVIII até meados do século XX, disseminando-se pelo mundo através do colonialismo e da expansão comercial,

por ocasião da urbanização e da industrialização crescente neste período que demandava mão de obra saudável para atuar nas fábricas (MELO et al., 2009).

Doença tão antiga quanto à humanidade, estima-se que os primeiros hominídeos já sofreram com a TB. Há indícios da doença em partes de corpos mumificados dos povos egípcios datados de aproximadamente 6.000 anos. No entanto, coube aos gregos, especialmente Hipócrates, a descrição mais apurada da doença. Paralelo à busca de compreensão sobre as causas da doença, como forma de tratamento era recomendada a ingestão de pulmão de lobo cozido em vinho, acompanhado de uma bebida feita a base de bile de urso, saliva de cavalo e mel. O leite esteve presente em todas as recomendações clínicas, assim como o uso de chás de vegetais e a aplicação de bálsamos elaborados com substâncias provenientes do pinho e da mirra. Concepções religiosas também tiveram peso na interpretação da TB e marcaram o início do caráter simbólico atribuído a doença (BERTOLLI FILHO, 2001).

A partir dos séculos XV e XVI a mortalidade causada pela TB tomou vulto, mas é na modernidade que aumentam as tentativas de melhorar o conhecimento sobre a patologia. A menção de que a doença era transmitida por micropartículas surge com o médico italiano Francastoro. Com Descartes os pulmões sadios e afetados foram minuciosamente estudados, fornecendo as bases da fisiologia respiratória. A presença de pequenas granulações nos pulmões foi afirmada inicialmente pelo francês Sylvius, sendo reforçada por Morton em 1689. Tal fato levou a doença a ser denominada consunção, em substituição a fimatose, usada até então. Entretanto, apesar dos avanços no conhecimento sobre a doença, o final da era moderna é marcado pelo uso das terapias indicadas na antiguidade, o leite seguia sendo a principal terapia, haja vista a ausência de novas propostas terapêuticas. Esta ausência levou a medicina da época a indicar a climatoterapia como principal recurso – o clima seco foi substituído pelos ares amenos dos campos, associados à alimentação, ao repouso e a prática da equitação (BERTOLLI FILHO, 2001).

O clima seco foi indicado por muito tempo por ser a TB considerada uma doença ‘molhada’, uma doença das cidades úmidas, o que tornava o interior do corpo úmido, devendo ser secado. “Os médicos recomendavam viagens a lugares altos e secos, tais como as montanhas e o deserto” (SONTAG, 1984, p. 22). Neste período, em alguns países da Europa, destacou-se a visão romântica da doença sendo a imagem do doente associada à ideia de sensibilidade às artes, ao amor e ao refinamento dos sentimentos. A palidez, o esgotamento e magreza passaram a ser um novo modelo de aparência aristocrática, uma estética valorizada.

A doença passou a ser um símbolo de distinção e educação e influenciou os padrões sociais europeus na forma de vestir, comer e até de afirmar-se na sociedade (SONTAG, 1984; GONÇALVES, 2000).

Ao mesmo tempo, já pairava no ar clínico a suspeita de que a doença pudesse ser contagiosa. Foi somente em 1865 com os experimentos de Villemin que se constatou “a condição virulenta e inoculável” que não afetava apenas os pulmões, mas outras regiões do corpo humano (BERTOLLI FIOELHO, 2001, p. 38). Entretanto, até o final do século XIX predominava a teoria miasmática e as novas descobertas foram aceitas de forma muito reticente pela comunidade clínica e higienista da época. Coube ao cientista alemão Robert Koch, em 1882, ser o primeiro a visualizar ao microscópio o germe causador da TB descrito como um “pequeno bastonete”. O pesquisador já havia descoberto o bacilo do antraz e recebeu apoio do Estado alemão para desenvolver suas pesquisas. Para Koch o isolamento do micróbio causador da TB consistia em uma tarefa urgente e humanitária, devido ao elevado número de óbitos registrados na Europa e de trabalhadores adultos acometidos por ela (BERTOLLI FILHO, 2001).

A necessidade de definir o “lugar natural” da TB tornou o espaço das enfermarias hospitalares um lugar onde o olhar médico deveria reinar absoluto. “A clínica fundamentada na anatomia e na patologia assumiu a papel de promotora da medicina moderna que, mais do que nunca, buscou conhecer os mecanismos específicos do mal do peito” (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 36). A observação clínica, guiada pela lógica iluminista, tornou o hospital no século XIX um local propício para conhecer a natureza da doença (BERTOLLI FILHO, 2001).

A busca de compreensão sobre a doença gerou diferentes representações e concepções e circulou entre o indivíduo e a sociedade. Ao indivíduo era imputada a ideia de hereditariedade e estilo de vida. No primeiro caso, pesava-se o fato de várias pessoas da mesma família adoecerem e morrerem de TB, bem como os filhos de mães doente nascerem mortos ou também desenvolverem a doença, o que levou os médicos a pensar a TB como hereditária. Em alguns momentos o indivíduo era culpado pelo adoecimento devido aos seus maus hábitos e às péssimas condições de higiene e de vida, em outros, era vítima da industrialização. A associação da doença ao estilo de vida levou a prescrições de cuidados individualizantes, como repouso (em lugares elevados), isolamento e boa alimentação. Entretanto, é somente no final do século XIX na Europa que houve a reconstrução da imagem da TB: a concepção romântica deu lugar à compreensão social da doença, com sua maior

incidência nas classes trabalhadoras. A noção de doença social esteve desde sempre associada à miséria em que os doentes viviam nos aglomerados humanos, o que desenvolveu a ideia de perigo social e gerou discriminação dessas pessoas consideradas perigosas (GONÇALVES, 2000).

O isolamento do agente causador da TB em 1882 muda a forma de entender e combater a doença. Modificaram-se as concepções, as representações da doença, enquanto responsabilidade e controle individual e social. O indivíduo fica isento de culpa em relação à carga genética e constitucional, porém ele passa a ser o agente hospedeiro e transmissor. Modificam-se as políticas de saúde, sendo dada ênfase ao controle do Estado sobre as camadas menos favorecidas da sociedade, e à medicina é dada cada vez maior poder e responsabilidade para controlar a doença. Exames radiológicos, técnicas cirúrgicas e internação em sanatórios eram práticas disseminadas de combate à doença até o início do século XX. Ficava cada vez mais claro que a educação higiênica era uma das soluções (GONÇALVES, 2000). As regras sanitárias cobravam a desinfecção dos utensílios pessoais e o catarro deveria ser guardado em escarradeiras próprias, havendo intensa vigilância sobre as pessoas. À Higiene Pública cabia bloquear as fontes de material contaminante (BERTOLLI FILHO, 2001).

Era necessária mão de obra saudável para atender ao capitalismo em pleno crescimento. Todavia, a estrutura urbana oferecida pelas cidades favorecia a disseminação da doença. A crescente industrialização e a conseqüente urbanização contribuíram para agravar a doença. Além das moradias, as condições nas fábricas também eram precárias, mal arejadas e pouco iluminadas, condições favoráveis à disseminação da doença (GONÇALVES, 2000).

A partir da segunda década do século XX, o Raio X tem uso corriqueiro pelos médicos, o que permitiu a observação detalhada das alterações promovidas pela doença, levando ao desdobramento da semiologia da TB. Paralelo a isso, a busca por um medicamento que combatesse o bacilo tornou-se a grande meta da medicina. Vários remédios, soros e vacinas foram anunciados, mas sem qualquer efeito sobre a doença (BERTOLLI FILHO, 2001). Em 1944 houve a descoberta da estreptomicina, porém, logo o bacilo de Koch mostrou-se resistente. Em 1949 o Ácido Paraminosalicílico (PAS) controlou a resistência de forma temporária e em 1952 a Isoniazida trouxe a possibilidade real de cura. Ao longo das décadas de 50 e 60 o tratamento passou a ser ambulatorial. No Brasil, em 1971, a Central de Medicamentos passa a distribuir gratuitamente os medicamentos contra a TB. Novas

evoluções nas drogas possibilitaram chegar ao tipo e forma atual de tratar a doença (GONÇALVES, 2000).

3.1.2 Epidemiologia da tuberculose

Muitos esforços foram empreendidos ao longo dos últimos vinte anos no controle da TB, entretanto, os índices da doença ainda são alarmantes, especialmente nos países pobres. É grande a diferença nos números da doença entre os países desenvolvidos em comparação aos em desenvolvimento e pobres. Enquanto nos primeiros estão 21% dos infectados e destes 80% possuem mais de 50 anos de idade, nos demais países há 79% de infectados, cuja idade é, em 75% dos casos, inferior a 50 anos, sendo que 80% dos infectados encontram-se entre 15 e 59 anos de idade (idade produtiva). Dentre os casos novos, 95% ocorrem nos países em desenvolvimento ou pobres. Os óbitos anuais atingem 98,7% das populações pobres e somente 1,3% daquelas residentes em países desenvolvidos (MELO et al., 2009).

Em 2013 ocorreram 9 milhões de casos novos e 1 milhão de óbitos por TB no mundo. A TB é considerada a segunda principal causa de morte a partir de um único agente infeccioso, depois do vírus da imunodeficiência humana (HIV) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Desde 2008 a doença ocupa no país o quarto lugar de causa de morte por doenças infecciosas e a primeira nos pacientes com Aids (BRASIL, 2011a),

O Brasil, somado a outros 21 países em desenvolvimento, detém 80% dos casos de TB no mundo. Atualmente o Brasil ocupa a 16ª posição em relação ao número absoluto de casos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Em 2014 foram diagnosticados 67.966 casos novos de TB, perfazendo um coeficiente de incidência de 33,5 por 100 mil habitantes. Em 2013, ocorreram 4.577 óbitos e 72,5% dos casos de TB pulmonar bacilífera obtiveram cura. A proporção de abandono de tratamento dos casos (TB pulmonar bacilífera) é superior a 5,0% em diversos estados, principalmente no Amazonas (15,9%), no Rio Grande do Sul (15,1%) e em Rondônia (14,0%) (BRASIL, 2015).

Dados sobre a distribuição da doença no Brasil mostram que a mesma está concentrada em 315 dos 5.564 municípios existentes no país, o que equivale a 5,7% dos municípios, correspondendo, a 70% dos casos (BRASIL, 2011a). As diferenças regionais alteram o coeficiente de região para região do país podendo atingir taxas de até 47,2 casos para cada 100.000 habitantes (RUFFINO-NETO; VILLA, 2006; MELO et al., 2009). A taxa

de abandono do tratamento varia, alcançando patamares de 12%, chegando a atingir, em algumas capitais, entre 30 a 40% dos casos, e o percentual de cura é de 72% (RUFFINO-NETO; VILLA, 2006).

No Rio Grande do Sul (RS) os dados são expressivos. Dentre os casos novos de TB pulmonar bacilífera somente 63,8% obteve cura e 15,1% dos casos novos (TB pulmonar bacilífera) abandonaram o tratamento (BRASIL, 2015). O coeficiente de incidência da doença no estado é de 42,4/100 mil hab.

O coeficiente de incidência de TB em Porto Alegre - RS foi de 99,3/100 mil hab, coeficiente de incidência três vezes superior ao valor nacional (33,5/100 mil hab). Somente 31,2% dos casos que realizaram retratamento fizeram a cultura de escarro, 51,8% de casos novos de TB pulmonar bacilífera obtiveram cura e 24,9 % dos casos novos (TB pulmonar bacilífera) abandonaram o tratamento (BRASIL, 2015).

O surgimento da Aids foi um fator determinante na mudança do quadro epidemiológico da TB, contribuindo para alterar o caráter da doença de uma evolução crônica para aguda, podendo levar os doentes a óbito em poucas semanas (SANTOS; BECK, 2009).

No Brasil, em 2014, os resultados da testagem para HIV entre os casos novos de TB apontaram para a existência de 10,4% de pessoas com a coinfeção TB-HIV. A região Sul apresentou maior percentual de coinfectados (12,8%). Porto Alegre está entre as capitais que se destacaram com maiores percentuais da coinfeção TB-HIV, alcançando 28,0%.

O fenômeno da multirresistência às drogas utilizadas no tratamento leva ao agravamento da situação, que, em associação com a Aids, fazem da doença um agente de ruptura do tecido social (TEIXEIRA, 2002; MELÃO; RAMIRES, 2006). Em 2009 a Organização Mundial da Saúde estimou em 500 mil os casos que apresentam TB multirresistente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

No Brasil, em 2012, apenas 58,0% dos casos novos de tuberculose multirresistente apresentaram cura, 6,3% apresentaram falência ao tratamento, 17,7% abandonaram, 10,6% foram a óbito, 6,1% ainda estão em tratamento e 1,2% tiveram outros encerramentos. Tais dados indicam o quanto é complexo o manejo clínico desses casos e que ainda são grandes os desafios para o controle da tuberculose resistente no país (BRASIL, 2015).

O acompanhamento dos indivíduos com TB pelas equipes de AB ainda é baixo em todo o país. Em 2013, 53,1% dos casos novos de tuberculose presentes nas capitais brasileiras foram notificados e 61,3% foram acompanhados por estabelecimentos de atenção primária em

saúde. Em Porto Alegre cerca de 20% (BRASIL, 2015). No RS somente 17,2% dos casos novos de TB realizaram o Tratamento Diretamente Observado em 2010 (BRASIL, 2011c).

3.1.3 Etiologia, transmissão e patogenia da tuberculose

A TB é uma doença curável e evitável. Entretanto, o bacilo causador da doença acompanha o homem há milênios e seu potencial patogênico é resultante do estágio de desenvolvimento social dos países. A TB é uma doença infecciosa cujo agente etiológico é o *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch, pois foi identificado e isolado em 1882 pelo cientista Robert Koch (MELO et al., 2009; (MELÃO; RAMIRES, 2006). Existem outros tipos de bacilos que não acometem o ser humano. A suscetibilidade à doença é geral, sendo maior em crianças menores de 5 anos, adolescentes, adultos jovens e idosos, na presença de doenças imunodepressivas como a Aids, desnutrição e diabetes, em usuários de drogas e etilistas. Fatores ambientais como aglomerados urbanos e precárias condições de vida tornam os indivíduos mais suscetíveis, bem como viver em instituições fechadas como presídios, casas de correção de menores, instituições de longa permanência de idosos e abrigos sociais (MELÃO; RAMIRES, 2006).

A TB mantém estreita relação com os aspectos sociais e demográficos experimentados pelos indivíduos acometidos por ela, o que torna seu manejo mais complexo. Está associada aos determinantes do estado da pobreza como baixa renda familiar, educação e habitação precárias, famílias numerosas e alcoolismo (MELÃO; RAMIRES, 2006). No Brasil a permanência da doença está associada a fatores vinculados à pobreza como o desemprego, baixo grau de escolaridade, alimentação insuficiente e deficiente e habitação precária (ROUQUARYOL; FAÇANHA; VERAS, 2003).

O *M. tuberculosis* é agente aeróbio e se localiza preferencialmente nos pulmões, porém pode disseminar-se para outras partes do organismo, como gânglios, pleura, rins, cérebro e ossos (MELO et al., 2009). Indivíduos com TB nestes locais dificilmente transmitem a doença (DAVID, 2006). Transmite-se principalmente por via aérea. Possui baixa morbidade e, devido a seu crescimento lento, causa a doença de curso lento e crônico, especialmente em indivíduos com baixa imunidade. Quanto maior a contagiosidade do caso índice e a convivência entre indivíduos doentes e saudáveis, e quanto menor a ventilação dos ambientes, maior será a possibilidade de transmissão. Hospitais que internam ou serviços

ambulatoriais que tratam doentes com TB são considerados ambientes de risco para outros doentes e para os profissionais que trabalham nestes locais (MELO et al., 2009).

A transmissão do bacilo da TB ocorre de duas formas: transmissão direta por meio das gotículas de Flüge suspensas no ar e produzidas através da fala, espirro ou tosse, e transmissão indireta através dos núcleos de Wells, também suspensos no ar, presentes no escarro e envolvidos pela poeira. Nesta forma, se presente em local úmido e ao abrigo da luz, os bacilos poderão resistir à dissecação (ROUQUARYOL; FAÇANHA; VERAS, 2003). Entretanto, o bacilo é facilmente destruído por agentes físicos como o calor, raios ultravioletas e radiações ionizantes (MELO et al., 2009). Estima-se que durante um ano um indivíduo bacilífero, com baciloscopia de escarro positiva, pode infectar, em média, 10 a 15 pessoas em uma comunidade (DAVID, 2006). Uma vez infectado, o indivíduo pode apresentar a doença em qualquer fase da vida, mostrando que o sistema imunológico não conseguiu manter a infecção controlada (BRASIL, 2002a).

A TB divide-se em primária e pós-primária. A primária ocorre antes que se estabeleça a maturidade das defesas imunológicas e estes pacientes poderão apresentar teste tuberculínico negativo, uma vez que não concluíram a resposta de hipersensibilidade. Cerca de 95% destes indivíduos bloqueiam a propagação de lesões e os bacilos permanecem latentes. A forma pós-primária pode ocorrer através da inalação de novos bacilos ou, na maior parte dos casos, por meio da reativação do foco primário. Neste caso, a forma pulmonar é a mais comum (MELO *et al.*, 2009). Apenas 5% dos indivíduos infectados adoecem nos dois primeiros anos (forma primária), e outros 5% adoecem anos ou décadas mais tarde em consequência da reativação endógena ou da reinfecção exógena (forma pós-primária) (DAVID, 2006). Estes percentuais são corretos na ausência de outras doenças ou infecções que debilitem o sistema imunológico do doente, como por exemplo, a Aids (BRASIL, 2002a).

3.1.4 Clínica, diagnóstico e tratamento da tuberculose

Quando a doença atinge os pulmões, o indivíduo apresenta dor torácica e tosse produtiva, acompanhada ou não de sangue, inapetência, perda de peso e comprometimento do estado geral (DAVID, 2006). Observa-se também febre vespertina, sudorese noturna, dispneia e rouquidão (MELO et al., 2009). Pode ocorrer ainda anemia e cansaço (SOUSA; FERREIRA; SOUZA, 2000).

O diagnóstico é realizado através da história clínica, verificando-se doença anterior ou contato com indivíduo com TB, presença de sinais e sintomas e de fatores de risco para o desenvolvimento da doença, como infecção pelo HIV, câncer, diabetes ou etilismo. É realizado o exame bacteriológico ou baciloscopia direta do escarro, também chamada de pesquisa de BAAR – bacilo álcool ácido resistente em duas amostras, uma na primeira consulta e a outra no dia seguinte, independente do resultado da primeira amostra. A cultura do bacilo de Koch é indicada para indivíduos suspeitos de TB pulmonar com resultado negativo ao exame direto, para diagnóstico de formas extrapulmonares e para casos suspeitos de resistência bacteriana às drogas utilizadas no tratamento, acompanhada de teste de sensibilidade. O exame radiológico também é empregado e permite a identificação de imagem sugestiva de TB, ou seja, o nódulo granulomatoso, arredondado, de 1 a 2 mm, esbranquiçado, de consistência amolecida, formado por linfócitos, macrófagos e células epiteliais. Auxilia no descarte de outras patologias pulmonares e permite a avaliação da evolução radiológica dos doentes. A prova tuberculínica é indicada como método auxiliar de diagnóstico em pessoas não vacinadas com a BCG (BRASIL, 2002a; AGUIAR; RIBEIRO, 2006).

O tratamento adequado e a busca de casos novos são medidas fundamentais à prevenção e controle da doença (MELÃO; RAMIRES, 2006). As drogas de combate à TB surgidas entre as décadas de 1940 e 50 permitem a cura real da doença. A quimioterapia antituberculosa é a principal ferramenta de combate à doença, pois reduz a mortalidade e o período de transmissibilidade, e quando usada profilaticamente, previne o adoecimento. Os esquemas medicamentosos são padronizados de acordo com a situação clínica do usuário ou com a realização ou não de tratamento anterior (MELO et al., 2009).

Outras medidas também são empregadas no combate à doença, como a vacinação BCG (existente no Brasil desde 1947) e a organização de programas nacionais de controle da doença. Tais medidas reduziram a mortalidade pela doença nos países desenvolvidos e criaram a ilusão de que seria possível controlá-la. Entretanto, nas décadas seguintes a doença se agravou nos países em desenvolvimento em decorrência da pandemia do HIV, o aumento da pobreza e a redução de investimentos no setor saúde, com sucateamento da rede pública de AB. Em 1993 a OMS (Organização Mundial da Saúde) a declarou a TB uma emergência global (MELO et al., 2009).

Desde o período de sua descoberta até os tratamentos atuais, a TB e suas terapêuticas passaram por significativas transformações, tendo em vista os avanços científicos. No Brasil, o início da quimioterapia antituberculosa ocorreu com a descoberta da Estreptomicina em

1944, porém o surgimento da resistência bacteriana levou ao desenvolvimento de vários esquemas terapêuticos. A década de 70 foi marcada pelo pioneirismo do Brasil em adotar a quimioterapia de curta duração, ou seja, seis meses, substituindo o esquema anterior de doze meses, que era realizado até então em hospitais e sanatórios. A introdução de esquemas terapêuticos de curta duração no Brasil representou esperança no controle da doença e contribuiu para reduzir sua incidência (HIJJAR et al., 2007).

Segundo o Ministério da Saúde são princípios básicos do tratamento a associação medicamentosa adequada, na dose certa e pelo tempo suficiente. O tratamento é desenvolvido de forma ambulatorial, autoadministrado ou diretamente supervisionado (TS – tratamento supervisionado). A escolha do melhor tratamento deve levar em consideração o comportamento metabólico e a localização do bacilo e deve atender aos objetivos de ter atividade bactericida precoce, ser capaz de prevenir a emergência de bacilos resistentes e ter atividade esterilizante (BRASIL, 2011a).

O esquema de tratamento foi atualizado em 2009, numa parceria entre os responsáveis pelo Programa Nacional de Controle da TB e seu comitê técnico assessor, tendo como base os resultados do II Inquérito Nacional de Resistência aos Medicamentos anti TB. O tratamento divide-se em Esquema Básico (para casos novos, recidiva após cura e retorno após abandono), Esquema Especial (para casos de hepatopatias, efeitos colaterais maiores, HIV/aids e uso de imunossupressores) e para casos de resistência as drogas e Esquema para meningoencefalite. O Esquema Básico divide-se em fase intensiva (dois meses) e de manutenção (4 meses) e é diferenciado por faixa etária, para adultos/adolescentes e crianças. A dosagem é definida de acordo com o peso corporal apresentado pela pessoa. Qualquer que seja o esquema, a medicação é de uso diário, o tratamento é ambulatorial e diretamente observado e deve ser ingerido em uma única tomada. O uso descontinuado dessas medicações está relacionado ao aparecimento de cepas multirresistentes do *Mycobacterium tuberculosis* (BRASIL, 2011a).

O Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (> 10 anos) configura-se em duas fases, a Fase Intensiva de dois meses, composta pelas drogas Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol e a Fase de Manutenção, que ocorre por quatro meses apenas com as drogas Rifampicina, Isoniazida. O Esquema básico para crianças (< 10 anos) divide-se em Fase de Ataque durante dois meses, utilizando as drogas Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Fase de Manutenção, que também ocorre por quatro meses apenas com as drogas Rifampicina e Isoniazida. Em ambos os casos a dosagem de cada

droga é definida de acordo com o peso do doente. Os esquemas, tanto para adultos e adolescentes como para crianças, são indicados:

- Para casos novos de crianças, de todas as formas de TB pulmonar e extrapulmonar (exceto a forma meningoencefálica), infectados ou não pelo HIV;
- Para retratamento: recidiva (independentemente do tempo decorrido do primeiro episódio) ou retorno após abandono com doença ativa em crianças (< 10 anos), exceto a forma meningoencefálica (BRASIL, 2011a).

O esquema para o tratamento da TB meningoencefálica em adultos e adolescentes está indicado para casos novos ou retratamento e divide-se em Fase Intensiva de dois meses, composta pelas drogas Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol e a Fase de Manutenção, que ocorre por sete meses com as drogas Rifampicina e Isoniazida. Crianças com a TB na forma meningoencefálica utilizam o Esquema Básico para crianças descrito anteriormente.

Os medicamentos utilizados no combate à TB podem apresentar reações adversas de maior ou menor intensidade e gravidade, denominadas reações adversas menores e maiores, como náuseas, vômitos, dor abdominal, dores articulares, cefaleia, ansiedade, insônia, crise convulsiva, coma, hepatotoxicidade, trombocitopenia, entre outras. A conduta a ser tomada envolve a avaliação da função hepática, alteração no horário de ingestão dos medicamentos, o uso de medicamentos sintomáticos, mudanças de esquema ou ainda a suspensão do tratamento e a reintrodução parcelada das drogas. Para estes casos existem os Esquemas Especiais compostos por outros medicamentos de primeira linha nas suas apresentações individualizadas, a serem administrados nas dosagens correspondentes ao peso do doente (BRASIL, 2011a).

3.1.5 O cenário mundial e nacional de combate à tuberculose

A 44ª Assembleia Mundial da Saúde realizada em 1991 reconheceu a importância crescente da TB e seu potencial controle utilizando-se ferramentas disponíveis e reforçou a adoção de uma estratégia global que provesse tratamento adequado e eficiente. Após a declaração da TB como emergência mundial em 1993, a OMS desencadeia um conjunto de iniciativas com o objetivo de conjugar e racionalizar esforços para a eliminação da doença.

Como entidade oficial global voltada a área da saúde, a OMS tem feito esforço grandioso que envolve “governos e organizações não-governamentais para reunir, em uníssono, e sob uma mesma linha programática, recursos, conhecimentos, experiências que, nos quatro cantos do mundo, estão voltados para o controle da tuberculose” (TEIXEIRA, 2002, p. 3).

Nesse mesmo ano, a OMS propôs a *short-course chemotherapy* (terapia de curta duração) para todos os esfregaços positivos. Atualmente é conhecida como estratégia DOTS. É constituído por cinco componentes:

- Compromisso dos governos colocando o controle da TB como prioridade entre as políticas de saúde, com garantia de recursos financeiros, elaboração de planos de ação e mobilização social;
- Detecção de casos por baciloscopia de qualidade entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde;
- Tratamento padronizado de curta duração, diretamente observado e monitorado em sua evolução e apoio ao doente;
- Gestão e fornecimento regular de drogas;
- Sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento desde a notificação até o encerramento do caso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994).

Em 2000 a Organização das Nações Unidas estabeleceu os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e dentre eles, no 6º objetivo, meta 8, está o controle da expansão e redução da incidência da TB, conjuntamente com outras doenças transmissíveis como a Aids, que atingem populações pobres e vulneráveis. Este objetivo prevê a redução da incidência da doença até 2015 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000).

Em 2001 é criada a Parceria Stop TB formada por organizações internacionais e técnica, programas de governo, agências de investigação e financiamento, fundações, Organizações Não Governamentais (ONG), sociedade civil e grupos da comunidade e do setor privado. São em torno de 1000 parceiros distribuídos em 100 países. Surgiu com a missão de atender as pessoas que são vulneráveis a TB e disponibilizar tratamento de alta qualidade a quem precisa. A Parceria Stop TB opera através de uma secretaria organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em Genebra, na Suíça e sete grupos de trabalho (STOP TB PARTNERSHIP, s/d).

Em 2002 a OMS propôs a expansão da estratégia DOTS. Embora reconheça que desde a introdução da estratégia DOTS houveram consideráveis progressos no controle da TB global, afirmava que em 2000 apenas 27% dos casos de TB globais eram tratados desta forma e, mesmo dentro de países que adotam a estratégia DOTS, muito ainda precisava ser feito para expandir os serviços para toda a população. A OMS desejava torná-la uma estratégia de apoio aos prestadores de serviços e aos doentes para resolver o problema da TB. A estratégia de expansão buscava enfatizar a igualdade das dimensões técnica, gerencial, social e política em relação à doença. Ela reconhece o acesso a cuidados de TB como um direito humano e o controle da TB como um bem social com grandes benefícios para a sociedade. Ressaltava que o controle da TB contribui para a redução da pobreza, diminuindo a carga socioeconômica que a doença inflige sobre os pobres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A estratégia *Stop TB* foi lançada pela OMS em 2006 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013) e buscou reforçar a redução da incidência da doença até 2015 estabelecida dentro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e definiu como alvo até 2015: detectar, através do exame de escarro, pelo menos 70% dos novos casos de TB com baciloscopia positiva e curar pelo menos 85% deles até 2015; reduzir em 50% a prevalência e as mortes decorrentes por TB em relação a 1990 até 2050; e eliminar a TB como problema de saúde pública (um caso por milhão de habitantes).

Para isso, definiu seis estratégias:

- buscar a ampliação e aperfeiçoamento da estratégia DOTS de alta qualidade;
- lidar com a coinfeção TB/HIV, com a TB multirresistência e outros desafios;
- contribuir para o fortalecimento dos sistemas de saúde;
- engajar provedores de assistência global;
- contar com o apoio dos portadores de TB, bem como as comunidades;
- e permitir e promover a pesquisa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

No Brasil são diversas e de longa data as políticas e ações governamentais propostas para o combate à TB. As Políticas de Saúde são propostas com o intuito de melhorar as condições gerais de saúde da população de um país e valem-se das ações programáticas ou dos Programas de Saúde para atingir tal objetivo. Neste sentido, “Um programa de saúde constitui-se em uma resposta organizada para reduzir ou eliminar um problema, que ao alcançar seu objetivo, melhora a saúde da população” (GONÇALVES, 2012, p. 13).

No final do século XIX, no Brasil e no mundo, como visto anteriormente, a associação da TB com as precárias condições de vida e higiene rotulou os doentes de culpados e responsáveis pela doença, por não adotarem as regras de alimentação e higiene preconizadas pela medicina da época, o que levou o governo da época a instituir algumas medidas profiláticas. Em agosto de 1900 é criada a Liga Brasileira Contra a Tuberculose, cuja principal estratégia é a construção de dispensários e sanatórios para os doentes com maior chance de cura. Neste período a doença não é uma preocupação do Estado. A Liga, porém, requisitava cada vez mais a presença do Governo Federal frente às discussões sobre a construção de casas populares, trabalho insalubre e preço dos alimentos, considerados fundamentais para erradicar a TB. Começam a ser produzidos cartazes e realizadas conferências divulgando medidas preventivas. O primeiro plano de combate à TB foi criado em 1907 pelo médico sanitariano Oswaldo Cruz que não obteve sucesso, pois a doença não era considerada uma ameaça à economia e à estrutura do Estado (GONÇALVES, 2002).

A criação da Inspetoria de Profilaxia da TB junto ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, introduz oficialmente o Estado no controle da TB. A política de saúde priorizava as campanhas de assepsia, desinfecção, notificação, boa alimentação e isolamento dos doentes. A década de 30 trouxe grandes avanços no combate à doença, como a abreugrafia, a baciloscopia, a vacina BCG e a cirurgia de tórax. Os Centros de Saúde inaugurados em 1934 levaram a um controle mais rigoroso da doença através da visita domiciliar. Em 1941 o Serviço Nacional de TB (SNT) foi criado com o objetivo de supervisionar o repasse financeiro dado pelo governo a instituições e órgãos de assistência social. Em 1946 a Campanha Nacional Contra a TB teve como objetivos ampliar, uniformizar, interiorizar e normatizar o atendimento aos doentes, utilizando um maior número de profissionais (GONÇALVES, 2002).

O Plano Nacional de Controle da TB (PNCT) foi implantado na década de 1970 e vem sendo modificado ao longo dos anos em face dos novos desafios enfrentados no combate à doença. A procura de casos novos através da baciloscopia entre os sintomáticos respiratórios e a quimioterapia efetiva são as principais ações de controle da doença propostas pelo PNCT (MELO et al., 2009).

Em 1996 foi lançado o Plano Emergencial para o Controle da TB, em face da declaração da OMS que tornou a TB urgência mundial. Possuía como metas:

- aumentar a cobertura do Programa de Controle da TB em todo o país, integrando atividades de diagnóstico e tratamento em pelo menos 80% dos centros de Saúde existentes na rede pública dos 230 municípios priorizados;
- implementar o diagnóstico bacteriológico da TB;
- descobrir, pelo menos, 90% dos casos existentes;
- curar, pelo menos, 85% dos casos novos descobertos;
- desenvolver ação política, junto às autoridades de saúde e sociedades representativas da área de saúde pública (BRASIL, 1998a).

A Resolução nº. 284 de seis de agosto de 1998, publicada no Boletim do Conselho Nacional de Saúde, destacou a TB como problema prioritário de saúde no Brasil e estabeleceu como metas diagnosticar em três anos pelo menos 92% dos casos esperados e tratar com sucesso, pelo menos, 85% dos casos diagnosticados; reduzir em nove anos a incidência em pelo menos 50% e a mortalidade em dois terços (BRASIL, 1998b).

O Plano Emergencial vigorou no país até dezembro de 1998. Em outubro deste ano foi lançado um novo Plano Nacional de Controle da TB, o qual tinha como metas:

- implementar a cobertura do Programa de Controle da TB (PCT) para 100% dos Municípios;
- diagnosticar em três anos, pelo menos, 92% dos casos esperados e tratar com sucesso pelo menos 85% dos casos diagnosticados;
- em nove anos a incidência deverá ser reduzida a, no mínimo, 50% e a mortalidade em dois terços (BRASIL, 1998a).

Este novo PNCT contemplou a recomendação da OMS/OPAS de adotar a estratégia DOTS, sendo então estabelecidas novas diretrizes de trabalho com vistas à descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da TB, para o âmbito da atenção primária. Assim coube a cada Município desenvolver o seu Programa de Controle da TB, tomando por base de orientação o PNCT vigente, respeitando suas peculiaridades, principalmente no âmbito pertinente ao tratamento supervisionado. O componente fundamental destacado no novo PNCT foi a atenção a todos os sintomáticos respiratórios, com vistas a diagnosticar a totalidade dos casos estimados para suas áreas específicas e o

tratamento supervisionado para diminuir o percentual de abandono ao nível máximo de 5% (BRASIL, 1998a).

Com a integração da Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária ao Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), em janeiro de 2000 foram pensadas novas estratégias de controle da TB. Assim o Ministério da Saúde lançou o Plano Estratégico para a Implementação do Controle da TB no Brasil, destinado a possibilitar aos profissionais de saúde com atuação na área da AB a elaboração de novos instrumentos de trabalho capazes de atingir o controle da doença em nível local e estabelecer mecanismos permanentes de vigilância e avaliação do processo de trabalho. A humanização das práticas de saúde junto à família e seu espaço social passaram a ser o referencial desta nova estratégia de enfrentamento (RUFFINO-NETTO, 2001).

A partir desse plano as ações de controle da TB envolvendo prevenção, diagnóstico e tratamento foram gradativamente sendo incorporadas à atenção básica, levando em consideração a expansão dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família, estratégias consideradas prioritárias para a reorganização desse nível de atenção no país (BRASIL, 2002a). Tal medida aumentou a responsabilidade das secretarias estaduais e municipais de saúde, uma vez que estes órgãos são responsáveis diretos pela execução das atividades que causam impacto na redução do problema.

Estas medidas foram tomadas em nível nacional e internacional em um momento político extremamente significativo para o Brasil. Após promulgação da Constituição Federal em 1988 que cria o Sistema Único de Saúde (SUS) e de sua regulamentação através da Lei 8.080 de 1990, a implementação do SUS começou a ocorrer de forma gradativa no país, havendo descentralização das ações de saúde para estados e municípios a partir da década de 1990. No entanto, a transferência de responsabilidade na execução de ações de combate à TB esbarrou em dificuldades financeiras, institucionais e administrativas demonstrando a complexidade em consolidar um plano de saúde nacional tendo em vista o tamanho do país e as disparidades regionais (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Diferentes estratégias de financiamento foram sendo adotadas para a implementação do Programa de Controle da Tuberculose. Incentivos financeiros passaram a ser oferecidos aos municípios que realizavam ou não o tratamento supervisionado (bônus), aumento dos valores pagos pelo exame de baciloscopia de escarro (R\$ 4,20), bem como através do Piso de Atenção Básica fixo (cálculo *per capita*) e variável (Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa Saúde da Família e ações de Vigilância Epidemiológica). Entretanto, não

havia integração entre a coordenação nacional e as coordenações estaduais e municipais, o que contribuiu para a manutenção na década de 90 dos percentuais de cura abaixo dos 85% preconizados pela OMS. Em 2004 o bônus para pagamento de cura foi suspenso pelo Ministério da Saúde e os 155 municípios que apresentavam a maior carga da doença, incluindo o Distrito Federal, receberam um incentivo para a intensificação das ações de vigilância e controle da TB mediante a apresentação de um plano de trabalho e de aplicação dos recursos em cinco áreas: capacitação, educação em saúde, vigilância epidemiológica, laboratório e supervisão (RUFINO-NETO; VILLA, 2006).

Em 2001 foi constituída a Rede Brasileira de Pesquisas em TB, a REDE TB, vinculada ao Ministério de Ciência e Tecnologia, considerado o primeiro movimento brasileiro articulado em prol do combate à TB. Caracteriza-se como um fórum que reúne entidades governamentais, organizações não governamentais, sociedade civil organizada, conselhos de saúde, entre outros, visando à integração entre os setores envolvidos no controle da TB (SILVA, 2006).

Em 2002 foi publicado o Manual Técnico para o Controle da TB destinado aos profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no Programa de Saúde da Família (PSF). Possui atividades definidas para todas as UBS no controle da doença, bem como especifica as atribuições de cada profissional que atua nestas unidades como médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário da Saúde. A este cabe, entre outras atividades, a tarefa fundamental de identificar nas comunidades os sintomáticos respiratórios, bem como seus comunicantes, e encaminhá-los aos serviços de saúde para pesquisa de TB, supervisionar a tomada diária dos medicamentos antituberculosstáticos e o comparecimento do doente às consultas médicas (BRASIL, 2002a). O TDO é elemento chave da estratégia DOTS e visa fortalecer a adesão do paciente ao tratamento, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura.

Entretanto, o referido manual reduz a abordagem do DOTS a uma estratégia de supervisão de tratamento com o objetivo de garantir a adesão e assim diminuir o risco de transmissão da doença. Afirma que a supervisão da tomada dos medicamentos pode ser feita em, pelo menos, três tomadas semanais e que a indicação do tratamento supervisionado deve ser prioritária para algumas situações como doentes etilistas, casos de retratamento após abandono, mendigos, presidiários e doentes institucionalizados (BRASIL, 2002a).

Segundo Oliveira, Natal e Chrispim (2010), a estratégia DOTS, quando for adaptada às condições de cada localidade, pode contribuir fortemente para o alcance das metas

mundiais de controle da TB, uma vez que proporciona atenção contínua aos indivíduos doentes, maior êxito na cura, com bloqueio da cadeia de transmissão da doença e a diminuição dos custos impostos pela enfermidade. No Brasil a estratégia DOTS foi lentamente sendo incorporada nos municípios e em 2004 o país possuía cobertura DOTS de 52% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006), atingindo, em 2005, 63,8% em Unidades Básicas de Saúde.

Em 2006 o Ministério da Saúde lança o Plano Estratégico para Controle de TB Brasil 2007-2015, seguindo orientações da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) de reafirmar o compromisso dos países em ratificar o controle da TB como prioridade nos programas de saúde, garantindo os recursos financeiros e humanos necessários. O Plano tem como objetivo reduzir a morbidade, mortalidade e transmissão da TB, implementando a Estratégia TS/DOTS (Tratamento Supervisionado). Possui como metas que 100% de estados e municípios notifiquem mais de 70% dos casos novos confirmados e cura de 85% dos doentes em DOTS, e todos os estados e municípios do país revertendo a incidência de TB, diminuindo em 50% a mortalidade e a prevalência em 2015 em relação à de 1990, conforme as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Está dividido em 06 componentes de ação:

- expansão e/ou fortalecimento da estratégia TS/DOTS com qualidade;
- implementação e/ou fortalecimento de atividades de colaboração entre os Programas de Tuberculose e HIV/AIDS, atividades de prevenção e controle da TB-MR e estratégias comunitárias para populações desassistidas (DOTS comunitário) em todos os estados do país;
- fortalecimento do Sistema Único de Saúde enfatizando a atenção primária, a abordagem integral de enfermidades respiratórias, a rede de laboratórios e o desenvolvimento de políticas de recursos humanos em TB;
- melhoramento do acesso da população ao diagnóstico e tratamento da TB através da incorporação de todos os provedores de saúde, tanto públicos quanto privados;
- implementação de estratégias de *advocacy*, comunicação e mobilização social e facilitamento da participação dos afetados pela TB e da comunidade;
- inclusão de investigação operativa, clínica e epidemiológica nos planos dos Programas de Controle da Tuberculose (BRASIL, 2006a).

Em abril de 2008 foi instituído o Comitê Técnico Assessor (CTA) por meio da Portaria da SVS nº 62 de 29/04/2008, composto por pessoas de reconhecido saber nas diversas áreas afins ao controle da TB, representantes de vários segmentos e instituições parceiras. Em outubro do mesmo ano o PNCT solicitou a parceria do CTA para proceder à revisão das recomendações vigentes no país para o controle da TB. Este trabalho resultou no Manual de Recomendações para o Controle da TB no Brasil, edição 2010. As principais alterações ocorreram em relação ao tratamento dos doentes com a introdução do Etambutol como quarto fármaco na fase intensiva (dois primeiros meses) do esquema básico com objetivo de prevenir a resistência bacilar aos fármacos anti-TB; introdução de comprimidos formulados com os quatro fármacos em doses fixas combinadas para a fase intensiva do tratamento; esquemas até então denominados IR e III passaram a não existir mais; busca ativa de Sintomáticos Respiratórios (SR) e lançamento de nova ficha para tratamento de infecção latente (BRASIL, 2010b).

Em 2010 o Ministério da Saúde declarou a TB como doença negligenciada, por entender que doenças negligenciadas se mantêm em condições de pobreza e contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade social, ao mesmo tempo em que representam um forte entrave ao desenvolvimento dos países (DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA, 2010). As doenças negligenciadas se mantêm em países pobres ou em desenvolvimento, especialmente nas favelas urbanas, com aglomerados populacionais que vivem em situação de exclusão social que favorecem a sua disseminação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Estão relacionadas com precárias condições de vida e a falta de infraestrutura básica para a sobrevivência como saneamento básico, moradia adequada, higiene, escolaridade e acesso a tratamentos de saúde, condições essas que exacerbam e perpetuam a pobreza das comunidades afetadas.

A permanência das doenças negligenciadas no Brasil é indicativa de falhas em uma rede complexa de fatores, sendo resultado de investimentos desordenados em pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação. As doenças negligenciadas indicam áreas de baixa prioridade em relação à ciência, ao mercado e à saúde pública, que demonstram, respectivamente, a necessidade de mais pesquisa, de mecanismos inovadores de financiamento ou negociações para redução de preços e novas estratégias de abordagem dos problemas (MOREL, 2006). A TB projeta-se de forma assustadora em nível global, sendo a ineficiência das ações de controle praticadas que diagnosticam menos da metade dos casos existentes e curam menos de 60% dos casos diagnosticados, apontada como uma das

principais causas. A forma como o sistema de saúde está organizado tem dificultado seu controle e erradicação (TEIXEIRA, 2002; MELÃO; RAMIRES, 2006).

Nova edição do Manual de Recomendações para o Controle da TB no Brasil foi publicada em 2011, contendo pequenas alterações no texto em relação à versão anterior e aos anexos. Este documento é o atual, estando em vigor no país (BRASIL, 2011a).

O PNCT é executado em conjunto por meio de um programa unificado entre as esferas federal, estadual e municipal, sua política apresenta ações com padrão técnico e assistencial definidos, o que garante a distribuição de medicamentos e insumos bem como ações de prevenção e controle da doença. Entretanto, ainda se faz necessário consolidar a atuação de estados e municípios no combate à TB, especialmente no uso de estratégias de comunicação e de educação em saúde, de modo a buscar a eficácia dessas ações, bem como definir estratégias de capacitação dos profissionais que estão à frente deste projeto. O PNCT enfatiza ainda a necessidade de parcerias com organizações não governamentais (ONGs) nacionais, como universidades e internacionais. A TB é uma doença que depende da reformulação de políticas que a coloquem como prioridade em relação às demais, do gerenciamento/coordenadorias ou, ainda, o envolvimento das equipes responsáveis pela assistência aos portadores de TB (RUFINO-NETO; VILLA, 2006).

3.2 O cuidar em saúde e a produção de conhecimento sob a perspectiva da vulnerabilidade

O termo vulnerabilidade tem sido utilizado nas produções da área da saúde com diferentes significados, variando conforme a situação ou circunstância em que é empregado. Abrange desde a bioética, ao abordar a proteção de indivíduos vulneráveis em experimentos de pesquisa, à epidemiologia e saúde pública, ao focar as chances de adoecimento, cura ou morte (ALMEIDA; RODRIGUES; ESCOLA, 2013).

Etimologicamente a palavra vulnerabilidade deriva do latim *vulnerare* (ferir), *vulnerabilis* (que causa lesão, ou seja, que pode ser ferido fisicamente, atacado, derrotado, prejudicado, ofendido) (BARCHIFONTAINE, 2006). Representa a suscetibilidade das pessoas a agravos e danos à saúde (NICHATA et al., 2008; ALMEIDA; RODRIGUES; ESCOLA, 2013), em síntese, demonstra a fragilidade própria do ser humano.

Historicamente, crianças, idosos senis, deficientes físicos, portadores de sofrimento mental e institucionalizados de qualquer ordem eram considerados vulneráveis, além das populações subdesenvolvidas que estão submetidas à vulnerabilidade social (BARCHIFONTAINE, 2006). O quadro conceitual da vulnerabilidade vem sendo utilizado em diversas situações e agravos à saúde em decorrência da busca de diferentes saberes (biomédicos e outros) que pudessem oferecer respostas concretas a problemas práticos, a partir de um olhar transdisciplinar para o processo saúde-doença-cuidado (AYRES, 2009).

A vulnerabilidade pode ser descrita como o

(...) movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade às infecções e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. (AYRES et al., 2003, p. 123).

O quadro analítico da vulnerabilidade surge mais fortemente no cenário mundial da saúde pública na década de 90 com os estudos sobre a pandemia da HIV/Aids, quando se buscava entender o comportamento da doença na população (MANN et al., 1993; AYRES et al., 2013).

A trajetória do conceito de vulnerabilidade acompanhou o esforço de estudiosos em compreender a ocorrência da Aids. A análise da doença permite compreender sua evolução. Inicialmente foram identificados certos grupos de pessoas que estavam mais propensos a adquirir o vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), como os homossexuais, hemofílicos e usuários de heroína, denominados de grupos de risco. Entretanto, este rótulo gerou preconceitos, estigmas e isolamento, o que em nada contribuiu para transformar a situação dos doentes, levando a intensas e organizadas reações sociais, especialmente entre os homossexuais norte-americanos. A partir disso, e de avanços no conhecimento da doença, estratégias de redução do risco foram adotadas, como sexo seguro e redução de danos, introduzindo a ideia de comportamento de risco. Porém, esta abordagem também se mostrou limitada, ao demonstrar que o acesso à informação e a vontade de mudar o comportamento de risco estão condicionados à disponibilidade de recursos de diversas ordens. Com o passar dos anos, o perfil da epidemia atingiu grupos de menor poder social como os pobres, negros e mulheres, demonstrando que um novo instrumental deveria ser utilizado para abordar a epidemia da Aids, ou seja, a análise da vulnerabilidade à infecção pelo HIV (AYRES et al., 1999; 2003; 2013).

O modelo de vulnerabilidade, proposto inicialmente por Mann et al. apresenta uma metodologia para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids. Segundo os autores, o comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção, o que justifica dirigir ações ao indivíduo, embora isto seja insuficiente para controlar a epidemia. Deste modo, é importante considerar outros fatores que podem influenciar tal controle no âmbito individual. Os autores propõem uma estrutura de análise do conceito, em relação ao comportamento individual, que se refere à autoavaliação através de perguntas, para se verificar o conhecimento, os comportamentos, o *status* social e o acesso à informação, avaliando-se, em cada um desses eixos, como pode ocorrer a transmissão da doença; em relação à vulnerabilidade coletiva, que se refere à avaliação da capacidade estrutural e funcional dos programas de controle da epidemia; e em relação à vulnerabilidade social, que consiste na avaliação das realidades sociais através de indicadores do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas. Finalmente, os autores propõem a aplicação de um sistema de escores, que classificam a vulnerabilidade como alta, média e baixa. Nessa perspectiva, os autores enfatizam a necessidade de que os indivíduos se responsabilizem pela prevenção da doença, imputando a eles essa tarefa (MANN et al., 1993).

Inicialmente, esses três planos (individual, coletivo e social – Programa Nacional de Combate à Aids) eram avaliados por meio de escores e modelos quantitativos que reafirmavam que a possibilidade de um indivíduo ou grupo se contaminar pelo HIV. Contudo, alguns anos depois Mann e Cols. retomam de modo mais amplo a questão da vulnerabilidade ao HIV/aids, substituindo o extenso espaço ocupado pelos indicadores socioeconômicos pela ênfase nos direitos humanos.

Ayres et al. (2003), em relação ao fenômeno da Aids, afirmam que o conceito de vulnerabilidade se caracteriza como “constructo e construtor” da “percepção ampliada e reflexiva” (p. 117) que devemos ter em relação às suscetibilidades orgânicas, aos programas de saúde, aos aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos relativos à doença. Para os autores, a análise da vulnerabilidade configura-se como contribuição relevante às propostas de renovação das práticas de saúde de um modo geral.

No Brasil, Ayres et al. (2003) argumentam que a vulnerabilidade às doenças e enfermidades deve ser analisada a partir de uma perspectiva que envolve o indivíduo inserido em uma coletividade, numa avaliação articulada das dimensões individual, social e programática, de modo a suprir as necessidades e não aprofundar as condições sociais de

vulnerabilidade destes doentes. Cada uma dessas dimensões pode ser tomada como referência para se interpretar outras enfermidades, além da Aids.

A dimensão individual refere-se à quantidade e qualidade de informações que as pessoas dispõem sobre os problemas de saúde, sua compreensão e a transformação dessas informações em práticas de proteção, no caso deste estudo, o quanto os doentes com TB conhecem sobre seu estado de saúde e o uso que fazem destas informações em busca de benefícios próprios (AYRES et al., 2003; 2013).

O componente social inclui avaliações que não podem ser respondidas apenas sob o ponto de vista individual e diz respeito aos aspectos materiais, culturais, políticos e morais da vida em sociedade, que permitem compreender a forma como os indivíduos comportam-se e expõem-se às doenças, ou seja, à TB (AYRES et al., 2003; 2013).

O terceiro eixo refere-se aos esforços programáticos ou institucionais em oferecer, de forma democrática, serviços de saúde, educação, bem-estar social e cultural, de modo a suprir as necessidades e não aprofundar as condições sociais de vulnerabilidade. Envolve avaliar o grau e a qualidade do compromisso dos serviços e programas, os recursos disponíveis, os valores e a competência profissional, a avaliação das práticas e o estímulo à participação e autonomia dos diversos sujeitos sociais no diagnóstico da situação e na busca da superação das dificuldades. Na prática, a situação concreta analisada é que irá demonstrar os aspectos a serem considerados e articulados (AYRES et al., 2003; 2013).

O marco conceitual que propõem os autores acima difere do marco inicial proposto por Mann et al. (1993), pois Ayres et al. (2003; 2013) não restringem a vulnerabilidade à determinação individual. Para esses autores a unidade analítica está constituída no eixo indivíduo-coletivo. Essa abordagem pode ampliar a atuação em saúde e gerar reflexões que podem ser úteis para continuar no caminho da formulação de políticas de saúde a partir das necessidades da coletividade, tendo em vista que propõe uma estrutura interpretativa que busca articular o indivíduo, em um determinado contexto social, regido por certas políticas sociais e de saúde. Além disso, esse conceito aciona a questão básica que se refere à cidadania como um exercício pleno de direitos.

Para MEYER et al. (2006) a construção do quadro conceitual da vulnerabilidade no campo da saúde é relativamente recente e mantém estreita relação com a vontade de superar práticas em saúde baseadas no conceito de risco, na medida em que esta categoria analítica fragmenta os fenômenos em partes, cujas associações buscam uma relação horizontal de causa

e efeito, subtraindo a complexidade do viver e as conseqüentes possibilidades de adoecer. Para os autores, as partes dos fenômenos com que nos deparamos no dia a dia profissional têm sentido e são passíveis de serem compreendidas quando identificamos o todo, ou seja, o contexto onde a vida acontece.

De acordo com Bertolozzi et al. (2009) a análise da exposição a agravos de saúde sob o plano da vulnerabilidade leva à incorporação dos aspectos individuais e do contexto que geram maior suscetibilidade aos agravos e até mesmo à morte e, de forma simultânea, aos recursos oportunizados para seu enfrentamento. Por isso, “(...) para a interpretação do processo saúde-doença, considera-se que o risco indica probabilidades e a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social” (BERTOLOZZI et al., 2009, p. 1327). Ao serem relacionados entre si estes aspectos fornecem os elementos que possibilitam a análise dos processos de adoecimento. São dirigidos ao indivíduo e “(...) buscam a universalidade e não a reprodutibilidade ampliada de sua fenomenologia e inferência” (BERTOLOZZI et al., 2009, p. 1327).

Os diferentes espaços sociais e as formas de trabalho e de desenvolvimento da vida produzem diferenças na manifestação dos perfis patológicos dos grupos humanos, demonstrando o caráter social do processo saúde-doença (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2009). Desta forma, as características específicas do contexto social em que as pessoas vivem e trabalham incidem de formas diferentes sobre a situação de saúde entre grupos de determinada sociedade, entre sociedades diversas e entre estes e indivíduos, já que a existência das doenças não é uma simples relação de causa-efeito. O bacilo de Koch, por exemplo, causa a TB, mas são as condições sociais que explicam porque alguns grupos populacionais são mais susceptíveis do que outros para contrair a doença. Daí a necessidade de identificarem-se os fatores individuais que indicam quais sujeitos no interior de um grupo estão submetidos a maiores chances de adoecimento (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A importância de trabalhar com o indicador de vulnerabilidade social aponta ainda para a necessidade da transdisciplinaridade, fundamental quando se trata de problemas ou de necessidades de saúde, na medida em que a complexidade do objeto da saúde requer diferentes aportes teórico-metodológicos, sob pena de reduzir-se a ações pontuais e de caráter emergencial, que não modificam a estrutura da teia de causalidade (MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Outro aspecto destacado pelas autoras acima diz respeito à forma de atuação dos profissionais, uma vez que a abordagem em saúde sob o olhar da vulnerabilidade pode

ampliar a sua prática. Visto deste ângulo, o conceito de vulnerabilidade pode ser um convite para repensar e modificar as práticas de saúde, uma vez que propõe realizar diagnósticos sobre as condições sociais, de forma participativa e orientada às necessidades de indivíduos e coletividade, de modo a redefinir o objeto de intervenção. Essa perspectiva analítica amplia o horizonte para além da abordagem que restringe o surgimento e manutenção dos agravos à saúde à responsabilidade individual e inclui o trabalho participante com a população (MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Na literatura podem ser encontrados vários estudos sobre TB na perspectiva da vulnerabilidade. Ao pesquisarem as necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com TB segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão, Hino et al. (2011) identificaram que as mesmas estão sujeitas a diferentes vulnerabilidades. Na dimensão individual a falta de conhecimento sobre a doença ou a presença de conceitos errôneos e equivocados sobre o modo de transmissão do bacilo fortaleceram o adoecimento pela TB. Na dimensão social as crenças e as concepções sobre a doença reveladas pelos usuários doentes demonstraram ainda estar carregadas de estigma e preconceito, afastando-os até mesmo da família. Por fim, na dimensão programática o diagnóstico tardio e o despreparo dos profissionais foram aspectos marcantes em relação ao fator vínculo. A partir dos resultados, os autores concluem que o acesso ao diagnóstico e aos medicamentos não foi suficiente para promover a adesão ao tratamento, uma vez que diversos fatores interferem na adesão, sendo fundamental os profissionais compreenderem o processo saúde-doença como fenômeno social, de modo a atender as necessidades de saúde do usuário que surgem durante o processo da doença, visando a modificar sua vulnerabilidade.

Oliveira et al. (2013) constataram diversas barreiras para o acesso ao diagnóstico da TB em pessoas idosas no município de João Pessoa – PB, considerando que os idosos fazem parte do grupo etário considerado mais vulnerável à TB. Entre elas destaca-se o atraso no diagnóstico tanto por parte de profissionais da atenção básica como no âmbito hospitalar e a falta de busca ativa entre sintomáticos respiratórios ou de comunicantes respiratórios como pontos fracos do sistema de saúde. A demora na detecção de casos de TB possui como consequências o agravamento do quadro clínico do doente, maior mortalidade e disseminação da infecção para outras pessoas na comunidade.

A pesquisa de Bowkalowski e Bertolozzi (2010) identificou as variáveis que podem se constituir como potenciais de desgaste e vulnerabilidades na manifestação da TB para os doentes vinculados a um Distrito Sanitário de Curitiba. Os resultados deste estudo, como o

anterior, apontaram diferenças na vulnerabilidade entre os sujeitos, como dificuldade de acesso aos medicamentos, trabalho informal, renda salarial baixa e desconhecimento sobre a TB. A principal contribuição do estudo reside na percepção dos autores em destacar que “os trabalhadores de saúde devem ser envolvidos na construção de uma nova modalidade de assistência, aproximando-se da realidade dos doentes e transformando as práticas que desenvolvem junto à coletividade” (p. 98).

Estudo descritivo e ecológico (Brunello et al., 2011), realizado no município de Ribeirão Preto (SP), por meio do georreferenciamento dos casos novos de HIV/TB notificados, identificou áreas de vulnerabilidade para os casos novos de coinfeção HIV/TB com o auxílio do *software* ArcGIS, 9.1. Os dados demonstraram forte relação entre os casos notificados e as áreas de maior vulnerabilidade social, aquelas com densidade populacional, uma vez que as taxas de incidência foram maiores nas áreas de nível socioeconômico intermediário e inferior. Estas regiões são chamadas pelos autores de bolsões de pobreza, devido à presença de grandes favelas e assentamentos e forte exploração do tráfico de drogas e da prostituição. A coinfeção TB/HIV é uma doença de complexidade social e sua eliminação não se restringe ao setor saúde, mas depende da gestão intersetorial.

Outro estudo abordou a vulnerabilidade à TB em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário e demonstrou que o maior tempo de serviço e a jornada de trabalho superior a 12 horas diárias tornam os trabalhadores mais suscetíveis a adquirir a doença, sendo que os auxiliares de enfermagem e os trabalhadores do noturno apresentam maior número de indicadores de vulnerabilidade. Parcela expressiva dos trabalhadores apresentou conhecimento equivocado sobre a enfermidade e referiram não se sentir preparados para prestar assistência a pacientes com TB, apesar de fazê-lo (SOUZA; BERTOLOZZI, 2007).

Além da AIDS e da TB, estudos na perspectiva da vulnerabilidade têm abordado também outros temas. A vulnerabilidade da família experienciada em situação de doença e hospitalização de um filho foi estudada por Pettengill e Angelo (2005); a condição de vulnerabilidade de adolescentes às doenças sexualmente transmissíveis a partir de sua história de vida (BARRETO; SANTOS, 2009) e a dupla vulnerabilidade de mulheres portadoras de deficiência (NICOLAU et al., 2013) também foram estudadas.

Considerando esta breve revisão da literatura, pode-se argumentar que o uso da noção de vulnerabilidade como eixo orientador de estudos sobre os fenômenos da vida e da saúde pode contribuir muito para a compreensão das conhecidas incoerências entre a evolução da Medicina e das tecnologias terapêuticas e os persistentes problemas de saúde enfrentados pela

população. O desafio de construir tecnologias, dispositivos e instrumentos que apoiem a construção de práticas qualificadas e resolvam ou minimizem tais problemas, respondendo às necessidades de indivíduos e grupos, está colocado aos profissionais (SANCHEZ, BERTOLOZZI, 2009).

3.3 As tecnologias de intervenção em saúde e o Projeto Terapêutico Singular

A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), e das leis complementares 8.080 e 8.142, iniciou-se o processo de implantação do SUS em acordo com seus princípios e diretrizes. Surge, assim, um movimento bastante peculiar da saúde coletiva em direção à construção da clínica ampliada no Brasil. Diversas reflexões passaram a ser feitas sobre o conceito de modelo de atenção, visando alterar o padrão de funcionamento dos serviços de saúde, oportunizando também uma maior aproximação com o tema da atenção individual (CUNHA, 2010).

Parece ser consenso que a prática clínica contemporânea está pautada em conhecimentos advindos da epidemiologia clínica, como o paradigma da Medicina Baseada em Evidências, que a sustenta, em grande parte, teoricamente (MERHY, 2014; CAMPOS, 2000; CUNHA, 2010). Entretanto, no Brasil, debates sobre a clínica vêm ocupando cada vez mais espaços no campo da saúde coletiva, com importância crescente sendo dada ao trabalho em equipe.

O campo da saúde foi se constituindo ao longo do tempo como campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente formadas, cujo objetivo é a produção do cuidado, por meio do qual se promove a saúde e poderá se atingir a cura das doenças. O modelo médico neoliberal tornou-se hegemônico no campo da saúde e está centrado em interesses de grandes corporações, operando em conformidade com os objetivos institucionais (MERHY, 2014), e organizando-se a partir de problemas específicos, o que reduz a dimensão cuidadora a um papel complementar e, por vezes, irrelevante (MERHY, 2014).

No plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, em que o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais (MERHY; FRANCO, 2003). Além disso, este modelo gera algumas tensões como a produção do cuidado centrada nas ações de distintos tipos de trabalhadores, em intervenções restritas e presas às competências profissionais específicas e intervenções centradas em procedimentos, sem compromisso com a cura

(MERHY, 2014). Além disso, atualmente no Brasil os cuidados de saúde encontram-se distribuídos de forma desigual dificultando o acesso a serviços essenciais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A corrente epistemológica hegemônica da medicina tem afirmado que o processo saúde-doença-atenção está centrado em fatores biológicos que, com o apoio da estatística, ressalta a centralidade da genética e de distúrbios orgânicos na gênese das doenças. Desta linha explicativa decorrem formas de intervenção, como a política que prioriza a oferta de serviços assistenciais voltados à atenção à doença em uma visão corporal. O diagnóstico baseia-se no risco biológico, e a clínica e a saúde pública, por sua vez, recomendam intervenções especializadas, com ênfase no uso de medicamentos e procedimentos cirúrgicos. Esta corrente desconsidera o papel das políticas públicas e do ambiente socioeconômico na gênese da saúde e da doença (CAMPOS, 2007), uma vez que a saúde-doença depende de fatores políticos, sociais e subjetivos, além daqueles orgânicos. O ser humano é um ser complexo que não pode ser reduzido a seu corpo biológico ou a partes dele.

A AB, por sua vez, herdou um conflito político entre a saúde pública e a medicina liberal, o que gera tensões para a clínica, que se traduzem na separação entre o coletivo e o individual, na valorização da prevenção e desprezo pelo atendimento individual e pela definição das necessidades de saúde exclusivamente a partir de critérios científicos (MERHY, 1997). Além disso, o processo de consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no país tem enfrentado desafios relacionados à complexidade dos contextos sociais, políticos e econômicos, nos quais estão inseridas as famílias assistidas (SOUZA et al., 2010).

Ao apresentar a concepção Paideia, Campos (2007) estimulou os profissionais a repensar os mecanismos que compõem a relação singular profissional – usuário. Buscou envolver ambos em um processo de reforma e de reorganização, ao entender que mudanças na estrutura e na organização dos serviços são mais eficazes se acompanhados por processos de mudança no modo de ser dos sujeitos envolvidos: “Reforma da estrutura e mudanças culturais” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 850). Para isso, Campos (2000) propôs o uso de saberes provenientes da Saúde Coletiva, da Saúde Mental, do Planejamento e da Gestão e das Ciências Sociais e Políticas.

Para Merhy e Franco (2003) a produção da saúde se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho. Esse é um lugar onde os trabalhadores agem de forma interessada de acordo com projetos próprios, sejam estes de determinada corporação ou da pessoa que ocupa um espaço de trabalho. Os profissionais agem sob forças sociais que têm

interesses e definem as conformações tecnológicas. É um lugar de permanente tensão, pois os interesses podem ser diversos; é um espaço de produção e do encontro de diferentes vontades, como as dos próprios trabalhadores, dos usuários, dos governos e dos mercados envolvidos na esfera da saúde.

A produção do cuidado, então, é composta por um conjunto de saberes e práticas que modelam um certo jeito de cuidar, seja por meio de ações individuais ou coletivas, seja com abordagens clínicas ou sanitárias, os quais estão implicados na construção dos atos cuidadores que conformam os modelos de atenção à saúde (MERHY, 2014).

Portanto, se houver predominância do “trabalho vivo em ato”, haverá uma produção do cuidado centrado nas tecnologias relacionais (MERHY; FRANCO, 2003). Em sua prática, os profissionais acionam núcleos de conhecimento específicos nos quais operam diferentes tecnologias. Para Merhy (2014), o modelo assistencial está centrado tradicionalmente nas tecnologias duras e leve-duras. As tecnologias duras caracterizam-se pelos equipamentos e normas, e as leve-duras são os saberes estruturados e utilizados na prática do cuidado. As tecnologias leves, porém, são o eixo central do processo de produzir o cuidado, caracterizam-se pelo encontro de subjetividades e relações entre profissionais e usuários e permitem um certo grau de liberdade na escolha sobre os modos de fazer esse encontro. Tais tecnologias produzem vínculo, autonomização e acolhimento, e dessa forma os processos de gestão são uma forma de governar processos de trabalho. A micropolítica do processo de trabalho é atravessada por diferentes lógicas, como a criatividade, que permite emergir novos processos de trabalho e abri-los a direções não pensadas (MERHY, 2014).

Cecílio (2001) defende que é no microespaço de encontro entre usuário e profissionais que a escuta deve prevalecer, de modo a reconhecer e diferenciar as necessidades de saúde trazidas pelas diferentes pessoas ao serviço daquelas demandas geradas pela própria oferta disponível nos serviços. O usuário que busca o serviço carrega uma ‘cesta de necessidades de saúde’ que a equipe deve decodificar, que podem ser a busca pela consulta médica, medicamentos, exames, bem como a busca de resposta para as más condições de vida, para o desemprego, a violência. Atender este usuário em uma perspectiva singular poderia ser compreendido “como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, captadas em sua expressão individual” (CECÍLIO, 2001, p. 116).

Estas e outras reflexões, e os limites impostos pela clínica tradicional, levaram Campos (1997) a propor um novo modo de pensar e agir em saúde, a Clínica Ampliada. A clínica ampliada tem como premissa fundamental ampliar o objeto de trabalho da clínica, ou seja, sobre o que aquela prática se responsabiliza, agregando, não somente doenças, mas problemas de saúde, situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas, partindo do ponto de vista do sujeito que vivencia a situação ou problema. “Clínica do sujeito: essa é a principal ampliação sugerida” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 852).

O agir da equipe de saúde sob esta perspectiva contribui também para a ampliação da capacidade do usuário em lidar com sua própria rede ou sistema de dependências. “A idade, a condição debilitante – hipertensão, diabetes, câncer, etc., o contexto social e cultural, e, até mesmo, a própria subjetividade e a relação de afetos em que cada pessoa inevitavelmente estará envolvida” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 852). Seria a ampliação do grau de autonomia dos usuários avaliada pela capacidade de compreender e atuar sobre si mesmo e sobre as questões da vida, a capacidade de autocuidado, o quanto esses indivíduos compreendem seu processo saúde-enfermidade e a capacidade de estabelecer compromisso com outros (CAMPOS; AMARAL, 2007). É a capacidade de reflexão e de intervenção do sujeito sobre a dinâmica de sua própria saúde-doença, ou seja, o campo singular, que é o resultado da influência do contexto sobre o mesmo e da intervenção do indivíduo sobre este contexto e sobre si, chamado pelo autor de coprodução (CAMPOS, 1997).

O desafio colocado aos profissionais é alterar a forma de ver e conduzir o trabalho clínico, ou seja, a forma de lidar com as pessoas e incluir as dimensões social, política e subjetiva, além da biológica, o que, por sua vez, exigirá mudança nos meios de intervenção diagnósticos ou terapêuticos. “Considerando-se a complexidade desse movimento de ampliação e de reformulação da clínica, é importante reconhecer que realizá-lo dependerá também de uma reforma cultural; da criação de um ambiente de trabalho propício à abertura das estruturas disciplinares em que especialistas e profissionais vêm se encerrando” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 853).

Repensar a clínica conforme os autores propõem acima é especialmente importante no contexto deste estudo, pois a situação da TB existente no mundo e no Brasil, conforme descrito anteriormente, pode ser utilizada como exemplo da complexidade da associação entre as questões individuais, sociais e políticas e o nível de saúde dos indivíduos, ilustrando claramente a influência que o contexto em que os usuários vivem e trabalham tem sobre a mesma. Assim, entende-se que é preciso fortalecer o trabalho das equipes de AB, aí incluída a

gestão do serviço, por acreditar-se que os mesmos se encontram na linha de frente do sistema de saúde, lugar onde se estabelece um encontro entre usuário e profissional e que requer deste último a articulação de diversos saberes e olhares. No tocante à adesão/não adesão ao tratamento contra a tuberculose, várias situações têm sido associadas e envolvem barreiras sociais, culturais, demográficas, assim como problemas relacionados aos medicamentos, além daqueles relativos ao processo de produção de serviços de saúde (SÁNCHEZ e BERTOLOZZI, 2009).

A produção de serviços de saúde na atenção primária deve focar a saúde das pessoas no universo dos demais determinantes de saúde, ou seja, “(...) no meio social e físico em que as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual (...). Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença exige e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde” (STARFIELD, 2002, p. 27-8). A AB apresenta características próprias como trabalho em equipe, atenção contínua e integral, centrada no indivíduo e não na doença, orientada para a família e comunidade (STARFIELD, 2002).

Na AB a equipe vai lidar com um sujeito que é complexo e suscetível a influências externas e internas, é onde “(...) a vida tem espaço para produzir influência (...). O trabalho, a família, a religião, a cultura, a violência social - tudo isso afeta o sujeito doente e seu tratamento (...). Na atenção básica são necessários novos saberes, numa ponderação sempre adequada a cada situação” (CUNHA, 2010, p. 29-30). Para Campos (1997) a saúde e a doença enquanto fenômenos sociais são o resultado da interação de múltiplos fatores, localizados interna ou externamente ao indivíduo que, por sua vez, sofre influências e reage aos fatores e sujeitos com quem interage.

A equipe de saúde que atua na AB trabalha com a adstrição da clientela e por isso a atenção terapêutica ocorre de forma paralela aos acontecimentos da vida. Nesse espaço, o usuário possui maior autonomia sobre seu cuidado, especialmente por terem o domicílio como local de implementação das recomendações clínicas. Por isso é muito difícil obter a efetividade de uma intervenção sem que haja a compreensão e colaboração dos envolvidos. Para isso, a equipe precisa dispor de diálogo e escuta, com aceitação do outro (o usuário) e de seus saberes (CUNHA, 2010).

O Ministério da Saúde aposta na construção de vínculo entre o doente e o profissional de saúde, bem como entre o doente e o serviço de saúde para garantir a adesão e continuidade do tratamento e a cura das doenças. Um dos fundamentos da atuação das equipes na atenção

básica é desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população adstrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2006b).

O vínculo da população com a equipe da unidade de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais da saúde. Dessa forma, vínculo é entendido como um processo que gera uma ligação afetiva e ética entre ambos, em uma convivência de ajuda e respeito mútuos. A aproximação entre usuário e trabalhador de saúde ocorre por meio de um encontro entre eles, ambos sendo sujeitos com suas necessidades e sentimentos, em que o usuário busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado junto ao profissional (BRASIL, 2008a).

A concepção de vínculo guarda forte relação com acolhimento. Para o Ministério da Saúde o acolhimento envolve toda a equipe multiprofissional e configura-se como estratégia que intervém no processo de trabalho e que valoriza a abertura para o encontro entre usuário e equipe. Permite a problematização do processo de trabalho e a elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos que incluam a cultura, os saberes e a capacidade de avaliar os riscos e a vulnerabilidade dos usuários, através da definição de equipes de referência. A ampliação dos espaços de escuta e discussão favorece a tomada de decisões coletivas e fornece também um espaço de acolhimento às dificuldades enfrentadas pelos profissionais no atendimento às demandas da população (BRASIL, 2010b).

Para realizar um diagnóstico ampliado da situação de saúde deve-se incluir a perspectiva da vulnerabilidade do indivíduo. Para isso, a equipe deverá colher dados e analisar o problema de saúde do sujeito inserido em um contexto específico, agregando à semiologia tradicional elementos da história de vida de cada pessoa e identificar fatores de risco e de proteção. A terapêutica não se restringirá aos cuidados clássicos da medicina, como fármacos e cirurgia. Há que se valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial. Ações que promovem o autocuidado e a autonomia dos usuários somente serão alcançadas por meio de uma clínica compartilhada entre equipe e usuário, conferindo maior poder e voz a este (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Assim o processo da avaliação de vulnerabilidade do usuário e sua rede social devem ser considerados e a equipe de saúde deve apoiar suas atividades no diagnóstico situacional com foco na família e na comunidade, desenvolvendo ações dirigidas a essas famílias e ao seu *habitat* de maneira personalizada e ativa, de forma articulada com outros setores que permeiam o processo saúde-doença (FRANCO; MERHY, 2013; BRASIL, 2009a).

A busca pela humanização, equidade e integralidade da atenção, através da formação de vínculo e acolhimento, visando à autonomia do usuário e corresponsabilização entre ele e a equipe de saúde podem ser alcançados por meio da utilização de tecnologias como elaboração de um PTS, a qual confere destaque às singularidades apresentadas pelos usuários com TB e favorece a intervenção.

O PTS resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e caracteriza-se como conjunto de propostas terapêuticas articuladas que são dirigidas a um sujeito individual ou coletivo. No processo de elaboração do PTS, a percepção de todos os membros da equipe sobre o usuário ajuda a entender suas demandas de cuidado em saúde e, conseqüentemente, a melhor definição das propostas de ações, pois “o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos etc.)” (BRASIL, 2008a).

O projeto terapêutico é uma reflexão sistematizada sobre a situação de um indivíduo feita por uma equipe que incorpora a noção interdisciplinar em seu trabalho. São criadas equipes de referência formadas por diferentes profissionais, com diferentes especialidades e organizadas em torno de uma mesma finalidade, com um mesmo objetivo. O termo “projeto” refere-se a uma discussão do presente em direção ao futuro. O projeto terapêutico objetiva a realização de uma revisão do diagnóstico, com avaliação das vulnerabilidades e situações que colocam o indivíduo em risco, redefinição das linhas de intervenção terapêutica e das tarefas e encargos dos participantes da equipe. “Desde a construção do diagnóstico – mapa de vulnerabilidade, ao projeto terapêutico, com a clínica ampliada, buscar-se-á construir modos para haver uma coresponsabilização do clínico e do usuário” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 852-3).

O PTS tem sido bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento dos usuários. Caracteriza-se como um movimento de coprodução e cogestão da trajetória terapêutica de indivíduos e coletividades em situação de vulnerabilidade, e o desenvolvimento de um olhar sobre estas implica, necessariamente, em considerar os contextos singulares onde ambos estão inseridos (OLIVEIRA, 2007).

O PTS possui quatro movimentos (BRASIL, 2009b; CUNHA, 2010):

1) *Definir hipóteses diagnósticas*: refere-se à avaliação dos aspectos físicos, mentais e sociais do sujeito doente, que permita traçar um quadro sobre os riscos e vulnerabilidades, assim como conhecer o trabalho, a cultura, a família e sua rede social. A equipe deve observar como o indivíduo, que é singular, reage diante da doença, quais são seus desejos, interesses e suas potencialidades. Para isso, todos na equipe precisam compartilhar as principais hipóteses diagnósticas, buscando aprofundar as análises.

2) *Definição de metas*: são propostas atividades de curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o sujeito pelo membro da equipe que tiver melhor vínculo com ele.

3) *Divisão de responsabilidades*: refere-se à definição das tarefas a serem executadas por cada membro do grupo. É necessária a escolha de um profissional de referência que irá articular o processo de cuidado entre equipe, usuário e família. Pode ser qualquer componente da equipe, de preferência aquele com maior vinculação com o usuário.

4) *Reavaliação*: momento em que a equipe discutirá a evolução do projeto terapêutico e que fará as devidas correções de rumo. Nesse momento, a equipe precisa verificar se o sujeito escolhido realmente representa uma situação grave ou difícil; se houve a construção de um bom vínculo entre os membros da equipe com o usuário e a família; se ocorreu a reserva de um tempo fixo e exclusivo, semanal ou quinzenal, para as reuniões do PTS e se o mesmo é suficiente; por quanto tempo esta atividade irá continuar, uma vez que informações essenciais surgem no decorrer da atividade e a partir do vínculo com o usuário; e ainda apoiar e encorajar o usuário a evitar uma atitude passiva e envolver-se no seu projeto terapêutico (BRASIL, 2009b; CUNHA, 2010).

Para Cunha (2010) o PTS divide-se em diagnóstico da situação de saúde, com olhar sobre as dimensões orgânica, psicológica, social e o contexto singular em estudo; definição de metas, dispostas em uma linha de tempo de gestão da clínica, incluindo a negociação das propostas de intervenção com o sujeito doente; divisão de responsabilidades e tarefas entre os membros da equipe; e a reavaliação na qual se concretiza a gestão do PTS através de avaliação e correção de trajetórias.

O processo compartilhado de identificação das necessidades de saúde, discussão sobre o diagnóstico e elaboração da proposta de cuidado leva a um aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de corresponsabilização. O PTS é dedicado a situações de maior complexidade e por isso pode contar com Apoio Matricial (BRASIL, 2009b). O apoio matricial refere-se à

participação de um ou mais especialistas que fornecem apoio à equipe de referência na produção do cuidado ao usuário e que auxiliem na elaboração de diretrizes clínicas, protocolos e projetos. A clínica ampliada é utilizada como base para a implementação do PTS. Este será conduzido pelo profissional de referência que é o responsável por incluir novos profissionais ou serviços de apoio de acordo com as necessidades do usuário, sendo o elo de ligação entre este e a equipe, assegurando a conclusão do atendimento ou mesmo a continuidade em outro nível de atendimento (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Acredita-se que o estabelecimento de projetos terapêuticos que levem em conta as singularidades dos doentes de TB promoverão a adesão à terapêutica e à cura da doença. A singularização do atendimento clínico somente será possível mediante o esforço particular de cada profissional diante de cada caso específico (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Projetos terapêuticos resultam de acordos possíveis e necessários entre ofertas e demandas, tomados tanto como as experiências da vida prática dos usuários como dos saberes e experiência clínica dos trabalhadores e equipes de saúde (BRASIL, 2009b).

4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho metodológico

A pesquisa foi desenvolvida numa abordagem qualitativa, buscando-se explorar um conjunto de elementos da realidade que não podem ser quantificados. A abordagem qualitativa também foi escolhida em função de sua característica de favorecer investigações de grupos delimitados e focalizados sob a ótica dos atores, como é o caso dos profissionais que desenvolveram os PTS, permitindo a esta pesquisadora revelar processos pouco explorados (MINAYO, 2010).

O estudo caracterizou-se como uma pesquisa-intervenção, abordagem cada vez mais utilizada na pesquisa em enfermagem. A pesquisa-intervenção caracteriza-se pelo planejamento, desenvolvimento e testagem de novas metodologias, processos e instrumentos. Para a realização de pesquisa-intervenção a literatura recomenda que o pesquisador conheça o problema e as pessoas para as quais a intervenção é dirigida, realize um planejamento cuidadoso e cooperativo com uma equipe diversificada e, por fim, desenvolva uma teoria de intervenção para orientar a investigação (POLIT; BECK, 2011).

No desenvolvimento da pesquisa-intervenção, essa pesquisadora foi participante ativa do processo de pesquisa. Nesse sentido, o termo participante indica a inclusão “(...) de um pesquisador num campo de investigação formado pela vida social e cultural de um outro, próximo ou distante, que, por sua vez, é convocado a participar da investigação na qualidade de informante, colaborador ou interlocutor” (SCHMIDT, 2006, p. 4).

A pesquisa-intervenção propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social visando a transformar a realidade. Esse tipo de pesquisa amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas que têm como proposta a participação de grupos sociais na busca de soluções para os problemas vividos, envolvendo um processo de compreensão e mudança da realidade (ROCHA; AGUIAR, 2003).

A pesquisa-intervenção surgiu em um contexto de crítica às pesquisas desenvolvidas segundo os pressupostos da racionalidade científica, que, “... de uma maneira geral, enfatizam a dissociação da produção de conhecimento com a realidade, a separação do sujeito e do objeto, a negação da complexidade e a necessidade prover em primeiro plano o espaço

acadêmico com seus produtos intelectuais” (PALUON; ROMAGNOLI, 2010, p. 88). Na pesquisa-intervenção o pesquisador compreende as experiências humanas como processos singulares e tem compromisso social e político com a realidade com a qual o seu trabalho científico trabalha (PALUON; ROMAGNOLI, 2010).

O caráter de intervenção deste estudo ocorreu a partir da introdução do PTS no conjunto de ações tradicionalmente realizadas por equipes de AB junto a usuários não aderentes ao tratamento. O PTS pode ser aplicado a qualquer usuário, mas é especialmente indicado para indivíduos que demonstram ter dificuldades em aderir a uma proposta terapêutica definida e realizada pela equipe de saúde (CUNHA, 2010; OLIVEIRA, 2010).

4.2 Local do estudo

O presente estudo foi realizado em duas ESF, uma UBS, dois Serviços de Referência (SR) em TB, uma secretaria municipal de saúde e uma Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), localizados em dois municípios, A e B, de médio e pequeno porte respectivamente, situados no interior do estado do Rio Grande do Sul.

Os municípios e as respectivas unidades de saúde (ESF e UBS) foram escolhidos em função de possuírem usuários não aderentes ao tratamento da TB cadastrados nos serviços. À época da coleta dos dados haviam somente três usuários cadastrados nos referidos serviços com histórias de abandono do tratamento, por isso foram realizados os três PTS.

Os municípios selecionados estão localizados na região do Vale do Taquari, região central do estado do Rio Grande do Sul. A região localiza-se na bacia do Rio Taquari, na encosta inferior do nordeste do RS. A maior parte do território é de vales, região de solo fértil, mas existem também áreas de morros. O Vale do Taquari é formado basicamente pelas etnias italiana e alemã e a economia divide-se em agricultura familiar, serviços e algumas indústrias.

Os municípios escolhidos são os maiores municípios da região em termos populacionais e localizam-se geograficamente próximos. O município A possui mais de 70.000 habitantes e o B mais de 30 mil habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013). Justifica-se ainda a referida escolha, devido a autora da presente tese atuar profissionalmente há mais de 25 anos na região, inicialmente como profissional da saúde na AB e atualmente como docente em instituição de ensino superior.

Para atender aos requisitos éticos, os municípios serão denominados de Município A e Município B.

Com relação aos serviços oferecidos pelos municípios que integram estudo, a Secretaria de Saúde do município A coordena o trabalho de 06 Estratégias de Saúde da Família (ESF) e de 06 Unidades Básicas de Saúde (UBS). As ESF executam as seguintes atividades: Consultas médicas e de enfermagem; Consultas e atendimento com nutricionista; Consultas e atendimento odontológicos; Grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos, nutricional, puericultura e adolescente; Consultas de Pré-natal, Procedimentos de enfermagem; Visitas domiciliares; Aplicação e controle de vacinas e trabalhos vinculados à comunidade. As UBS executam as seguintes atividades: Consultas médicas (clínico geral e pediatra); Consultas de enfermagem; Aplicação de vacinas; Procedimentos de enfermagem; Atendimento odontológico.

Além destes serviços, o município A possui os seguintes serviços especializados: Ambulatório de dependência química, que presta atendimento psiquiátrico e psicológico a dependentes químicos, alcoolistas e seus familiares; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS adulto, cujo atendimento psiquiátrico e psicossocial é realizado a portadores de transtorno mental e/ou sofrimento psíquico e seus familiares; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II (Infanto-juvenil) que realiza acompanhamento e tratamento de crianças e adolescentes até 18 anos incompletos que apresentam transtornos mentais severos e persistentes e tratamento e acompanhamento de dependentes químicos; Centro de Vigilância em Saúde, que congrega as atividades de Central de Distribuição e Controle de Vacinas; Vigilância Ambiental; Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária; SAE – Serviço de Assistência Especializada em DST/Aids; Serviço odontológico, que se divide em ações realizadas nas UBS, nas ESF e no Centro de Ações Especializadas em Odontologia; Centros de saúde; Estratégia de Agentes comunitários de saúde; Serviço de fisioterapia; Programa de alimentação e nutrição.

A Secretaria de Saúde do município B coordena o trabalho de 02 Estratégias de Saúde da Família (ESF) e de 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Além destas, o município dispõe de: SAE – Serviço de Assistência Especializada em DST/Aids/Tuberculose: atendimentos relativos às DSTs/Aids, Tuberculose e Redução de Danos; Centro de Atenção Psicossocial voltado ao atendimento de adolescentes maiores de 13 anos e adultos de ambos os sexos, portadores de transtornos mentais graves, usuários de álcool e outras drogas, bem como seus familiares; Centro de Especialidades em Atenção a Saúde: realiza atendimento psicoterápico a crianças, adolescentes e adultos, grupo de pais e grupo de reeducação alimentar; Farmácia

Básica Central; Departamento de Vigilância em Saúde; Departamento de Regulação/Marcações e Ambulância e Unidade Móvel de Saúde. Ambos os municípios contam com hospital.

Por fim, a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) responde pelo trabalho da Secretaria Estadual de Saúde (SES) na região. A referida CRS abrange atualmente 37 municípios na região, totalizando 363.964 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013), incluído ambos os municípios estudados.

4.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde que integram duas equipes de ESF, no Município A, uma equipe de saúde que atua em uma UBS, no Município B, profissionais que atuam no SR em TB de cada município e profissionais que ocupam cargos de gestão municipal e estadual.

Os critérios de inclusão dos participantes do estudo foram: serem profissionais que integravam as equipes de saúde da AB selecionadas e as equipes dos SR, além de profissionais e que ocupavam cargos de gestão municipal e regional, e que aceitaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices A e B).

As duas ESF do município A estavam compostas pelos seguintes profissionais:

- ESF A: médico, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e um auxiliar administrativo, totalizando dez sujeitos.
- ESF B: médico, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde e três auxiliares administrativos, totalizando 15 sujeitos.

A UBS situada no município B estava constituída por:

- enfermeiro, dentista, auxiliar de consultório dentário, dois técnicos de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, totalizando 10 profissionais.

Estas equipes foram indicadas em um contato formal com o Secretário Municipal de Saúde e a coordenação municipal de enfermagem de ambos os municípios que se constituíram como campo de pesquisa, totalizando 36 profissionais da AB acompanhados. Estes

profissionais foram identificados neste estudo pela sua categoria profissional, seguido do código de usuário acompanhado (Enf^a U1A, ACS UB e assim sucessivamente). Os códigos dos usuários serão explicados no item 4.4 a seguir.

Foram incluídos também o gestor municipal (Secretário Municipal de Saúde), que é fisioterapeuta, e a enfermeira coordenadora da AB do Município A. Estes profissionais ocupavam cargos de gestão no referido município. O Secretário Municipal de Saúde do Município A foi identificado como Gestor municipal e a enfermeira coordenadora da AB como Enf^a gestora da AB.

Em ambos os municípios existe o SR para o atendimento de usuários com TB, local onde o PNCT é realizado, o qual conta com o trabalho de um médico clínico e de uma auxiliar de enfermagem (município A) e médico clínico e enfermeira coordenadora do PNCT no âmbito municipal (município B).

No município A, o atendimento aos usuários com TB estava localizado há mais de 20 anos em um Centro de Saúde localizado na região central da cidade. Este serviço, até seis anos (2009) atrás, estava vinculado a Secretaria Estadual de Saúde, sendo referência para a região de cobertura da referida CRS. Seus mais de 40 municípios, até então, encaminhavam os casos suspeitos ou confirmados de TB para atendimento no Município A. Com a aposentadoria do médico do serviço público estadual, o serviço regional desfez-se, mas o profissional especialista continuou a atuar no Centro de Saúde, atendendo aos casos suspeitos e/ou confirmados somente do Município A. Os usuários são encaminhados pelos profissionais que atuam nas unidades de AB, hospital, consultórios particulares ou que se dirigem ao local por iniciativa própria. Atualmente o SR em TB funciona junto ao Serviço de Atenção Especializa (SAE), no município A, que atende usuários do programa de HIV/aids.

No município B os usuários com TB são atendidos no SAE municipal há mais de 10 anos, também referenciados pelas unidades de saúde dos bairros e demais serviços de saúde do município, como hospital e consultórios privados.

Da conformação do atendimento aos usuários com TB nos locais definidos para a realização desse estudo foram incluídos o médico especialista e a auxiliar de enfermagem, vinculados ao Município A, e a enfermeira que atua no SR (SAE), no Município B. O médico que atua neste serviço (Município B) não foi incluído no estudo devido a estar atuando há menos de 1 mês no serviço. No Município B não foram incluídos profissionais que ocupam cargos de gestão, pois a enfermeira vinculada ao SR atua como coordenadora municipal do

PNCT. Os profissionais incluídos foram identificados pelos códigos: Médico SR, AE SR e Enf^a SR.

Por fim, foi incluída e enfermeira que exerce a função de Coordenadora Regional do PNCT, que responde pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) e que atua na CRS referida anteriormente. Esta profissional foi identificada como Enf^a coordenadora regional.

4.4 Coleta dos dados

Os dados foram coletados entre os meses de outubro/2013 e março/2014, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O aceite para a realização do estudo foi dado anteriormente à elaboração do projeto, tanto pelas equipes de saúde da AB como pelo secretário municipal de saúde de cada município incluído no estudo.

Os dados originaram-se de três fontes distintas: dos PTS realizados com as equipes de AB, das entrevistas com profissionais que atuam na atenção e na gestão dos serviços de saúde que compuseram o estudo e da análise documental. Todas as fontes encontram-se descritas a seguir.

a) PTS realizados com as equipes de AB: A coleta de dados seguiu uma organização prévia junto às três equipes de profissionais que participaram do desenvolvimento dos PTS. Todas as participações da pesquisadora nas reuniões das equipes foram agendadas com o enfermeiro responsável pela unidade de saúde, as falas de cada encontro foram gravadas e posteriormente transcritas.

Foram realizados dois encontros prévios ao início da pesquisa com as equipes que atuam na AB para discussão detalhada da intervenção proposta. Esta ação teve o objetivo de aproximá-las gradativamente da metodologia de trabalho proposta pelos PTS, pois estes demandariam o envolvimento destes profissionais, e de esclarecer dúvidas acerca do processo que seria desenvolvido à frente. Foi abordado com as equipes: em que consiste o PTS, a origem de sua proposição, seus objetivos, as etapas que o compõem e como elas poderiam ser aplicadas ao usuário com TB não aderente ao tratamento que vive em contexto de vulnerabilidade.

Os PTS foram desenvolvidos junto às equipes durante 6 meses (outubro/2013 e março/2014), em encontros, geralmente, quinzenais. Este período foi definido considerando a necessidade de dispor de um tempo mais dilatado (CUNHA, 2010) para formulação e acompanhamento do PTS. Como refere o autor, para o desenvolvimento dos PTS foi preciso se desfazer de um viés mais imediatista, muito presente entre os profissionais e usuários. Isso veio ao encontro do que se preconiza como característica do trabalho na AB, que é a longitudinalidade do seguimento dos usuários e a abordagem às diferentes demandas decorrentes da Clínica Ampliada. Também foi considerada a necessidade de orientação às equipes sobre a metodologia do PTS, pois somente a equipe que atuava no Município B a conhecia, em função de tê-la utilizado na abordagem de dois usuários atendidos em demandas de saúde mental. Outro aspecto observado refere-se aos usuários previamente definidos para compor este estudo: usuários com TB não aderentes ao tratamento, cuja história clínica já revelava vários episódios de interrupção e retomada do tratamento. Portanto, o período a ser acompanhado não poderia ser curto, extrapolando necessariamente o “tempo de ingestão de um remédio” (CUNHA, 2010, p. 187).

Nos primeiros encontros foram retomados com as três equipes de saúde os aspectos conceituais e metodológicos do PTS, dirigidos à análise coletiva da vulnerabilidade à TB de cada um dos usuários não aderentes ao tratamento da TB (Apêndice C). Os encontros duraram, em média, 90 minutos.

Como preconizado na literatura, o processo de formulação e operacionalização dos PTS desenvolvido na presente pesquisa foi dividido em quatro diferentes momentos, com o objetivo de auxiliar os profissionais na sua execução (BRASIL, 2009b; CUNHA, 2010). As etapas ocorreram de forma sobreposta e articulada (OLIVEIRA, 2010), pois cada equipe apresentou tempos e momentos distintos para a elaboração do PTS, além das questões administrativas e de infraestrutura dos serviços que se impuseram durante a atividade.

Foram desenvolvidos três PTS em dois municípios diferentes. No município A foram realizados dois PTS, um em cada ESF. Os usuários acompanhados pelas equipes foram identificados pela letra U (Usuário), seguido dos números 1 e 2, sendo identificados como U1A (Usuário 1 do município A) e U2A (Usuário 2 do município A) respectivamente. No município B foi realizado somente um PTS, cuja equipe atua em uma UBS. Assim, o usuário foi identificado como UB (Usuário B) somente. Sempre que se fez necessário durante a apresentação e análise dos dados, as equipes foram identificadas como a equipe que acompanhou o U1A, a equipe que acompanhou o U2A e da mesma forma com o UB.

Para melhor entendimento sobre os códigos atribuídos a cada participante do estudo, foi elaborado o quadro a seguir:

Quadro 1- Participantes do estudo e seus respectivos códigos

Participante	Código atribuído
Secretário de saúde do município A	Gestor municipal
Enfermeira coordenadora da Atenção Básica do município A	Enf ^a gestora AB
Médico do Serviço de Referência em TB do município A	Médico SR
Auxiliar de Enfermagem (AE) do Serviço de Referência em TB do município A	AE SR
Enfermeira coordenadora do PNCT/ Coordenadoria Regional de Saúde	Enf ^a CRS
Enfermeira coordenadora do Serviço de Referência em TB do município B	Enf ^a SR
Profissionais que participaram de cada PTS segundo os usuários	
U1A – Médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e ACS	Médico U1A, Enf ^a U1A, ACS U1A, AE U1A
U2A – Médica, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS e auxiliar administrativo	Médica U2A, Enf ^o U2A, TE U2A, ACS U2A, AADM U2A
UB – Enfermeira, Dentista e ACS	Enf ^o U2A, ACS U2A

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Primeiramente, em cada PTS a equipe trabalhou no diagnóstico das situações dos usuários que seriam acompanhados no PTS. Isso incluiu a identificação dos usuários não aderentes ao tratamento que residiam na área de abrangência de cada equipe, sua história singular e de vulnerabilidade à TB e o levantamento da história clínica pregressa. Conforme as discussões ocorriam, os profissionais definiram metas a serem alcançadas em cada PTS, às vezes atingidas outras não, considerando os diagnósticos anteriores e os recursos disponíveis. A cada encontro, as equipes organizavam uma agenda dos PTS, definindo a divisão de responsabilidades e tarefas entre seus membros. A proposta do PTS prevê que a equipe defina entre seus membros aquele que será o responsável pelo caso e que estará à disposição do usuário e para atendê-lo em suas necessidades. Nos três PTS o maior envolvimento com os usuários partiu do ACS, um dos profissionais de referência definidos pelas equipes. Outros profissionais também se envolveram um pouco mais, como o médico e a enfermeira (U1A), o TE (U2A) e a enfermeira (UB). Uma última etapa do processo incluiu discussões para a

análise do que foi possível mobilizar durante o período da pesquisa. Todas essas atividades correram durante o espaço destinado às reuniões de equipe.

O processo de implementação do PTS totalizou 08 encontros entre a pesquisadora e cada equipe que acompanhou os usuários U2A e UB, e 13 encontros entre a pesquisadora e a equipe que acompanhou o U1A. Esta diferença entre o número de encontros (5) ocorreu em função dos fatores citados acima, mas, também devido à maior vinculação da pesquisadora com a equipe que acompanhou o U1A. Eventualmente o encontro de PTS, previamente agendado, foi desmarcado pelas equipes, com antecedência ou não, em função das demais atividades demandas às equipes de AB.

Dada a natureza do processo de pesquisa realizado (pesquisa-intervenção), o trabalho de campo constitui-se em um espaço educativo de modelagem muito próxima à da Educação Permanente em Saúde (EPS). Não foi objeto deste estudo explorar conceitualmente ou metodologicamente esta ferramenta. Mas a implementação do PTS junto às equipes envolveu momentos de aprendizagem significativa, por meio de reflexão sobre as práticas cotidianas exercidas pelos profissionais, e do aprendizado compartilhado, considerando os conhecimentos anteriores e as experiências vividas pelos eles no decorrer do processo de implementação dos PTS. Nesta perspectiva, a EPS associada à metodologia proposta pelo PTS, permitiu ampliar a preparo dos profissionais da AB para além dos aspectos técnico-científicos e refletir sobre possíveis mudanças tanto nos trabalhadores como no seu modo de produzir saúde (OLIVEIRA, 2007).

b) Entrevistas: Ao final do período previsto para desenvolver os PTS foi realizada entrevista semiestruturada com os profissionais que participaram do PTS, para que eles pudessem expressar suas impressões sobre a atividade realizada (Apêndice D). Nessa etapa, participaram somente os profissionais de referência. Foram entrevistados também os profissionais que exerciam suas atividades profissionais nos SR (médico e auxiliar de enfermagem, no município A, e a enfermeira coordenadora, do município B). Por fim, foram entrevistados o gestor municipal, a enfermeira coordenadora da AB, ambos no município A, e a enfermeira que atua na CRS. A intenção com estas últimas entrevistas foi oportunizar uma avaliação pelos profissionais da gestão e do SR sobre os aspectos programáticos ligados à gestão dos serviços e relativas às ações de controle da TB executadas no município (Apêndice E).

Os seguintes temas nortearam essas entrevistas: ações programáticas desenvolvidas nos municípios e região, o modo de funcionamento dos SR, as atribuições de cada

profissional no atendimento ao usuário com TB e as dificuldades enfrentadas nos serviços. À enfermeira coordenadora regional foi solicitado que descrevesse as atividades desempenhadas frente ao PNCT na região.

Para Minayo (2010) a entrevista semiestruturada permite ao entrevistado abordar o tema em questão de forma livre, sem prender-se a uma pergunta formal. Dessa forma são fornecidas informações subjetivas relativas à realidade vivenciada pelo entrevistado, constituindo-se em uma representação desta realidade expressa através de ideias, crenças, modo de pensar, opiniões, sentimentos, condutas, maneiras de atuar, projeções para o futuro e razões para atitudes ou comportamentos.

Em alguns momentos, antes, durante ou depois dos encontros de PTS, aconteceram conversas informais com os profissionais de referência para verificar como eles estavam percebendo o processo em curso, suas dificuldades e dúvidas. Foram momentos um pouco mais reservados, aproveitando as conversas colaterais sobre outros assuntos que invariavelmente ocorrem quando um grupo de pessoas está reunido. Todos estes momentos também foram gravados e posteriormente transcritos.

c) Análise documental: Foram obtidos dados mediante consulta aos prontuários dos usuários (cada usuário possuía dois prontuários, um no SR, outro na equipe de AB). Basicamente foi encontrado nos prontuários: a história clínica progressiva de cada usuário e as intervenções profissionais realizadas. A consulta aos prontuários viabilizou o acesso às informações desde o início do acompanhamento dos usuários pelos serviços, de forma mais ou menos detalhada, de acordo com a equipe. Também foi procedida a análise do Livro de Registro de Casos de TB atendidos no município A para verificar o quantitativo de usuários que estavam em acompanhamento no SR e se havia outras informações relevantes. Desta fonte foi possível obter o número de usuários cadastrados no SR, em atendimento ou não. Foi solicitada permissão aos gestores municipais (Apêndice F) e usuários (Apêndice G) acompanhados para proceder a consulta aos documentos e prontuários, de modo a atender as finalidades deste estudo.

À medida que os encontros entre a pesquisadora e as equipes de saúde para viabilizar o PTS iam acontecendo, eram reveladas informações sobre a forma como o PNCT e o serviço de AB estavam estruturados nos municípios, assim como a percepção dos profissionais sobre o doente com TB. Essas informações foram importantes subsídios para análise, indicando os limites e as potencialidades para a inclusão do PTS na agenda das equipes em contextos de vulnerabilidade e não adesão ao tratamento.

As etapas da intervenção encontram-se sumarizadas no quadro abaixo.

Quadro 2 - Etapas da pesquisa-intervenção

Etapas	Atividades
Encontros prévios (2) ao início da pesquisa com as três equipes de AB	Discussão detalhada da proposta de intervenção: conceitos, metodologia e esclarecimento de dúvidas
Primeiros encontros de PTS	Retomada dos aspectos conceituais e metodológicos do PTS Identificação dos usuários com TB não aderentes ao tratamento residentes na área de abrangência das unidades de saúde Definição dos profissionais de referência para cada PTS Divisão de responsabilidades
Encontros subsequentes	Reconhecimento das histórias singulares e de vulnerabilidades a TB Levantamento da história clínica pregressa Definição de metas Divisão de responsabilidades e tarefas entre os profissionais
Últimos encontros	Análise do que foi possível realizar durante o período de pesquisa
Entrevistas	Entrevista semiestruturada – realizada com os profissionais de referência de cada PTS, profissionais que atuam nos SR em TB de cada município, com os profissionais responsáveis pela gestão do município A e com a enfermeira coordenadora regional do PNCT
Análise documental	Consulta aos prontuários dos usuários acompanhados nos PTS e ao Livro de Registro de Casos de TB do município A

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

4.5 Análise dos dados

Durante os encontros com as equipes foram analisados os elementos do contexto de vulnerabilidade à TB vivenciados pelos usuários não aderentes ao tratamento e o modo como tais elementos influenciavam na não adesão ao tratamento. Estas análises serviram de subsídio para a compreensão da singularidade de cada usuário e para a proposição de ações e intervenções junto a eles, visando à adesão ao tratamento. O processo de desenvolvimento dos

PTS estimulou as equipes a relacionar a análise da vulnerabilidade à TB dos usuários acompanhados com o potencial das ações propostas no PTS para a minimização desta vulnerabilidade e, conseqüentemente, com a eficácia desta tecnologia para a promoção da adesão ao tratamento.

Tendo em conta o interesse em explorar com as equipes o contexto de vulnerabilidade dos usuários nas suas três dimensões – individual, social e programática – de modo a embasar o PTS nos resultados desta análise e a avaliação sobre a adesão ao tratamento, foram considerados no exercício analítico proposto os fatores que influenciam na implementação do PTS neste contexto com relação à participação dos usuários e da equipe de saúde, às condições de vida destes usuários e às políticas e programas institucionais dos quais são sujeitos, de acordo com o quadro conceitual proposto por Ayres; Paiva; França Júnior (2012).

No plano individual da análise sob o enfoque da vulnerabilidade foram considerados os aspectos da vida dos usuários que os expõem às chances de adoecer, a escolaridade e as relações familiares, sem perder de vista a quantidade e a qualidade de informações que os usuários têm sobre a TB, o grau de compreensão sobre essas informações e a possibilidade de utilizá-las para prevenir o adoecimento. Na dimensão social foram enfatizadas as condições socioeconômicas dos usuários, como a pobreza e a falta de renda, os estigmas presentes entre os usuários e os profissionais da saúde e os problemas nas relações sociais decorrentes do uso de drogas ilícitas. A última dimensão, a programática, envolveu a análise sobre a oferta de serviços pela rede de atenção a saúde dos municípios, sua articulação ou não, a compreensão que os profissionais têm do trabalho realizado em saúde coletiva e a relação existente entre os usuários e os profissionais que atuam nos diferentes serviços de saúde (AYRES et al., 2003; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012; AYRES et al., 2013).

A metodologia de intervenção proposta pelo PTS afinada com o quadro conceitual proposto pela vulnerabilidade serviu como ponto de partida para suscitar a inclusão de novas agendas de trabalho às equipes de AB. Estas, por sua vez, tencionaram a forma como vinha acontecendo o atendimento aos usuários com TB, em especial os não aderentes ao tratamento.

4.6 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Foi solicitada a permissão do secretário de saúde (gestor municipal) dos municípios para a realização do estudo (Apêndice F). O acesso aos documentos somente ocorreu após obtida a permissão para o mesmo. Foi obtida também a permissão para uso de dados e acesso aos prontuários tanto por parte dos secretários de saúde quanto dos usuários que participaram da elaboração do PTS.

Os participantes do estudo receberam o TCLE (Apêndices A e B), que os informou sobre os objetivos, justificativa, procedimentos, benefícios e riscos do estudo, o caráter voluntário da participação no estudo, a garantia do anonimato e do destino das informações coletadas. Foi garantida a possibilidade de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. O TCLE foi apresentado em duas vias e assinado pelos participantes e pela pesquisadora, ficando uma via para cada um.

Todo o material resultante da pesquisa será guardado no arquivo pessoal da pesquisadora e será incinerado decorridos cinco anos após o encerramento do estudo.

Os participantes do estudo têm a garantia de privacidade e sigilo de sua identidade. Foram informados de que os resultados do estudo serão utilizados apenas para fins científicos e publicação em periódicos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sob o Certificado de Avaliação e Aprovação Ética (CAAE) nº 22820113.1.0000.5347 (Anexo A), e a coleta dos dados ocorreu após essa aprovação.

5 PERSPECTIVAS E CONTRADIÇÕES NA ABORDAGEM À NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE

A terapia da TB é bem mais difícil, por que os pacientes, não na sua totalidade, mas em sua maioria, têm sempre algum problema social associado ou outro agravo, algum problema mental, uso abusivo de drogas, a questão da violência e do estilo de vida mesmo. A tuberculose é só uma coisa dentro de todo universo daquele paciente. (...) A tuberculose tem disso, tu pega as minorias, os excluídos, os feios, os pobres. (Enfª SR)

A fala acima ilustra a forma como os profissionais de saúde identificam os indivíduos que possuem TB e a não adesão ao tratamento da doença. Há o reconhecimento por parte deles da existência de um contexto de vulnerabilidade que cerca a vida deste tipo de usuário – *os excluídos, os feios, os pobres*, dos serviços de saúde. Apesar da fala remeter a uma visão ampliada do processo de adoecimento e de sua relação com os determinantes sociais em saúde, ela traz consigo uma carga de estigma e preconceito que acompanha os doentes com TB desde os primeiros casos da doença relatados na literatura.

Por outro lado, os dados apresentados neste capítulo sugerem a pouca valorização dessa constatação na forma como os serviços estão estruturados para realizar o atendimento a indivíduos com TB nos municípios estudados. Ao longo da discussão desenvolvida a seguir, será destacado o *déficit* no planejamento e na implementação das ações que visam reconduzir o usuário não aderente ao tratamento.

As informações aqui analisadas foram obtidas nos encontros realizados com as equipes de saúde no desenvolvimento dos PTS, nas entrevistas realizadas com os profissionais de saúde responsáveis pela gestão e/ou pelo cuidado aos usuários com TB nos serviços de referência, e também a partir dos registros efetuados pelos profissionais nos prontuários existentes nos SR e nas ESF.

O processo de análise dessas informações resultou em duas categorias e quatro subcategorias organizadas com a finalidade de responder à questão norteadora. Na análise tomou-se o conjunto de informações produzidas na pesquisa, agrupando-as conforme interpretação informada pelo referencial teórico e considerando similaridades e diferenças entre elas. Na primeira categoria, “Tuberculose, Vida e Vulnerabilidades” estão incluídos os contextos de vulnerabilidade vivenciados pelos usuários não aderentes ao tratamento da TB que participaram do estudo, divididos em duas subcategorias. A primeira é composta pelos

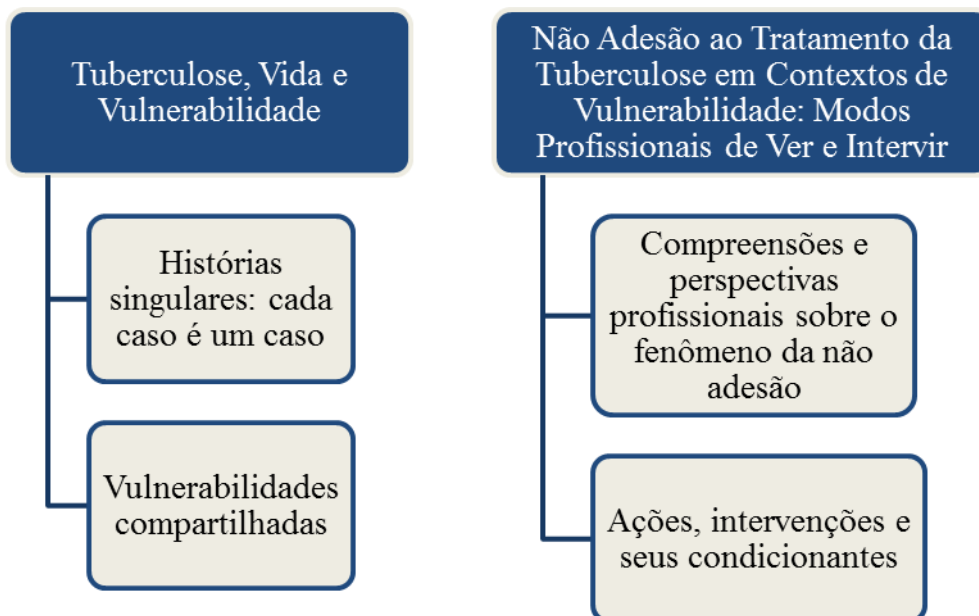
elementos que dão forma a histórias singulares de vida de cada usuário e a segunda contempla as vulnerabilidades que são por eles compartilhadas.

A segunda categoria denominada “Não Adesão ao Tratamento da Tuberculose em Contextos de Vulnerabilidade: modos profissionais de ver e de intervir” é composta por informações referentes à situação de não adesão ao tratamento da TB de cada usuário em seu contexto de vulnerabilidade. Essa categoria também se divide em duas subcategorias, cujo conteúdo contempla o que na análise foi interpretado como os “modos de ver e intervir” dos profissionais que participaram dos PTS sobre cada situação em particular.

Tendo em conta os dados empíricos que permitiram esse modo de interpretar o fenômeno estudado, buscou-se explorar, na análise, a compreensão dos profissionais sobre a relação entre a situação de não adesão ao tratamento da TB e os elementos que compunham o contexto de vulnerabilidade dos indivíduos para os quais os PTS estavam dirigidos.

Para melhor visualização dos resultados, segue abaixo uma representação gráfica das categorias e subcategorias que organizaram o processo analítico.

Figura 1 - Categorias 1 e 2 e respectivas subcategorias



Fonte: Autora.

A elaboração dos PTS junto às equipes de saúde iniciou com a análise da história de vida de cada usuário não aderente ao tratamento da TB e como os processos de adoecimento se configuraram nessa realidade, orientados pelo referencial da vulnerabilidade e seguindo as

etapas de elaboração do PTS. O interesse em explorar com as equipes o contexto de vulnerabilidade de cada usuário levou em conta a importância dos componentes físicos, psicossociais e programáticos presentes na dinâmica da vida cotidiana de cada usuário e que os expõem à infecção e ao adoecimento pela TB (AYRES *et al.*, 2003; 2013; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012).

Esses componentes são o resultado da interação entre diversos elementos biológicos, psicológicos, culturais e socioeconômicos que compõem o modo como vive cada um desses indivíduos, tais como trabalho, renda, alimentação, moradia, educação, relações familiares, estigma, preconceito, exclusão social, acesso a serviços e instituições de saúde, educação e bem-estar social, uso de substâncias psicoativas, entre outros, os quais conformam o contexto de vida dos três usuários acompanhados.

5.1 Tuberculose, vida e vulnerabilidade

A categoria Tuberculose, Vida e Vulnerabilidade é composta pelos elementos que constituem os contextos de vulnerabilidade vivenciados pelos usuários com tuberculose não aderentes ao tratamento, cujos PTS foram alvo da presente pesquisa. Neste tópico estão incluídos dados descritivos que remetem às condições de vida e história clínica dos três usuários. Tendo em conta a centralidade da noção de vulnerabilidade para a presente pesquisa, considera-se que essas informações têm grande relevância para o processo analítico que se pretendia desenvolver. Partiu-se dessa descrição para configurar os contextos de vulnerabilidade em que viviam esses usuários, buscando-se, nesse processo, identificar e analisar os elementos individuais que se destacaram nas histórias particulares de não adesão ao tratamento e os marcadores compartilhados que se repetiam nessas histórias.

Apesar de guardarem semelhanças entre si, essas descrições não foram, contudo, homogêneas, pois tanto os usuários quanto as equipes de saúde estavam inseridos em diferentes contextos e desenvolveram o PTS de acordo com seu entendimento sobre o mesmo. Também eram distintas a estrutura das unidades de saúde e a forma como o serviço de atenção à TB estava estruturado em cada município.

A história clínica dos usuários foi registrada a partir do diagnóstico da TB, situação anterior ao início deste estudo, de modo a proporcionar uma compreensão mais abrangente do

acompanhamento realizado pelas equipes de saúde e a agregar elementos para auxiliar a análise dos cenários de vulnerabilidade.

O conhecimento dos contextos de vulnerabilidade dos usuários partiu da análise de um conjunto de fatores e critérios objetivos que permitiram a avaliação de situações particulares, derivadas de conjunturas sociais mais amplas.

Como recomenda Ayres et al. (2003), análises que visem apreender a vulnerabilidade dos sujeitos precisam levar em conta a influência destes elementos tomados em conjunto e não isoladamente. No exercício analítico proposto no processo de elaboração dos PTS, levou-se em conta essa recomendação, estimulando os profissionais a ampliar sua compreensão sobre o processo de não adesão ao tratamento a partir da análise articulada dos elementos que constituíam as histórias singulares de adoecimento e não adesão.

5.1.1 Histórias Singulares: Cada Caso é um Caso

Na primeira etapa do PTS a equipe teve acesso às singularidades dos usuários, tornadas visíveis a partir de informações disponibilizadas, principalmente, pelos profissionais dos serviços durante os encontros dos PTS. Essas informações foram complementadas posteriormente com dados coletados junto aos profissionais que atuam nos serviços de referência e com as informações registradas nos prontuários de cada usuário.

Em ambos os municípios estudados, o atendimento aos usuários com TB ocorre em serviços de referência, localizados junto ao SAE. Os usuários possuem dois prontuários médicos, um situado no SR, e outro na unidade de saúde de seu bairro, seja ela ESF ou UBS. As histórias singulares contadas aqui tomaram forma pela integração das informações de ambas as fontes.

Inicialmente é apresentada uma breve caracterização dos usuários acompanhados, a qual está descrita no Quadro 2. A disposição dessa caracterização em um quadro teve a finalidade de apresentar de modo organizado os elementos que caracterizam cada usuário e não de uniformizá-los. Cada usuário possui uma história única de vida.

Quadro 3 - Características dos usuários acompanhados

ID	Sexo	Idade	Cor da pele	Estado conjugal / filhos	Ocupação anterior a TB	Tipo de TB
U1A	M	38	Parda	União estável, (2)	Mecânico de máquinas pesadas	Pulmonar (bacilo MDR)
U2A	M	55	Parda	Viúvo, (3)	Vigia, pedreiro	Pulmonar
UB	M	42	Preta	Casado, (3)	Industriário	Pulmonar

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Conforme o quadro retrata, os usuários são do sexo masculino, estão em idade produtiva (entre 38 e 55 anos) e possuem cor parda (U1A e U2A) ou preta (UB).

Segundo o MS, no ano de 2012, o sexo masculino apresentou um coeficiente de incidência de 50,2/100.000 habitante, valor 2,1 vezes maior que o do sexo feminino. Observa-se também que, entre os homens, a faixa etária mais acometida é a de 40 a 59 anos (BRASIL, 2014). Em 2014, 57,5% dos casos de tuberculose ocorreram na população negra, sendo 12,3% em pretos e 45,2% em pardos (BRASIL, 2015).

Os dados de mortalidade causada pela TB no Brasil seguem esse perfil e mostram que, em 2010, 73,4% dos óbitos ocorreram em pessoas do sexo masculino; entre os quais 57,7% tinham idade entre 35 e 64 anos, e 63,2% eram da raça negra ou parda (BRASIL, 2013).

Quanto ao percentual de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, observou-se que a população negra apresentou o menor percentual, sendo 65,7% para os pretos e 67,6% para pardos, aquém do observado para a população branca, na qual 73,5% dos casos foram curados. Já o percentual de abandono foi mais elevado na população preta (13,8%), seguida das pessoas da raça/cor parda (10,8%) e branca (9,4%). Olhar para a tuberculose segundo a raça/cor pode trazer informações sobre a distribuição da doença nessas populações, apoiando estratégias de intervenção que considerem as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais (BRASIL, 2015).

À época do PTS, os três usuários viviam com suas famílias, o U1A possuía uma companheira, o U2A era viúvo (porém, vivia com a namorada) e o UB era casado. Todos possuíam filhos e eram vinculados ao mercado formal de trabalho antes de adoecer. E todos eram tabagistas, usuários de álcool e de crack.

É importante acrescentar ainda que os três usuários apresentavam TB pulmonar, a forma mais frequente da doença, atingindo valores acima de 80% dos casos (IGNOTTI et al., 2007; MELO et al., 2009; BRASIL, 2010a). O U1A estava infectado pelo Bacilo Multidroga-resistente (BMDR) e nenhum dos usuários era portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Com base nos dados, pode-se reconhecer, ainda que com uma amostra reduzida, o mesmo perfil dos indivíduos acometidos por TB no Brasil e que há semelhanças no perfil desses indivíduos.

No período do PTS, os três usuários estavam afastados do mercado formal de trabalho e em algum período do adoecimento contaram com o auxílio-doença fornecido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Dois deles (U1A e U2A) eram atendidos por equipes de ESF e o terceiro (UB) estava vinculado a uma UBS.

A seguir, serão detalhadas as histórias singulares dos usuários acompanhados, as quais possibilitaram ampliar a compreensão sobre as dimensões de vulnerabilidade presentes na vida de cada um deles, as quais foram divididas esquematicamente em vulnerabilidade individual, social e programática seguindo o referencial adotado nesta análise.

O contexto de vulnerabilidade do Usuário 1A (U1A) revela um primeiro conjunto de dados relativos à vulnerabilidade individual e evidencia que o mesmo é fumante, alcoolista e usuário de drogas há mais de 20 anos. Ele adquiriu TB no Presídio Regional, onde esteve por 2,5 anos. O mesmo reside com a companheira, que também é usuária de drogas, e a filha do casal com 02 anos de idade. Segundo a equipe da ESF, o casal frequentemente discute e a mulher é agredida fisicamente pelo U1A.

O U1A demonstra ter bons conhecimentos sobre sua patologia e sobre as reações de seu corpo a ela. Ele conversa abertamente sobre sua doença com a ACS e com os amigos e revela saber que seu quadro clínico piora se ele não fizer o tratamento corretamente. De acordo com a ACS, o casal dorme em ambientes separados (o U1A dorme na sala e a companheira e a filha do casal, no quarto) e que o U1A procura permanecer em ambientes abertos quando está na presença de outras pessoas. Ao tossir, protege a boca com a mão.

No tocante à vulnerabilidade social, o casal reside em casa de madeira, alugada, sendo o aluguel pago pela mãe do usuário. As demais despesas são custeadas pelo casal, porém, a água e a energia elétrica foram cortadas algumas vezes por falta de pagamento. A companheira trabalhou como garota de programa até os primeiros meses da gravidez.

O U1A solicitou auxílio-doença junto ao INSS após ter sido diagnosticado com TB pulmonar em 2010 e, de acordo com a equipe, recebeu em torno de R\$ 1.000,00 mensais como auxílio-doença durante um ano. Em função da não adesão ao tratamento o usuário foi encaminhado para acompanhamento em serviço de referência secundária, a qual suspendeu o benefício. O U1A manifestou desejo de retornar ao trabalho, porém a empresa solicitou atestado médico que comprove a cura da TB, o que ele não dispõe, pois não aderiu ao tratamento.

A exposição à vulnerabilidade programática apresenta como marcador o diagnóstico com TB no SR do município A em agosto de 2010 e o acompanhamento, neste serviço, durante 3,5 anos, ou seja, 42 meses. O atendimento à TB no município está centralizado em um SR, junto ao SAE. Após esse período, em janeiro de 2014, não havendo a adesão ao tratamento, o usuário recebeu “alta por abandono do tratamento” e foi encaminhado ao SR terciário, que é referência para o estado do Rio Grande do Sul para tratamento da multirresistência aos tuberculostáticos, o Hospital Sanatório Partenon, localizado em Porto Alegre. A história clínica do U1A é apresentada a seguir, inicialmente no tocante ao acompanhamento realizado pelos profissionais que atuam no SR e, a seguir, pela equipe da ESF.

Os registros no prontuário que se encontra no SR dão conta de que a adesão ao tratamento foi irregular, pois o U1A apresentou mais períodos de ausência do que de comparecimento ao SR, e apontam que o usuário fez somente 2 meses de tratamento (totalizando 50 dias de acordo com os cálculos do especialista). Há registros de 2, 6, 2, 1, 6, 4 e 2 meses de ausência intercalados com o retorno ao serviço durante esse período. Há diversas observações feitas pelo médico sobre o abandono e o reinício do tratamento, a mudança de esquema e o retorno ao esquema anterior.

Em relação à assistência ao indivíduo com TB, o município A ofertava, no SR, consulta médica, atendimento de enfermagem, exames diagnósticos como RX de tórax, exame de escarro, exame cultural de escarro, teste de Mantoux e demais exames laboratoriais, como o teste anti-HIV, além de disponibilizar o frasco para coleta de escarro e os medicamentos para o tratamento da TB.

Quando o U1A comparecia à consulta médica no SR, era-lhe solicitado RX de tórax e exame de escarro e, eventualmente, exame cultural de escarro e teste anti-HIV (resultado negativo). Nesse período ele realizou 18 consultas médicas com o especialista, 12 baciloscopias do escarro, 07 RX de tórax, 02 testes anti-HIV e 02 exames culturais do escarro,

cujo resultado foi positivo (complexo *Micobacterium Tuberculosis*). A descontinuidade no uso dos medicamentos tuberculostáticos levou ao agravamento da sua situação clínica e à multirresistência às drogas. Segundo o MS, dentre os casos novos de tuberculose multirresistente registrados em 2012, somente 58,0% obtiveram cura ou completaram o tratamento, 17,7% abandonaram e 10,6% foram a óbito. O elevado número de abandonos e de óbitos evidencia que é complexo o manejo clínico desses casos e que ainda são grandes os desafios para o controle da tuberculose resistente no país (BRASIL, 2015).

Durante o período de acompanhamento pelo SR, os registros informam que o U1A apresentou emagrecimento ou perda de peso, tosse produtiva, febre e sudorese noturna. A maior parte dos exames de escarro (nove) realizados durante o acompanhamento pelo SR apresentou resultado positivo e o resultado de um dos RX de tórax demonstrou lesão cavitária ativa.

No prontuário existente no SR foi escrito pelo médico que o U1A é paciente do CAPS AD devido ao uso de crack durante um período de 8-10 anos. Foram também registradas duas internações em hospital geral para desintoxicação, uma delas encaminhada pelo especialista do SR e a outra solicitada pelo próprio U1A. Há também o registro de uma consulta médica realizada no Pronto Socorro local e de um contato telefônico feito pela AE do SR com a enfermeira da ESF, comunicando o não comparecimento do U1A a uma das consultas agendadas com o especialista.

Além disso, no último mês em que o U1A foi acompanhado pelo SR (janeiro de 2014), sua companheira comunicou ao médico de que ele não estava tomando os medicamentos regularmente. O médico, então, registrou 'alta por abandono do tratamento' no prontuário e o encaminhou para avaliação no SR terciário, onde recebeu prescrição de TDO sob a supervisão da AE que atua no SR municipal. Essa o acompanhou durante uma semana e, após esse período, o encaminha para continuar o TDO na ESF localizada em seu bairro.

Vale destacar que, em outubro de 2013, no início do PTS junto à equipe da ESF, o U1A realizou a primeira consulta médica nessa unidade devido à tosse, à febre e à hemoptise, e recebeu prescrição de antibióticos e solicitação de exames (escarro e RX de tórax). A enfermeira teve uma breve conversa com o U1A antes da consulta médica. A segunda e última consulta médica na ESF foi realizada em novembro do mesmo ano, porém não foi possível ter a avaliação médica do quadro, pois o usuário não apresentou os exames.

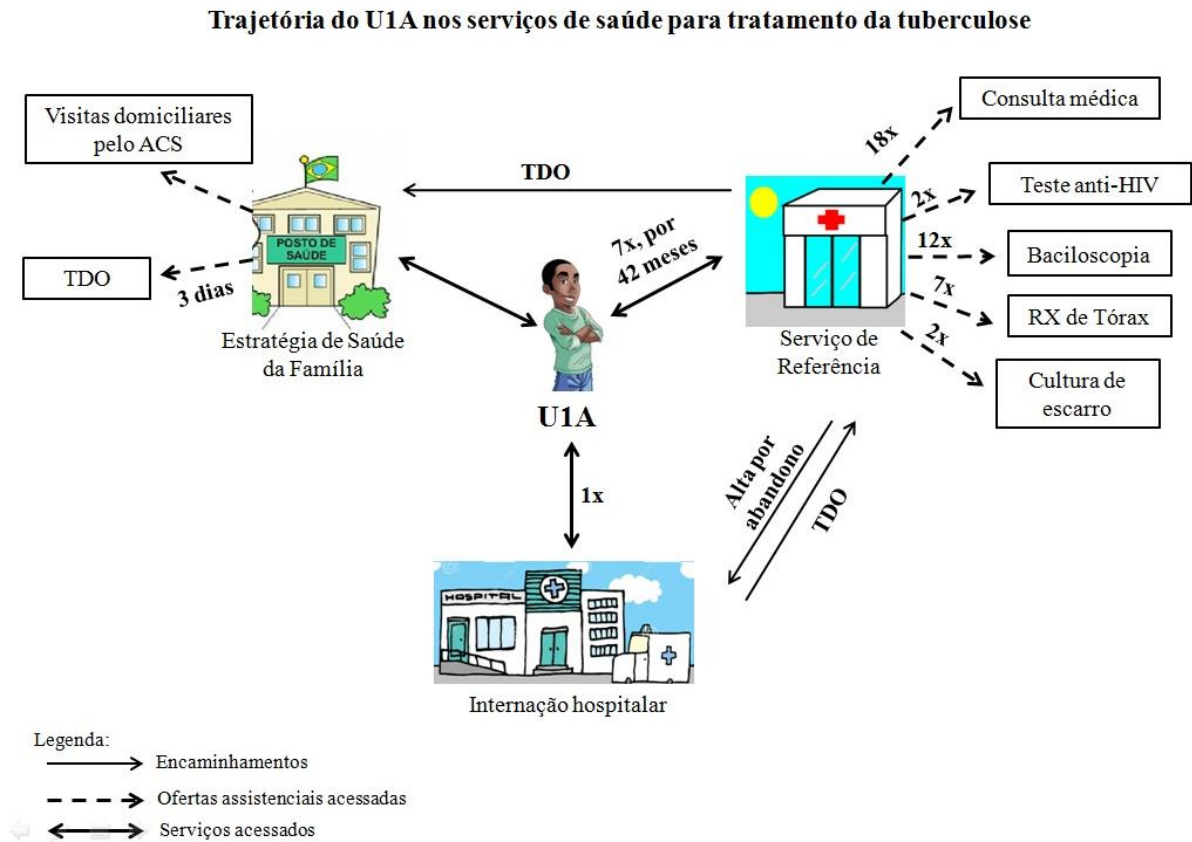
Com relação ao seguimento do TDO pela ESF, o prontuário continha os registros de comparecimento do usuário somente nos 03 primeiros dias do tratamento. Após passou a intercalar a ingesta dos medicamentos, pois não comparecia diariamente à unidade. A equipe da ESF, por sua vez, telefonou ao usuário, além de solicitar que a ACS fizesse visitas domiciliares para chamá-lo até a unidade. A equipe enviou relatório de administração dos medicamentos referente ao mês de fevereiro ao serviço de referência secundária, que, ao perceber as falhas na continuidade do TDO, solicitou a suspensão do auxílio-saúde junto ao INSS.

A ESF a que o U1A estava vinculado dispunha de serviços médicos, de odontologia e de enfermagem. Ele recebia visita domiciliar mensal feita pela ACS, porém o assunto TB passou a ser abordado com ele somente após o início do PTS. A unidade não dispunha de frasco para coleta de escarro, nem de máscara de proteção respiratória e não realizava pesquisa de comunicantes.

Por fim, outro marcador relevante nesse contexto se refere a pouca aproximação da equipe da ESF à situação do U1A. Apesar de sua residência situar-se na área de abrangência da ESF, o médico, a enfermeira e as técnicas de enfermagem atenderam somente sua companheira por ocasião da gravidez e fizeram o acompanhamento da filha do casal, após seu nascimento. Desconheciam, portanto, o U1A e sua história. Dentre os membros da equipe que atuam na ESF, somente duas ACS e uma auxiliar de enfermagem o conheciam.

Em relação ao PTS, foram realizados 12 encontros entre a pesquisadora e a equipe da ESF durante o período previsto para a coleta dos dados, visando seguir as etapas que compõem o PTS. Entretanto, em nenhum deles, o U1A esteve presente, situação que será analisada no próximo capítulo desta tese. A figura apresentada a seguir, retrata objetivamente os principais eventos dessa trajetória.

Figura 2 - Trajetória do U1A



Fonte: Autora.

Da mesma forma como foram organizadas as informações sobre a história singular do U1A, serão apresentados os dados referentes ao contexto de vulnerabilidade do Usuário 2A (U2A).

A vulnerabilidade individual do U2A é composta por um quadro de tabagismo que ocorre desde os 15 anos de idade (duas cartelas por dia), além de uso de álcool e crack. O U2A foi preso por tráfico de drogas há 5 anos, quando, de acordo com a equipe, adquiriu a TB pulmonar. Atualmente ele vive com a namorada e o filho de 22 anos, ambos igualmente usuários de drogas. Seu filho é agressivo e foi encaminhado para atendimento no Ambulatório de Álcool e Drogas do município, porém não compareceu.

Segundo relato da equipe de saúde, o U2A não aborda a doença abertamente com a ACS nem com o TE, e não gosta de ser visitado com frequência pelos profissionais, pois teme prejudicar o tráfico de drogas. Segundo os profissionais, após o início do PTS, o U2A foi orientado em diversos momentos sobre sua patologia, possuindo conhecimentos sobre as formas de transmissão e sobre o tratamento da TB. Antes disso, porém, a equipe não acompanhava seu tratamento para TB.

A vulnerabilidade social pode ser identificada a partir das condições de residência. Ele mora há mais de 20 anos em bairro que concentra o maior número de moradores do município, estando a maioria em situação de exclusão socioeconômica, conforme informado pela equipe de ESF. O U2A mora em casa de madeira alugada. Seu endereço muda com frequência, em função de ter dificuldade em pagar o aluguel. A filha mais velha o tem auxiliado no pagamento do aluguel. Ela mantinha contato periodicamente com ele, porém, em função do tráfico de drogas e do medo de contágio da TB, foi afastando-se do pai e a relação familiar atualmente não é boa.

Segundo a equipe de saúde, a vida de U2A era ‘bem estruturada’ até a morte da primeira esposa. U2A trabalhava como vigia na ESF do bairro, mas foi demitido por questões políticas. Depois trabalhou como servente de pedreiro (construção civil) em diversas obras. Há dez anos, vive do tráfico de drogas e, em decorrência disso, sua casa possui intenso fluxo de pessoas.

A história de U2A também apresenta marcadores que evidenciam vulnerabilidade programática. Ele obteve o diagnóstico de TB em fevereiro de 2013 no SR do município, dois meses após buscar o primeiro atendimento na ESF de seu bairro. Foram necessárias uma internação hospitalar e a realização de uma Tomografia Computadorizada Pulmonar (TCP) para fazer o diagnóstico da doença. Essa trajetória será relatada a seguir.

O U2A realizou a primeira consulta na ESF em dezembro de 2012, referindo apresentar, havia alguns meses, tosse produtiva, dor no peito e dispneia. A médica que o atendeu solicitou RX de tórax e lhe prescreveu antibiótico. Ele retornou ao serviço em janeiro de 2013, ocasião em que relatou emagrecimento, sudorese noturna e tosse. O laudo do RX registrou lesão pulmonar, porém não mencionou suspeita de TB e sugeriu a realização de uma Tomografia Computadorizada (TC) devido à suspeita de neoplasia maligna ou abscesso pulmonar. A médica do ESF encaminhou o U2A ao pronto socorro do hospital local, com solicitação de internação hospitalar. Ele realizou a TC durante a internação, que sugeriu que o usuário possuía doença granulomatosa – TB ou doença fúngica. Após a alta hospitalar, U2A retornou a ESF com esse exame, sendo, então, encaminhado para consultar com o médico do SR em TB do município, ainda no mês de janeiro de 2013.

No final do mês, o U2A compareceu ao SR para a consulta médica. Após a análise do RX de tórax e dos sinais e sintomas, o especialista solicitou exame de escarro. Onze dias depois, o usuário retornou ao serviço com resultado positivo para TB, iniciando, em fevereiro, a primeira etapa do tratamento (esquema RHZE durante dois meses).

A partir disso, o U2A prosseguiu com o tratamento de forma regular durante dois meses. Nesse período, realizou duas consultas médicas no SR e dois exames de escarro. No terceiro mês, iniciou a segunda fase do tratamento, que é a manutenção. O exame de escarro referido acima apresentou resultado negativo. O U2A solicitou atestado médico para realizar perícia junto ao INSS com vistas a receber o auxílio-doença em função da TB.

Após isso, entretanto, segue-se um longo período de ausência e de descontinuidade no tratamento. Inicialmente o U2A permaneceu dois meses sem comparecer ao serviço. Nesse momento, a AE do SR entrou em contato com a enfermeira da ESF e agendou nova consulta médica, solicitando que a ACS o avisasse sobre a mesma, porém o U2A não compareceu. Essa atitude coincidiu com o período em que a pesquisadora fez os contatos iniciais com as duas equipes do município A para a realização deste estudo. Decorreram 12 meses sem que o U2A retornasse ao SR. Nesse ínterim, iniciou-se a elaboração do PTS junto à equipe da ESF.

Após o encaminhamento do U2A pela ESF ao SR em janeiro de 2013, não constam anotações no prontuário do usuário presente na ESF até o mês de novembro do mesmo ano, período em que o PTS estava sendo desenvolvido em seu segundo mês. Nesse mês, o registro foi realizado pelo TE, relatando a visita domiciliar feita por ele e pela ACS (profissionais de referência do PTS) ao U2A. Na ocasião, os profissionais orientaram o U2A sobre a TB e negociaram seu retorno ao tratamento, agendando nova consulta com o especialista no SR. A CS fazia visitas regulares ao U2B.

Em janeiro de 2014, conforme havia sido agendado, o U2A realizou consulta médica na ESF de seu bairro e relatou à equipe ter suspenso o uso dos medicamentos para TB. Na ocasião, ele apresentava tosse produtiva, emagrecimento e sudorese noturna. A médica da ESF prescreveu-lhe RX de tórax e teste de escarro e novamente foi negociado seu retorno ao tratamento, justificado em função da gravidade da patologia e das possibilidades de contágio. Porém, o U2A não compareceu à consulta com o especialista agendada pela equipe da ESF.

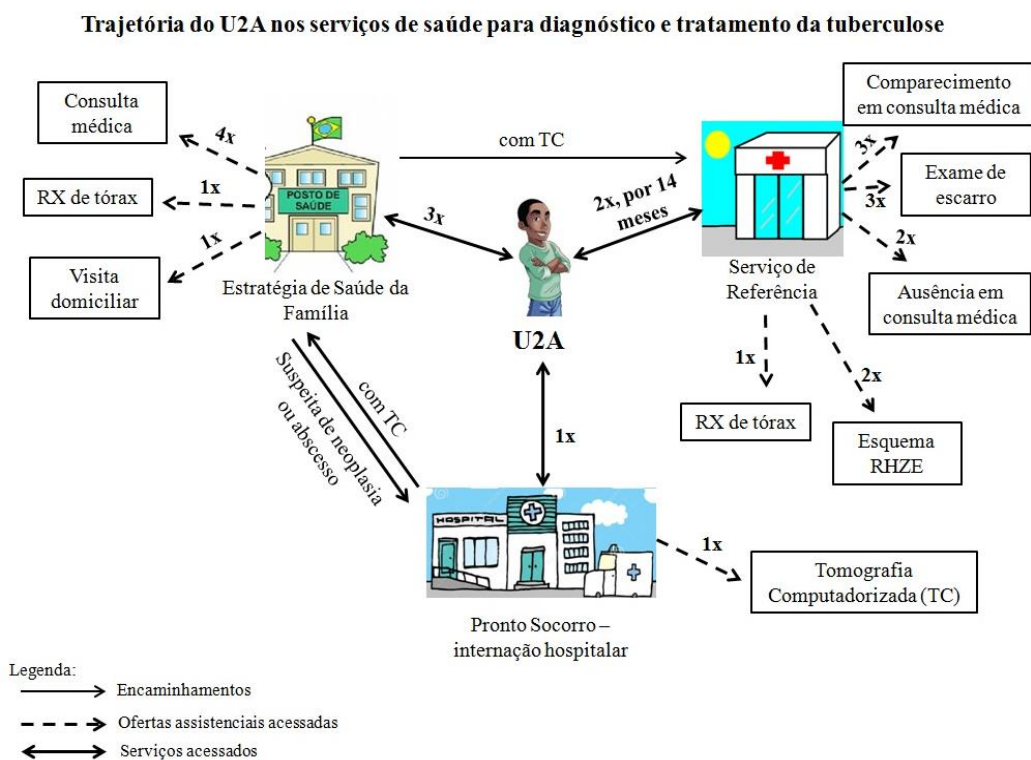
Em fevereiro, a médica, que atuava há 04 anos na ESF, solicitou sua transferência para outra unidade de saúde, pois referiu ter o desejo de mudar de local de trabalho. A unidade ficou sem médico por mais de 30 dias, recebendo um novo profissional somente no mês de março, período em que inicialmente trabalhou somente dois dias da semana no serviço local. Foi somente no mês de abril que a ESF recebeu um médico cubano para atuar na unidade em tempo integral (40h).

No último mês previsto para a elaboração do PTS – março de 2014, o paciente retornou ao SR. O médico especialista registrou no prontuário ‘reiniciar o tratamento’, prescreveu o esquema RHZE e solicitou um RX de tórax. U2A retornou novamente ao SR, referindo dispneia aos esforços, o exame de RX mostrou-se alterado e sem escarro para o BAAR. U2A solicita novo atestado para perícia no INSS.

Cabe registrar ainda que a ESF a que o U2A estava vinculado dispunha de serviços médicos, fisioterápicos e de enfermagem. Ele recebia mensalmente visita domiciliar feita pela ACS, porém, assim como o U1A, o assunto TB passou a ser abordado com ele após o início do PTS. A unidade também não dispunha de frasco para coleta de escarro, nem de máscara de proteção respiratória para os profissionais e não realizava pesquisa de comunicantes.

Foram realizados oito encontros entre a pesquisadora e a equipe, visando seguir as etapas que compõem o PTS. Entretanto, da mesma forma que ocorreu com o U1A, em nenhum deles, o U2A esteve presente. A figura a seguir, fornece uma visão objetiva dos principais acontecimentos relacionados à história singular do U2A.

Figura 3 - Trajetória do U2A



Fonte: Autora.

Passando à análise da vulnerabilidade do Usuário B (UB), terceiro usuário acompanhado, é constituída por elementos semelhantes aos descritos acima. O usuário B residia em município próximo (município B) àquele dos usuários 1A e 1B.

Conforme já referido, o atendimento à TB está centralizado no SAE. Mas, ao contrário do que ocorreu no município A, a equipe da UBS esteve envolvida com o UB, sua situação clínica e familiar, a partir do 5º mês de diagnóstico da doença, quando o UB deixou de comparecer ao SR, até seu óbito. O UB foi assassinado no início do 4º mês de PTS durante um confronto com traficantes de drogas, em sua própria residência, devido às dívidas da filha de 16 anos com os mesmos. O UB foi acompanhado por ambas as equipes (UBS e SR) durante 01 ano e três meses.

A UBS a que o UB estava vinculado dispunha de serviços médicos, odontológicos e de enfermagem, aos quais ele tinha acesso. Em relação à atenção à TB, o município ofertava consulta médica, atendimento de enfermagem, exames diagnósticos (como RX de tórax, exame de escarro, teste de Mantoux e demais exames laboratoriais), medicamentos em geral e aqueles específicos para a TB, frasco para coleta de escarro, máscara de proteção respiratória e pesquisa de comunicantes. Além disso, o UB recebia visita domiciliar mensal feita pela ACS e a equipe adotava cuidados preventivos quanto à transmissão da doença durante seu atendimento.

O UB residia com a esposa e dois filhos, um menino de 05 anos e uma menina com 16 anos de idade. O casal possui ainda uma filha, com 27 anos, que estava, na época da pesquisa, reclusa em um presídio regional devido ao tráfico de drogas. A esposa também teve sua prisão decretada pelo mesmo motivo, mas a prisão não chegou a se concretizar. A vulnerabilidade individual de UB tinha relação com tabagismo, alcoolismo e uso de crack. Durante o trabalho de campo, o UB se apresentava emagrecido, fraco e vinha ingerindo grande quantidade de bebida alcoólica. A equipe da UBS não tinha certeza, mas suspeitava de que o contágio pela TB estava relacionado ao contato de UB com diversas pessoas devido ao uso e tráfico de drogas.

Segundo a equipe, o UB entendia possuir uma doença que ‘atacava’ seus pulmões e que o debilitava fisicamente. Ainda segundo a equipe, ele demonstrava compreender que se tratava de uma doença transmissível, que poderia levá-lo à morte e que colocava em risco os filhos e outras pessoas de sua convivência próxima.

A situação econômico-financeira da família girava em torno do tráfico de drogas e revela a vulnerabilidade social em que a mesma se encontrava. O UB não possuía trabalho fixo. Segundo relato da equipe, sua renda vinha do tráfico de drogas e do auxílio-doença, recebido devido à TB. A família possuía dívidas com os traficantes e, eventualmente, roubavam objetos domésticos dos vizinhos e vender para se sustentar. Segundo a ACS, a esposa do UB utilizava o filho de 05 anos para realizar pequenos furtos. Toda a família estava envolvida com o tráfico de drogas. A esposa do UB é quem controlava o tráfico na casa e tanto o UB quanto a filha de 16 anos do casal, auxiliavam na distribuição da droga. Havia a suspeita, pela equipe de saúde, de que a filha de 16 anos estaria se prostituindo. Ambos os filhos estavam fora da escola.

De acordo com a equipe da UBS, a área onde o UB residia com sua família é uma das áreas do município em que a população apresenta mais baixa renda, vivendo em situação de exclusão socioeconômica. Os moradores são dependentes dos programas federais de inclusão social como Bolsa Família. Além disso, há forte presença de drogadição e problemas de saúde relacionados. Há casos de negligência com crianças, de precárias condições de moradia, de prostituição e de criminalidade.

A família morava em uma casa cedida pelos pais do UB, em um porão com precárias condições de higiene, iluminação e ventilação. A moradia possuía sala, cozinha, dois quartos e banheiro.

Segundo relato da ACS que atuava na microárea onde o UB residia, antes de iniciar no tráfico de crack a família possuía um bom nível de vida, a casa era limpa e arrumada e a família possuía carro próprio. A esposa trabalhava como costureira em uma grande fábrica, e o UB em uma empresa que produzia plásticos. Além de ser ótima costureira, a esposa do UB era conhecida por ser boa cozinheira e ter bom relacionamento com os vizinhos.

Os principais marcadores que compõem a dimensão programática da situação de vulnerabilidade do UB dão conta de que ele obteve o diagnóstico de tuberculose pulmonar no dia 01/06/2012, no SR em TB, e iniciou o tratamento no mesmo dia. Porém, segundo a equipe da UBS, ele aderiu à terapêutica somente nos dois primeiros meses. Após 04 meses de acompanhamento pelo SR, a equipe da UBS foi comunicada sobre a situação de saúde do UB, sendo solicitado que iniciasse o TDO na unidade, três vezes por semana, a fim de monitorar o uso correto dos medicamentos. Entretanto, segundo a enfermeira da UBS, o acompanhamento terapêutico do usuário e a investigação dos comunicantes foram difíceis desde o início do

adoecimento devido ao comportamento hostil e resistente apresentado tanto por parte dele quanto por parte sua esposa.

A equipe da UBS relatou que, nos dois primeiros meses de TDO, o UB se comprometeu com o tratamento, pois estava fraco e debilitado, alimentava-se pouco e tinha dificuldade para deambular. Após isso, apresentou melhora clínica e a preocupação com a doença foi diminuindo, até chegar ao ponto de recusar-se a ir à UBS.

Durante o período em que realizou o acompanhamento pelas equipes (19 meses no SR e 15 meses na UBS), UB realizou somente 08 consultas médicas no SR, 06 exames de escarro e 03 RX de tórax, pois apresentou vários episódios de abandono do tratamento. Além disso, o paciente realizou teste de HIV e sífilis, apresentando resultado negativo para ambos. Durante o período em que estava sendo atendido no SR, UB obteve atestado médico para solicitar auxílio-doença junto ao INSS e esteve internado no hospital local devido a complicações clínicas decorrentes da TB e à drogadição, recebendo alta a seu pedido. Após a alta hospitalar, a enfermeira e a ACS passaram a realizar visitas domiciliares frequentes à família. O objetivo era realizar as combinações sobre o uso correto dos medicamentos, fornecer orientações sobre a forma de transmissão da doença, a importância da adesão ao tratamento, a interferência da drogadição no tratamento e realizar busca ativa dos comunicantes. Segundo a Enf^a, ele não adotava os cuidados orientados quanto à transmissão da doença, especialmente o uso da máscara, utilizando-a somente quando a equipe realizava a VD.

Como o quadro prosseguia sem alteração, a equipe da UBS, em conjunto com a equipe do SR, decidiu pedir auxílio ao Ministério Público (MP) local e solicitar uma internação compulsória do UB no serviço de referência terciária, localizado na capital do estado, o que foi realizado. Porém, o UB fugiu do hospital após 07 dias de internação. Em função disso, ambas as equipes de saúde acordaram que o TDO prosseguiria no domicílio, sendo as doses assistidas diariamente. Além disso, ele recebeu orientações em sua residência, por parte de um agente redutor de danos, sobre o uso do crack. Entretanto, com o passar do tempo, o UB deixou de aceitar a presença da equipe de saúde em sua casa e abandonou o tratamento.

Durante os 03 meses em que ocorreram os encontros entre a pesquisadora e a equipe da UBS, o UB não compareceu em nenhum momento à unidade. Segundo a equipe da UBS, apesar de possuir bom vínculo com todos esses profissionais, a circulação do UB no bairro estava restrita em função das dívidas com os traficantes de drogas. Ainda assim, foi

possível perceber que a equipe desenvolvia, desde o início do adoecimento, um trabalho de cuidado semelhante às diretrizes do PTS, pois ela conhecia o UB e sua família, sua condição clínica e social, e o estava acompanhando no tocante às questões que envolviam a TB e à ausência do filho à escola.

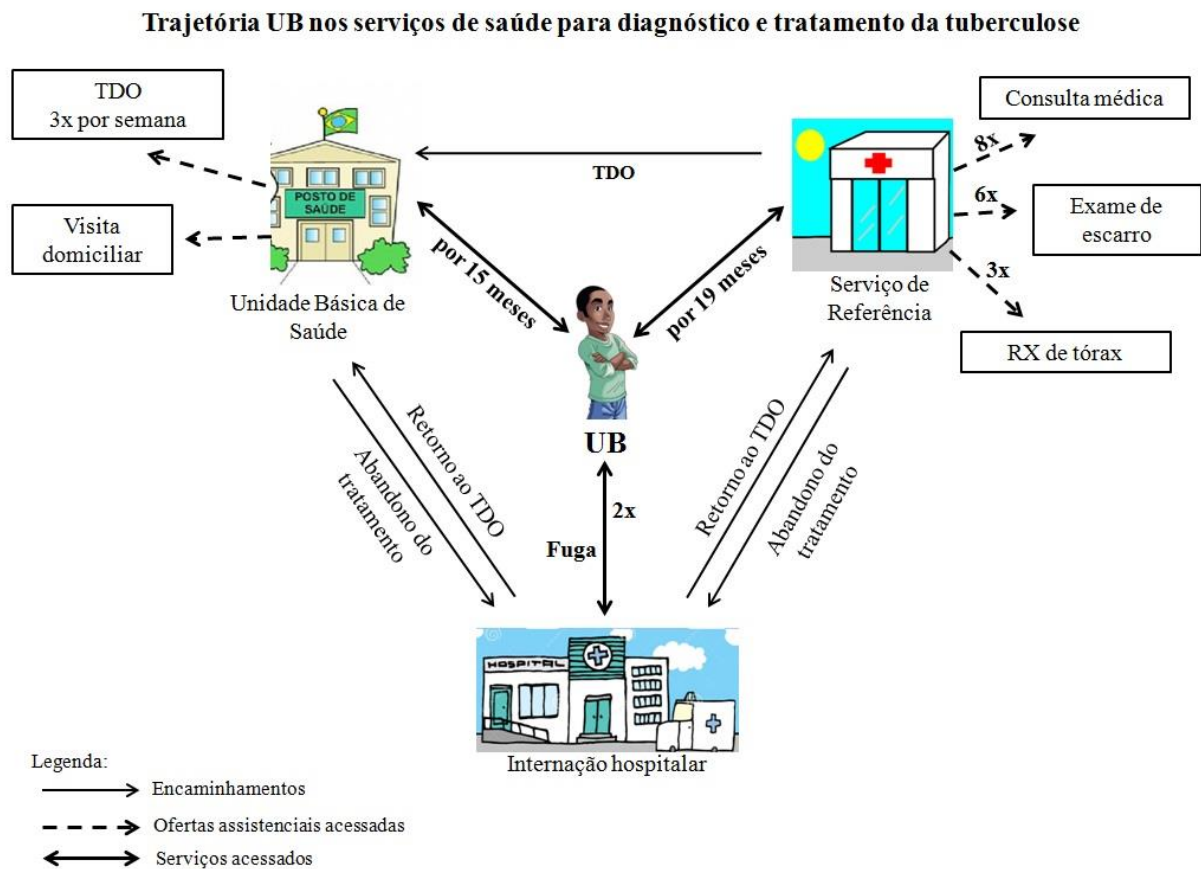
Após várias tentativas, sem sucesso, de sensibilização para o retorno ao tratamento e de busca ativa do mesmo, órgãos como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Conselho Tutelar (CT) foram acionados em função do risco que UB representava para a família e para a comunidade. Porém, o tempo passou e o UB não retomou o tratamento. Havia uma percepção entre os membros da equipe de que ele fora excluído do convívio da família e dos amigos.

Consultas médicas foram agendadas tanto no SR quanto na UBS, porém o UB não compareceu. Ele informava à equipe que retirava os medicamentos no SR e mostrava à ACS as várias caixas de medicamentos que tinha em casa. A equipe da UBS acreditava que se tratavam de medicamentos estocados, não utilizados corretamente durante o primeiro período de tratamento no SR.

Segundo os profissionais da UBS, o UB foi distanciando-se aos poucos, ao longo dos últimos 6 meses, da equipe da UBS, e passou a não aceitar mais a visita domiciliar tanto da ACS como da enfermeira. Segundo a equipe da UBS, a dependência química e o alcoolismo foram os principais fatores que interferiram na não adesão ao tratamento.

Uma última tentativa de contato, durante o PTS, foi feita pela enfermeira da UBS, a qual dirigiu-se à casa do UB. Ela relata tê-lo encontrado deitado em um colchão no chão, no centro da sala, que estava escura e desorganizada, apresentando precárias condições de higiene. O ambiente apresentava diversas garrafas vazias de cerveja e vinho, além de uma televisão ligada. O UB tossia muito, estava bastante emagrecido e não quis conversar com a enfermeira. Ao chegar à unidade, a enfermeira redigiu uma carta ao promotor de justiça local relatando novamente todo o histórico do UB e solicitando a parceria do mesmo em nova internação compulsória. Entretanto, tal ação não se confirmou, visto que o usuário foi assassinado, em sua casa, no dia 13/01/2014, por traficantes de drogas. Após isso, a viúva e seus dois filhos passaram a residir em outro bairro da cidade e a equipe perdeu o contato com a família. Assim como nos demais relatos, a figura a seguir, retrata os principais eventos que marcaram a trajetória do UB.

Figura 4 - Trajetória do UB



Fonte: Autora.

Como pode ser evidenciado a partir das informações analisadas, o fenômeno da não adesão ao tratamento da TB integra um conjunto multifacetado, heterogêneo e instável de situações de vulnerabilidade vivenciadas pelos usuários não aderentes. A dependência química e o envolvimento com o tráfico de drogas são constituintes da vida vulnerável desses usuários e tiveram destaque neste conjunto de situações, configuraram-se em fatores sociais determinantes para a não adesão ao tratamento. De forma um pouco menos visível e objetiva, pode ser observado, também, a influência dos modos de abordagem das equipes no comportamento não aderente dos usuários. Esse último fator será enfatizado na análise desenvolvida nas páginas seguintes.

Evidenciou-se ainda que conhecer as histórias singulares de cada indivíduo permitiu identificar elementos de um perfil que corrobora as convicções que já se tinha sobre “quem” são as pessoas acometidas por TB que não aderem ao tratamento. Mas, mais importante que isso, encaminhou possibilidades de compreensão sobre “como” e “por que” esse perfil se

constituiu na vida de cada um. A aproximação com as particularidades das histórias de adoecimento e dos contextos de vulnerabilidade com os quais essas particularidades estavam implicadas facilitou o desenvolvimento de sínteses analíticas que remetiam a reflexões sobre os novos modos de ver e intervir em situações de não adesão ao tratamento da TB presentes nesse contexto.

Tal aproximação foi reveladora da variabilidade e da dinâmica de cada elemento constituinte da vida vulnerável dos usuários. Tais elementos não podem ser mensurados isoladamente tampouco serem tomados como tendo uma relação de causa-efeito. São elementos que formam uma composição de ‘relação entre si’ e, ao relacionarem-se, influenciam e são influenciados mutuamente (AYRES et al., 2003).

A realidade que emergiu da identificação das histórias singulares de vulnerabilidade dos usuários com TB não aderentes ao tratamento é indicativa da necessidade do reconhecimento, por parte de equipes de saúde, de que, em contextos de vulnerabilidade, intervir em situações de não adesão à terapêutica da TB, requer muito mais do que apenas lidar com resistências, as quais, à primeira vista, são resultado de características compartilhadas por quem não adere. Independente das dificuldades postas aos serviços por definições singularizadas dos elementos que configuram o cenário da “não adesão de cada um”, parece ser esse o caminho mais viável para intervenção nessa problemática. Nesse sentido, pode-se argumentar que tomar situações de vulnerabilidade como objeto de análise facilita a identificação dos fatores que influenciam o adoecimento e que são próprios de cada indivíduo em condições específicas, de modo a ampliar o alvo das intervenções.

Além dos fatores que compõem as histórias singulares de vulnerabilidade dos usuários acompanhados na pesquisa, a realização dos PTS permitiu identificar elementos de vulnerabilidade que são comuns aos três usuários acompanhados, identificados na análise como ‘Vulnerabilidades Compartilhadas’, e relacioná-los com a não adesão ao tratamento da TB.

Nessa perspectiva, busca-se o alargamento do foco, para além da compreensão sobre os processos de adoecimento por TB e sobre a não adesão ao tratamento, partindo-se de um plano individual para outro que inclui as suscetibilidades configuradas socialmente. É com esse complexo contexto de vida dos usuários que a equipe de saúde precisa operar.

5.1.2 Vulnerabilidades Compartilhadas

Nesta seção de análise, serão apresentadas as situações de vulnerabilidade que são compartilhadas pelos três usuários acompanhados, de modo a encontrar os nexos e as mediações que incluem os significados implicados no processo de adoecimento. O objetivo é explorar o maior número de elementos que tornaram esses usuários mais expostos ao adoecimento por TB, e se apoiar na noção de vulnerabilidade para buscar novas sínteses teóricas, a partir de uma perspectiva sociopolítica e ética, e construir saberes compreensivos-interpretativos, produtores de síntese aplicadas (AYRES et al., 2003).

A análise da vulnerabilidade de indivíduos à TB não pode ser feita de forma isolada, mas sim incluindo a totalidade dos elementos implicados no processo. Entretanto, dada a amplitude da análise proposta e visando favorecer o entendimento sobre esses elementos, serão abordados, nesta subcategoria, apenas aqueles relativos à vulnerabilidade individual e social. Os elementos programáticos serão discutidos na categoria 2.

Diversos são os elementos individuais e sociais de vulnerabilidade compartilhados pelos usuários acompanhados que foram detectados e registrados pelos profissionais de saúde. Tais elementos incluem as condições de moradia e renda, a escolaridade, o acesso à informação, a cor da pele, o estigma, o preconceito e o uso de substâncias psicoativas.

Doenças transmissíveis, como a TB, resultam da interação entre um agente causal (o bacilo de Koch) e as condições do hospedeiro e do ambiente. É consenso internacional que a manutenção da TB como grave problema de saúde pública está fortemente condicionada por fatores socioeconômicos presentes na realidade de grande parte dos doentes. A TB é uma doença típica da miséria, pois é uma doença que predomina entre os desfavorecidos.

A vulnerabilidade a TB é influenciada por um conjunto de fatores de risco relacionados ao nível e à duração da infecção do caso fonte, à proximidade e à duração do contato, além das condições físicas do ambiente, como o nível de aglomeração e a qualidade da ventilação onde os contatos ocorrem. Todos esses fatores são, por sua vez, relacionados diretamente com a situação socioeconômica do indivíduo, e, indiretamente, com os processos mais amplos de mudança social e econômica (LÖNNROTH et al., 2010).

Em âmbito mundial, é reconhecida a influência dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) na causalidade da morbidade e mortalidade da população em geral. Da mesma forma, reconhece-se que é marcante a influência das condições de vida no processo de transmissão e

de morte por TB. As desigualdades socioeconômicas, e as iniquidades sociais em saúde que delas resultam, têm permeado de modo persistente a vida dos indivíduos acometidos pela doença (SAN PEDRO; OLIVEIRA, 2013).

No campo da saúde, é possível encontrar diferenças dramáticas dentro de um mesmo país e entre os diferentes países, diferenças essas que estão intimamente relacionadas com os distintos graus de desfavorecimento da população em nível social (COMISSÃO NACIONAL DOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE, 2010).

Os DSS englobam fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), tais como saneamento básico, habitação, alimentação e nutrição, condições de trabalho e de renda, pobreza, ambiente e distribuição populacional, acesso aos serviços de saúde e à informação (COMISSÃO NACIONAL DOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE, 2010). A qualidade da saúde de uma população, o grau de proteção ofertado frente a situações desvantajosas relacionadas às deficiências de saúde e a justiça na distribuição de recursos sociais refletem o grau de desenvolvimento de uma sociedade, seja ela rica ou pobre (COMISSÃO NACIONAL DOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE, 2010).

A análise desenvolvida a seguir é reveladora não só da presença de precárias condições sociais e econômicas em que vivem os usuários acometidos por TB, mas também do reconhecimento das equipes de saúde sobre essa situação.

Com relação às condições de moradia, o UB residia em casa cedida e os usuários 1A e 2A em casa alugada. Todos apresentavam dificuldades em pagar o aluguel. Os usuários U2A e UB viviam em bairros com precárias condições de infraestrutura, considerados áreas de exclusão social, localizados na periferia urbana das cidades. Os profissionais acompanhados revelaram estar cientes das condições de vida dos usuários com TB, da sua área de cobertura e de sua relação com o adoecimento pela TB.

Ele [U1A] me disse que eles estão com ordem de despejo da casa onde eles estão morando. Então, provavelmente, eles não pagaram o aluguel. Cortaram a água deles, aí ele tentou fazer um 'gato', a Corsan denunciou, a polícia veio e ele foi preso. Agora eles ainda estão sem água. (ACS U1A)

Ele [U2A] mudou de endereço porque o aluguel era muito caro, ele pagava quatrocentos reais e agora ele tá pagando duzentos e cinquenta. (ACS U2A)

O lugar onde ele morava é um dos grandes focos de problema, as pessoas são mais carentes, têm menos informação e têm mais problema de vínculo familiar. É onde a gente tem maior número de problemas, é mais densa a coisa, então, isso tudo é muito concentrado. (Enf^a UB)

Precárias condições socioeconômicas estão vinculadas à manutenção da TB como problema de saúde pública. Nesse sentido, a pobreza e a TB assumem uma relação de mão dupla, pois tanto a pobreza pode desencadear condições precárias de saúde, como essas podem causar a pobreza ao limitar as oportunidades de trabalho e de sustento, formando um círculo vicioso que contribui para a permanência da doença em nosso meio (SANTOS et al., 2007).

Indivíduos que vivem em precárias condições socioeconômicas são mais susceptíveis à exposição pelo bacilo da TB por meio do contato com pessoas com TB ativa ou por viver ou trabalhar em condições de superlotação e com pouca ventilação. Muitos fatores de risco para a TB são predominantes entre as populações urbanas pobres e isso pode explicar a carga particularmente elevada da doença em muitas áreas metropolitanas (LÖNNROTH et al., 2010).

Além disso, fatores como sexo, escolaridade, idade e a cor da pele estão frequentemente associados ao adoecimento por TB. Segundo o estudo de Teixeira e Costa (2011), que avaliou o impacto das condições de vida e da educação sobre a incidência de TB no Brasil, a TB atingiu mais homens do que mulheres, 53,9% e 46,1% respectivamente, e com menor escolaridade, em média 5,8 anos de estudo para os homens e 6,2 para as mulheres.

Da mesma forma, dados do MS apontam que 58,2% dos casos novos de TB em 2013 atingiram pessoas com menos de 08 anos de estudo (BRASIL, 2013). Como destacado nos resultados do estudo de Teixeira e Costa (2011), a baixa escolaridade é resultado de um conjunto de condições socioeconômicas precárias e essas condições aumentam a vulnerabilidade à doença, sendo também responsáveis pela maior incidência da enfermidade e pela menor adesão ao tratamento (TEIXEIRA; COSTA, 2011). A idade e a cor da pele também foram apresentadas como marcadores importantes no estudo de Teixeira e Costa (2011). Os indivíduos masculinos residiam em área urbana, tinham cor parda e negra e apresentavam idade média de 44,7 anos, dados semelhantes aos encontrados no presente estudo.

Estudo sobre a situação epidemiológica da TB e sua relação com as características socioeconômicas realizado em município do interior do estado de São Paulo demonstrou que

as pessoas responsáveis pelos domicílios com nível socioeconômico mais baixo, apresentavam, em média, 5,3 anos de instrução. De acordo com os autores, a ocupação, a renda e o nível de instrução evidenciam a faixa ou a camada social a que uma determinada população pertence. Ao mesmo tempo, tais elementos têm sido apontados como importantes indicadores para medir o nível socioeconômico associado à saúde da população (SANTOS et al., 2007).

Conhecer a estrutura socioeconômica e como a mesma incide nas condições de saúde de uma determinada população, tendo como pano de fundo a abordagem da determinação social do processo saúde-doença, envolve também analisar a interferência das diferentes políticas de proteção social no enfrentamento desse processo. Neste estudo, uma das fontes de renda utilizadas pelos usuários foi o auxílio-doença fornecido pelo INSS, pois os mesmos estavam afastados do mercado formal de trabalho.

Conforme os relatos dos profissionais, ao iniciar os sintomas, os usuários foram encaminhados para buscar atendimento médico no SR, local onde obtiveram o atestado médico que comprovava a TB ativa, com a finalidade de solicitar o auxílio-doença junto ao INSS. Os três usuários tiveram acesso ao auxílio-doença. O U1A foi que recebeu por mais tempo, cerca de um ano, segundo a equipe. A fala a seguir explica como os usuários tiveram acesso ao auxílio na prática estudada.

Normalmente o benefício é dado dois, três meses. Se às vezes complica, então a gente refaz o atestado e aí eles [INSS] prorrogam. Dificilmente é negado. Não vi ser negado nunca o benefício. Mas o benefício é assim, porque em dois, três meses, clinicamente, a pessoa já tá muito bem. Para ele ter o benefício novamente ele tem que ter um atestado médico para renovar o benefício. (Médico SR)

A fala acima sugere que o acesso efetivo dos usuários ao auxílio ficou atrelado à possibilidade de transmissão do bacilo a outras pessoas. Os dados sugerem que não se considerou, portanto, os benefícios que esse auxílio traria ao usuário com TB, dada a sua comprovada vulnerabilidade individual e social. A fala do médico do SR ilustra este argumento:

Depois disso, o paciente tem condições de voltar a trabalhar, já não está mais bacilífero há muito tempo, já não está mais contaminando ninguém. Quando tudo ocorre bem o estado clínico dele está muito bem e ele pode ser liberado para voltar a trabalhar. (Médico SR)

Após o conhecimento das histórias singulares dos usuários é possível concordar que o estado clínico estável dos usuários, o ‘*está muito bem*’, seria condição suficiente para garantir

a o retorno ao trabalho e a continuidade do tratamento? Como conciliar as demais condições presentes em sua vida com um tratamento longo, cujos medicamentos podem causar efeitos indesejados? O bem-estar físico causado pela redução ou mesmo pela ausência de sintomas e de outros sinais da doença, como o emagrecimento, que gradativamente vai sendo sentido pelos usuários, pode ser entendido como melhora e recuperação da capacidade de trabalhar? Que condições os profissionais que atuam nos SR têm de ampliar seu olhar sobre a doença e o doente, focando nas suas singularidades e a incluindo no seu projeto terapêutico?

Conforme relato do médico especialista, para o usuário receber o auxílio-doença ele necessita de um atestado médico que comprove a doença ativa, o que geralmente é fornecido após o diagnóstico inicial. Mas, se ele não comparecer ao SR e não aderir ao tratamento medicamentoso, o qual é apresentado como a principal alternativa para a cura, como é o caso dos três usuários deste estudo, qual será a conduta da equipe frente ao benefício? Após algum tempo, às vezes meses e anos, que o usuário permanecer em uma situação de adesão/não adesão à terapêutica, em que ele comparece e ‘desaparece’ do serviço, qual será a intervenção dos profissionais? Os dados indicam que, nesses casos, o benefício é suspenso, o que pode resultar na desmotivação do usuário em seguir o tratamento, além de agravar sua condição de sobrevivência e vulnerabilidade.

A Constituição Federal de 1988 marcou o início de um novo momento político-institucional no Brasil ao reafirmar o Estado Democrático e definiu uma política de proteção social abrangente. Entretanto, a trajetória da proteção social no país revela suas limitações, particularmente, seu caráter fragmentado, estratificado, inequitativo e pouco efetivo do ponto de vista dos resultados sociais, dadas os problemas estruturais do Estado e do modelo de desenvolvimento capitalista brasileiro, com destaque para as marcantes desigualdades econômicas e sociais observadas no país (BAPTISTA et al., 2009).

Buss e Pelegrini Filho (2006) afirmam que o Brasil possui duplo desafio frente às iniquidades, pois possui significativos setores da população em situação de pobreza, entendida não apenas como falta de acesso a bens materiais, mas também como falta de oportunidades, de opções e de voz diante do Estado e da sociedade.

O auxílio-doença é um benefício pago a pessoa que estiver incapacitada para o trabalho ou atividade habitual por motivo de doença. No caso de ser TB ativa a pessoa terá direito imediato ao benefício, desde que a doença seja comprovada por meio de exame realizado pela perícia médica da Previdência Social. Por ser uma doença infecciosa, o objetivo do benefício é retirar a pessoa do convívio social durante o período de transmissibilidade da

doença. O valor pago é relativo à atividade desempenhada antes do adoecimento e para renová-lo o indivíduo terá que se submeter à nova perícia médica, na Previdência Social (BRASIL, [s.d.]).

Ele chegou no posto um dia, dizendo: 'Eu não sei se eu vou vim ainda, porque cortaram o meu benefício'. Eu disse: 'Olha, tem um prazo, o INSS não vai pagar, o governo não vai pagar o benefício enquanto tu estiver pendurado no tratamento, se tu não faz direito. Então, faz a tua parte, melhora, que tu não vai nem mais precisar do benefício'. (Enf^a UB).

A fala da profissional acima parece reforçar o investimento na adesão ao tratamento a partir da responsabilização do indivíduo para o autocuidado, em um processo de “culpabilização da vítima”. Como argumenta Oliveira (2011), a orientação para o autocuidado aos usuários tem implicado na imposição de estilos de vida saudáveis, estabelecidos a partir do ponto de vista técnico dos profissionais do que seja ser e estar saudável. Essa atuação acaba por enfatizar a transmissão de informações e a mudança de atitudes e, não raro, negligencia os determinantes sociais e culturais do processo de adoecimento, conforme discutido anteriormente. Além disso, no contexto deste estudo, essa prática reforça a dimensão programática da vulnerabilidade dos usuários, pois a fala da profissional aponta somente para a vinculação entre a disponibilização do auxílio-doença e a ênfase curativa das ações governamentais, em detrimento de uma avaliação global do contexto de vulnerabilidade dos indivíduos.

Em relação ao conhecimento sobre a TB, conforme os relatos dos profissionais os usuários foram instruídos sobre a TB a partir do diagnóstico e a consequente necessidade de instituir o tratamento, sendo o teor das informações voltado à necessidade de realizar a consulta médica e os exames mensais, a ingestão dos medicamentos e as formas de prevenção da doença entre as pessoas mais próximas.

Ele sabe tudo sobre a doença dele, ele é bem consciente do problema dele. Ele fez as consultas e retirou os remédios. Ele tem a carteirinha com o dia que ele deve consultar e a receita para retirar os remédios. Ele sabe muito bem. (ACS U2A)

Mas ele sabe que se ele não tomar a medicação, a tuberculose vem mais forte. Isso ele sabe, porque ele mesmo me disse. E ele me disse que está dormindo em quarto separado da companheira. Geralmente quando ele começa a tossir, ele vira o rosto. (ACS U1A).

O nível educacional dos indivíduos expressa as diferenças existentes entre as pessoas em termos de acesso à informação e às possibilidades de se beneficiar com os novos conhecimentos adquiridos (SANTOS et al., 2007, p. 2). A associação entre baixos níveis de renda e a escassa compreensão sobre a enfermidade pode aumentar a vulnerabilidade à TB, refletindo-se no acesso desigual à informação, aos benefícios oriundos do conhecimento e aos bens de consumo, inclusive aos serviços de saúde (SAN PEDRO; OLIVEIRA, 2013).

Importa também considerar nesse cenário as informações que circulam no meio em que vivem os usuários com TB. Os dados sugerem que saberes estigmatizadores e preconceituosos sobre TB, com destaque para o medo de contágio, são elementos que resultam no afastamento daqueles que poderiam constituir uma rede de apoio social, igualmente impactando na vulnerabilidade desses usuários.

No momento, ele está sentindo, como é que vou dizer? O preconceito da doença. Ele vai se afastando de todo mundo, se isolando. (Enf^a U1A)

Os vizinhos não querem mais visitar ele. Não querem tomar chimarrão, não isso, não aquilo. Tem medo de pegar tuberculose. (ACS U2A)

É que tem um monte de preconceito. Muita gente ainda acha que pega tomando chimarrão com alguém. São coisas que por mais que tu bata na mesma tecla ficam aqueles mitos. (Médica U2A)

Desde os primeiros casos do chamado ‘mal do peito’ ou ‘tísica’, a TB foi representada por várias imagens ou estereótipos. De uma concepção romântica presente no início do século XIX, em que a doença era associada a poetas e músicos, com o advento da industrialização, no final desse mesmo século, ela passou a ser um problema social, estando ligada à pobreza, às más condições de higiene e de habitação, persistindo até hoje. Os sinais da doença como emagrecimento e tosse estavam associados a uma vida desregrada e dedicada a excessos, e eram indicativos fortes de que a morte se anunciava (GONÇALVES, 2002).

Os sinais físicos desencadeados pela doença e as fantasias presentes no senso comum em torno de condição de tuberculoso levam o doente a um tipo de reclusão e afastamento do convívio social desde o diagnóstico da TB, seja pela busca de tratamento, seja em função da imagem de degradação física que a doença causa.

Eu vejo ele saindo e voltando tarde da noite (...), ele tá relaxado com ele mesmo. Fui lá essa semana, e a gente vê nele, ele está muito magro. (ACS U1A)

Em estudo realizado por Clementino et al. (2011), ficou evidenciado que, em função do temor de serem identificados como tuberculosos, doentes com TB sentem a necessidade de ocultar a doença das pessoas mais próximas. Os dados da presente pesquisa sugerem situação semelhante. Segundo uma das ACS, uma estratégia utilizada por um dos usuários para dissimular a presença da TB é associar os sintomas respiratórios a outra patologia, como a pneumonia.

Mas daí ele [U2A] explica que é uma pontada mal curada. Agora ele mesmo não quer mais abraçar as pessoas, ele diz: 'Eu estou doente, pode me visitar, mas fica longe', assim mesmo ele fala. (ACS U2A)

Sontag (1984) aponta que doenças cuja causa é obscura e o tratamento ineficaz e, poderíamos dizer, nos dias atuais, de difícil manejo junto ao doente, podem desencadear a busca por adjetivos ou metáforas que representem a doença, como na fala acima em que a TB é identificada como uma pneumonia. Para Porto (2007), a doença é expressão de algo que é socialmente digno de censura por representar o último estágio de degradação da vida humana, o que contribui para persistir, no imaginário social, a estigmatização do tuberculoso.

A exclusão do doente do convívio social também pode ser desencadeada pelo consumo de substâncias psicoativas, como o crack e o álcool. O crack é uma das drogas ilícitas mais difundidas atualmente, devido ao seu baixo custo. A droga é um derivado potente da cocaína e seu uso é feito por meio da inalação do vapor expelido durante o aquecimento da droga, o qual permite uma disseminação maciça da substância para o cérebro, obtendo efeitos altamente estimulantes e muitíssimo prazerosos. O início da ação da droga é rápido, porém fugaz, e os usuários descrevem a “fissura” quase incontrolável quando a utilizam. Apesar de ser uma droga de grande impacto, levando rapidamente à deterioração da vida mental, orgânica e social do indivíduo, seu uso tem aumentado no Brasil (KESSLER; PECHANESKY, 2008).

De acordo com os relatos feitos pelas equipes, dois usuários (U1A e U1B) adquiriram a TB em suas passagens pelo sistema prisional em função do uso e do tráfico de drogas, principal fonte de renda de ambos. Porém, como se trata de uma atividade ilegal, esse fato é frequentemente negado pelos usuários. Segundo os profissionais, o hábito de utilizar álcool e outras drogas, como o Crack, estimula o isolamento dos usuários com TB do convívio social, conforme podemos perceber por meio dos relatos a seguir:

Parece que a droga na vida deles [família do UB] tá sendo muito mais forte do que qualquer outra coisa. (ACS UB)

Ele parece ser meio depressivo, ele quer ficar sozinho. Eu acho que ele faz isso por que ele bebe e usa drogas. (ACS U2A)

Eu acho que ele se acostumou com aquilo, sem esposa, sem filho, sem contato, vive aquela coisa do mundo da droga. Eu acho que ele tá nesse ponto. (TE U2A)

O consumo de substâncias psicoativas é considerado um grave e complexo problema de saúde pública mundial. O uso continuado dessas substâncias causa dependência e produz efeitos relacionados à progressão do consumo, ao uso crônico e variado de drogas e à gravidade de seus efeitos, que ultrapassam os aspectos biológicos. Atualmente é crescente a redução da idade de iniciação, seu uso para fins recreativos e a facilidade de obtenção, devido a diferentes formas de produção e comercialização, cujos preços são mais acessíveis (SANTOS; OLIVEIRA, 2012). Na atualidade, o uso de substâncias psicoativas tem ocorrido em qualquer circunstância e por pessoas de diferentes grupos e realidades e tem se caracterizado como uma forma de gerar prazer e diminuir o sofrimento (PRATTA; SANTOS, 2009).

Uma das consequências negativas do uso do Crack é a produção de violência. Para Kessler e Pechansky (2008), o uso do Crack é produtor de agressividade especialmente nos períodos de abstinência. As regiões onde há grande consumo dessa droga costumam apresentar os maiores índices de violência e crimes em geral. A relação entre a agressividade e a mortalidade é forte, entretanto, não é direta. Segundo os autores, os óbitos são mais comumente associados a elementos de tráfico, disputa entre pontos de venda/uso ou enfrentamentos com a polícia, do que propriamente pelo dano causado pela droga em si.

Neste estudo, foi visível a relação entre o uso e/ou tráfico de crack com a violência. Conforme descrito na história singular do UB, o mesmo foi assassinado durante um conflito com outros traficantes devido às dívidas de sua filha, relacionadas ao uso do crack. Também no caso de U1A, essa relação entre droga e violência contribuiu para a produção de vulnerabilidade. Nesse caso, o agressor foi o próprio usuário, sendo sua companheira a vítima. A violência doméstica associada ao consumo de álcool resultou em agressão.

Ela [esposa do U1A] fazia programa por que ela queria usar droga. Ele [U1A] não queria que ela tivesse essa vida, então, eles acabavam brigando. Domingo o casal teve uma briga. Ela me disse que ele bebeu e que ele queria bater nela e nas crianças. Então foi chamada a polícia. (ACS U1A)

A violência urbana é um fenômeno social que influencia a dinâmica do trabalho dos profissionais de saúde e os serviços de saúde tendem a ser mais procurados pelas vítimas de violência, especialmente as mulheres. A violência praticada contra as mulheres sofre influência de fatores sociais como baixa escolaridade, desemprego, uso de drogas pelo companheiro e presença de violência na família (MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006). Além disso, o uso de substâncias psicoativas quando relacionado com situações de violência leva ao aumento na gravidade das lesões (BRASIL, 2003).

Além de utilizar crack, os três usuários eram etilistas. O alcoolismo é considerado o maior problema de saúde pública atualmente. O uso de álcool está inserido no cotidiano de grande parte da população mundial, em diferentes países e em todos os continentes. Existe uma tendência mundial que aponta o uso cada vez mais precoce e de forma mais intensa do álcool. O uso dessas substâncias é um problema pessoal, social e cultural e impõe às sociedades uma carga global de agravos indesejáveis e dispendiosos, que acometem os indivíduos em todos os domínios de sua vida (BRASIL, 2003).

O álcool é uma substância psicoativa que causa dependência e tem grande potencial de produzir consequências sociais e danos graves à saúde, se constituindo no terceiro principal fator de risco para mortes prematuras e incapacidades no mundo. As populações mais pobres experimentam uma carga maior de doenças atribuídas ao álcool, mesmo com mais baixos níveis de consumo. Os resultados na saúde e as consequências socioeconômicas são determinados não só pela quantidade e pela qualidade de álcool consumido, mas também pelo padrão de consumo. Esses três fatores determinantes são moldados por determinações sociais mais amplas relacionadas à posição e ao contexto socioeconômico, à exposição e vulnerabilidade dessas populações (SCHMIDT et al., 2010).

Outro fator que impacta na vulnerabilidade de usuários de álcool é o estigma, tipicamente mais agudo entre os segmentos mais marginalizados da população. O estigma, por sua vez, pode levar as pessoas com transtornos por uso de álcool a experimentar um aumento da dificuldade de acesso a serviços de saúde e de bem-estar (SCHMIDT et al., 2010).

Especificamente no caso de indivíduos com TB, o uso de drogas ilícitas e álcool complica a situação já precária de vida. As drogas têm efeitos negativos na condição socioeconômica dos usuários com TB e de suas famílias, incluindo perda de rendimentos e desemprego. Além disto, usar drogas pode produzir outros prejuízos, como desagregação familiar e estigmatização, agravando o quadro de vulnerabilidade em que já se acham

imersos. Essa situação acaba reforçando as dificuldades financeiras e suas consequências, como a falta de moradia decente, dificuldades para se alimentar, entre outras, num círculo vicioso que torna a vida cada vez mais difícil.

Agora ela [esposa do U1A] deu a entender que alguém denunciou o marido, pois tem medo de dar trabalho para ele. Por isso eles estão brigando tanto, tá faltando dinheiro! E hoje de manhã ela falou para mim que ela quer se separar dele, ela quer morar só com a criança, pois ele é ruim para ela e para as crianças. (ACS U1A)

A família abandonou ele [U2A]. Família é a filha, com duas netas, e um guri. A filha visitava sempre ele. Ela sempre se deu bem com ele, só que depois que ele entrou nesse mundo de drogas e começou a vender droga, daí ela se afastou. Como é que ela vai visitar ele nesse ambiente, com as meninas? Não tem como! (ACS U2A)

Indivíduos com menor poder aquisitivo que sofrem com problemas relacionados ao uso do álcool apresentam maior vulnerabilidade devido à acumulação de desvantagens, o que sugere que as desvantagens socioeconômicas podem se multiplicar ao longo do tempo, contribuindo para resultados adversos, inclusive para a saúde. Alcoolistas podem apresentar deficiências nutricionais as quais afetam o sistema imune, tornando-os mais suscetíveis a adquirir doenças como a TB. Além disso, pessoas que vivem em precárias condições socioeconômicas são, geralmente as mais expostas a fatores de risco como o tabagismo e o alcoolismo (LÖNNROTH et al., 2010).

O uso do álcool também pode influenciar negativamente a procura por atendimento de saúde e adesão à terapêutica. Ambos os efeitos causam maior impacto nas pessoas que são pobres e marginalizadas (SCHMIDT et al., 2010), como os usuários acompanhados no presente estudo. O médico do SR, ciente dessas dificuldades, instrui o usuário no seguinte sentido:

Antigamente se dizia assim: 'Ó, não pode beber, tu tem que tomar o remédio'. Hoje se diz assim: 'Tu tem que tomar o remédio'. Não fala que pode beber, mas, ao mesmo tempo, tu não vai ficar pressionando ele, porque ele vai acabar desistindo de tomar o remédio para continuar bebendo. Então, tu tens que pegar o cara de uma maneira e não forçar muito 'o não beber', porque tu vai perder o paciente, e para ti fazer a adesão da pessoa é difícil. (Médico SR).

A não adesão ao tratamento da TB e a multirresistência às drogas são grandes desafios a serem enfrentados pelos profissionais da saúde. Os principais motivos para o abandono do

tratamento da TB indicados na literatura estão relacionados ao uso de drogas e de bebidas alcoólicas (30%), a melhora clínica (25%) e a baixa condição socioeconômica (PAIXÃO; GONTIJO, 2007; SÁ et al., 2007; VIEIRA; RIBEIRO, 2008; SAN PEDRO; OLIVEIRA, 2013). Ser tabagista (SÁ et al., 2007), ter histórico prisional (SAN PEDRO; OLIVEIRA, 2013) e apresentar pouca motivação pessoal para a continuidade do tratamento também são fatores que contribuem na não adesão ao tratamento.

A melhora clínica, segundo os profissionais que participaram da pesquisa, constituiu-se em outro motivo que influenciou na não adesão ao tratamento completo, devido ao alívio dos sintomas obtido após os primeiros meses de tratamento. O ACS ESF e o médico SR testemunham esse fato:

Ele tomou três meses e melhorou, ele deu aquela melhorada. Aí, quando ele viu que ele estava bem, ele parou. (ACS U2A)

As pessoas começam a fazer o tratamento e começam a melhorar muito bem e ganham peso. E aí, seis meses para eles é muito tempo, e o abandono é em torno do terceiro, quarto mês, que é quando eles estão melhores. (Médico SR)

A pessoa com TB ativa apresenta sintomas que possuem intensidade variada, podendo alternar períodos de piora do quadro clínico e outros de bem-estar, fatores que podem contribuir para retardar a procura pelo serviço de saúde (MELO et al., 2009). Além disso, casos de retratamento causados por abandono ou recidiva da doença estão associados com novos episódios de abandono. Os três usuários acompanhados possuíam histórias repetidas de abandono do tratamento, sendo que um deles (U1A) já havia apresentado exame cultural (de escarro) positivo, indicando ser portador do bacilo da TB multidrogaresistente (TB MDR).

A modalidade de tratamento proposta ao usuário com TB, autoadministrado ou tratamento supervisionado, também possui repercussões positivas ou negativas na adesão. A taxa de abandono diminuiu significativamente, de 13,3%, no tratamento auto administrado, para 5,9% no tratamento supervisionado (VIEIRA; RIBEIRO, 2008). Em nenhum dos municípios estudados o TDO está implantado nos serviços de atenção básica. Questões relacionadas a estrutura física, à organização do processo de trabalho e ao acesso relativo aos serviços mostraram-se relevantes para a não adesão ou abandono do tratamento. Essas questões serão discutidas no capítulo 6.

As histórias singulares apresentadas na subcategoria 01 permitiram conhecer as particularidades de adoecimento e os contextos de vulnerabilidade de cada usuário. Já as

vulnerabilidades compartilhadas revelaram que as histórias possuem semelhanças entre si. Registrar esses contextos possibilita ampliar a análise dos elementos que determinaram ou possivelmente influenciaram a não adesão do tratamento da TB, bem como contribui para minimizar o peso da responsabilização individual dos usuários sobre o adoecimento, presente entre os membros das equipes.

Os fatores socioeconômicos marcaram fortemente as histórias singulares de cada usuário acompanhado, seja por meio da ausência de moradia própria, por dificuldade em pagar o aluguel da casa, ou por ausência de trabalho formal e, conseqüentemente, de renda, e o recebimento do benefício social (auxílio-doença) não auxiliou no controle da doença.

Os resultados confirmam a relação entre o adoecimento pela TB e as condições socioeconômicas dos usuários, fortalecendo a importância da compreensão dos condicionantes sociais da TB para transformar não só a visão sobre o doente e a doença, mas também, sobre o modo como a atenção à TB está organizada nos municípios estudados.

A relação entre uso de substâncias psicoativas, a piora clínica e o abandono do tratamento é discussão recorrente em pesquisas sobre a TB. Além da relação direta com o abandono do tratamento dos três usuários acompanhados, neste estudo, a dependência química esteve associada à produção de violência na própria família.

A prestação de serviços de saúde em comunidades em que há uso e tráfico de drogas dificulta o planejamento e a implementação de ações. De um modo geral, os usuários de substâncias psicoativas não buscam o serviço de saúde, tampouco desejam a visita de profissionais da equipe de saúde em sua residência, fatores esses que impedem o necessário acompanhamento da ingestão dos medicamentos antituberculostáticos, a realização dos exames de controle e a atenção a outras necessidades que o usuário possa vir apresentar.

É preciso buscar mecanismos de apoio e capacitação das equipes de saúde e definir as formas de abordagem e intervenção em situações complexas como essa. O cuidado realizado com os usuários está sujeito às regras do tráfico de drogas e esse cenário ocorre em vários locais no Brasil. Considerada um dos grandes problemas de saúde mundial, o uso de substâncias psicoativas é um problema social que impacta diretamente na descontinuidade do tratamento contra a TB e que, por conta disso, exige estratégias diversificadas de abordagem e precisa ser amplamente discutido por diversos setores da sociedade.

A estigmatização do doente com TB, o preconceito contra a doença e contra o doente também estiveram presentes entre os usuários, praticada por pessoas próximas a eles, que

conheciam seu adoecimento, e por eles mesmos, expondo o preconceito existente contra si mesmo. A TB, uma das doenças mais antigas a acometer o homem, ainda carrega consigo uma imagem negativa, que remete à pobreza, ao descuido, à promiscuidade e à boemia. O estigma e o preconceito contra o doente com TB também estiveram marcados entre os profissionais estudados e será abordada na próxima categoria, relacionando-a com a não adesão ao tratamento.

Por isso, analisando a magnitude da TB como doença produzida socialmente, fica evidente a necessidade de um maior envolvimento dos profissionais que atuam na gestão dos serviços, na atenção à saúde, bem como da comunidade em geral no sentido de implementar medidas que contribuam para transformar o cenário preocupante em que ela está inserida. Espera-se que este estudo proporcione tal compreensão e que os dados obtidos possam contribuir para motivar mudanças favoráveis nesse sentido.

Se, por um lado, a análise dos componentes individual e social da vulnerabilidade identificou elementos comuns aos três usuários, os quais ocorrem simultaneamente, estão inter-relacionados e contribuem para o agravamento do processo de adoecimento por TB, faz-se necessário ainda complementar esta análise por meio da avaliação do componente programático. Verificar a forma como os profissionais compreendem a não adesão ao tratamento da TB, como os serviços de atenção à TB estão estruturados nos municípios estudados e qual a relação dos mesmos com o contexto de vulnerabilidade vivido por cada usuário acompanhado são os temas que a segunda categoria irá tratar a seguir.

5.2 Não Adesão ao Tratamento da Tuberculose em Contextos de Vulnerabilidade: Modos Profissionais de Ver e Intervir

Então, como se dá isso? Eu não estou tratando só o bacilo de Koch, eu estou tratando um cara HIV positivo, possivelmente usuário de drogas, que tem outras coisas associadas, quer dizer, para manejar esse paciente é extremamente complexo e, quando a coisa se torna muito complexa, como eu faço, se eu não tenho segurança? Eu simplifico. Como eu simplifico? Dou o remédio e mando ele embora, tomar o remédio. Assim e deu. (Gestor municipal)

Conforme discutido na subcategoria 5.1, há entre os profissionais a compreensão de que, além de TB, o usuário convive com outras situações desfavoráveis que interagem entre si e integram o quadro de vulnerabilidade. Como a ilustra a fala acima, a respeito da complexidade desse cenário, a intervenção empreendida pelos profissionais acaba por centrar-

se em ações direcionadas a um cuidado focado no curativo, especialmente no uso dos medicamentos, desconsiderando os efeitos do contexto no processo saúde-doença-cuidado.

A análise das histórias singulares e das vulnerabilidades compartilhadas pelos usuários acompanhados, apresentada na categoria anterior, conferiu visibilidade ao contexto de vulnerabilidade em que os usuários com TB não aderentes ao tratamento estão inseridos, destacando-se os elementos individuais e sociais dessa vulnerabilidade. Do processo analítico, emergiram problemas de alto poder de impacto na qualidade de vida dos usuários e de influência na não adesão ao tratamento, como é o caso das precárias condições de moradia, da baixa escolaridade, da ausência de renda formal, do uso de substâncias psicoativas, da compreensão limitada sobre o processo de adoecimento e da presença de estigma e preconceito.

Um terceiro componente de extrema relevância que compõe esse quadro refere-se ao modo como as políticas e os programas de saúde organizam a atenção à problemática da TB. Considera-se aqui que as ações programáticas se conformam nos cenários das práticas em saúde a partir dos modos de ver e de agir dos profissionais envolvidos, constituindo totalidades articuladas e dinâmicas sobre a vulnerabilidade dos usuários que não aderem ao tratamento (AYRES et al., 2003). A análise indica que os elementos programáticos são indutores de novas e significativas situações de vulnerabilidade que se somam as já existentes. Tais fatores impactam da mesma forma no planejamento e na realização de ações que considerem as singularidades do processo de adoecimento de cada usuário e sua influência na não adesão ao tratamento, como é o caso do PTS.

A análise que segue vai tratar dessas questões, dividindo-se em dois temas. O primeiro analisa a compreensão dos profissionais responsáveis pela atenção à saúde dos usuários com TB não aderentes ao tratamento e o segundo trata do modo como os profissionais intervêm nessa situação.

5.2.1 Compreensões e Perspectivas Profissionais sobre o Fenômeno da Não Adesão

A análise do processo saúde-doença dos usuários com TB conforme o referencial da vulnerabilidade tem como pano de fundo uma visão sincrônica e dinâmica da vida cotidiana, a qual é resultado da interação entre os fatores causais das doenças, o ser humano e o ambiente

(AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012). Dessa interação resulta o curso dos acontecimentos que caracterizam tal processo, como é o caso da não adesão ao tratamento.

À medida que a coleta dos dados ocorria, os profissionais foram revelando seu modo de compreender o fenômeno do adoecimento pela TB. Para eles, os usuários com TB possuem um estilo de vida composto por diversos elementos que contribuem para a não adesão ao tratamento, entre os quais o uso de substâncias psicoativas tem significativo destaque.

O fato de os três usuários acompanhados serem usuários de álcool e crack sugere que tratar a TB de pessoas que usam drogas é uma realidade que marca de modo significativo o trabalho das equipes de saúde, o que contribui para a compreensão que esse é o perfil de “todos” os doentes de TB. Como ilustram as falas abaixo, os profissionais reconhecem que, nesse cenário, a adicção é produtora de vulnerabilidade.

No momento que ele [usuário de drogas com TB] se droga, se foi. A gente já teve casos desses aí, ele fica na rua. Durante aquele tempo que ele fica na rua se drogando, ele não toma a medicação e aí é clara essa história, dissemina a doença por uma questão de abandono do tratamento. A dificuldade de tu fazeres as pessoas se tratarem é basicamente isso, ou porque o cara bebe ou porque usa drogas. (Médico SR)

Eu acho que ele se perdeu. No início, ele lutava muito e ele nos dizia que ele não queria aquela vida para ele, que ele queria largar as drogas. Então, na minha opinião, ele se entregou, parou de lutar e aí se entregou de vez para a droga. Ele tem passado as noites bebendo e usando droga, então, tudo ficou secundário. (Enfª UB).

Além disso, o uso abusivo das drogas está associado a outras situações de risco à saúde, como a não adesão ao tratamento, sugerindo uma sobreposição de variáveis. Atualmente, estima-se que cerca de 10% da população urbanizada de todo o mundo faz uso abusivo de drogas e que o álcool sozinho é responsável por 3,2% das mortes em todo o mundo (PINHO et al., 2008). O uso abusivo de álcool e de outras drogas ilícitas tem mostrado associação positiva com o abandono do tratamento da TB (CAMPANI; MOREIRA; TIETBOHEL, 2011; PAIXÃO; GONTIJO, 2007; SÁ et al., 2007; VIEIRA; RIBEIRO, 2008; SAN PEDRO; OLIVEIRA, 2013).

A dependência química afeta as pessoas de distintas maneiras e por diferentes razões, nos mais diversos contextos e circunstâncias. Essa heterogeneidade clama por intervenções que privilegiem as características e necessidades dos usuários e que promovam novas formas de aproximação entre usuários e suas famílias e os profissionais. Assim, sua abordagem

requer atuação multidisciplinar em uma lógica que permita a singularidade e a reinserção social dos indivíduos (PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008).

Para o MS, uma política de prevenção, de tratamento e de educação para o uso de álcool e outras drogas necessariamente demanda a conjunção de esforços tanto dos setores públicos, quanto da sociedade civil organizada, de modo a retardar o consumo de drogas, reduzir os danos associados a ele e, até mesmo, superá-lo (BRASIL, 2003).

A Política Nacional para Álcool e Drogas elegeu os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) como a principal estratégia de promoção da saúde, da prevenção do uso e do tratamento, em conjunto com a estratégia de redução de danos. Considerando as ações em saúde ofertadas pela política e pelos programas específicos, pode-se considerar que existem espaços disponíveis na rede de atenção para o estabelecimento de parcerias entre a Atenção Básica e os serviços que se propõem a atender usuários de álcool e outras drogas. Nesse sentido, seria importante que os profissionais que atuam em ESF e UBS se empenhassem nessa articulação entre serviços, de modo a buscar uma abordagem integral ao doente com TB, que acumula fatores de vulnerabilidade ligados à adicção (BRASIL, 2003).

De acordo com os profissionais de saúde, o doente com TB não aderente ao tratamento possui um perfil típico ligado à pobreza, à falta de higiene e à associação da TB com outras doenças. O doente é considerado ‘feio’, imagem provavelmente associada aos sintomas físicos desencadeados pela progressão da doença, como emagrecimento e fraqueza. Há o reconhecimento de que a TB é mais um componente que integra esse contexto e, nesse cenário, a não adesão ao tratamento é um desfecho esperado.

A tuberculose é associada à má higiene ou a ser usuário de crack, ou então, é associado a essas duas coisas. (ACS U2A)

O paciente com tuberculose tem outras coisas associadas como alcoolismo ou HIV a serem manejadas no dia a dia. (Gestor municipal)

A terapia da TB é bem mais difícil por que os pacientes, não na sua totalidade, mas em sua maioria, têm sempre algum problema social associado ou outro agravo, algum problema mental, uso abusivo de drogas, a questão da violência e do estilo de vida mesmo. A tuberculose é só uma coisa dentro de todo universo daquele paciente. (...) A tuberculose tem disso, tu pega as minorias, os excluídos, os feios, os pobres. (Enfª SR)

Analisando-se o conteúdo das falas acima, percebe-se que, entre os profissionais, circula uma imagem estereotipada do doente com TB, a qual conforma uma figura com características homogêneas, o “típico doente com TB”, como descrito na fala da enfermeira “(...) *as minorias, os excluídos, os feios, os pobres*”.

De forma semelhante, estudo conduzido por Rodrigues; Motta; Ferreira (2013) concluiu que enfermeiros relacionam o adoecimento por TB com precárias condições socioeconômicas e sociais dos doentes. Sinais físicos, como emagrecimento, palidez, fraqueza e coluna vertebral encurvada denunciam a doença e pressupõem gravidade, produzindo medo de contágio entre os profissionais. A tristeza dos doentes, visível nos ombros caídos e encolhidos, significa, metaforicamente, o peso social que o enfermo carrega nos ombros, os quais conformam a figura-tipo do doente.

Outro elemento que se associa à ‘figura-tipo’ descrita acima diz respeito à compreensão que alguns profissionais têm de que a não adesão ao tratamento deve-se a “baixa” formação cultural que o doente com TB possui. A fala a seguir comunica a percepção sobre o assunto do profissional médico que atua no SR do município A.

A questão de comprometimento [na realização do tratamento] é essencial. É uma coisa mais intuitiva, pelo aspecto de formação cultural das pessoas. Tu sabe, teoricamente, que na camada mais pobre, ele não vai assumir. Tu sabe pelo interesse da pessoa, porque são pessoas que socialmente não têm cabeça, não têm cultura pra perceber: ‘Olha eu tenho que me trata e tal’. Normalmente, depois de tanto tempo tu já sabe: ‘Ah, esse aqui vai ser mais difícil’. ‘Ah esse aqui, com certeza, vai aderir’. (Médico SR)

A fala acima sugere que a relação entre a precária situação socioeconômica e o reduzido nível de escolaridade dos usuários com TB leva à dificuldade para a compreensão sobre sua patologia e, conseqüentemente, a não adesão ao tratamento. Essa compreensão é reveladora de o quanto a tradicional racionalidade de viés individualista, de que ter informações sobre saúde levaria ao comportamento saudável, incompatível com a lógica da vulnerabilidade em saúde coletiva, segue sendo influente no imaginário dos profissionais da saúde que atendem os doentes de TB. A ênfase em justificativas que desconsideram os fatores contextuais implicados na situação de não adesão ao tratamento, focando apenas em possíveis falhas do indivíduo doente, restringe as possibilidades de sucesso das ações de intervenção nesta situação (OLIVEIRA, 2011).

Como apontado anteriormente, a baixa escolaridade pode, de fato, ser um dos elementos do conjunto de fatores que resultam em não adesão, mas não, necessariamente, em

função da incompetência dos usuários para compreender as informações sobre a doença, e sim pelas circunstâncias precárias de vida que resultam e são, ao mesmo tempo, resultado dessa situação. Além disso, é importante destacar que, com base nas informações obtidas junto aos profissionais, a falta de conhecimento sobre a doença não caracteriza os três usuários não aderentes acompanhados na pesquisa, conforme já apontado.

Apesar dos avanços científicos que tornaram disponíveis tratamentos eficazes, de acordo com o estágio da doença e reação aos medicamentos, ainda hoje as crenças sobre a TB parecem conservar muitas das imagens que fizeram dela uma das doenças mais temidas, em todos os tempos (GONÇALVES, 2002).

Como discutido na categoria anterior, a TB ainda se constitui em uma doença carregada de preconceitos, tanto para os usuários e para as pessoas de seu círculo próximo, quanto para os profissionais que participaram deste estudo. A TB é uma doença ligada à exclusão social, envolta em tabus e cercada por um forte estigma, que acompanha os doentes desde épocas remotas até os dias atuais (SILVA et al., 2007).

Os profissionais consideram o usuário com TB uma ameaça para a sua saúde, e, como tal, sua presença não é bem-vinda à unidade de atenção básica. Ele representa um risco também aos moradores de seu bairro e para a sociedade em geral, conforme as falas a seguir mostram.

Toda a família dele e os amigos estão em risco e que se ele contaminar outra pessoa, essa outra pessoa contamina outra e vai dando uma cadeia. Ele é um risco para toda a comunidade, quer dizer, para a população em geral. (Enf^m U1A)

Ele é risco e que ele tem que se cuidar. Tem que ter cuidado com a gente. Isso tem que deixar bem claro: 'Tu é um risco para sociedade e a gente tem que ficar te cuidando'. (Médico U1A)

A equipe vai ter que estar preparada por que este paciente vai tá tossindo aqui dentro e vai trazer alguma coisa. (TE U2A)

Por que ele [U2A] tem que vir até a unidade? Um paciente como esse não deve vir na unidade. Ele vai contaminar todo mundo. Ele é um perigo para nós. (AADM U2A)

As falas indicam que, para esses profissionais, o doente com TB representa um risco para toda a sociedade, o que sugere uma generalização que resulta em preconceito contra o doente. A atitude de rotular todo doente como “de risco”, além do estigma, denota

desinformação sobre a forma de contágio da doença, pois eles referem-se ao risco de uma forma genérica, como na fala do técnico de enfermagem “(...) *vai trazer alguma coisa*.”. Além disso, o cuidado com o doente parece ser uma obrigação, o que pode ser ilustrado pela fala do médico da ESF “*Tu é um risco para sociedade e a gente tem que ficar te cuidando*”.

Como alertam Silva *et al.* (2007), parece haver uma generalização nas representações sobre as formas de contágio da TB e de outras doenças infectocontagiosas. Nem todos os modos de interação e contato com os indivíduos doentes representam risco de contágio, como é o caso do aperto de mão ou mesmo de um abraço. Nesse sentido, é fundamental a capacitação das equipes de saúde sobre a forma de contágio da TB, de modo a poder orientar, de forma correta, os doentes, a comunidade e suas próprias ações.

A TB não é doença que tu podes dizer: ‘Ah, é exclusivamente das pessoas de menos poder’, mas as pessoas que têm menor poder aquisitivo moram em casas pequenas, mal arejadas e a alimentação é precária. É uma maneira de difundir a doença.
(Médico SR)

Ao compararmos a fala do Médico SR acima com as anteriores, percebe-se uma expressiva discrepância na percepção sobre a transmissão da TB de um profissional de SR e de alguém que atua em equipe da AB. A adequação do entendimento desse profissional sobre causas de contágio pode estar sugerindo que a organização dos serviços influi na compreensão sobre o adoecimento e sobre o conseqüente manejo da TB. Embasar as análises sobre a problemática da transmissão da doença na lógica do risco pode dificultar a proposição de ações que impactem na morbimortalidade por TB, uma vez que a noção de risco remete aos aspectos biológicos do adoecimento, subsidiando ações de caráter individual, menos voltadas para o coletivo (OLIVEIRA, 2011; CASTIEL, GUILAM, FERREIRA, 2010).

A probabilidade de que a TB seja transmitida depende de fatores como a intensidade do contato com o doente, o tipo de ambiente em que a exposição ocorreu e a contagiosidade do caso índice – ser bacilífero – (BRASIL, 2002a), ou ainda da frequência e da duração do contato (BRASIL, 2002b). Por isso a transmissão da TB é mais intensa na população de baixa renda, pois as famílias, normalmente mais numerosas, convivem muito proximamente em casas pequenas, mal ventiladas e úmidas (BRASIL, 2002b).

O doente com tuberculose pulmonar lança no ar gotículas de saliva contaminadas por meio da fala, do espirro e da tosse. Algumas gotículas (mais pesadas) se depositam rapidamente e as mais leves, permanecem suspensas no ar. São os núcleos secos dessas

gotículas (núcleos de Wells) que podem atingir os bronquíolos e alvéolos e iniciar a multiplicação. Os bacilos que se depositam nas roupas, lençóis, copos e outros objetos dificilmente se dispersarão em aerossóis e, por isso, não possuem papel importante na transmissão da TB (BRASIL, 2002b).

É compreensível que, em decorrência do preconceito que percebe na abordagem da equipe de saúde e no convívio com as pessoas em geral, o doente acabe por isolar-se da sociedade e não realize o tratamento. O estigma que cerca a TB está presente no imaginário dos profissionais e, associado à desinformação sobre a doença, pode desencadear situações traumáticas e constrangedoras que dificultam o estabelecimento do vínculo entre profissionais e usuários e influenciam na adesão ou não do usuário ao tratamento. Nesse sentido, pode-se argumentar que as generalizações e o preconceito dos profissionais são geradores das dificuldades que as equipes têm para negociar a adesão do usuário ao tratamento, como discutido na categoria anterior.

Essa situação necessita ser enfrentada urgentemente pelos profissionais de saúde, pois a TB é uma doença antiga que requer a adoção de uma postura que rompa com tabus e preconceitos (RUFFINO-NETTO, 2001), que proponha novas formas de produzir o cuidado em que o usuário se sinta acolhido e que estabelecer um agir cúmplice com sua vida individual e coletiva, tornando-o centro do cuidado (FRANCO; MERHY, 2013). Como referido na literatura, essa mudança de cultura deve ser capaz “(...) de resgatar profissionais e pacientes que estão investidos de uma cultura estigmatizante e perpetuadora de mazelas incalculáveis para a nossa sociedade.” (RUFFINO-NETTO, 2001, p. 130).

Além dos fatores citados anteriormente, havia uma forte desconfiança entre os profissionais das três equipes de saúde de que a não adesão ao tratamento fosse algo forjado pelos usuários para a manutenção do auxílio-doença pago a eles pelo INSS. Segundo os profissionais, ficar sem o tratamento levaria a uma piora do quadro clínico e garantiria a doença ativa e o recebimento do auxílio-doença. Nesse sentido, de acordo com os profissionais, receber o benefício funcionaria como mais um elemento que contribuiria para a não adesão ao tratamento, como podemos perceber por meio dos depoimentos a seguir:

Ele começa a tratar e quando dá uma melhoradinha, ele para, porque tem que fazer a perícia. Não toma os remédios para não perder o benefício. Ele começa a descuidar da alimentação e tudo o mais, para a doença piorar. Fica acomodado, né? Conveniente, né? Está recebendo e está sobrevivendo. (Enfª UIA)

Ele só vai ser liberado do benefício a partir do momento que ele tiver o exame normal, negativado, e um laudo do [médico do SR] dizendo que ele tá bem. Ou seja, a tendência dele, é no final dos dois, três meses dar uma piorada para não receber esse laudo. Ele mesmo disse 'se eu não estiver bem e o exame der alterado, o médico [do SR] não vai me dar esse laudo'. Eu até insisti pra ver se era isso e ele disse que era exatamente isso. (Médico U1A)

Ele consultou em final de janeiro no SR, depois foi pegar os remédios no início de março e em abril de novo. Chegou no fim de abril, ele parou. Por quê? Porque ele fez a perícia e se encostou. (TE U2A)

Conforme analisado na categoria anterior, o auxílio-doença é uma política de proteção social de base constitucional, fornecida por meio da seguridade social, a qual todo o trabalhador tem direito. É concedido de forma temporária a trabalhadores que necessitam ser afastados das atividades laborais em função de possuir algum agravo à saúde, que os impeça de trabalhar (ALVES; ESCOREL, 2013). No caso da TB o benefício tem como objetivo garantir ao usuário uma renda que supra suas necessidades básicas e garanta condições mínimas de sobrevivência durante o tratamento. Receber o benefício, mesmo que temporariamente, auxilia os usuários a enfrentar as desigualdades sociais que aprofundam a vulnerabilidade e a exclusão social.

Por sua vez, tal situação acaba gerando uma contradição, na percepção dos profissionais, conforme visto acima. Se, por um lado, o usuário tem o direito de ter suas necessidades básicas atendidas e necessita do auxílio-doença para sobreviver, pois está afastado do mercado de trabalho, por outro, o profissional de saúde entende que a disponibilização do benefício cumpriu sua função ao auxiliar o usuário a suportar os efeitos dos primeiros meses do tratamento.

A Constituição Federal de 1988 definiu uma política de proteção social abrangente envolvendo as áreas da saúde, da previdência e da assistência social. Entretanto, o cotidiano de iniquidades em que vivemos revela as limitações dessa política, destacando-se seu caráter fragmentado, estratificado e pouco efetivo do ponto de vista dos resultados sociais. Problemas estruturais do Estado e do modelo de desenvolvimento capitalista brasileiro, com destaque para as marcantes desigualdades econômicas e sociais observadas no país, têm contribuído de modo significativo com a falência das ações governamentais de proteção social (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009).

Dessa forma, o enfrentamento das iniquidades e dos determinantes sociais da saúde requerem políticas públicas sociais e econômicas amplas e interdisciplinares, que combatam a pobreza de modo permanente, de modo a alterar as dinâmicas de exclusão social de

indivíduos e de famílias pobres (ALVES; ESCOREL, 2013). Buss e Pelegrini Filho (2006) afirmam que o Brasil possui duplo desafio frente às iniquidades, pois possui significativos setores da população em situação de pobreza, entendida não apenas como falta de acesso a bens materiais, mas também pela falta de oportunidades, de opções e de voz diante do Estado e da sociedade, que, nesse caso, está representada pelos profissionais.

Outro aspecto que foi marcante em uma das equipes acompanhadas é a visão de que o usuário não quer ser atendido na ESF em função da desconfiança de que sua doença possa ser revelada para a comunidade. Tal percepção é representativa da falta de vínculo da equipe com o usuário.

Dependendo do paciente, dependendo da doença que ele tem, ele não vai querer que isso seja aberto no bairro onde ele mora, ele vai preferir ir longe [referindo-se ao SR]. (AADM U2A)

É, não é todo paciente que quer ter um vínculo com a unidade. (Médica U2A)

A visão dos profissionais de que o usuário possui restrições em ser atendido na unidade de saúde localizada em seu bairro, nesse caso, uma ESF, pode estar relacionado à forma como gestores e profissionais de saúde dos níveis local e regional têm compreendido e, consequentemente, organizado a atenção à TB nos municípios estudados em SR.

Ao questionar o gestor municipal sobre a atenção à TB em um dos municípios onde este estudo foi realizado, o profissional condicionou sua resposta à situação epidemiológica da TB, a qual, de acordo com ele, não é preocupante.

A situação da tuberculose é de uma doença que epidemiologicamente não é preocupante. Eu digo isso com muita tranquilidade. Aqui é um furdunço o dia inteiro, ninguém vem falar sobre tuberculose, isso não é problema para a gestão. Para mim, o gestor central, esse não é um problema, porque ninguém me traz isso como problema, portanto, não é problema, isso tá resolvido, as pessoas estão sendo atendidas. Então, para a gestão perceber algo como problema ou o gestor tem um foco num problema específico ou a equipe tem que trazer: 'Ah, temos um problema sério com os portadores de tuberculose, a doença tuberculose no município'. Ai a gente vai pensar sobre isso. Hoje o SAE não me traz isso, porque, o pessoal sabe triar ou eu imagino que saibam triar, para que entre em discussão, de fato, aquilo que tem sido apontado como prioridade. Assim está posta a coisa, é ruim dizer que a tuberculose não é prioridade, mas é assim, né, (...) o HIV positivo é uma prioridade porque nós temos quatrocentos casos no município. Então, a tuberculose passa ao longo do ano sem ser uma prioridade porque outras demandas se sobrepõem. (Gestor municipal)

A fala acima denota que no processo de identificação das prioridades a serem

abordadas com ações públicas, o município A não elenca a TB como uma delas. Segundo o gestor, tal situação parte dos profissionais que atuam no SR, e não sendo prioridade para eles, não o é para o gestor. Entretanto, prioritário ou não, a doença e o doente existem e os dados epidemiológicos comprovam.

Ao checar os dados registrados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) do referido município, foram notificados 312 casos de TB entre os anos 2002-2014. Desses, 203 (65%) obtiveram cura, 38 (12,17%) abandonaram o tratamento e em 23 casos (7,4%) consta a situação de encerramento como 'ignorado' ou 'em branco' (RIO GRANDE DO SUL, 2014). Ao somarmos os percentuais desses dois últimos indicadores, obtemos um valor próximo a 20%, o que significa que esse é o percentual de casos notificados ao longo dos últimos 12 anos e que não foram solucionados no referido município. Esses dados evidenciam a presença de profissionais pouco atentos às características epidemiológicas da população atendida (CAMPOS; FONSECA; PESSINI, 2012).

A tuberculose, hoje, dentro do nosso contexto, ela é vista como uma doença menor, porque tem poucos casos descobertos e em tratamento, então ela não é vista com grande prioridade. Hoje a gente atende esses casos, provavelmente, todos eles no SAE, com uma sensação de que o problema tá resolvido. A tuberculose, hoje, acaba não sendo uma prioridade porque ela tem uma solução, as pessoas estão sendo atendidas, sem avaliar se esse atendimento é com qualidade ou não, mas estão sendo atendidas. (Gestor municipal)

Novamente a fala do gestor remete que a atenção a TB não tem tido visibilidade no cenário municipal, não tem sido pauta de discussões. Da mesma forma, a fala da enfermeira coordenadora regional da atenção à TB, vinculada à CRS, e representante da Secretaria Estadual de Saúde do RS na região, vai ao encontro da fala do gestor municipal. Além de ser a coordenadora da atenção à TB na região de abrangência da CRS, a enfermeira é coordenadora da atenção básica e da ESF na referida região. Para ela a TB não é um agravo prioritário na região.

A tuberculose tá muito esquecida. Eu não vejo a tuberculose como prioridade. E eu acabo deixando de lado. (Enf^a CRS)

O estado do Rio Grande do Sul tem apresentado indicadores alarmantes de TB ao longo dos últimos 14 anos. Segundo o Boletim Epidemiológico publicado em 2012 pela Secretaria de Vigilância em Saúde, houve um aumento da taxa de incidência de casos TB de 40,9 para 46,1 entre os anos de 2001 e 2011 e redução da proporção de casos bacilíferos de

TB pulmonar curados no Estado de 71,1 em 2001 para 64,1 em 2010 (BRASIL, 2012a). Dados atuais dão conta de que a capital do estado, Porto Alegre (POA), quando comparada a dados estaduais, apresenta índices bastante elevados. O coeficiente de incidência de casos de TB na capital em 2013 é de 99,5, enquanto que o coeficiente estadual é de 43,2. O percentual de cura de casos novos de TB que apresentaram exame BK+ em POA é de 55%, e no RS é de 63,2% e o percentual de abandono do tratamento de casos novos de tuberculose BK+ no Estado é de 15,1% (BRASIL, 2014).

Na região do estudo foram notificados e tratados 664 casos de todos os tipos de TB entre os anos de 2002 e 2012, sendo 541 casos de tuberculose pulmonar. Do total de casos notificados, 78 pacientes abandonaram o tratamento (RIO GRANDE DO SUL, 2014), o que equivale a 12%, taxa superior à meta estipulada pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde que é reduzir a taxa de abandono a 5%.

Segundo a enfermeira coordenadora regional da atenção à TB, a conduta adotada por ela na CRS frente às ações de controle da TB segue as orientações advindas da coordenação estadual da TB.

Quando as estratégias [ESF] começaram a serem implantadas, a gente não tinha isso [descentralização das ações básicas da TB para a AB] muito bem esclarecido, até por que isso não estava bem claro. Nos encontros que nós tínhamos era frisada ainda a equipe que trabalhava com a tuberculose, ainda estava muito separada. É uma transição bem lenta essa de passar pras equipes de saúde da família descentralizar esse trabalho. Existem municípios prioritários no Rio Grande do Sul e eu vejo que a gestão lá, em Porto Alegre, foca muito nesses municípios prioritários. Nenhum município da nossa regional é prioritário, então, eu acho que a preocupação maior deles são esses. (Enf^{ra} CRS)

O PNCT destacou a TB como problema prioritário no Brasil e o referido Plano foi lançado como um Planejamento Estratégico que incorporou o contexto político da gestão local, cujas ações deveriam receber especial atenção por parte dos municípios considerados prioritários, porém deveriam ser extrapoladas para os demais municípios brasileiros (BRASIL, 1998a). O Plano continha um planejamento detalhado das ações a serem executadas, atribuindo funções as três esferas governamentais e ressaltando que cada município deveria desenvolver seu próprio Programa de Controle da TB, de acordo com suas peculiaridades, especialmente no tocante ao tratamento supervisionado (TS) ou Tratamento Diretamente Supervisionado (TDO). Tais medidas tinham o objetivo de reduzir o percentual de abandono do tratamento por meio da busca ativa dos sintomáticos respiratórios.

O componente fundamental para os diversos planos será a atenção a todos os sintomáticos respiratórios, para se diagnosticar a totalidade dos casos estimados para suas áreas específicas e instituir o tratamento supervisionado para diminuir o percentual de abandono ao nível máximo de 5%. (BRASIL, 1998a, p.37).

O referido Plano afirmava ainda que havia, na época, com frequência, autoridades estaduais e municipais da área da saúde desinformadas quanto à magnitude da TB em seu espaço de atuação profissional, o que levava ao descaso com o PNCT sob o comando desses administradores (BRASIL, 1998a).

Se, por um lado, a descentralização das ações de controle da TB para a AB foi e continua sendo estimulada pelo MS, a proposta do PNCT de definir municípios prioritários para o controle da TB aumentou as responsabilidades frente a esse agravo somente de uma parte de municípios brasileiros. Deduz-se que os demais municípios seguiram de forma igual ou semelhante à abordagem à TB que vinha sendo realizada até então.

No estado do Rio Grande do Sul, atualmente, figuram na lista somente 15 municípios considerados prioritários no combate à TB, de acordo com a Nota Técnica nº 15, a qual define os critérios para a priorização de municípios no controle da TB no Brasil (BRASIL, 2011d). Na região sul, o RS é o estado que apresenta maior volume de municípios prioritários (15) em relação ao Paraná (7) e a Santa Catarina (5) e nenhum deles integra a CRS referida anteriormente (BRASIL, 2011d).

Desde setembro de 2007, o Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT) do Rio Grande do Sul passou do Departamento de Ações em Saúde (DAS) da Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS) para a Divisão de Vigilância Epidemiológica, do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS). Com essa mudança, a TB deixou de ser abordada sob o enfoque clínico assistencial, estabelecido desde a implantação do Programa, na década de 1970, e passou a ser conduzida sob o enfoque epidemiológico, amplamente detalhado no Boletim Epidemiológico do CEVS, publicado em dezembro de 2007 (RIO GRANDE DO SUL, 2010).

A análise da subcategoria 5.2.1 sugere que os profissionais identificam o usuário com TB por meio de um perfil “típico”, ligada a uma imagem que inclui os aspectos físicos e sociais, como a feiura, pobreza e moradia precária. Os profissionais vinculam a não adesão ao tratamento a pouca escolaridade, ao baixo nível cultural dos usuários e ao uso de substâncias psicoativas, o que os tornam um risco aos profissionais e a toda a sociedade. A não aderência

ao tratamento parece sobrecarregar o serviço e gerar uma obrigação de cuidado a um usuário não merecedor, remetendo à presença de estigma e de preconceito contra o doente.

Há carência de orientações e acompanhamento a nível regional sobre a descentralização das ações de controle da TB, conforme preconizado pelo MS. Essa situação, provavelmente, influencia na visão de que a TB é uma doença de baixo impacto epidemiológico na região e, portanto, não demandaria maiores investimentos por parte de gestores e dos profissionais da AB. Além disso, centralização das ações em SR não favorece a formação de vínculo entre profissionais da AB e usuários e desencadeia uma relação de desconfiança mútua, pois os profissionais entendem que o doente não quer se curar para receber o auxílio-doença e os usuários preferem ser atendidos no SR, talvez por não confiarem na capacidade da equipe em manter sigilo sobre sua situação de vida e doença.

A análise permite argumentar que o modo como os profissionais compreendem a problemática da TB, em especial as situações de não adesão ao tratamento, tem repercussão direta na forma como as ações programáticas são planejadas e executadas e em como os serviços estão organizados nos municípios estudados. Essa questão será aprofundada a seguir.

5.2.2 Ações, Intervenções e seus Condicionantes

Esta subcategoria incluiu informações que permitem a análise do modo como os serviços de saúde dos municípios onde essa intervenção foi realizada estão estruturados para realizar o atendimento aos usuários com TB. Uma vez que o modo como a rede de serviços está organizada e é conduzida está implicado com as intervenções em saúde realizadas pelas equipes, as análises sobre como essas intervenções são realizadas precisam ter e conta a articulação entre o conjunto de saberes, as tecnologias e os serviços presentes na realidade estudada (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012). Nessa perspectiva, a análise empreendida aqui tomou como base as diretrizes do PNCT.

A análise revelou um cenário de gestão complexo e dramático, decorrente da forma como a “descentralização” foi conduzida na região pela SES e pela CRS. Como foi possível observar, essa descentralização não se concretizou e isso tem sido decisivo para a qualidade do atendimento prestado. Os dados sugerem que, em ambos os municípios estudados a atenção a TB segue centralizada em SR, os quais possuem médico especialista e auxiliar de enfermagem (município A) e médico especialista, enfermeiro e técnico de enfermagem

(município B). Tais serviços atendem os usuários encaminhados pelas unidades básicas de saúde, hospitais e consultórios particulares de cada município para investigação ou tratamento da TB.

Dentre as diversas consequências dessa centralização, algumas emergiram com destaque na análise, como é o caso da demarcação de que os SR são a principal porta de entrada dos usuários com TB na rede de atenção à saúde, desconhecimento por parte dos profissionais da AB da rotina de atendimentos dos usuários com TB nos SR e conflito entre as atividades que são realizadas pelas equipes dos SR, da AB e o que é esperado destas equipes junto aos usuários com TB pela coordenação regional do PNCT. A análise revelou um quadro complexo decorrente da forma como a (des)centralização foi conduzida na região, por meio da SES e CRS.

A manutenção da centralização do atendimento é consequência de decisões políticas tomadas pela gestão municipal dos referidos municípios, as quais seguiram a prática anteriormente existente na região, que centralizava no município A, município sede da CRS, o atendimento à TB para mais de 40 municípios. Conforme apresentado na metodologia, havia um profissional médico que possuía vínculo formal com a SES e o atendimento aos casos suspeitos ou confirmados ocorria em uma unidade de saúde localizada no centro da cidade do município A. O médico, com o apoio de uma auxiliar de enfermagem, cedida pelo município A, atendia os usuários encaminhados de todos os municípios que compõem a área de abrangência da referida CRS. Porém, com a aposentadoria do médico, o serviço regional deixou de existir e os municípios foram comunicados da situação, sendo informados de que o atendimento deveria passar a ocorrer no próprio município. Apesar da intenção de descentralizar para a AB, em ambos os municípios estudados, foram criados novos SR para o atendimento dos usuários com TB, mantendo o modelo anterior.

Acho que foi em 2009 que o serviço deixou de ser regional, cada município assumiu os seus pacientes. Mas aqui o serviço da tuberculose continuou centralizado, ele não se dividiu para atenção básica, ele continuou sendo um serviço de referência, localizado em uma unidade de saúde, da mesma forma de quando ele era regional. Ele continuou tendo um auxiliar de enfermagem e um médico de referência para todas as equipes, e continua dessa mesma forma até hoje. Hoje ele tá localizado junto ao SAE, o Serviço de Atendimento Especializado em HIV/AIDS. A gente percebeu, pela pactuação, a cobrança de que todos os pacientes façam as testagens, tanto os da TB fazer o HIV e os do HIV fazer o da TB, então ficou junto, até pela estrutura física. (Enf^a gestora da AB)

O PNCT lançado em 1998 pelo MS destacou a importância do contexto político e da gestão em nível municipal e ampliou para todos os municípios brasileiros a responsabilidade no controle da doença por entender que esse ente federado é quem, de fato, operacionaliza as ações de prevenção, cura e reabilitação da doença. Nesse sentido, o PNCT foi uma importante iniciativa para envolver os municípios e descentralizar para a AB o atendimento à TB. Apesar da ênfase dada ao nível local, o referido Plano elencou responsabilidades específicas para os três níveis político-administrativos, reforçando a complementaridade das ações (BRASIL, 1998a).

No ano 2000, a integração da Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária ao Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) reforçou a descentralização da atenção à TB dos SR para a AB, considerando a expansão das equipes de ESF e ACS. Essa proposta veio a somar-se à estratégia DOTS, lançado em 1996 no Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, e oficializado em 1999, no PNCT, cujo componente principal é a supervisão da ingestão dos medicamentos por profissional da equipe de saúde (RUFFINO-NETTO, 1999).

A soma das duas estratégias favoreceria a elaboração de novos instrumentos de trabalho pelos profissionais de saúde que atuam na AB e alcançariam o controle da doença em nível local e estabelecendo mecanismos permanentes de vigilância e avaliação do processo de trabalho. A publicação do Plano Nacional de Controle da Tuberculose para o quinquênio 2001-2005 previu a distribuição de bônus aos municípios para o desenvolvimento de ações de controle da TB nas UBS, especialmente a realização do TS (RUFFINO-NETTO, 1999).

O PNCT definiu que o controle da TB na AB é uma das áreas estratégicas a ser aplicada em todo o território nacional. Por essa razão, as ações de controle da doença devem ser desempenhadas na AB, principalmente nos casos mais simples (pulmonares bacilíferos), que representam, aproximadamente, 57% do total de casos diagnosticados no país (BRASIL, 2012a).

Além de favorecer o controle da doença em nível local, a proposta de descentralizar as ações de controle da TB para a AB propõe a humanização das práticas de saúde junto à família em seu espaço social como o diferencial dessa nova estratégia de enfrentamento da TB (RUFFINO NETO, 2001). A oferta de novas tecnologias e de dispositivos, como o TDO, e o acompanhamento dos usuários pela AB são métodos e processos de trabalho que buscam reconfigurar e fortalecer os diversos setores da saúde e, conseqüentemente, humanizar as práticas (COELHO; JORGE, 2009).

No Brasil, a ESF é ação prioritária para a reorganização da AB de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012). A AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde de indivíduos e de coletividades, todas imprescindíveis na atenção à TB.

Se, por um lado, a cobertura da ESF no Brasil dobrou entre os anos de 2001-2010, passando de 25,4% para 52,2%, por outro, o percentual de diagnóstico dos casos pulmonares bacilíferos na AB ainda é baixo no país. Em 2001, 50,1% dos casos foram diagnosticados na Atenção Básica, e em 2010, somente 56,3% dos casos (BRASIL, 2011a).

A descentralização do tratamento da TB para a AB consiste em incluir, na rotina das equipes, o desenvolvimento das seguintes ações de controle da doença: busca ativa de sintomáticos respiratórios; solicitação de exames (baciloscopia, Raio-X e cultural de escarro); diagnóstico; notificação; registro de informações; tratamento (supervisionado ou autoadministrado); acompanhamento do paciente (consultas mensais); exame de contatos e busca de faltosos e alta (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2011a).

Pesquisas recentes dão conta de que o processo de descentralização dessas ações para a AB tem apresentado potencialidades e fragilidades das mais variadas ordens. Entretanto, a expansão para a AB segue sendo a principal estratégia do MS para que o PNCT atinja as metas preconizadas pela OMS de curar 85% dos doentes, diminuir a taxa de abandono para até 5% e evitar o surgimento de bacilos resistentes, de modo a possibilitar um efetivo controle da TB no país (BRASIL, 2011a).

Ao avaliarem a descentralização do Programa de Controle da TB do nível secundário para o nível primário em Dourados-MS, por meio das categorias estrutura, processo e resultado, Amaral et al. (2010) concluíram que houve aumento no número de unidades que contavam com profissionais capacitados em ações do Programa, além de melhorias no acesso aos serviços e na postura dos profissionais, evidenciada pelo aumento na busca de sintomáticos respiratórios, na coleta de escarro para a baciloscopia e na detecção de bacilíferos entre o total de casos pulmonares encontrados.

No contexto estudado na presente pesquisa, ambos os SR realizam o atendimento inicial dos casos confirmados, composto pelo diagnóstico e pela prescrição do esquema básico, ações preconizadas pelo MS para serem realizadas na AB, bem como as atividades próprias de um serviço de referência secundária, que é o manejo de esquemas especiais de

tratamento, de eventos adversos dos medicamentos e dos usuários que possuem comorbidades, como o HIV. Em ambos municípios os profissionais que atuam nos SR são responsáveis pela investigação, pela notificação dos casos confirmados, pelo tratamento e pelo acompanhamento mensal dos usuários com TB. Ambos os serviços funcionam junto ao SAE. Eventualmente, o diagnóstico da doença é feito pelo médico que encaminhou o usuário ao SR. Os profissionais da AB, em geral, realizam o encaminhamento dos casos suspeitos aos SR.

Nós não estamos fazendo o atendimento até o final, o atendimento específico. A gente só faz o encaminhamento ao SR. (TE U2A)

O paciente vem encaminhado quando existe uma suspeita ou a própria pessoa nos procura com sintomas. A gente faz aqui o raio x, o Mantoux, e, se tiver tosse com escarro, a gente pede o BK. Às vezes eles já vêm com o diagnóstico pronto, mas geralmente eles vêm para fazer o diagnóstico. Todos os pacientes são encaminhados para cá, porque como a medicação é SUS, a gente tem que fazer a inscrição deles no sistema para ter a medicação. Aqueles que vêm de convênio têm que continuar o acompanhamento também aqui, em função do medicamento. (AE SR)

Eu faço as primeiras consultas, a solicitação dos exames de rotina dos pacientes, as referências e contrarreferências. A gente é referência em AIDS e sempre é rotina fazer a investigação pra tuberculose em paciente com AIDS. O programa municipal de tuberculose funciona junto com a AIDS há mais de 10 anos. São os mesmos profissionais que atendem a tuberculose, pela questão do conhecimento e de disponibilidade, até porque, quando tu investiga tuberculose, tu investiga HIV. Se o paciente HIV positivo não tem nenhum sintoma respiratório, a gente solicita anualmente, no mínimo, Raio X de tórax e teste de Mantoux. É bem aquela coisa de busca de sintomáticos respiratórios, entra na rotina do HIV. Se o Mantoux der acima de quatro, ele faz profilaxia para a TB. A gente faz um coacompanhamento na parte de TB, por que a terapia do HIV é vinculada à terapia da tuberculose e o tratamento de TB é diferenciado, leva mais tempo. (Enfª SR)

As falas acima das profissionais que atuam em ambos os SR em TB nos municípios estudados revelam que nesses locais há uma rotina de atendimento aos usuários que apresentam suspeita de ter TB ou são casos confirmados de coinfeção HIV/TB, os exames são solicitados e aos medicamentos são fornecidos. Porém, a recomendação do MS é de que a estrutura de atenção à TB seja dividida nos três níveis de atenção do SUS, conforme o nível de complexidade existente: referência primária (AB), para esquema básico de tratamento da TB e para tratar efeitos adversos do tratamento ditos “menores”; referência secundária, aí incluídos os SR para TB, para esquemas especiais de tratamento e efeitos adversos “maiores”, além de tratar comorbidades (HIV e outras); e, referência terciária, para esquema de multirresistência (BRASIL, 2011a).

Assim, a não realização do atendimento básico pelas equipes de AB, evidenciado nos

municípios estudados, contradiz a orientação do MS e está relacionada à forma como o Programa de Controle da TB está sendo coordenado em nível regional, conforme discutido anteriormente. Tal situação produz um conjunto de vulnerabilidades programáticas que puderam ser identificadas a partir dos relatos dos profissionais que participaram dos encontros de PTS, dos profissionais que atuam nos SR e daqueles envolvidos com a gestão municipal e regional. A organização dos serviços de saúde impacta diretamente na forma como o acompanhamento dos usuários com TB é realizado nos municípios estudados, e suas consequências serão discutidas a seguir.

Por exemplo, o desconhecimento pela equipe de AB de que existe um usuário com TB no território, bem como da rotina do SR foram os primeiros problemas detectados, estando ligados a problemas na comunicação entre os membros das equipes da AB e do SR.

E, assim, não querendo criticar, mas o [médico do SR] e a [AE], lá eles sabem que o paciente é de rua tal, de tal bairro. Pô! Lá tem a ESF, né?! Então eles poderiam entrar em contato com a enfermeira, com o médico e comunicar sobre esse paciente. (ACS U1A)

(...) se a equipe de saúde [ESF] sabe que ele tem tuberculose (...), às vezes, nem sabe, aí falta interação. (Médico SR)

Como é que funcionam as prescrições, como as medicações são fornecidas? São de tempos em tempos? Tem que ver se alguém tá observando isso ou não. Eu não sei se eles [SR] têm controle das medicações, se eles sabem 'Ah amanhã ele [U1A] vem ou se ele não vir buscar, eu ligo'. Eu não sei se eles têm esse cuidado ou não. Eu não sei como está organizado isso. A gente tem que saber se ele tá usando o esquema inicial ou se ele já tem resistência, tem que ver que tipo de medicação ele está usando. Essa forma como o serviço está organizado dificulta o controle para a atenção básica. Para nós dificulta muito. (Médico U1A)

Conforme as falas acima, os profissionais que atuam no SR detêm as informações sobre o acompanhamento clínico do U1A, mas a equipe de AB desconhece essa realidade. Situação semelhante ocorria com o UB.

Ele [UB] consultou uma vez só com o médico da UBS, depois a gente foi só pedindo as solicitações, porque ele não vinha aqui. Daí para a gente não perder a oportunidade de fazer as coletas dos exames, a gente conversava com o [médico da UBS] e, como ele já conhecia o caso, ele tranquilamente fornecia as requisições para nós. A gente fazia esse intercâmbio para não perder as oportunidades. Algumas vezes ele [UB] levou os exames lá no SAE. (ACS UB)

Além disso, sabe-se que falhas no processo de comunicação e de integração entre gestores e profissionais que atuam no PNCT, desconhecimento sobre suas diretrizes, além da ausência de um coordenador local denotam problemas gerenciais que impactam diretamente no funcionamento e na oferta dos serviços. A gerência intermediária possui papel fundamental no estabelecimento de parcerias e sensibilização dos membros que compõem os diversos segmentos dos Sistemas de Saúde local e regional acerca da problemática da TB, instaurando um processo de negociação junto aos gestores sobre a necessidade de implantar o Programa na atenção básica, com vistas a incluir a atenção à TB na agenda municipal de saúde (SANTOS et al., 2010).

Conforme o MS, para que ocorra a implantação propriamente dita do PNCT no âmbito da AB, é preciso, inicialmente, a mobilização dos profissionais que têm o conhecimento sobre o Programa e suas peculiaridades, bem como dos dados que mostram ou não a resolutividade do serviço, por meio do número de casos curados. A partir disso, deve haver a sensibilização da gestão, e, em caso, positivo, a tomada das seguintes ações: a) capacitação dos profissionais e a reorganização do fluxo de atendimento desses usuários, de modo a contemplar o diagnóstico; b) o tratamento e o acompanhamento dos usuários; c) a busca ativa de casos suspeitos ou confirmados; d) a quimioprofilaxia dos casos indicados; e) o controle da vacinação BCG e f) a vigilância epidemiológica (BRASIL, 2002a). Também são preconizadas parcerias com instituições de ensino e a sociedade civil organizada (BRASIL, 2011a).

Contudo, as recomendações do MS são diretrizes que requerem operacionalização para que os objetivos sejam alcançados. Nesse sentido, considerando a análise desenvolvida no presente estudo, pode-se concordar com a ênfase de Santos et al. (2010, p. 66), de que a “sustentabilidade das ações no sistema de saúde, no período que sucede a vontade política, o envolvimento e a integração dos responsáveis pelas políticas de saúde, no âmbito local, representam aspectos determinantes para a sua efetivação”.

A rotina de acompanhamento dos usuários com TB pelas equipes dos SR eventualmente incluía as equipes de AB, quando alguma intervenção era solicitada a eles pelos profissionais do SR, pois a atuação desses não conseguia dar conta de todas as intervenções que os usuários demandavam. Porém, em alguns momentos, em ambos os municípios, surgiam dúvidas sobre a definição das atribuições dos profissionais de cada equipe, o que acabava por produzir um conflito entre os profissionais da AB e os SR sobre suas formas de agir junto ao usuário. Em um dos casos, tais atribuições não estavam bem

claras até mesmo à gestão municipal.

Aqui no SAE, eu não sei, ficou meio 'sem pai nem mãe'. Assim, eu não sei quem tá se apropriando da rotina, se é a enfermeira ou a coordenadora [assistente social] ou se está ficando só com a [AE] e o doutor [médico do SR]. (Enf^a gestora da AB)

Ainda é difícil as equipes de saúde da família assumirem, como tarefas suas, o tratamento e as orientações. Elas acham que, porque tem um setor que trabalha com a tuberculose, eles [ESF] não precisam pensar nisso. (Enf^a CRS)

Quando chegava uma situação muito complicada nós fazíamos visita domiciliar com a assistente social para identificar alguma outra situação. Nós também ligávamos para o paciente. Insistíamos com o paciente. Quando percebíamos que não funcionava, aí nós ligávamos para a atenção básica, para eles também fazerem uma VD, para ver o que estava acontecendo. (...) nós chegamos ao ponto de, em uma estratégia de saúde, a agente comunitária nos perguntar por que nós não fazíamos a VD, já que o paciente tinha TB. Mas a VD é do agente comunitário. Ele vai lá [na residência] e vê outras coisas, deveria ver a TB também. É como se aquele paciente, a partir do momento que tivesse TB, ele fosse exclusivamente nosso, independente do que mais ele tivesse. (Enf^a SR).

Estudo conduzido por Arakawa et al. (2011) analisou a acessibilidade dos pacientes ao tratamento da TB em 4 unidades de referência situadas no município de Ribeirão Preto, interior de São Paulo. Os resultados evidenciaram que as unidades de referência com maior número de pacientes atendidos apresentaram pior desempenho em relação à frequência de VD, pois cobrir uma área de abrangência extensa implica irregularidade na realização das VD por parte dos profissionais. A VD é uma extensão do atendimento realizado na unidade de saúde e, para ser efetivada, requer a disponibilidade de uma estrutura mínima, como um carro, com ou sem o motorista, de acordo com a rotina do serviço, e um profissional de saúde. Da mesma forma, concentrar o atendimento em unidades de referência pode gerar obstáculos em relação à acessibilidade geográfica e, conseqüentemente, deficiências na assistência, devido à distância entre o domicílio do paciente e o serviço de saúde onde o tratamento é feito, à necessidade de utilização de transporte motorizado para o deslocamento até as unidades de saúde e aos gastos de tempo e dinheiro decorrentes dela (ARAKAWA et al., 2011).

A centralização do atendimento ao paciente com TB também foi identificada em pesquisa realizada por Campos, Fonseca e Pessini (2012), em três capitais brasileiras: Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, sendo que em Porto Alegre essa centralização foi maior. Os autores concluíram que nas três capitais o paciente sintomático respiratório ainda é um problema a ser tratado pelos serviços de referência, em vez de ser tratado em todos os níveis de atendimento em saúde, conforme proposto pelo MS e discutido anteriormente.

Ao analisarem as representações sociais entre usuários de serviços da AB sobre a descentralização das ações de controle da TB em cidade do interior da Paraíba, Clementino e Miranda (2010) verificaram que existem barreiras na estruturação dos serviços, interferindo na acessibilidade organizacional, geográfica e econômica dos usuários ao serviço. A primeira barreira, especialmente, caracterizou-se pela longa espera por consulta médica, pela recusa de atendimento em dia não agendado e pela baixa resolutividade dos serviços. Esses resultados reforçam o impacto que a organização dos serviços tem no resultado das intervenções realizadas.

Ao analisarmos o conjunto de falas dos participantes do estudo apresentados até aqui – os responsáveis pelos SR (enfermeira, no município B e o médico no A), os profissionais que atuam nas ESF e nas UBS e aqueles responsáveis pela gestão municipal e regional do PNCT –, percebe-se que, apesar da atenção à TB estar concentrada nos SR, os profissionais que atuam nesses serviços necessitam do apoio das equipes de AB para a efetivação de importantes ações. Essas, por sua vez, não se sentem responsáveis pelo acompanhamento dos usuários com TB, pois a organização municipal e regional dos serviços remete tais atribuições aos profissionais dos SR.

Para garantir um cuidado integral e resolutivo ao usuário com TB, tão importante quanto à atenção, são também fundamentais a gestão do sistema e dos serviços e programas de saúde. Como enfatizado na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, é importante levar em conta “(...) a relação entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade” (BRASIL, 2009a, p. 4). Inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde são recomendadas, bem como a inclusão de diferentes equipes implicadas com essas práticas, de modo a superar os limites presentes no cotidiano dos serviços (BRASIL, 2009a, p. 4).

Superar a dicotomia das ações dos setores envolvidos na atenção à TB, promover a atuação multidisciplinar e em rede e respeitar os princípios organizativos do SUS de descentralização e hierarquização dos serviços são medidas que ampliariam o leque de tecnologias para fazer frente aos problemas enfrentados no controle da TB.

Tal como acontece entre as equipes que atuam nos SR e aquelas da AB, umas esperando que as outras realizem determinadas ações para o controle da TB, a ‘regional de saúde’ fica aguardando que as equipes que atuam na AB tenham iniciativas relacionadas ao cuidado do usuário com TB. Entretanto, essas equipes não receberam tal atribuição de

maneira formal nem da equipe municipal tampouco da coordenação regional do Programa, pois isso significaria reestruturar o PNCT nos municípios, definir fluxos de atendimento dos usuários e de realização dos exames, equipar as unidades com materiais e documentos para o registro e controle dos casos, capacitar as equipes de AB e realizar um trabalho mais próximo à equipe de vigilância epidemiológica do município, conforme já discutido anteriormente. As falas a seguir ilustram ambas as situações mencionadas acima.

As equipes [AB] acham que elas não devem fazer dose assistida [TDO] para o paciente, na casa dele. Aquilo é o cúmulo! Eu não consigo entender essa dinâmica das equipes, até pelo fato de, se a gente for ver, a relevância que é fazer aqueles três dias, no mínimo, de dose assistida. São três dias! Sim, vamos ter que correr, mas o perfil do paciente e o perfil da doença requer que se faça isso. Então, eu tenho dificuldade de entender isso, e as equipes têm a dificuldade de colocar isso em prática. (Enf^a SR)

Mas eu vejo que isso seria uma coisa básica. A equipe se dá conta de que isso tá acontecendo, mas ela não se dá conta que ela tem que chegar até a gestão, até uma referência dela e fazer uma discussão sobre isso. Eu não tiro a responsabilidade da regional, mas, ao mesmo tempo, eu não sei se as equipes estão despreparadas, não estão motivadas ou se elas não querem puxar mais trabalho para si. Elas não conseguem se dar conta de coisas tão óbvias, que facilitariam o trabalho delas e, ao mesmo tempo, vai propiciar uma melhor qualidade de vida pra população (...). Se a gente tem uma equipe de saúde da família, não tem ninguém melhor que o agente comunitário, ele vai a todas as casas, ele conversa com as pessoas, ele observa. Então ele pode orientar também. E a partir dessa observação dele, os suspeitos poderiam ir até a unidade sanitária e ser avaliadas clinicamente. E isso eu vejo que não acontece. Falando como coordenadora da atenção básica e da estratégia de saúde da família eu lembro muito isso pra eles, porque eu procuro fazer visitas a todos os municípios onde têm a estratégia e, nesse momento da visita, eu acabo falando brevemente no assunto tuberculose, e a gente sempre pede que as equipes assumam isso. (Enf^a CRS)

A TB é uma enfermidade cuja fisiopatologia, diagnóstico, esquemas terapêuticos e medicamentos são bastante conhecidos entre os profissionais ligados à atenção e à gestão da área da saúde. Entretanto, a existência de todo esse saber e recursos de nada adianta se eles não forem colocados ao alcance da população em geral. Possíveis falhas na avaliação do problema podem ter ocasionado a definição de medidas insuficientes para colocar em funcionamento os recursos disponíveis, sejam conhecimentos ou serviços, o que, em muitos locais foi posto de lado. Para Ruffino-Neto (2002, p. 51) tal situação configura-se em um “(...) descalabro consentido que envolveu desde políticas públicas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e aparelhos formadores dos profissionais de saúde, ou seja, as universidades”.

A atenção aos usuários acometidos por TB envolve ações e acompanhamento

semelhantes aos que constituem o cuidado ao indivíduo com doença crônica, uma vez que seu tratamento é de longa duração. Nesse sentido, o sucesso terapêutico vai desde a eficácia farmacológica até o modo como os serviços se organizam para prestar o cuidado, sendo necessário que os profissionais deem conta dos elementos dessa atenção associados à terapêutica e à estrutura social em que o usuário está inserido (ARAKAWA et al., 2011). A complexidade desse cenário indica ser fundamental o apoio e a orientação das coordenações regional e estadual do PNCT no sentido de direcionar as ações dos municípios de modo a constituir uma atenção em rede.

Atualmente o suporte que a CRS oferece aos municípios em estudo está voltado, basicamente, à distribuição dos medicamentos antituberculostáticos, ao auxílio nas questões que envolvem a notificação dos casos e à realização do teste para o HIV.

Quando a gente precisa de alguma coisa, eu falo com a coordenação regional ou mesmo com a [Secretaria Estadual de Saúde]. Eu preciso da medicação, das medicações especiais e de alguma informação sobre o SINAM ou de alguma notificação, esse tipo de coisa. Toda a medicação vem via CRS. Eu faço o pedido mensal, eu vejo primeiro quanto eu preciso por mês, solicito pra coordenadoria e retiro lá. Sempre que eu preciso de algum apoio, que eu tenho dúvidas sobre um caso, se eu lanço de novo, se é um caso novo, se é um retratamento, os casos que têm resistência ou hepatite medicamentosa, os esquemas especiais, eu peço pra ela [Enf^a CRS], porque ela me dá um suporte. (AE SR)

Na nossa regional, é um suporte em relação à medicação. O que eu vejo é que tá uma coisa muito relacionada ao tratamento e terminou aí. Eu não vejo outras formas de abordagem. O que eu sinto é que, às vezes, tá meio solto, muito na mão do município. O Estado [Secretaria Estadual da Saúde] não puxa muito. Às vezes, tem uma capacitação. Uma vez por ano, o Estado tem mandado material aproveitando o dia da tuberculose e, uma vez por ano a gente tem uma reunião na [Secretaria Estadual da Saúde], no final do ano. A gente recebe orientações e ofícios via e-mail ou por telefone. O foco deles é o SINAM, acompanhar os casos do SINAM, o encerramento do caso. Eles acabam nos enviando todas as planilhas onde há casos em aberto, exames de HIV não realizados, isso tudo vem para nós, e, automaticamente, a gente vai cobrar dos municípios. (Enf^a CRS)

De acordo com o MS, cabe à instância intermediária, chamada de ‘regional de saúde’, promover maior proximidade entre os níveis central e local, possibilitando maior agilidade na implantação e/ou implementação de ações de controle da TB ou na resolução de problemas (BRASIL, 2011a).

A instância regional, por sua vez, representa a instância estadual na sua região de abrangência e deve assessorar os municípios na execução de suas atribuições. Dentre outras funções, cabe à Secretaria Estadual da Saúde: a) assessorar as coordenadorias regionais na implantação e/ou implementação do Programa de Controle da TB nos municípios; b) divulgar

para todos os profissionais de saúde, por meio de boletins ou informes, a situação epidemiológica da TB e suas características de doença transmissível e de notificação compulsória; c) apoiar os programas municipais; e d) identificar, mapear e capacitar os profissionais que atuam nas unidades básicas com ações de controle da TB e unidades de referência secundária e terciária para o controle da doença (BRASIL, 2011a, p. 169). Tais atribuições são reveladoras da intenção de estimular a articulação do trabalho nessas duas instâncias, constituindo ou fortalecendo o trabalho em rede, o que repercutiria positivamente na atuação dos municípios.

A análise dos dados do presente estudo revelou também que, devido à centralização das ações em SR, as equipes de AB pouco participam do cuidado ao usuário com TB, o que dificulta o acompanhamento de seu quadro clínico e acaba por estabelecer o SR como a principal porta de entrada do usuário na rede de atenção à saúde.

A medicação tem que passar pelo [Médico do SR], porque é só ele que dá, não é com a gente, nem a liberação do benefício [auxílio-doença], tudo é com eles. Os exames periódicos eu posso solicitar e o [Médico do SR] avalia. Isso tem que seguir, tem que ser assim. É que tá centralizado. Se eles [usuários] não acompanham aqui, eles não dependem daqui. Aqui não é mais a porta de entrada, a porta de entrada é lá. Todo o restante, o SUS consegue manter via posto, porque é a porta de entrada. Como isso foi quebrado em alguns pontos, o SAE e a questão da TB viraram outras portas de entrada. Daí não tem como segurar o paciente, ele acompanha lá. (Médico UIA)

A atual Política Nacional da Atenção Básica preconiza que as unidades de AB assumam a responsabilidade sanitária da população adstrita no território, sendo, preferencialmente, a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde. Para tanto, a organização e o funcionamento dos serviços devem assegurar acessibilidade, acolhimento com responsabilização e resolutividade das necessidades apresentadas pelos usuários. A continuidade da relação clínica obtida por meio da longitudinalidade do cuidado pressupõe a construção do vínculo entre a equipe da AB e o usuário e permite acompanhar os efeitos das intervenções de saúde e de outros elementos presentes na vida do usuário, evitando as “(...) iatrogenias decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado” (BRASIL, 2012b, p. 21).

Da mesma forma, a APS determina a base para o trabalho de todos os demais níveis do sistema de saúde, pois ela organiza e racionaliza o uso de recursos básicos ou especializados, direcionados para a promoção, manutenção e para a melhoria da saúde. De modo geral, a APS oferece a entrada no sistema de saúde para às necessidades e aos

problemas apresentados pela pessoa no decorrer de sua vida. Além disso, possui funções comuns a outros níveis do sistema, como responsabilidade pelo acesso, pela qualidade e pelos custos; atenção à prevenção, ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe (STARFIELD, 2002). Neste estudo, a centralização do atendimento aos usuários com TB em SR desobriga as equipes da atenção básica a se envolverem com a atenção à TB, acarretando situações como a falta de busca ativa de sintomáticos respiratórios ou de casos suspeitos que possuem contato com doentes com TB. O limitado número de profissionais que atuam no SR também não permite que a busca ativa ocorra nos bairros do município.

A busca ativa raramente ocorre. Eu vejo que a busca ativa é vista no momento em que surge um caso naquela comunidade, aí os vizinhos ficam sabendo, aí eles se preocupam e acabam procurando a unidade. Mas por parte da equipe eu acho que hoje não existe busca ativa, não é um trabalho sistemático. (Enfª CRS)

A busca ativa é uma atividade de saúde pública, cujo objetivo é identificar precocemente pessoas suspeitas de possuir TB pulmonar e interromper a cadeia de transmissão. O principal sintoma a ser observado é a presença de tosse por tempo igual ou superior a três semanas. Cerca de 90% dos casos são de TB pulmonar e, desses, 60% são bacilíferos. A busca ativa é uma estratégia recomendada internacionalmente e deve ser realizada permanentemente por todos os serviços de saúde, do nível primário ao terciário. As equipes de ESF e PACS devem investigar mensalmente os casos suspeitos de TB pulmonar, durante a visita domiciliar (BRASIL, 2011a).

A falta de busca ativa de casos suspeitos ou confirmados é considerada um dos grandes entraves à detecção precoce da TB. O fato de o usuário com TB (caso confirmado) estar vinculado a um SR faz com que a equipe de AB não realize a busca ativa de seus comunicantes. Foi possível detectar esta situação junto à equipe de ESF do U1A, pois a filha de U1A recebeu a vacina BCG logo após o nascimento, sem ter realizado anteriormente o Teste de Mantoux, conforme preconizado pelo MS.

Ela [esposa U1A] deve ter feito o Mantoux na gestação, eu acho. Até porque, se dá reagente, nem vacina [BCG] a criança, não pode. Ela [a criança] deveria fazer o Mantoux e, se der positivo, usar a medicação por três ou seis meses, para depois aplicar a BCG. Então, eu acredito que, na gestação, ela [esposa U1A] deve ter feito [o Mantoux]. (Médico U1A)

Não sei sobre a mãe, mas a menina [filha do U1A] recebeu a BCG aqui na unidade quando nasceu. (ACS U1A).

Ações essenciais de cuidado para a prevenção ou tratamento da doença, como a busca ativa de casos suspeitos ou de comunicantes de casos confirmados, e a investigação clínica da doença, por meio da solicitação do exame de escarro, RX de tórax, e nesse caso, o Teste de Mantoux (BRASIL, 2011a) encontram barreiras à sua realização pela equipe de AB.

O Teste de Mantoux ou Prova Tuberculínica (PT) consiste na injeção intradérmica de um derivado proteico do *M. tuberculosis*, em adultos e crianças, para o diagnóstico de infecção latente. Deve ser aplicado 0,1ml do produto, na face anterior do antebraço esquerdo, por profissional treinado, sendo que o mesmo fará a leitura do resultado, no prazo de 48 a 72h após a aplicação. Esse período pode ser estendido para 96h caso o usuário não compareça no dia agendado. A partir de seu resultado será definida a conduta a ser tomada. O teste é indicado para confirmação diagnóstica nos casos de infecção latente. Entretanto, sua não realização pode comprometer o diagnóstico e o consequente tratamento, especialmente quando houver TB pulmonar (BRASIL, 2011a).

Verificou-se que o Teste de Mantoux é centralizado em uma única unidade de saúde (SAE), tanto no município A quanto no B, onde há um profissional treinado para sua aplicação e leitura. Além disso, ambos os municípios estudados disponibilizam o teste para usuários residentes nos municípios que integram a regional de saúde, levando-os a se deslocarem até os municípios, tanto para realizar o teste quanto para sua leitura. Esse fluxo indica um importante problema de gestão regional/estadual do programa, que é a falta de capacitação das equipes de AB para a realização do Teste de Mantoux. Os relatos a seguir evidenciam essa situação.

O Mantoux só faz com o pessoal lá no SAE. (ACS U2A).

O Mantoux é centralizado, porque o local, o material para aplicação, tudo ficou centralizado aqui [SAE]. (AE SR)

O Mantoux permanece centralizado, não só o [município A] aplica o Mantoux para alguns municípios, como nós temos outros municípios, como o [município B], que também acabam assumindo alguns pacientes. O caso do Mantoux é o seguinte: eu não tenho capacitação pra poder capacitar os municípios na aplicação do Mantoux, e só agora [2013] foi aberto pelo Estado, aos municípios, uma capacitação para a aplicação do Mantoux. (Enf^m CRS)

Os resultados da presente pesquisa corroboram conclusões de outros estudos. A necessidade de deslocamento até um serviço de saúde tem sido apontada como um dos principais entraves ao acesso dos usuários com TB à atenção em saúde (CLEMENTINO;

MIRANDA, 2010; ARAKAWA et al., 2011; CAMPOS; FONSECA; PESSINI, 2012). Neste estudo, ficou evidenciado que o problema do deslocamento também afeta os usuários em fase de diagnóstico da doença. A centralização da realização do Teste de Mantoux tem implicações diretas nas condições de acesso dos usuários a esse diagnóstico.

Assim como aqueles que residem em municípios distantes enfrentam longas distâncias para efetuar o teste e ter seu diagnóstico confirmado ou descartado, os usuários que residem nos municípios estudados também necessitam deslocar-se de seu bairro até o centro da cidade para realizá-lo e, posteriormente, para proceder à leitura do resultado, o que pode ser um fator impeditivo para a realização do mesmo. A existência de profissionais treinados nas diferentes equipes de AB para realizar o Teste, tanto nos municípios estudados quanto na região de abrangência da CRS, facilitaria a execução dessa importante etapa diagnóstica.

Ao descentralizar as ações de controle da TB para a atenção básica, o MS orientou os municípios a organizarem uma estrutura própria de serviços que realizasse todas as etapas de atenção à TB, de modo a atender às necessidades dos usuários (BRASIL, 2002a). Para tanto, o Ministério da Saúde definiu as atribuições dos profissionais que atuam nas unidades de AB para o controle da tuberculose. A citação a seguir (BRASIL, 2011a, p. 170) descreve as atribuições que competem à instância municipal no controle da TB:

- monitorar os indicadores epidemiológicos, bem como acompanhar o cumprimento de metas propostas nos diversos pactos.
- coordenar a busca ativa de sintomáticos respiratórios no município, bem como supervisionar e, inclusive, participar da investigação e do controle dos contatos com pacientes bacilíferos na comunidade.
- notificar ao Sinan a identificação de caso de tuberculose no município, bem como acompanhá-lo, por meio do sistema de informação, durante todo o tratamento, com a geração de boletins de acompanhamento mensal.
- consolidar e analisar os dados gerados pelo sistema de informação, oferecendo informações por meio de boletins ou informes, além de utilizá-las para fins de planejamento, de monitoramento e de avaliação.
- assegurar a realização dos exames diagnósticos, conforme preconizado nas normas.
- participar da operacionalização dos tratamentos diretamente observados no município e acompanhar as medidas de controle preventivas e profiláticas.
- providenciar, junto ao órgão regional ou estadual, os medicamentos para o tratamento dos casos descobertos e distribuí-los às respectivas unidades de saúde.
- zelar pela vacinação BCG dos recém-nascidos.
- articular-se com as unidades executoras, com a equipe da ESF e/ou com o agente comunitário de saúde e com os segmentos organizados da comunidade, visando a aperfeiçoar as ações de controle da tuberculose em todas as suas fases, inclusive com a participação da sociedade civil na promoção à saúde e no controle social das ações realizadas pelos três níveis de governo.
- identificar e organizar a rede de laboratórios locais e suas referências municipais, regionais e estaduais.

- identificar, mapear e capacitar unidades básicas com ações de controle da TB e unidades de referência secundária e terciária para o controle da doença com o apoio dos estados.

De acordo com o MS, o município é responsável pela articulação entre as diversas unidades executoras da atenção à TB, seja equipes que atuem na ESF ou no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em unidades convencionais, ou em SR, seja segmentos organizados da comunidade que podem contribuir na abordagem à TB (BRASIL, 2011a).

Dentre essas atribuições destacam-se, aquelas relativas à Vigilância Epidemiológica dos municípios. Da sua competência e capacidade de gerenciamento dependerá, em grande parte, o cumprimento das metas fixadas para o controle da TB e, especialmente, a avaliação do conjunto de decisões e de ações realizadas na prevenção e assistência aos doentes com TB (BRASIL, 2011a). Como indicado anteriormente, os dados epidemiológicos referentes à TB têm recebido pouca atenção por parte da equipe de gestão de um dos municípios estudados. Esse problema não é exclusivo do Rio Grande do Sul.

Estudo realizado na capital do estado do Amazonas, por Marreiro et al. (2009), a partir da análise das notificações de casos de TB registradas no Sistema de Notificação de Agravos Notificáveis (SINAN), indicou inconsistências nos registros, dados incompletos e duplo registro de usuários na mesma unidade ou em unidades diferentes. Os autores alertam que o registro sistemático e correto no SINAN, como a notificação e encerramento de casos, é fundamental para que todo o sistema de vigilância epidemiológica apresente bom desempenho, permitindo avaliar a representatividade dos dados. Nesse sentido, destaca-se que os registros dependem da organização e da cobertura das atividades de vigilância epidemiológica e são ações que envolvem todos os profissionais de saúde da rede de atenção.

Outro problema relatado pelos profissionais durante a implementação dos PTS foi o descontrole na distribuição de medicamentos aos usuários e na forma que estes fazem uso daqueles. Tal situação é percebida tanto pelas equipes que atuam na atenção básica como pelas que trabalham nos SR.

A pessoa retirava a medicação, mas não estava apresentando melhora clínica. Fui fazer uma VD e a pessoa tem 'n' medicações estocadas em casa, tomando de forma inadequada. E ela já estava impregnada da Rifampicina. (Enfª SR)

E começava a surgir remédio. Não sei de onde que ele tinha tanto remédio. Eu acho que é da primeira etapa, daquela vez que ele estava internado. (ACS UB)

Teve uma vez que esposa mostrou a medicação, tinha oitenta e quatro comprimidos. Aí começou a não fechar as quantidades de comprimidos que ele dizia que pegava lá [SAE] e que ele dizia que tomava. A filha disse que o pai não foi buscar os medicamentos e que os existentes em casa eram os que ele não tomou nos meses anteriores. Então, a gente concluiu que, durante o TDO, ele só tomava os remédios quando a gente visitava ele, e o restante ele escondia de nós. (Enfª UB)

A esposa do UIA disse que a medicação que ele pega aqui na sexta e leva para tomar no fim de semana, ele chega em casa e joga lá, num canto, e não toma. (ACS UIA)

Eu só vou ver o paciente daqui a um mês e, às vezes, eles juram para gente que estão tomando o remédio, e não tão. E vão lá e pegam mais remédio. (Médico SR)

A concentração das ações relativas ao controle à TB, bem como de suas demandas, e da atenção aos usuários acometidos pela doença em poucos profissionais (um médico e uma auxiliar de enfermagem, no município A e uma enfermeira, no município B), parece indicar que, no cenário estudado, a abordagem da problemática da TB está focada no atendimento médico e no uso de medicamentos. O investimento pontual no manejo da terapêutica em detrimento de todos os outros aspectos envolvidos na imbricada relação saúde-doença-cuidado expõe a distância que existe entre a atenção em saúde no campo da TB e os princípios do SUS, em especial, o da integralidade. As falas a seguir ilustram esse argumento.

Não contaminar outras pessoas, essa é a nossa grande preocupação. Em se tratando de uma doença infectocontagiosa, o tratamento é o principal foco. (Enfª UB)

Eu acho que as equipes de AB pensam que, por ter o remédio, o paciente vai pegar aquele remédio, vai tomar e vai se curar. É isso, né?! (Enfª CRS)

[Os usuários] vêm consultar, fazem os exames. Se o diagnóstico é positivo, eles pegam a medicação. A gente marca para daqui um mês. Tem uma carteirinha que se marca para daqui um mês. E se fala 'se der algum problema, se não tiver legal e tal, vem aí, fala com a [AE], marca uma consulta, e a gente vê antes dessa data'. (Médico SR)

Os dados revelam que, ao desconsiderar as singularidades dos usuários, a atuação profissional centrada na consulta médica, na terapia medicamentosa e na presença/ausência de sinais e de sintomas da TB, restringe de modo significativo as possibilidades para negociar ou promover a adesão ao tratamento de usuários não aderentes.

Quando tu vai na casa dele, ele é bem receptivo: 'Ah já estou indo no posto'. Mas aí quando tu vai falar com a enfermeira, ele não veio. (ACS UIA)

É difícil lidar com essa pessoa, porque ele concorda com tudo, é tudo maravilha, mas ele não faz nada. (ACS U2A)

Como alerta a literatura, ações orientadas pela lógica do modelo clínico e centradas nos procedimentos e nos atendimentos médicos, em detrimento de ações multiprofissionais, muito dificilmente irão contemplar o conjunto complexo dos elementos implicados na vida dos indivíduos acometidos por TB, que resulta em vulnerabilidade e que interfere no processo saúde-doença-cuidado (CLEMENTINO; MIRANDA, 2010).

Na realidade estudada, a centralização do atendimento em um SR tem privado os usuários com TB de serem acompanhados pela equipe de saúde em nível local e, conseqüentemente, de estabelecerem vínculo com esses profissionais. O tratamento centralizado em um SR, por sua vez, não é garantia de estabelecimento de vínculo entre os usuários e essa equipe.

Muitas vezes, eles fortalecem os vínculos conosco e não vão mais à sua unidade de referência [UBS] e a proximidade do usuário com sua equipe [UBS] não garante o vínculo e não garante a adesão [ao tratamento]. (Enfª UB)

Eu sou o que menos capacidade tem de fazer o acompanhamento das pessoas. Se a unidade básica fizer o acompanhamento da pessoa, eles vão ter muito mais ligação com esse doente. (Médico SR)

O vínculo entre profissionais da saúde e usuários pode ser tratado como uma dimensão da APS. Vínculo pressupõe existência de uma fonte regular de atenção ao longo do tempo e requer o estabelecimento de laços pessoais que demonstrem apoio e cooperação mútuos (STARFIELD, 2002). Nesse sentido, em conjunto com o acesso e o com acolhimento, o vínculo contribui para a qualificação das ações em saúde, promovendo melhor acolhimento e maior agilidade e resolutividade.

O distanciamento entre o cotidiano de vida dos usuários acompanhados na presente pesquisa e os profissionais responsáveis por dar conta das demandas da atenção dificulta a compreensão sobre as causas da não adesão ao tratamento, resultando numa racionalização da não adesão pela via da culpabilização do doente (OLIVEIRA, 2011). Em estudo realizado por Campos, Fonseca e Pessini (2012), a avaliação do percurso assistencial percorrido pelos doentes com TB revelou que, apesar do reconhecimento das falhas no serviço relacionadas aos profissionais e à gestão, em alguns momentos, alguns profissionais ainda responsabilizam os usuários pelo insucesso terapêutico. Essa tendência em responsabilizar o indivíduo com TB

pelo comportamento não aderente é alvo de crítica de um gestor, como ilustra a fala a seguir:

Infelizmente a gente [profissionais] está muito atrelada ainda à coisa antiga, mecânica, tecnicista, que faz com que muitos profissionais se joguem numa zona de conforto: 'Bom, eu entrei no jogo, eu reproduzo e, se o senhor fulano, que tem tuberculose, não apareceu, bom, isso é azar dele. Nós tínhamos reservado a agenda, tem aqui o remédio dele, ele não foi, é ele que é desleixado'. Você coloca a responsabilidade no doente, não na pessoa [profissional]. (Gestor municipal)

A análise dos dados sugere que, se, por um lado, é importante a proximidade entre os serviços de saúde e o usuário com TB, por outro, isso não garante as condições para o estabelecimento e para a manutenção do vínculo profissional-usuário. Na realidade estudada, isso não favoreceu a aproximação e o envolvimento entre a equipe de saúde, os usuários e suas famílias, provavelmente em função das características dos modos de gestão e de estruturação dos serviços.

Essa população está mais cercada dos serviços de saúde, mas é a que tem uma evasão e uma não adesão maior. A garantia do serviço próximo a sua residência, do serviço dentro da sua área aparentemente teria que existir, assim como a adesão do paciente aos profissionais e dos profissionais ao paciente. (Enfª SR)

As diretrizes de funcionamento das ESF buscam romper com a forma individualizada e fragmentada com que o cuidado com o usuário, incluído o usuário com TB, vem sendo praticado, para que novas e diferentes dimensões implicadas no adoecimento possam ser observadas. A ESF propõe uma reorganização do trabalho, o qual deve ser construído tendo por base a equipe, visando a práticas resolutivas e integrais (COELHO; JORGE, 2009). Essa também é a proposta da Política Nacional de Humanização, a qual visa a produzir um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde – usuários, profissionais e gestores e a qualificar os vínculos entre eles (BRASIL, 2004a).

Criar e fortalecer vínculo indica o interesse e a responsabilização do profissional com a saúde e com as necessidades do doente, desperta sentimentos de segurança e de confiança e corrobora para que o assistido procure com mais frequência o serviço, por meio do qual se percebe acolhido e ao qual é vinculado, facilitando o acesso ao serviço (LIMA et al., 2007). A fala a seguir ilustra esse conceito em relação ao acompanhamento do UB pela equipe que atua na UBS.

(...) esse paciente poderia ficar lá [UBS], poderia estar fortalecendo vínculos com aquela equipe. Porque lá eles sabem o que tem a mãe, o pai. O paciente mora uma

ou duas casas da unidade. Eles conhecem aquele paciente, eles só não têm vínculos fortalecidos com ele (...) porque, pra ele vir até nós, é bem mais difícil. (Enf^ª SR)

Por outro lado, há o reconhecimento por parte da coordenadora regional do PNCT de que há muito a ser feito com relação à tuberculose na região.

Eu vejo assim: ainda tem muito a fazer, até porque eu não consigo ir muito a fundo, mas eu vejo que faltaria fazer um trabalho mais aproximado com as equipes. Porque uma coisa é tu orientar por telefone ou tu chamar eles aqui, na regional, a partir do momento que eles têm de assumir um paciente. Outra coisa é tu ir no município, conversar com toda a equipe, observar de que forma eles se organizam com relação à tuberculose. Porque tem que existir o livro de registro de casos, o livro de registro de baciloscopia, as investigações, observar o SINAM, se todos os pacientes estão cadastrados, o andamento do tratamento. Eu não consigo estar mais perto das equipes, ir ao município, fazer essa observação e esse trabalho lá, junto com eles. Eu fico fazendo esse trabalho na regional. Então eu vejo que a regional [CRS] deve muito aos municípios, talvez os municípios não assumam mais por causa disso também. A regional deveria tá cobrando mais deles e orientando mais. Porque não adianta tu cobrar se tu também não oferecer uma capacitação, um acompanhamento mais de perto, e, a partir daí, sim, a gente estar cobrando essas ações, não só no tratamento, mas também na parte preventiva, que eu acho que é o mais importante, trabalhar o preventivo, porque os casos estão aí, esses têm que ser tratados, mas tem toda uma orientação que tem que ser dada antes, para que outros não aconteçam. (Enf^ª CRS)

Como ilustra a fala acima e como a análise do conteúdo desta subcategoria sugere, ainda há muito a se fazer para o controle da TB em ambos os municípios estudados. Essas mudanças só acontecerão a partir de profundas intervenções nesse cenário, as quais iniciam pela forma como a atenção à TB está sendo conduzida regionalmente.

Os dados sugerem que os profissionais identificam elementos que integram o processo saúde-doença dos usuários no contexto da TB e que compõem sua vulnerabilidade individual e social. Contudo, o reconhecimento da influência de situações de vulnerabilidade nesse processo por parte dos profissionais não inclui a necessária valorização da estrutura e da organização do trabalho centralizada nos SR como fatores igualmente implicados. Assim como em outros estudos, a análise empreendida na presente pesquisa indica que a centralização do atendimento à TB nos SR se constituiu em obstáculo ao acesso organizacional, geográfico e econômico de usuários portadores da doença e de seus comunicantes aos serviços, configurando-se em uma vulnerabilidade programática.

Essa situação desencadeia consequências, como falhas de comunicação entre gestores e profissionais que atuam em nível municipal e regional e como o desconhecimento sobre as diretrizes do PNCT e sobre as competências dos profissionais que atuam em cada nível de atenção, em especial, as equipes da AB.

As ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam nos SR dos municípios ainda estão orientadas pela lógica do modelo clínico tradicional, centrada no procedimento e no ato médico, o que reforça o caráter biomédico tanto da gestão quanto da assistência. A ênfase dada pelos profissionais que atuam nos SR esteve restrita às questões de transmissibilidade e de tratamento da TB, excluindo do diálogo os condicionantes do processo saúde-doença que atingem a vida cotidiana das pessoas, restringindo a margem de negociação do cuidado com os usuários, o vínculo e o estabelecimento de uma relação de confiança entre ambos.

A existência de SR é preconizada pelo atual PNCT. Porém, suas atribuições estão direcionadas a atender casos de maior gravidade, que exigem o manejo por um especialista. Os demais casos devem ser buscados, diagnosticados e, se necessário, tratados na AB, pois isso colocaria a equipe em estado de alerta para a busca ativa de novos casos, favoreceria o acompanhamento do tratamento e de possíveis interrupções. Isso também facilitaria a definição de uma proposta de trabalho que priorizasse a promoção da saúde dos usuários e que atendesse, de forma integral, à demanda dos que procurassem os serviços de saúde.

A partir dessas reflexões, percebem-se os limites da atuação dos SR e reforça-se a importância da descentralização para a atenção básica do atendimento ao usuário com TB. Considerando complexo o adoecimento pela TB e seu caráter debilitante, o qual não envolve somente a patologia, mas sua determinação social, a abordagem da mesma demanda a atuação de uma equipe multidisciplinar e a organização de parcerias bem estabelecidas entre os serviços de saúde com outros serviços existentes nos municípios, como o CAPS AD, os setores de assistência social e o Ministério Público, de modo a ampliar a visão sobre o modo como os usuários adoecem e, conseqüentemente, definir as formas de intervenção.

Para a viabilização das ações de controle da TB na AB é fundamental a conscientização, o envolvimento, a integração e a articulação permanente de todos os envolvidos no controle da doença nos diversos níveis do sistema de saúde, de modo a viabilizar o planejamento, a implementação e a avaliação em conjunto das estratégias e das tecnologias adotadas principalmente no nível municipal, que é onde ocorre, de fato, o acompanhamento do usuário com TB (MONROE et al., 2008).

Conforme sugeriu a análise realizada nesta categoria, o enfoque dado à vulnerabilidade programática e sua interface com as dimensões individuais e sociais contribuem para repensar as práticas de saúde e trazem subsídios para a organização do cuidado ao doente por TB, uma vez que ela pode reproduzir ou aumentar as condições de vulnerabilidade das pessoas com TB (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012).

6 O DESAFIO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE E DE NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: “a equipe é reduzida ou a agenda é mal construída?”

As equipes acabam atoladas numa demanda difícil, de pessoas que vão lá buscar atendimento, e elas não conseguem se dar o tempo, até pela falta de conhecimento, para tratar do PTS. Existe uma fala ‘Ah, não estamos conseguindo fazer muita coisa porque a equipe é reduzida’. Eu tenho questionado eles no sentido de que a equipe é reduzida ou a agenda é mal construída?(Gestor municipal)

A fala acima ilustra uma das principais dificuldades enfrentadas pelas equipes que atuam na AB, que é a gestão da clínica num cenário de prática ainda orientado pelo modelo biomédico. Apesar de todo o arcabouço doutrinário e organizativo preconizado pelo SUS, a busca de solução para os problemas de saúde tende a ser mais normativa e prescritiva e menos estratégica e comunicativa. Essas duas perspectivas de busca de solução serão analisadas no presente capítulo.

Foram destacadas na análise empreendida até aqui as particularidades e as semelhanças entre os contextos de vulnerabilidade vivenciados pelos usuários acompanhados na pesquisa. Cada usuário tem uma história de vida caracterizada por conflitos familiares, perdas e separações, pobreza e discriminação social. Esses elementos constituem de modo mais recorrente, o conjunto de características que conferem singularidade aos contextos de vulnerabilidade acessados na pesquisa. Por outro lado, a baixa escolaridade, o uso de álcool, o consumo e tráfico de drogas, como o crack, e a passagem pelo sistema prisional foram identificados na análise como elementos que, por serem vivenciados de modo semelhante pelos usuários, resultam no que foi chamado de vulnerabilidades compartilhadas.

A conclusão de que a vulnerabilidade individual e social é uma característica comum às pessoas acometidas por TB, principalmente àquelas que não aderem ao tratamento, não é um dado novo, dados os inúmeros estudos epidemiológicos que já evidenciaram indivíduos com este perfil. O que pode ser considerado inovador é a constatação de um grau significativo de vulnerabilidade programática neste contexto.

A análise indicou que, no contexto do estudo, a atenção aos usuários com TB é centralizada em SR, o que contraria o preconizado pelo MS. O processo de descentralização da atenção, substituindo o trabalho dos SR pela ação das equipes de AB, não está suficientemente compreendido nem pelos gestores, nem pelos profissionais, que seguem confusos no que tange às suas funções relativas à atenção aos usuários com TB. Esta falta de

clareza é notável desde a coordenação regional até a gestão municipal. Além disso, a análise indica que a TB ocupa um plano secundário no planejamento das ações em saúde dos municípios estudados. Um indicativo da falta de valorização da TB no âmbito da gestão em saúde dos municípios é a pouca atenção conferida aos dados epidemiológicos disponíveis. Em nenhum momento, fez-se referência a esses dados nos contatos da pesquisadora com os gestores, apesar de haver nos SR um Livro de Controle de Tratamento dos Casos de TB, com o registro do desfecho de cada caso. Tais resultados não foram valorizados o suficiente como objetos de análise e subsídios para o planejamento, a gestão e a avaliação das ações no campo da TB.

Também vale referir nesta síntese de análise que o foco do atendimento nos SR dos municípios está centrado na consulta médica realizada por especialista, na solicitação de exames diagnósticos e na disponibilização de medicamentos pela AE. No município B, a equipe dispõe também do trabalho de uma profissional enfermeira, que coordena o SAE. Como já apontado anteriormente, nesse cenário, é mais difícil o êxito da equipe nas ações em saúde. Com equipes reduzidas, torna-se difícil atender as singularidades dos usuários, o que mantém e agrava o contexto de vulnerabilidade em que vivem. Há poucas chances de sucesso tanto no que diz respeito aos esforços para intervir em situações de não adesão ao tratamento, quanto, num âmbito mais amplo, na cura da doença.

O presente capítulo propõe-se a ampliar a análise desenvolvida até aqui, enfocando a utilização do PTS como tecnologia promotora de adesão ao tratamento da TB no cenário apresentado no capítulo anterior. A análise sugere que as equipes têm enfrentado dificuldades para lidar com a problemática da TB, especialmente considerando a necessidade de valorizar as singularidades dos usuários que não aderem ao tratamento, em uma conjuntura de gestão e atenção pouco favoráveis para que isso aconteça.

A análise aqui apresentada é oriunda de dados disponibilizados a partir dos encontros realizados com as equipes de saúde no desenvolvimento dos PTS. Incluem-se, ainda, dados obtidos em entrevistas realizadas com os profissionais responsáveis pelo atendimento aos usuários com TB nos SR, bem como, os obtidos com quem atua na gestão da saúde nos municípios. Conforme descrito na metodologia, inicialmente a proposta do estudo foi explicada aos gestores municipais e aos profissionais que atuam nos SR e nas três equipes de AB onde os PTS foram desenvolvidos.

A necessidade de discutir o processo de trabalho para a operacionalização dos PTS envolveu as equipes num exercício de “dar-se conta”, provavelmente raro naquele contexto, o

qual resultou numa análise coletiva dos modos de organização e de funcionamento dos serviços, em especial, os referentes à atenção ao usuário com TB. À medida que se discutia a problemática específica dos usuários não aderentes, foi esclarecida aos profissionais a existência de espaços em que a atuação é necessária, porém, até então, negligenciada. A análise do modo como os profissionais realizavam o cuidado nas ações cotidianas revelou-lhes questões subjetivas que atravessam o processo de cuidar e que, por isso, interagem na produção de fatores condicionadores na implantação dos PTS.

Os encontros para desenvolver os PTS revelaram que, além das questões que envolviam a organização dos serviços de AB e dos SR no tocante à atenção ao usuário com TB, a construção destes projetos demandaria planejar ações e investimentos dirigidos exclusivamente para cada caso. Para isso, seria necessária uma convivência intensa entre os membros da equipe, bem como, o estabelecimento de fluxos de interlocução com profissionais que integram outros serviços da rede de atenção à saúde dos municípios.

No processo de construção dos PTS, causou estranheza às equipes da AB e dos SR a informação sobre a diretriz governamental de que o tratamento da TB deveria ser descentralizado para a AB. A desinformação acerca da questão causou igual surpresa à pesquisadora, uma vez que se esperava que não só a orientação acerca da descentralização tivesse sido repassada às equipes, mas também que sua implantação estivesse em andamento. Essa desinformação também foi verificada entre os usuários acompanhados, já que seus vínculos permaneciam apenas no âmbito dos SR.

O desconhecimento das equipes de AB em relação à necessidade de descentralizar o atendimento aos usuários com TB gerou muita insegurança em relação à viabilidade da implantação dos PTS. Nesse sentido, algumas questões foram alvo de preocupação desde o início da elaboração do projeto de intervenção: Como as equipes responderiam à proposta? Haveria a adesão das equipes ao PTS? Como se daria o processo de aproximação entre as equipes de AB e os usuários que não aderiam ao tratamento da TB? As equipes de AB assumiriam o cuidado desses usuários? E como os gestores se posicionariam frente à provocação feita pelo PTS, de descentralizar as ações básicas de controle da TB para a AB? Que dificuldades ocorreriam ao longo desta jornada?

O presente capítulo, dividido em duas subcategorias, vai tratar destas questões. A primeira subcategoria, “O Projeto Terapêutico Singular como Tecnologia para a Promoção da Adesão ao Tratamento da Tuberculose: novas agendas para as equipes de Atenção Básica”,

pauta a experiência da implantação do PTS pelas três equipes acompanhadas, com foco na análise dos elementos que interferiram no processo.

Os dados indicam que a inclusão do PTS no conjunto de estratégias tradicionalmente utilizadas pelos serviços na atenção ao usuário com TB não aderente ao tratamento configurou-se num desafio para os profissionais de saúde que atuam nesse contexto. Ou seja, o reconhecimento das dificuldades para levar em conta as singularidades dos usuários não aderentes ao tratamento sugere o desenvolvimento de um olhar crítico sobre o *modus operandi* vigente pelas equipes envolvidas. A crítica destacou, principalmente, os modos vigentes de gestão, isto é, a estrutura que dá sustentação ao trabalho.

A segunda subcategoria, intitulada “Experienciando o Projeto Terapêutico Singular pelas equipes de Atenção Básica: limites, potencialidades e movimentos decorrentes”, aponta o desfecho da não adesão ao tratamento pelos usuários, as potencialidades atribuídas ao desenvolvimento dos PTS em nível municipal e regional e os movimentos decorrentes considerando os limites apresentados.

6.1 O Projeto Terapêutico Singular como Tecnologia para a Promoção da Adesão ao Tratamento da Tuberculose: Novas Agendas para as Equipes de Atenção Básica

O desenvolvimento dos PTS de usuários que não aderem ao tratamento da TB junto às três equipes de profissionais que atuam na AB percorreu várias instâncias do processo de cuidado, as quais foram sendo acessadas à medida que os encontros ocorriam. Assim, foram se constituindo novas agendas a serem incluídas no cotidiano das equipes. Ao longo do processo, foram evidenciadas questões relativas ao modo como os profissionais compreendiam e realizavam o trabalho na AB; questões relativas à organização de cada serviço e à atuação em rede; questões relativas aos limites da gestão e dos serviços; questões relativas às deficiências de infraestrutura das unidades de saúde.

Na mesma linha dos encontros de PTS junto às equipes de AB, as entrevistas realizadas com os profissionais de referência, com os gestores municipais e com a enfermeira coordenadora regional do PNCT apontaram diversos elementos diretamente relacionados à proposta inicial deste estudo de analisar a contribuição de PTS para a promoção da adesão ao tratamento da TB.

Os dados analisados indicam que os profissionais das equipes de AB têm dificuldade para operar numa lógica não centrada na clínica, a qual é conformada pelo modelo de atenção e de gestão fundado na racionalidade biomédica. Suas práticas são fragmentadas e hierarquizadas, com ênfase na cura das doenças. Nessa perspectiva, o usuário tem pouco ou nenhum poder de decisão sobre o projeto terapêutico ao qual deverá ser submetido. Este modelo atua na contramão dos princípios doutrinários do SUS, o que resulta em ações que tendem a se distanciar do preconizado pelas políticas de saúde. Num cenário como este, a adesão dos profissionais da AB a propostas de ação centradas no sujeito encontra inúmeras barreiras. Foi o caso dos processos de inserção dos PTS nas agendas das equipes que participaram desta pesquisa.

O desenvolvimento dos PTS demandou dos profissionais das equipes de AB, envolvimento nas etapas que constituem sua operacionalização (BRASIL, 2009a; OLIVEIRA, 2010). Cada equipe se organizou para acolher a proposta e, em cada uma delas, algum aspecto teve maior ou menor destaque, de acordo com o contexto.

Durante o processo de implantação dos PTS, foram realizadas várias ações e intervenções, destacando-se as reuniões de equipe, os contatos com as equipes dos SR, as visitas domiciliares, a busca ativa e os atendimentos clínicos aos usuários acompanhados. Foram escolhidos os profissionais de referência em cada equipe: para o U1A, o médico e a ACS; para o U2A, o técnico de enfermagem e a ACS; e para o UB, a enfermeira e o ACS. Foram realizados entre 08 (U2A e UB) e 13 (U1A) encontros com a pesquisadora e as equipes de AB. Em cada encontro, foram retomados o caso clínico e o contexto de vulnerabilidade em que cada usuário estava inserido. Além disso, a equipe relatava as atividades realizadas junto aos atendidos, sendo feitas novas combinações.

Inicialmente, o desafio foi promover a adesão dos profissionais à proposta de utilização do PTS, que envolvia colocar em ação uma nova tecnologia, o PTS, dirigido a um tipo de usuário que não era reconhecido como sendo de responsabilidade das equipes de AB. Além disso, como o cuidado aos usuários com TB estava centralizado nos SR e a descentralização para a AB era uma orientação desconhecida das equipes, a discussão do assunto implicou, primeiramente, uma avaliação da viabilidade da proposta, levando em consideração uma análise da organização dos serviços.

Nós estamos preparados para fazer isso? Nós temos equipe suficiente para fazer isso? (ACS U2A)

Os encontros foram acontecendo e gradativamente estes assuntos foram abordados junto às equipes: a existência de usuários que não aderiam ao tratamento da TB, os quais, apesar de residentes na área de abrangência das ESF/UBS, não estavam sendo acompanhados pelas equipes; o papel dos SR e da AB em relação ao cuidado a estes usuários; a concepção de trabalho em saúde coletiva e, conseqüentemente, a forma como os serviços da AB estão organizados e são conduzidos pelas equipes, bem como, a possibilidade de descentralização do tratamento da TB dos SR para a AB.

Após conhecer as etapas e compreender a finalidade da elaboração de um PTS dirigido a um usuário específico, um possível entrave emergiu nas discussões.

Será que ele aceita se expor num grande grupo? Porque se colocar toda a equipe, direto nele, ele vai se espantar e não vem mais. (Enf^o U2A)

Teria que conversar com ele e ver se ele quer participar, se ele viria até aqui. (ACS UIA).

Como referido anteriormente, o PTS é uma tecnologia operacionalizada por uma equipe multiprofissional, orientada pela necessidade de resolução de um determinado problema, por meio da elaboração de um plano de atividades e ações, dirigido a indivíduos em situação de vulnerabilidade. Durante a atividade, os usuários são convidados a participar conjunta e ativamente do PTS, caracterizando a coprodução da problematização, do projeto, da gestão e da avaliação do processo, a fim de oportunizar à equipe conhecer a capacidade do usuário de interferir na sua relação entre a vida e a doença (OLIVEIRA, 2010).

A inclusão dos usuários na roda para que sua participação pudesse ser ativa no planejamento e na execução do próprio projeto terapêutico (OLIVEIRA, 2010) não era uma ação corriqueira entre os profissionais, o que gerou sensação de insegurança em relação à implantação desta nova tecnologia e a reação dos usuários a um convite inusitado. Como esta ação implicaria trazer os usuários para a unidade, eles passariam a circular entre os profissionais e os demais usuários atendidos no serviço. Nesse sentido, ter TB ativa, condição dos usuários com TB que não aderiram ao tratamento estarem com a doença ativa, trouxe a possibilidade de contágio, o que assustou os profissionais. Mesmo assim, o processo foi bastante discutido.

A forma de efetivar o convite foi a primeira questão tratada. A ideia foi convidar cada usuário para participar de uma reunião da equipe, que ocorre na unidade de saúde, em dia e horário determinados. Essa ação tornaria o PTS ‘oficial’ para a equipe e para o próprio usuário. As discussões sobre alternativas de introduzir o usuário no processo tornaram mais clara a falta de vínculo entre usuário e serviço, além da inexistência de participação do usuário na definição do cuidado do qual ele é sujeito. O fato de as equipes operarem com um modelo de atenção que não incluía o usuário no planejamento do projeto terapêutico e, por isso, desconheciam como fazê-lo era um entrave à participação do usuário no PTS. Outro entrave de grande importância, não apenas à inclusão do usuário na construção do PTS, mas à própria implantação do PTS, era a inexistência de responsáveis pela atenção aos usuários com TB nas agendas das equipes.

Os profissionais tinham ciência de que os usuários não possuíam vínculo com os serviços e que sua participação em encontros com todos os membros da equipe poderia constrangê-los e, até mesmo, prejudicar o PTS. No caso específico do U1A, o profissional médico sugeriu realizar uma consulta médica antes de envolver os demais profissionais, a fim de conhecer o usuário e sua história clínica.

Eu acho melhor ele vir até a unidade. Daí fica uma coisa mais formal. (...) E sozinho é mais fácil para a pessoa chegar e contar os seus problemas para uma pessoa que ela não conhece. (...) Não vão colocar toda a equipe. Vai ter que ser aos poucos, para ganhar a confiança do cara. (Médico U1A)

Como as dificuldades não puderam ser sanadas no período de tempo disponível, as equipes acabaram não efetivando o convite aos usuários para a participação nos encontros organizacionais dos PTS. No caso do U1A, foram realizadas duas consultas com o profissional médico, que solicitou um tempo maior para conhecê-lo antes de convidá-lo para os encontros de PTS. Assim, estes foram os únicos contatos entre o profissional e o U1A em três anos de atuação do médico naquela unidade. Este dado revela que a centralização do atendimento aos usuários com TB acarretou a não execução das atividades que competem à equipe que atua em ESF, como conhecer a clientela, neste caso, o usuário com TB que não aderiu ao tratamento, acolhê-lo e formar vínculo, ações que possibilitam o conhecimento de sua situação de vulnerabilidade, o planejamento e a implantação de ações pertinentes.

O U2A, por sua vez, não era bem-vindo à unidade, pois a equipe o considerava um risco pelo fato de a doença estar ativa. Este temor evidencia o desconhecimento dos profissionais em relação aos modos de transmissão e das medidas de prevenção da TB.

No caso do terceiro usuário acompanhado (UB), a dificuldade levantada pela equipe para trazê-lo à unidade para discutir seu PTS estava relacionada à restrição de sua circulação no bairro devido a desavenças com traficantes.

Também foram considerados problemas para a implantação do PTS, a necessidade de garantir o sigilo da equipe em relação aos detalhes de cada caso, como também, a possibilidade de ter que explicar à comunidade a participação de um usuário nas reuniões das equipes. Apesar de não ter sido explicitamente referido pelos profissionais durante os encontros de PTS, a preocupação com o sigilo das informações provavelmente está relacionada à condição dos três usuários com TB acompanhados, que utilizam drogas ilícitas, bem como estão envolvidos com traficantes. O possível risco em relação à falta de sigilo dos profissionais acerca de questões debatidas nos encontros pode resultar na insegurança da equipe quanto a, entre outras, dar continuidade às intervenções junto com os demais usuários do serviço; limitar sua livre circulação no bairro, bem como, realizar atividades nas escolas, clubes de mães.

Mas a gente tem que deixar bem claro para ele, até fazer um termo, que o que vai ser conversado aqui, morreu aqui, tipo um grupo de autoajuda, um AA. Senão, daqui a pouco ele vai dizer 'eu vou discutir o caso com vocês e o bairro inteiro vai ficar sabendo'. Daí nesse termo pode ficar justificado que se houver vazamento ele pode entrar na justiça. (Enf^o U2A)

- O que as pessoas podem vir a perguntar é ele por que ele está aqui, na unidade, em horário diferenciado, em uma sexta, de tarde, com o posto fechado? (ACS 1 UIA)

- Se perguntarem vocês digam 'Ah não sei, tem que ir na unidade se informar com a enfermeira' ou 'ele veio num acolhimento conversar com a enfermeira' ou 'ele foi levar um documento'. (Enf^o UIA)

- 'Fazer um concerto de uma torneira' ou 'fazer um serviço voluntário'. (ACS 2 UIA)

A preocupação das equipes com o sigilo das informações que circulam no processo de desenvolvimento de um PTS corrobora argumentos já apresentados na literatura. Como refere Oliveira (2010), o processo de construção do PTS envolve realizar diversas ações entre os membros da equipe e entre estes e os usuários, incluindo procedimentos técnicos, interações relacionais ou mobilização de afetos. O autor recomenda a elaboração de um contrato ético que garanta um espaço de fala protegido, bem como a solidariedade, o apoio e a humanização das práticas entre os profissionais, para que estes movimentos alcancem os objetivos desejados (OLIVEIRA, 2010).

Entre os pensadores da saúde coletiva tem sido recorrente o movimento de repensar os limites da clínica tradicional conformada pelo modelo de atenção e de gestão estabelecido pela racionalidade biomédica. Diversos conceitos e dispositivos têm sido propostos com o objetivo de fortalecer a rede de serviços, tendo como questão central, a humanização das práticas de saúde, envolvendo, além da população, trabalhadores e gestores do SUS (BRASIL, 2009a). Este processo tem sido alimentado por alguns referenciais e instrumentos que buscam problematizar os processos de trabalho, como é o caso do acolhimento, da clínica ampliada, da cogestão e do PTS.

No âmbito governamental, a Política Nacional de Humanização (PNH) enfatiza os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção do cuidado, sejam os usuários, os trabalhadores ou gestores dos serviços de saúde, a fim de estimular o desenvolvimento de vínculos e valorizar a autonomia e a corresponsabilização entre eles, nas práticas de saúde (BRASIL, 2009a; SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Ainda, neste momento inicial de discussão dos PTS, os profissionais sugeriram que o principal motivo que estaria dificultando a vinda dos três usuários acompanhados até a unidade para participar do PTS seria o fato de utilizarem álcool e Crack, pois, conforme discutido no capítulo anterior, a adicção leva os usuários ao isolamento social.

Todo o usuário de droga tem isso. Eles são assim, se eles puderem viver dentro da casinha deles, se fechar e ninguém entrar [pausa]. Eles não querem contato. Por isso é mais difícil ainda dele vir até o posto. (ACS UIA)

Geralmente o usuário [de drogas] não quer ter uma vida social tão ativa, em relação o que a gente chama de vida social, tipo, durante o dia conviver com as pessoas. Não, para ele é à noite. Porque ele vai conviver com pessoas que não se importam, nem querem saber se ele é doente ou não. Na verdade o conceito de vida social deles muda. (Médico UIA)

Conforme já destacado, os usuários eram praticamente desconhecidos pelas equipes; porém, no decorrer dos encontros, elas foram se apropriando da história clínica e de vida de cada usuário e, conseqüentemente, foram compreendendo melhor as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas. À adicção, foram associados outros fatores presentes na vida dos usuários além da TB, cuja abordagem pelas equipes também era necessária. Foi ficando claro que a vinda do usuário até a unidade, o sigilo acerca das informações e a negociação do PTS não dependia somente dele, mas do preparo dos profissionais das equipes

de AB e demais profissionais, bem como dos serviços oferecidos pela rede de serviços de saúde dos municípios.

Eu acho que tem que começar a tratar ele porque ele já é usuário [de drogas] há anos. Tem que ver o que desencadeou tudo isso, o relacionamento dele com a mulher, com as crianças, quais são as insatisfações dele, quais são os objetivos dele. Ele precisa de uma orientação com uma psicóloga toda a semana, porque ele deve ter uma série de problemas por trás disso. No momento que ele começasse a ter esse atendimento ele iria entender a situação e a importância que tem o tratamento para ele e a família dele. Aí ele iria começar a aderir ao tratamento, porque ele tá doente em todos os sentidos, não só a tuberculose. Não adianta querer enfiar comprimido goela abaixo dele se ele não entender a causa, o motivo por que ele tem que se tratar. (Enf^a U1A)

A fala acima é reveladora de um “dar-se conta” da enfermeira, da complexa associação entre fatores produtores de vulnerabilidade que condicionam a adesão ao tratamento e a conseqüente necessidade de tratar, de modo interdisciplinar, o problema da não adesão. Nesse sentido, deve-se destacar, com base no conceito ampliado de saúde, que o agir em saúde, seja em ações dirigidas especificamente a promover a adesão ao tratamento da TB, ou em relação a metas mais amplas, como promover a saúde do indivíduo que não adere ao tratamento, exige que os profissionais considerem os diversos aspectos que influenciam a vida dos usuários.

As reflexões oportunizadas pelos encontros de PTS e a necessidade de ampliar o olhar das equipes sobre o usuário para realizar um acompanhamento integral deixaram-nas frente a frente com a dificuldade em acionar outros serviços para promover a atuação interdisciplinar em saúde. Os depoimentos a seguir dão conta de que as equipes enfrentam barreiras para atender a multiplicidade de necessidades dos usuários que não aderem ao tratamento.

A pessoa tem que ir lá [CAPS], com um familiar. É bem complicado porque às vezes a pessoa não tem condições. Não adianta dizer ‘ah, vai lá [no CAPS] amanhã fazer o acolhimento’. Porque o paciente é agora, quando ele decide. Amanhã ele não vai querer mais. (ACS UB)

Usuários não aderentes são, geralmente, resistentes em aceitar encaminhamentos para atendimento em outros serviços. A drogadição, o isolamento social, além de dificuldades de relacionamento com a equipe são entraves que complicam a organização de um plano terapêutico, com potencial para atender o usuário e suas necessidades. Além das características comportamentais dos usuários não aderentes, a organização da rede de atenção também pode dificultar o trabalho das equipes. A fala acima se refere ao UB, cuja situação de

drogadição repercute significativamente na sua condição, o que remete à imprescindível necessidade de atenção a esse problema. Conforme a organização dos níveis de atenção, este atendimento deveria ser realizado em CAPS, serviços de atenção secundária. Na sequência da sua fala, a ACS UBS faz uma crítica importante ao funcionamento desse serviço, referindo-se à falta de acolhimento do usuário após encaminhamento do serviço de AB.

Eu acho que eles [profissionais do CAPS] tinham que ter esse olhar diferenciado, ter um horariózinho e fazer uma visita, não a pessoa ter que ir lá. Eu acho que o CAPS não teve um lado positivo, não teve o acolhimento que a gente esperava. Eu sei que a demanda deles é muito grande, só que, nesses casos, eles tinham que ter alguma exceção. Porque não é sempre, seria um ou outro que teria de fazer essa exceção. (ACS UB)

O depoimento acima sugere também que a não flexibilização da rotina do CAPS traz dificuldades adicionais para atender as singularidades dos usuários encaminhados pelo serviço de AB. No caso específico do usuário tratado acima, a inversão do fluxo tradicional usuário-serviço para serviço-usuário poderia ser viabilizada pela visita de um profissional do CAPS ao seu domicílio, o que poderia qualificar significativamente a atenção ao usuário, ao potencializar possibilidades de desenvolvimento de uma atenção integral.

Conforme referido na literatura, elaborar um PTS dirigido a um caso complexo, como é o caso dos três usuários acompanhados neste estudo, requer que a equipe pactue com as demais equipes da rede de saúde e com a gestão municipal, bem como, envolva os usuários e seus familiares, a fim de formar uma rede solidária para a sustentação do projeto (OLIVEIRA, 2010).

As falas acima revelam a dificuldade dos serviços em operar em direção à atenção integral proposta pelo SUS. O SUS preconiza e estimula em suas diretrizes a compreensão do ser humano num contexto mais amplo, sob a perspectiva biológica, psíquica e social. Essas ações devem formar um todo indivisível, que não pode ser compartimentalizado. O depoimento acima sugere que, no contexto estudado, a interlocução entre os diversos níveis de atenção não acontece como deveria. Conforme a proposta do SUS, a implantação de ações em saúde deve seguir uma lógica organizativa e de planejamento, levando em consideração princípios e diretrizes do sistema e as características do local. O SUS é conformado por três níveis de atenção: primária, secundária e terciária, com atribuições internas específicas para cada unidade, mas que deveriam atuar em forma de rede colaborativa (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008).

A falta de uma contra referência do SR para a AB foi outro aspecto destacado pelos profissionais em relação à lógica organizativa dos serviços, sendo considerado um fator que interfere na implementação do PTS aos usuários não aderentes ao tratamento da TB. A manutenção da centralização do atendimento às pessoas com TB nos SR, conforme já discutido no capítulo anterior, aliada às dificuldades relativas ao mecanismo de referência/contra referência, acarreta o desconhecimento da presença do usuário com TB, por parte da equipe.

A contra referência [do SR] a gente não tem. Se a gente soubesse todos os pacientes que tem tuberculose no bairro a gente poderia trabalhar mais isso, poderia fazer mais visitas, fazer um acompanhamento melhor. (Enfª UIA)

Na entrevista realizada com o gestor do município onde atua a enfermeira que fez a crítica acima, ficou claro que o problema do processo de referência e de contra referência no âmbito da atenção aos usuários com TB também preocupa o gestor municipal.

A contra referência é um movimento ainda muito frágil do SUS. O referenciamento é legal, o 'Ao não sei quem', mas para receber de volta [pausa]. Até porque, às vezes, o especialista não devolve [o usuário], o centro especializado não devolve, ele trata e diz 'Pronto, agora tu tem alta' e não 'Agora tu volta para tua equipe e tu mostra o que tu fez'. Isso é um gargalo que a gente tem. (Gestor Municipal)

O mecanismo de referência e de contra referência foi criado para viabilizar o acesso e o atendimento às necessidades das pessoas nos diferentes níveis do sistema de saúde. No primeiro caso, os usuários são encaminhados de um serviço a outro, ocupando ou não posições diferentes nos níveis de atenção. Feito o atendimento, o usuário deveria ser encaminhado à unidade de saúde de origem, acompanhado de uma avaliação sobre sua situação clínica (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008).

Como sugere o gestor municipal A, a estratégia da contra referência é um problema nacional. Estudo realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b) em dez municípios brasileiros revelou que, na maior parte deles, a realização insuficiente da contra referência é uma das principais dificuldades referidas pelos gestores municipais do sistema. Os resultados dessa pesquisa corroboram a deficiência no funcionamento da contra referência, apontada pelos profissionais participantes da presente pesquisa.

Para existir a contra referência do SR à AB deve, inicialmente, ocorrer a referência emitida pela equipe da AB. No contexto deste estudo, a referência aconteceu somente com o

U2A. Nos encontros de PTS com as demais equipes, não houve qualquer menção de encaminhamento do usuário com TB não aderente ao SR. A não existência da referência ao SR demonstra claramente o não acompanhamento dos usuários com TB pela AB. O SR, por sua vez, assume o usuário como sendo de sua responsabilidade, sem entender que deve solicitar o acompanhamento das equipes de AB, gerando assim um círculo que desfavorece não só o cuidado ao usuário com TB, mas também aos não aderentes ao tratamento.

O atendimento dos usuários com TB requer a articulação dos vários serviços do SUS para o desenvolvimento de um trabalho integrado, conformado por um sistema de referência e de contra referência. Os dados indicam que, no cenário do estudo, este sistema ainda é falho, tanto em relação aos SR, quanto em situações que envolvem serviços especializados como o CAPS. A não existência de um sistema de referência e de contra referência efetivo dificulta o processo de articulação entre os serviços e o atendimento integral aos usuários com TB, reforçando o contexto de vulnerabilidade vivenciado pelos usuários.

Para que o sistema de referência e de contra referência funcione no contexto de atendimento dos usuários com TB não aderentes, seria necessário haver conhecimento mútuo e maior comunicação entre os serviços. Os dados sugerem que como a atenção à TB segue centralizada, a AB não realiza os procedimentos que lhe caberiam, como a busca ativa de faltosos, o encaminhamento de usuários aos SR e o conhecimento dos que chegam efetivamente ao serviço, além do apoio à adesão à terapia tuberculostática. Tais ações poderiam ser compartilhadas entre os serviços, o que qualificaria o atendimento aos usuários.

O modo como os profissionais entendem as dificuldades relativas à organização da rede de serviços de atenção à saúde e a ênfase na falta de contra referência parecem indicar que os profissionais não associam essas dificuldades à questão da manutenção da centralização dos atendimentos em SR. Investir na conscientização e no conhecimento das equipes da importância da descentralização, considerando seus benefícios para a promoção da qualidade do cuidado aos usuários com TB, pode constituir-se numa proposta de ação da gestão para melhorar o funcionamento da rede de atenção. Como refere Righi (2006), para o funcionamento da rede entre os diversos serviços de saúde, é necessário reconhecer que todos os serviços são importantes e que somente com a participação efetiva de cada um é possível construí-la (RIGHI, 2006). Nesse sentido, seria importante conscientizar as equipes de que “construir a rede significa a abertura de espaços e caminhos para que, em situações em que se necessite de apoio, se saiba a quem demandar para que possam estar prontos e dispostos a

acolher e juntos construir novas alternativas de intervenção” (LINASSI et al., 2011, p. 432).

Para melhorar a articulação entre os serviços no atendimento aos usuários com TB, é essencial o interesse e a atuação integrada entre os diferentes profissionais da rede de serviços de saúde em relação aos pontos críticos citados, especialmente aqueles relacionados à consecução do processo de referência e contra referência, além de uma maior comunicação entre os profissionais dos serviços (SILVA et al., 2005).

Durante os encontros com as equipes que atuam na AB, novos e diferentes elementos foram emergindo como barreiras à operacionalização do PTS e à incorporação definitiva de usuários com TB nas suas agendas. Essas barreiras foram referidas com base na análise dos limites da gestão dos serviços e nas deficiências de infraestrutura das unidades de saúde. O baixo número de profissionais disponíveis nas equipes, a inexistência de veículo para transportar os profissionais e a falta de um espaço próprio para o atendimento dos usuários com TB foram alguns dos problemas relatados pelas equipes.

Está vindo muita coisa para a unidade básica com o mesmo número de pessoas trabalhando. O serviço duplicou desde o ano passado, não só o atendimento, mas o administrativo de uma ESF. E este paciente [U2A] vai ter uma parte administrativa muito grande. (TE U2A)

Às vezes tu precisa de um carro e não tem. Tu quer fazer uma visita longe e não tem como ir a pé. (ACS UB)

A gente não tem espaço físico, porque se o [U1A] vem de tarde, no horário que tá cheio de criança para consultar com o pediatra, ou se ele for o primeiro da manhã não dá, porque de manhã também tá lotado. Aqui a gente não tem sala de espera. As pessoas esperam o atendimento num banco, no corredor. A gente tem uma sala que é para curativo limpo ou sujo, aplicação de medicação e teste do pezinho. É tudo ali, naquele espaço. É bem complicado para receber ele [U1A] ou outros casos. Nas quartas e quintas eu não tenho sala, pois o pediatra usa. A gente não tem uma sala para fazer o acolhimento. Eles querem que a gente faça acolhimento na unidade, mas como é tu vai questionar uma situação com um paciente, ali, na recepção? Não tem como! [...] A gente até poderia fazer um trabalho melhor na nossa unidade, mas a gente não tem equipe para trabalhar. São muitas atribuições para poucas pessoas. Técnico de enfermagem, à tarde, eu só tenho dois e a cada reunião que tu tem [com a equipe gestora da AB] aumenta uma atribuição. Não tem tempo, só se a gente se clonar. (Enf^a U1A)

As falas acima revelam que as unidades de AB apresentam deficiências de recursos materiais e humanos para o desempenho das atividades diárias e sugerem que a incorporação do atendimento ao usuário com TB não aderente ao tratamento, inexistente até o momento da

inclusão da equipe na pesquisa, representaria uma sobrecarga de trabalho. Segundo a literatura, esta realidade não é exclusiva dos municípios estudados. Pesquisas apontam a recorrência destes problemas na rede pública de serviços de saúde, como, por exemplo, deficiência de pessoal, transporte, espaço físico e estrutura do local (CAMPOS; MALICK, 2008; MEDEIROS et al., 2010) e indisponibilidade de equipamentos e instrumentos (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

A análise dos dados revelou semelhanças entre os problemas enfrentados pelas equipes de AB e pelos profissionais da gestão. No depoimento abaixo, a representante da Coordenadoria Regional de Saúde, responsável pelo PNCT, destaca a falta de pessoal e a sobrecarga de trabalho como componentes do cotidiano, condicionantes da atuação do setor regional de gestão, em especial, no que diz respeito às ações dirigidas ao controle da TB.

A regional [Coordenadoria Regional de Saúde] está com poucos profissionais. A gente acaba assumindo muitas frentes. Na verdade, a tuberculose nem deveria estar aqui comigo, no Departamento de Ações em Saúde (DAS). Na regional nós temos um setor que faz a vigilância epidemiológica, a sanitária e a saúde do trabalhador. É a vigilância em saúde. Essa política deveria estar nesse setor. Mas desde que eu entrei aqui as políticas não estão bem distribuídas. Então, alguns profissionais que trabalham no DAS acabam assumindo alguns agravos, como a tuberculose e o HIV. No caso da tuberculose eu faço até onde eu consigo. (Enf^a CRS)

Além de coordenar o PNCT em nível regional, essa enfermeira coordena a AB dos 37 municípios componentes da referida regional de saúde, o que, por si só, já é revelador da sobrecarga de trabalho e da dificuldade de atuar de modo mais presente e atento nas diversas realidades apresentadas pelos municípios. Tal fato pode explicar o baixo investimento realizado na supervisão e na orientação dos municípios em relação à atenção a TB, conforme discutido no capítulo anterior. A dificuldade para efetivar a descentralização do atendimento aos usuários com TB dos SR para a AB pode não ser somente consequência dessa sobrecarga. Vale destacar que, nesta conjuntura, não são priorizadas as ações de vigilância em saúde, as quais deveriam estar sendo realizadas pelas três esferas de governo – federal, estadual e municipal (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008).

A análise apontou, como geradora de frustração, a ausência de condições consideradas necessárias pelas equipes de AB para o atendimento dos usuários. A desvalorização do trabalho, a baixa remuneração e a forma de contratação dos profissionais, fatores que levam à rotatividade entre os serviços, emergiram, durante os PTS, como elementos que condicionam a qualidade da assistência. Duas das três equipes pesquisadas neste estudo atuavam como

ESF. A terceira, apesar de já ter sido uma ESF, no momento da pesquisa, estava credenciada no serviço municipal como UBS, pelo fato de o contrato com o médico ser parcial, ou seja, somente 20h semanais.

O problema com o médico é o contrato, porque ele não tinha vínculo com a equipe. Ele vinha, atendia os pacientes agendados e ia embora. Ele ficava na unidade uma hora e meia. Era um atendimento de unidade básica. Não tinha vínculo com os pacientes, nem com a equipe no sentido de estudar os casos, ver junto o que fazer. Ele saía desse posto e ia trabalhar em outro. Esse apoio médico sempre faltou. O contrato dele era por empresa terceirizada. Se ele trabalha ele recebe, se ele não trabalha, ele não recebe. Ele recebe por produção. (Enfª UB)

É muita troca-troca de enfermeiro. Ano passado era a [nome], daí ficamos um bom tempo sem enfermeiro. Depois veio a [nome], depois a [nome], depois veio o [nome] e depois o [nome]. Eu não tenho muito tempo para atender todos [os usuários do serviço] e essa troca-troca de enfermeiro acaba dificultando as minhas coisas. A saúde da família não é só o médico. Está longe de ser. (Médica U2A)

Os profissionais da ESF são os que menos ganham em comparação aos outros postos. Os técnicos de enfermagem e os enfermeiros ganham menos, porque é outro concurso. (...) Os agentes de saúde ganham um salário mínimo (Enfª UB).

A rotatividade dos profissionais no serviço não favorece a efetividade das ações previstas nas agendas da ESF. No caso específico da UBS citada acima, a qual, segundo informações dos profissionais, deixou de ser ESF em função da redução da jornada de trabalho do médico, é possível que não haja a sustentabilidade do serviço como ESF, em virtude da referida redução (SILVA; FRACOLLI; CHIESA, 2011).

A qualidade da atenção à saúde tende a ser prejudicada por causa da falta de vínculo do profissional com determinada comunidade, o que acarreta prejuízos, não só aos usuários, mas, também, aos próprios profissionais (MEDEIROS et al., 2010). O vínculo das equipes de AB com os usuários é condição para que suas ações em saúde sejam exitosas. Atuar num serviço em que a gratificação com a qualidade do que se faz nem sempre está presente resulta em sofrimento, que, por sua vez, também pode impactar negativamente nessa qualidade (VIEIRA; KURCGANT, 2010).

A entrada e a saída de trabalhadores de uma organização social são apontadas como consequência de fenômenos internos e externos. Os fatores relacionados diretamente à organização são, entre outros, o salário e os benefícios ofertados, o tipo de supervisão, as condições físicas de trabalho, o recrutamento, seleção e avaliação de desempenho de pessoal, os programas de capacitação de recursos humanos e a busca por crescimento e valorização

profissional. Entre os fenômenos externos, podem ser citados a política econômica em vigor, as oportunidades de emprego e a disponibilidade de recursos humanos no mercado de trabalho (CHIAVENATO, 2000).

A busca por valorização profissional apareceu no depoimento do médico de uma das equipes que participaram da pesquisa, como fator que estimula o desejo de não mais atuar na AB. Segundo o médico, seu trabalho não é valorizado pela comunidade. Ele atuou por três anos na ESF do bairro onde o U1A residia. À época do PTS, o profissional estava estudando para participar de processo seletivo em programa de residência médica. Tendo sido aprovado, solicitou desligamento do serviço no 5º mês de PTS.

Eu quero especialidade, não pretendo ficar aqui. Tu vai ficar sempre na mesma. Tu não é valorizado, ninguém valoriza médico de posto. A comunidade, a maioria, chega aqui já pedindo o que quer: 'Ah, eu quero um encaminhamento para tal lugar'. Eles não esperam para ti ver se é necessário ou não, qual é a real necessidade desse encaminhamento. (Médico U1A)

Na fala acima, em que pese o tempo de atuação do profissional na ESF, ficou claro o sentimento de desvalorização de seu trabalho e a conseqüente insatisfação.

Estudo realizado no município de São Paulo identificou o índice de rotatividade dos profissionais médicos que atuavam no PSF como próximo a 40%, o que é considerado ruim. Os principais fatores que causavam insatisfação aos médicos generalistas no trabalho estavam relacionados à deficiência de materiais para a realização das tarefas; ao ambiente físico das unidades; à distância entre as unidades e a residência do profissional, ao estresse e à falta de capacitação para o trabalho (CAMPOS; MALIK, 2008).

Em ambos os municípios estudados, os profissionais apontaram o tipo de contrato de trabalho como o principal motivo que leva à não permanência de enfermeiros e médicos nos serviços. Contar com profissionais estáveis, que conhecem a comunidade, isto é, sua história e organização política, social e econômica é requisito para que as equipes de ESF alcancem bons resultados.

A rotatividade de profissionais nas equipes de AB nos municípios que participaram da pesquisa também foi destacada como um problema para a gestão municipal.

A rotatividade é um grande problema. Hoje a prefeitura tem vários tipos de contratos, desde o profissional concursado até o profissional terceirizado. Tem contrato só de clínica, só de empresa médica, de empresa de outros profissionais, tem CC, tem FG, tem o contrato emergencial. Então isso é uma loucura! Dois mil e

*treze foi muito difícil porque as equipes variaram muito, teve muita rotatividade.
(Gestor municipal)*

A diversidade de vínculos empregatícios é um importante dado que compõe o conjunto de transformações vivenciadas pelos gestores do trabalho em saúde. Por um lado, permite que eles encontrem respostas rápidas para as demandas por novos serviços ou pela ampliação dos existentes. Por outro, tem levado a problemas de ordem legal e gerencial, gerando impasses na implementação do SUS e suscitando debates no que se refere a problemas como a precarização dos vínculos de trabalho (SANCHO et al., 2012).

Conforme visto acima, a rotatividade dos profissionais gera prejuízos ao acompanhamento dos usuários com TB não aderentes ao tratamento, na AB, principalmente, pois não é possível estabelecer vínculos com os usuários, a fim de promover a adesão à terapêutica recomendada para alcançar a cura da doença.

A análise das falas a seguir sugere uma significativa valorização das ações relativas ao cuidado ao doente, executadas pelo profissional médico, pois cabe a ele fazer o exame clínico do usuário, solicitar exames, prescrever medicamentos e responder às suas dúvidas. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que o trabalho do médico é valorizado, coloca-se em segundo plano a importância dos demais membros da equipe de saúde. Conforme já referido, para o desenvolvimento do PTS, é imprescindível a atuação conjunta de toda a equipe de saúde da AB. Esta compreensão reduzida do trabalho em saúde, focado prioritariamente na atuação médica, também evidencia certa dificuldade para compreender a importância do acesso a outros serviços da rede de atenção para dar conta de atender as necessidades dos usuários com TB não aderentes ao tratamento.

Para nós seria interessante se a gente conseguisse realmente ter um médico quarenta horas, que pudesse fazer VD, trabalhar como uma ESF mesmo, como manda o figurino. Até vem um, fica um dia, dois e depois desiste. (Dentista UB)

Eu penso que se a gente tivesse aqui um médico de Saúde da Família, quarenta horas, sem dúvida, facilitaria o tratamento, facilitaria a busca ativa, facilitaria até a própria adesão [do usuário ao tratamento]. O médico estar disponível quando o paciente tem uma dúvida, alguma necessidade e o paciente saber que é a esse posto que ele tem que recorrer, pois o médico está presente. Mas da forma como está, eu até não sei se não é melhor ser atendido lá [SR], porque lá, sim, tem um médico disponível para isso. Esse aqui era difícil de encontrar, era difícil de agendar e não tinha aquele tempo para a atenção que esse caso demandava. Falta o profissional médico, de referência, quarenta horas, para que o paciente possa se vincular, pois ele é um pilar importante do tratamento. (Enf^m UB)

Na realidade estudada, os usuários com TB não aderentes ao tratamento têm a conduta terapêutica definida pelo especialista que atua no SR. Somente a ele cabe a definição dos atos assistenciais a serem realizados, o que caracteriza uma conduta típica de um processo de trabalho médico-centrado. A produção do cuidado, neste modelo, restringe-se a uma excessiva carga prescritiva (FRANCO, 2007) – Teste de Matoux, exame de escarro, RX de tórax, prescrição de medicamentos –, centrada na produção de procedimentos. O desenvolvimento dos PTS junto às equipes permite referir que esta conduta não tem sido suficiente para favorecer a emergência da singularidade que cada caso demanda para sua abordagem integral.

A sensação de dependência e a priorização do trabalho médico para realizar as ações percebidas como necessárias para atender o usuário com TB não aderente ao tratamento e a recorrente ausência de médico em tempo integral nas equipes de AB motivaram os profissionais da AB acima citados a defenderem a manutenção da centralização do atendimento em SR. A ideia aponta que a presença garantida do médico especialista no SR também deverá garantir a continuidade e a efetividade do acompanhamento do usuário em tratamento, como pode ser depreendido da fala *“porque lá, sim, tem um médico disponível para isso.”*

O conjunto de dificuldades para a implantação do PTS, relatadas até o momento, está relacionado, entre outros fatores, à forma como os profissionais envolvidos com a gestão e a atenção à TB compreendem o que seja um problema de saúde pública e a consequente definição sobre as formas de intervenção sobre ele. Um problema de saúde pública é assim definido quando ele é considerado importante para uma determinada comunidade que partilha situações concretas. Problemas de saúde são aqueles que acometem um determinado número de indivíduos e são passíveis de intervenção, seja individual ou coletiva, cuja relevância justifica a intervenção do estado. A identificação de tais situações é feita em um contexto concreto, em que estão presentes embates, enfrentamentos, pressões e contrapressões (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008).

A análise desenvolvida permite argumentar que a TB não tem sido tratada como problema de saúde pública nos municípios estudados. O fato de o atendimento estar centralizado em SR parece tranquilizar as equipes de AB e de gestão dos serviços, considerando a percepção de atendimento da demanda. Na visão do gestor de saúde do município A, incluir a atenção a TB como prioridade na agenda de saúde deveria ser um movimento que se originasse da própria preocupação das equipes de AB, comunicada ao

gestor como demanda prioritária. Na fala do gestor a seguir, fica implícita a compreensão de que isso não vem acontecendo.

Se ninguém me diz que a tuberculose é um problema, talvez eu não puxe um seminário, por que eu vou puxar um seminário contra a dengue nesse momento, por que a dengue no verão é um problema, ou contra a DST/AIDS, em fevereiro, por que vem o carnaval, e isso se torna prioridade. (Gestor municipal).

Conforme a fala acima, no processo de identificação de problemas de saúde pública realizado pelos profissionais no município, têm sido eleitas outras prioridades para as intervenções, como a dengue e as DST, às quais se atribui valor em função de circunstâncias históricas e políticas, bem como, em função de conflitos de interesse e de disputas presentes nos serviços (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008). Esta situação não permite que os profissionais se aproximem da realidade singular de cada usuário com TB não aderente ao tratamento, tampouco conheçam e intervenham na vulnerabilidade individual e social, o que, conseqüentemente, resulta na produção de vulnerabilidade programática. O acompanhamento dos usuários não aderentes ao tratamento da TB realizado pelo SR no município A pode estar gerando uma falsa impressão de efetividade das ações de controle de TB executadas no referido município, o que pode levar tanto os profissionais aos quais se refere o gestor, como ele próprio, a não priorizar o atendimento aos usuários com TB pela AB.

Além dos processos organizacionais, um serviço de saúde é regido pelos sujeitos que se encontram na base produtiva do cuidado, que são histórica e socialmente determinados. Nesse sentido, aspectos relativos à subjetividade envolvida no processo de cuidar usuários com TB ativa, revelados nas falas dos profissionais com indicativos de estigma, preconceito, medo do risco de contágio, entre outros, discutidos anteriormente, são evidências de que as prioridades das equipes não estão relacionadas apenas ao que é demandado em função de metas programáticas propostas de modo vertical pela gestão.

A forma como o trabalho em saúde é compreendido e realizado pelas equipes de AB nos municípios acompanhados foi criticada pelo gestor municipal do município A, o qual reconhece que as equipes da AB ainda não incorporaram no seu *modus operandi*, os princípios e diretrizes do SUS. O gestor descreve uma realidade que demonstra as dificuldades das equipes para superar metodologias de cuidado mais tradicionais em prol de inovações e de novas lógicas propostas pelo SUS. No trecho abaixo é dado destaque ao problema da inserção de “novidades” na agenda dos profissionais sem uma devida preparação.

Trabalhar com PTS é extremamente complicado porque coloca na responsabilidade do profissional de desacomodar, sair de uma zona de conforto onde ele está e que angustia a gestão. Entre o campo da teoria e campo do querer fazer tem uma distância ainda a ser vencida. O entrave dele [PTS] é conhecimento de como fazer e o querer fazer. O fato de isso nunca ter sido profundamente conhecido faz com que 'eu tenha medo de fazer e de me responsabilizar por fazer isso'. A falta de conhecimento para trabalhar com PTS é um problema, a falta de responsabilização pelo caso individual também é um problema. (Gestor municipal)

A reflexão do gestor vai além da dificuldade na implantação do PTS, em função do desconhecimento de “como fazê-lo”. Qualquer ação terapêutica requer dos profissionais o compromisso ético com o atendimento das necessidades do usuário. Nesse sentido, a ética do cuidado demanda a responsabilização pelo cuidado, numa lógica de usuário-centrada, independente da estratégia escolhida para tal. A referência à “*falta de responsabilização pelo caso individual*” pode ser sugestiva de falhas nesse compromisso ético.

Na sua análise, o gestor acrescenta às dificuldades das equipes para inserir o PTS nas agendas, aspectos do cuidado ligados à tradicional ênfase em tecnologias, que não dão conta de atender as singularidades dos usuários, o que os distancia dos projetos de humanização do cuidado. A fala permite entender que o gestor reconhece, no caso específico do PTS, a imprescindibilidade de atender plenamente a dimensão humanizadora do cuidado.

A desumanização e o tecnicismo fazem parte desse contexto de discussão, é uma questão cultural que é difícil de mudar. O trabalho focado no indivíduo pensando no coletivo, a agenda do trabalho, a discussão coletiva do caso. A falta de tradição que a gente tem é um grande problema, as pessoas não sabem fazer, e isso não é uma coisa que a gente mude indo lá fazer uma palestra, uma fala, uma roda de conversa. Isso é prática, isso é fazer no dia a dia, se corresponsabilizar. (...) 'A gente já tentou fazer e não deu certo', 'Sempre foi assim'. São discursos que eu escuto quase todos os dias e que a gente tenta convencer pelo exemplo e pela insistência. Alguns a gente contamina, outros não. As pessoas não aderem. (Gestor municipal)

Ainda que considerado todo o movimento de mudança impulsionado pela reforma sanitária, em busca do direito à saúde e da saúde como questão de cidadania, cujo carro chefe é a ESF, os profissionais ainda têm um longo caminho a percorrer em direção à expansão, à qualificação e à consolidação do atendimento aos usuários na lógica do SUS, especialmente, no que tange às necessidades dos usuários com TB não aderentes ao tratamento.

Existe uma fala 'Ah, não estamos conseguindo fazer muita coisa porque a equipe é reduzida'. Eu tenho questionado eles no sentido de que a equipe é reduzida ou a agenda é mal construída? (Gestor municipal)

Pode ser difícil construir um PTS quando os profissionais ainda estão subjetivados pelo modo hegemônico de cuidar, especialmente, quando ainda não incorporaram a ideia da humanização das relações com o usuário, por meio do compromisso ético, do acolhimento às suas necessidades, do estabelecimento de vínculo e da corresponsabilização com seu plano terapêutico. Colocar em prática o atendimento centrado no usuário demanda profissionais atuantes na AB, que disponibilizem um conjunto de tecnologias de relações, além dos saberes tecnológicos estruturados, que permitem aos trabalhadores certo grau de liberdade na escolha do modo de fazer essa produção (MERHY, 2014). Desta forma, construir uma agenda inclusiva do atendimento ao usuário com TB não aderente ao tratamento implica rever os processos de trabalho das equipes, a oferta e a organização da rede de serviços e, especialmente, o modo de conceber o trabalho na AB, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

O PTS foi a estratégia utilizada como ponto de partida para fazer a análise do modo como a rede de serviços de saúde está estruturada nos municípios acompanhados e quão distante ela está dos princípios e diretrizes que norteiam a implementação do SUS. A utilização do PTS favoreceu a apreciação sobre o modo como o atendimento aos usuários com TB não aderentes ao tratamento está sendo realizado nos municípios acompanhados.

A análise da realidade de trabalho das equipes de AB originada nas informações coletadas junto aos profissionais e gestores que participaram da pesquisa permite argumentar que a atual conjuntura de gestão e a atenção dos serviços parecem ser desfavoráveis à atenção e às necessidades singulares dos usuários com TB, não aderentes ao tratamento, que vivem em contextos de vulnerabilidade.

A singularidade de cada usuário demanda atenção, sensibilidade, flexibilidade e dinamicidade por parte dos profissionais. A maior proximidade com o usuário oportunizada pelo PTS colocou em confronto diversas possibilidades terapêuticas, as habilidades dos profissionais na condução do processo e os limites impostos pela realidade dos serviços.

Promover a adesão ao tratamento destes usuários implicará na qualificação de toda a rede de serviços, pois as deficiências apresentadas restringem a possibilidade de intervenção por parte dos profissionais que constituem a rede sobre a vulnerabilidade dos usuários.

O cenário analisado mostrou a dificuldade das equipes para trabalhar com as singularidades dos usuários com TB não aderentes ao tratamento no modelo atual de

organização do trabalho em saúde intra e entre equipes. Além disso, a ênfase conferida à abordagem medicamentosa aos usuários, centrada em SR, tem uniformizado o plano terapêutico, resultando na ineficiência desta abordagem, no sentido de visibilizar e intervir sobre a vulnerabilidade individual e social dos usuários, além de produzir vulnerabilidade programática.

Este modo de compreender e de fazer saúde repercutiu diretamente na aplicação do próprio PTS, dadas as dificuldades das equipes em formular o PTS a partir do contato direto com os usuários e de vivenciar com eles a sua realidade. O PTS deve incluir ações que visem à participação e ao aumento crescente da autonomia do usuário sobre sua situação, em conjunto com sua família. Assim, ele terá a liberdade de modificar/adequar o projeto de acordo com suas necessidades e desejos.

A análise dos dados sugere que promover a atenção para as singularidades dos usuários não aderentes depende da estruturação, da interação e da interrelação da rede de serviços disponível nos municípios. Os profissionais reconhecem a necessidade de reorganização do processo de produção do trabalho, de modo a adequá-la às atuais diretrizes preconizadas pelo PNCT e trazê-la para a agenda das equipes da AB.

A falta de infraestrutura material e humana, em especial a rotatividade de médicos e enfermeiros nas equipes, ocasiona a descontinuidade das ações e frequentes reinícios do trabalho junto aos usuários, o que constitui obstáculos para o enfrentamento com criatividade e para realização de parcerias entre os serviços. A ausência de contra referência dos SR para a AB requer maior envolvimento da gestão municipal na revisão dos processos de trabalho, que abrangem os diferentes serviços.

O uso de substâncias psicoativas pelos usuários com TB acompanhados no estudo demanda ações intersetoriais das equipes da AB e dos serviços especializados como o CAPS e o CREAS, com o objetivo de instigar a construção da rede de serviços e fortalecer a comunicação entre eles.

Os PTS permitiram identificar os limites da intervenção oportunizada pela clínica tradicional, caracterizada pela ênfase na medicalização e na ausência de autonomia dos usuários e pela dificuldade de vinculação com outros serviços. Este modo reducionista de fazer saúde não favorece a revelação das singularidades, que permeiam o viver de cada usuário e interferem diretamente na não adesão ao tratamento, destacando a produção da vulnerabilidade programática neste contexto.

A construção dos PTS de usuários não aderentes ao tratamento da TB junto às equipes de AB permitiu a emergência de todos os elementos analisados acima, os quais se constituíram em novas agendas para os profissionais.

A seguir serão abordados os desfechos de cada PTS desenvolvido junto aos três usuários, a experiência de desenvolver o PTS, seus limites e potencialidades, bem como os movimentos decorrentes da implantação, considerando o cenário descrito.

6.2 A experiência do Projeto Terapêutico Singular: limites, potencialidades e movimentos decorrentes

Nesta última etapa da análise, o foco é a análise dos dados provenientes das entrevistas com o gestor municipal do município A, com a enfermeira coordenadora do SR de TB (SAE) do município B, com a enfermeira que coordena o PNCT em nível regional (Coordenadoria Regional de Saúde), além dos dados provenientes dos últimos encontros com as três equipes de AB no desenvolvimento do PTS.

Esta subcategoria discute o resultado do investimento feito pelas equipes de AB junto aos usuários durante os PTS, em especial os profissionais de referência, considerando a ‘adesão possível’ ao tratamento da TB pelos usuários, obtida no período proposto para este estudo.

Os encontros e as entrevistas permitiram, aos gestores e às equipes de AB, analisar os limites e potencialidades da experiência da implantação do PTS na tentativa de incluir os usuários com TB não aderentes ao tratamento em suas agendas de trabalho.

A descentralização das ações básicas de controle da TB foi tema recorrente entre os profissionais, considerando a estruturação e a rede de serviços disponível nos municípios. A análise dos dados apresenta o que foi viável mobilizar entre os gestores em direção à descentralização das ações básicas de controle da TB dos SR para a AB.

Desenvolver o PTS caracterizou-se como uma situação nova, até então desconhecida pelos profissionais que atuam na AB; por isso, um desafio lançado a eles, pois cada PTS demanda ações e investimentos específicos para cada caso, o que foge aos modos tradicionais de organização do trabalho nos serviços.

Concluído o período destinado à realização do PTS junto às equipes, houve resultados diferentes em relação à adesão à terapêutica por parte dos usuários. O desenvolvimento dos PTS evidenciou diferentes elementos que levaram ao resultado, os quais foram influenciados pelas histórias singulares e pelo contexto de vulnerabilidade vivenciado pelos usuários.

O U1A recebeu alta por abandono do SR, sendo encaminhado para a referência secundária, que instituiu o TS junto à equipe de ESF. Porém, o usuário aderiu a esta modalidade comparecendo ao serviço somente na primeira semana; ou seja, abandonou novamente o tratamento.

O U2A, após 05 meses de acompanhamento pela equipe, em especial o TE e a ACS, realizou nova consulta médica no SR, sendo-lhe solicitados exames para avaliar seu quadro clínico e, posteriormente, recebeu nova prescrição de medicamentos. Estava, aparentemente, em processo de retomada do tratamento.

Por fim, o UB, apesar de todas as investidas da equipe de AB, não retornou ao tratamento. Apresentou seu pico máximo de envolvimento com as drogas durante o estudo, sendo sua morte associada a dívidas com traficantes de drogas durante o PTS.

Assim, os dados do trabalho desenvolvido pelas equipes junto aos usuários indicam que o usuário U1A não aderiu ao tratamento, enquanto o U2A estava em processo de retomada do tratamento.

A adesão ao tratamento é imprescindível para o controle e o êxito do tratamento da TB. Para poder considerar que houve adesão ao tratamento, os usuários deveriam ter comparecido a todas as consultas agendadas, fazer os exames para o controle da doença e tomar os medicamentos de forma individual ou supervisionada (ROSSETO; OLIVERIA, 2013). As histórias singulares mostraram grande variação nestes indicadores.

Neste estudo, assim como em outros, são apontadas diversas causas que implicam na não adesão ao tratamento da TB, tais como: sendo o usuário do sexo masculino, estar desempregado, possuir baixa escolaridade e fazer uso de álcool, tabaco e outras drogas são fatores individuais relacionados ao abandono do tratamento que estiveram presentes nas histórias singulares dos três usuários acompanhados (GONZALES et al., 2008; SOUZA et al., 2009; NEVES; REIS; GIR, 2010)

Nesse estudo, assim como em outros, a percepção do indivíduo sobre sua saúde, o conhecimento sobre a TB e o interesse na cura são fatores relacionados ao abandono do tratamento (GONZALES et al., 2008; SOUZA; SILVA, 2010; SILVA JUNIOR et al., 2014) e

foram objeto de questionamentos feitos pelos profissionais da AB durante os PTS. Além disso, ter a renda familiar comprometida, não conseguir sustentar-se com o valor recebido pelo auxílio-saúde (SOUZA; SILVA, 2010) foram aspectos relativos à condição socioeconômica dos usuários que favoreceram a não adesão ao tratamento.

A falta de envolvimento dos profissionais da AB e da gestão dos serviços de saúde com a TB, as deficiências da rede de apoio e no preparo dos profissionais para lidar com o contexto de vulnerabilidade dos usuários não aderentes ao tratamento foram, entre outros, alguns fatores que contribuíram para a não adesão ao tratamento da TB pelos usuários acompanhados (GONZALES et al., 2008; SOUZA; SILVA, 2010).

Outro fator que pode ser considerado como de ‘adesão possível’ ao tratamento entre os usuários acompanhados foi a ausência de implementação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) ou o Tratamento Supervisionado (TS). O acompanhamento diário do uso dos medicamentos pelos usuários, realizado pelos profissionais, busca aproximá-los ao contexto social em que vivem os usuários com TB e estabelecer vínculo entre ambos (NEVES; REIS; GIR, 2010; SILVA JUNIOR et al., 2014). O TS é recomendado especialmente para indivíduos que apresentam dificuldades em aderir ao tratamento como foi o caso dos três usuários acompanhados neste estudo (BRASIL, 2011a; SOUZA; SILVA, 2010). Durante a realização deste estudo, o TS não foi uma prática corrente, pois foi utilizado apenas durante uma semana junto ao U1A. A orientação de realizar o TS foi do profissional especialista que atua no serviço de referência terciária, quando o U1A recebeu ‘Alta por abandono tratamento’ do SR municipal e foi encaminhado para atendimento no serviço.

Este fato evidencia os equívocos no atendimento aos usuários não aderentes no município A, bem como indica a fragilidade da oferta de serviços de saúde dirigidos a este usuário, a qual é revelada por meio do resultado desta intervenção.

Conforme discutido anteriormente nas histórias singulares e nas vulnerabilidades compartilhadas, diversos fatores individuais, sociais e programáticos cercam a vida dos três usuários e estão implicados no resultado desta intervenção. Para além dos elementos individuais e sociais, o modo como os serviços estão estruturados nos municípios, o desconhecimento em relação à vida do doente com TB pelas equipes de AB, a forma de conceber o trabalho em saúde coletiva e a não inclusão dos usuários em seu PTS são elementos programáticos que impediram a emergência das singularidades dos usuários e exerceram forte influência na não adesão ao tratamento. De acordo com a OMS, “Embora a

culpa pelo não seguimento dos esquemas prescritos seja imputada aos pacientes, a não adesão constitui fundamentalmente uma falha do sistema de saúde” (OMS, 2003, p. 08).

A não adesão ao tratamento é um fenômeno complexo e multicausal, que envolve fatores internos e externos ao usuário. O tratamento precisa ser compreendido pelos profissionais e usuários em sua complexidade e amplitude para alcançar os resultados almejados, sendo necessário agregar ao tratamento medicamentoso conhecimentos sobre o modo de vida de cada usuário para favorecer o vínculo entre profissionais e usuários (SOUZA et al., 2010; SILVA JUNIOR et al., 2014).

Entretanto, a despeito das limitações apresentadas pelas atuais práticas de saúde em responder de forma efetiva às complexas necessidades de saúde apresentadas por indivíduos e populações (AYRES, 2004a) que foram analisadas nesta pesquisa, a atividade de elaboração dos PTS desencadeou tentativas de inclusão do usuário na agenda de trabalho das equipes. Dentre eles, destaca-se o atendimento do U1A na unidade de AB sem agendamento prévio e a abordagem feita de forma clara sobre a doença com ele, após a discussão do caso nos encontros de PTS. No caso do U2A, passar a incluir a família no acompanhamento foi uma ação que poderia ser pensada pela equipe.

No primeiro dia que o [médico U1A] atendeu o paciente já não tinha mais ficha, mas eu disse: ‘Ó, não dá para perder a oportunidade, até que chegue outro encontro’. Ai eu propus a consulta extra. (Enf^a U1A)

Com esse projeto [PTS] me senti mais segura para falar sobre a doença com ele. (ACS U1A)

Teria que se focar na filha e nas netas dele que é uma coisa que ele gosta muito. É a única família que ele tem. (Enf^a U2A).

A implementação do PTS reflete as intenções assumidas pela equipe de saúde e revela o seu grau de envolvimento com o contexto de vida do usuário, pois o foco da construção e do desenvolvimento do PTS deve ser o usuário em sua singularidade (BOCCARDO et al., 2011). O PTS oportunizou perceber as diferentes necessidades dos usuários. Para isso, é preciso estar disposto a ouvi-las e apreendê-las. Adotar esta postura é pactuar um compromisso em direção a uma clínica ampliada que reconheça as diferenças entre os usuários e agregue o conhecimento técnico dos profissionais neste atendimento (LINASSI et al., 2011).

A adesão do usuário à terapêutica é essencial para o controle da TB; porém, é preciso comprometer-se com o usuário com TB, o que significa reconhecê-lo como parte integrante da clientela adstrita à unidade e aceitar que ele passe a utilizar o serviço. Os depoimentos a seguir retratam a reação dos usuários aos investimentos realizados pelas equipes em decorrência dos PTS.

Eu acho que se a gente não tivesse feito [o PTS] ele [U1A] teria abandonado totalmente o tratamento. Se não fosse a gente estar em cima, ele teria abandonado antes o tratamento. Quando a gente começou a cobrar, ele começou a ir de novo, porque ele já tinha deixado de lado o SAE [SR]. (ACS U1A)

Ele [U2A] fez a consulta [com médico do SAE] e tem exames para fazer. Ele reiniciou o tratamento, ele mostrou os comprimidos. Ele tem retorno [agendado] após o raio x, e nós vamos lá [residência] para vê se ele tem esse raio x e para confirmar com o SAE a nova consulta dele. (TE U2A)

Os depoimentos retratam o movimento que ambos os usuários do município estavam fazendo em direção à retomada do tratamento, a partir da implantação do PTS pelas equipes de AB. Esta situação revela a possibilidade de mudança, desde que as equipes estejam dispostas a rever seu processo de trabalho e incluir o usuário com TB não aderente ao tratamento em sua agenda de trabalho.

Reconstruir as práticas de saúde nesta direção demanda ressignificar este processo à luz dos conceitos de humanização do cuidado, de modo a potencializar a ‘(...) presença do outro no espaço assistencial, bem como otimizar e diversificar as formas e a qualidade da interação eu-outro nesses espaços, enriquecendo assim os horizontes de saberes e fazeres em saúde (...).’ (AYRES, 2004b, p. 73).

A análise dos dados sugere que os profissionais reconheçam a potência do PTS para mobilizar as equipes de saúde e os gestores no âmbito municipal e regional a colocar em pauta o atendimento ao usuário com TB.

Eu acho que o PTS é uma forma de trazer esse assunto para o centro de debate, por que hoje ele não está. (Gestor municipal)

Eu acho que esse trabalho que tu levantou nos alerta muita coisa. A gente se dá conta que falta esse momento com as equipes, falta essa troca de experiências entre eles, chamá-los aqui [na coordenadoria de saúde] para conversar especificamente sobre a tuberculose. E infelizmente a cada ano tem aumentado o número de casos de TB. (Enf^m CRS)

A utilização da estratégia do PTS possibilitou a reflexão acerca da necessária discussão e atuação setorial e intersetorial entre os profissionais da AB e entre estes e os diferentes serviços e níveis de gestão, de modo que cada serviço de saúde não trabalhe apenas com os recursos internos, mas interaja com outros e juntos construam novas estratégias e possibilidades de intervenção para atender os usuários com TB não aderentes ao tratamento. Assim, o PTS destacou a necessidade de estabelecer vínculo entre as diferentes unidades de saúde, estimulando o funcionamento da rede de saúde para alcançar maior resolutividade frente a estes casos (LINASSI et al., 2011).

As falas acima reforçam o potencial que a estratégia do PTS tem de auxiliar os profissionais a refletir ou ‘dar-se conta’, como já referido, sobre o modo como o atendimento aos usuários com TB não aderentes ao tratamento está ocorrendo no município A e na região e o que ainda pode ser melhorado. A possibilidade de debater o assunto citada pelos profissionais, ambos gestores, é bastante significativa, pois o PTS trouxe à tona uma temática até então distante de suas agendas de trabalho e até ‘esquecida’. O depoimento da coordenadora regional do PNCT é claro ao revelar as lacunas existentes em seu trabalho de sensibilização e necessária mobilização das equipes de AB para a ação em prol da melhoria da atenção à TB na região.

Outro aspecto evidenciado pelo gestor de saúde do município A refere-se ao potencial do PTS em estimular o uso de ferramentas de apoio à gestão e a atenção à saúde como a Educação Permanente em Saúde (EPS), no sentido de auxiliar os profissionais a mudar sua forma de compreender o trabalho na AB.

A grande potencialidade que eu acho que o PTS tem é a educação permanente e a formação do profissional para mudar o foco do trabalho dos profissionais. A potencialidade de trabalhar conceitualmente e na prática o PTS pode levar as pessoas a compreender a sua atuação de outra forma. Acho que é uma ferramenta de muita potência. (Gestor municipal)

A fala do gestor reconhece a EPS como facilitadora dos processos de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde, neste caso, o atendimento aos usuários com TB não aderentes ao tratamento no município. A partir desta identificação, é possível construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde dos usuários com TB, articulando a educação com o mundo do trabalho de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar. Seu depoimento também permite inferir a perspectiva da EPS no sentido de ressignificar as

práticas de saúde atualmente realizadas pelas equipes de AB, a fim de viabilizar a implementação dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2009a).

A proposição da EPS faz uma crítica às capacitações que consistem na transmissão vertical de conhecimentos, com o intuito de atualizar novos enfoques, novas informações ou tecnologias na implantação de uma nova política, como nos casos de descentralização do tratamento básico da TB para as equipes de AB, com o olhar direcionado à definição de métodos ou técnicas de trabalho, ocultando a orientação dos processos. Sem a análise dos processos de trabalho das equipes de saúde, diferentes em cada serviço de saúde devido à realidade local, as capacitações não alcançam os resultados esperados (BRASIL, 2009a).

Assim, a EPS tem potencial para mudar o processo educativo tradicionalmente utilizado para qualificar as práticas dos profissionais. Em relação ao atendimento dos usuários não aderentes ao tratamento da TB, é possível construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação de sentido dos atos produzidos neste cotidiano, considerando as singularidades dos usuários e a capacidade das equipes e da rede de serviços para dar conta deste atendimento (CECCIM, 2005).

A análise dos dados empreendida até aqui demonstrou ser necessária a conjugação de esforços técnicos, políticos e gerenciais para realizar o cuidado ao usuário com TB não aderente ao tratamento na AB. No entanto, as ações terão de ser desencadeadas e coordenadas por profissionais comprometidos com as singularidades apresentadas pelo usuário, de modo a abordar o contexto de vulnerabilidade em que ele vive. É preciso desenvolver novos modos de cuidado que promovam o diálogo e a interação entre profissionais e usuário (CHIRINOS; MEIRELLES, 2011).

Os PTS desenvolvidos também provocaram a reflexão acerca da viabilidade da descentralização das ações básicas de controle da TB do SR para a AB. O resultado foi o início de um movimento para reverter este quadro em ambos os municípios. O município B está com discussão mais adiantada. Entende-se que cada etapa deve ocorrer de acordo com as especificidades de cada realidade.

No município B, este movimento foi planejado de forma paralela ao desenvolvimento do PTS junto à equipe da UBS. É coordenado pela enfermeira que atua no SR (SAE), que, em conjunto com o médico especialista, propôs ao secretário municipal a descentralização gradativa de algumas ações que envolvem o atendimento a TB para a AB, processo que seria

acompanhado pela equipe do SR. Para isso, o apoio político do gestor municipal e da enfermeira que atua na coordenação regional da TB foram muito significativos.

Eu tive uma conversa com o secretário [de saúde], apresentei as considerações do serviço, as questões relacionadas à tuberculose, a relação da tuberculose com a atenção primária, a necessidade de fortalecimento dessa atenção primária. Saiu um documento daqui, que eu encaminhei para ele, com tudo isso. Eu me posicionei que eu queria capacitar as equipes, cada uma na sua função. Ele concordou de primeira mão. Então, teve essa questão da vontade política também. A gente se reuniu e preparou uma capacitação para a atenção básica. A [coordenadora regional do PNCT] participou conosco. Isso tudo foi feito com antecedência, nós fomos conversando nas reuniões de equipe. Mas isso assustou as equipes, porque quando a gente fala que vai acontecer, as pessoas não esperam que seja logo. (Enfª SR)

Foi difícil. Eu lembro de que a [enfª SR- Município B] já vinha tentando há algum tempo passar essa responsabilidade para as equipes, mas elas tinham resistência em assumir. O apoio da gestão foi fundamental, eles conseguiram fazer com que as equipes assumissem os seus pacientes de perto. O papel da gestão, neste momento, é muito importante. (Enfª CRS)

As falas acima enfatizam a importância e o necessário apoio dos gestores para que sejam viabilizadas as modificações desejadas dentro e fora dos serviços. A iniciativa foi tomada pela profissional que está familiarizada e comprometida com o atendimento dos usuários com TB, entre os quais, os que não aderiram ao tratamento. Nas falas anteriores da referida profissional já transparecia este comprometimento. Importante ressaltar que esta profissional envolveu também a coordenadora regional, a qual desempenhou a função esperada em função do cargo que ocupa.

No município A, o gestor de saúde sugeriu que o assunto fosse debatido em uma das reuniões mensais realizadas com as equipes técnicas. No referido município, os profissionais de saúde de nível superior que atuam na AB se reúnem em dois momentos diferentes. Nas quartas-feiras, pela manhã, o encontro ocorre com os enfermeiros; e nas quintas-feiras, à tarde, com os profissionais médicos. A sugestão do gestor foi de que o assunto fosse discutido inicialmente entre os profissionais enfermeiros, para fazer um ‘diagnóstico’ da situação a partir da seguinte questão: “Como cada equipe trata o seu paciente com tuberculose? Vamos analisar o processo de assistência a essas pessoas e vamos reconfigurar?” A partir desses questionamentos, poderia ser aberto um espaço para o planejamento de ações a serem implantadas nesta situação.

Passado algum tempo após ser dada a sugestão pelo gestor, é realizada a entrevista com a enfermeira coordenadora da AB no mesmo município (município A). Conforme a

orientação dada pelo secretário de saúde, ela reuniu as coordenações de enfermagem e apresentou a proposta de descentralização. Inicialmente, as enfermeiras manifestaram sua preocupação com o aumento de trabalho com os atendimentos aos usuários com TB, em especial, os que não aderiram ao tratamento. Houve um acordo entre elas de que, naquele momento, o atendimento aos usuários com TB continuaria no SR, mas que seria iniciado um movimento gradativo em direção à descentralização, com a participação do usuário no processo.

Elas [enfermeiras] pediram para o serviço continuar centralizado, mas com uma combinação com o SAE, de que todos os pacientes que chegarem lá, elas serão avisadas. É para ter a contra referência para unidade a partir do paciente, dizer 'o senhor vai vir buscar a sua medicação aqui, mas a pessoa de referência lá na sua unidade é a fulana, a gente quer que o senhor vá lá, converse com ela, ela vai lhe ajudar'. (Enf^a gestora da AB)

O relato da enfermeira gestora da AB no município A referente à proposta acordada com as enfermeiras aponta para uma primeira forma de interlocução entre os serviços, mediada pelo usuário. Segundo a proposta, caberá ao usuário fazer a ligação entre as unidades de saúde (SR – AB) para tentar amenizar a distância e o desconhecimento dos usuários com TB residentes na sua área de abrangência, referidos anteriormente pelas equipes. Trata-se de um movimento bastante incipiente, considerando as atribuições que competem às equipes de AB na sua área de abrangência, junto à população adstrita. Por outro lado, a decisão favorece a participação e maior envolvimento do usuário no plano terapêutico, à medida que lhe for aberta a possibilidade de vincular-se aos profissionais que atuam próximo à sua casa.

São muitos os benefícios ao usuário advindos desta abertura, pois uma maior proximidade com a equipe de AB amplia as possibilidades terapêuticas, antes restritas ao enfoque dado pelos profissionais que atuam no SR. Este novo fluxo de atendimento disponibilizado pelos profissionais da AB e pela gestão, como tão enfatizado neste estudo, permitirá ao usuário ter acesso a mais um serviço de saúde, a ser ouvido e acolhido em suas necessidades e a estabelecer vínculo e corresponsabilização pelo seu projeto terapêutico. Também obterá mais conhecimentos sobre todos os aspectos que envolvem a abordagem da TB, a fim de buscar unidade em caso de surgimento de algum evento adverso em relação ao uso dos medicamentos, além de utilizar outros serviços da rede, de acordo com suas necessidades, tudo sob a coordenação da AB. E, finalmente, a abertura para que as singularidades destes usuários possam ser colocadas em evidência, no caso, suas angústias, medos e inseguranças, ou seja, sua vulnerabilidade. O maior contato com o usuário com TB,

de uma maneira geral, e com o não aderente ao tratamento, em especial, realizado a partir deste rearranjo dará maior segurança às equipes da AB para, futuramente, assumir as intervenções que lhes competem frente ao usuário com TB.

O PNCT destaca a atuação das equipes da AB como instrumento para auxiliar no controle da TB, melhorar a adesão terapêutica e evitar o abandono do tratamento. A proximidade entre a residência do usuário e a unidade de saúde favorece o reconhecimento de suas necessidades e dos problemas da realidade local (BRASIL, 2002a; BRASIL 2011a).

No município B, a enfermeira coordenadora do SR realizou um planejamento progressivo para viabilizar a descentralização das ações básicas de controle do SR para a AB.

Não descentralizar 100% e se colocar a disposição para ver até onde eles [equipes de AB] conseguem ir. A gente dividiu as responsabilidades. A parte especializada, de algum efeito adverso maior ou alguma outra coisa, era conosco e vai continuar assim. Mas eles [AB] têm que estar preparados para identificar esses efeitos adversos. A retirada de medicação vai ficar aqui [SAE], para ver como andam as coisas. Talvez por um ano nós vamos ficar nessa transição, por que não dá para descentralizar tudo de vez, mesmo o gestor apoiando. (...) A minha preocupação é com a questão desse olhar diferenciado, desse novo olhar sobre aquele paciente, a busca ativa, como conduzir esse cuidado. (Enfª SR)

O depoimento da enfermeira segue a lógica organizativa e hierárquica do SUS ao manter o SR com um serviço de apoio à equipe da AB, como também, o preconizado pelo PNCT de conservar no SR o atendimento aos usuários que apresentarem efeitos adversos secundários que requeiram a intervenção do especialista e o controle da retirada dos medicamentos (BRASIL, 2011a). Segundo a profissional, também será necessário que as equipes lancem um novo olhar sobre o usuário com TB não aderente ao tratamento. Desta forma, as equipes poderão alcançar o sucesso terapêutico.

A obtenção do sucesso terapêutico no atendimento ao usuário com TB não aderente ao tratamento depende da estruturação dos serviços e do estabelecimento de um processo de produção do cuidado, pautado nas relações interpessoais entre profissionais e usuários. Para isso, os profissionais devem conhecer a clientela adstrita, estar atentos e sensibilizados para acolher os usuários de forma integral e estabelecer uma relação pautada no acolhimento e no vínculo, de modo a prestar um cuidado resolutivo, minimizando o tempo entre a suspeita e o diagnóstico de TB e maximizando o início do tratamento (CLEMENTINO; MIRANDA, 2010).

A estruturação dos serviços no município B, neste primeiro momento, refere-se mais ao preparo e à organização dos profissionais para receber os usuários na unidade, que, por serem não aderentes ao tratamento, demandarão maior investimento por parte dos profissionais, de modo a atendê-los adequadamente.

O serviço de saúde [AB] tem que estar organizado para receber o paciente com tuberculose, por que é um paciente que vai retornar periodicamente àquela unidade, dentro dos prazos determinados. A organização desse cuidado requer parar para pensar, reavaliar e fazer anotações corretamente. (Enf^ª SR)

Para o sucesso da apropriação pelas equipes da AB das ações de controle da TB que lhe competem e a respectiva incorporação no rol de atividades, para favorecer o atendimento aos usuários com TB não aderentes ao tratamento, é fundamental a organização dos serviços que compõem a rede. Para tanto, são essenciais a mobilização e o preparo das equipes da atenção e da gestão para uma atuação comprometida com os usuários (SILVA JUNIOR et al., 2014).

O preparo das equipes de AB foi citado tanto pela enfermeira que coordena o SR do município B quanto pelo gestor do município A como um aspecto fundamental ligado à organização e à estruturação dos serviços para receber e atender o usuário com TB.

As equipes têm que passar por um processo de apropriação do que é uma abordagem terapêutica em tuberculose, que vai muito além do paciente ir lá e tomar remédio. Tem muita coisa envolvida nisso. (Enf^ª SR)

Esse movimento tem que acontecer aqui dentro, todos serem chamados a fazer uma capacitação, entender o papel de cada um nessa rede para poder descentralizar, para deixar mais seguro o que cada um faz. É coisa de se apropriar, de ter conhecimento, de saber tudo o que diz o programa e seguir o que tá ali. (Gestor municipal)

As falas acima destacam também a necessidade de mobilização de diversos profissionais e serviços que compõem a rede para que, além da capacitação para o atendimento ao usuário com TB, a atuação de uma equipe multiprofissional possa contribuir para a qualidade e a organização do serviço e para qualificar a compreensão do usuário a respeito da sua enfermidade e da importância da adesão ao tratamento (SOUZA et al., 2009). Contar com o apoio de uma equipe multiprofissional favorece a promoção da saúde, a prevenção da TB, o diagnóstico e o tratamento de casos novos, contribuindo, deste modo,

para a expansão das ações de controle da doença no Brasil (BRASIL, 2002a; BRASIL 2011a; GOMES et al., 2012).

O preparo da equipe envolve, também, compreender a TB como uma doença crônica. O enfoque do cuidado dado pela OMS à TB tem sido semelhante ao das doenças crônicas. Segundo a OMS, importantes mudanças globais estão ocorrendo na área da saúde ligadas à melhoria das condições de tratamento de doenças crônicas. Este termo abarca inúmeras doenças, transmissíveis ou não, como o câncer, as doenças cardíacas e o HIV/aids. A TB assume características de doença crônica, quando um determinado número de pessoas, por não aderirem ao tratamento básico, prolonga o tratamento por um tempo maior do que o recomendado, sendo denominada de condição transmissível persistente (OMS, 2003).

Nesse sentido, a descentralização de ações e serviços dirigidos à TB demandam uma adequação qualitativa dos recursos humanos, sendo um componente essencial do sistema de saúde para a atenção às condições crônicas, entre elas, a TB (MONROE et al., 2008). A rede de serviços que fornecer informação, apoio e monitoramento constante ao usuário pode melhorar sua adesão ao tratamento (OMS, 2003).

É indiscutível que a transposição de competências e responsabilidades do SR para a AB requer envolvimento das equipes de AB, apoio gerencial com forte potencial organizativo e uma rede de serviços que dê o apoio necessário às intervenções realizadas pelas equipes. Este movimento deve ser pautado nos “(...) princípios e atributos inerentes ao trabalho em Atenção Primária à Saúde, de modo a responder às demandas da população de forma planejada, organizada, humanizada e resolutiva” (MONROE et al., 2008, p. 264).

Esta subcategoria permitiu analisar o processo de inclusão do PTS nas agendas de três equipes de AB, bem como os fatores que condicionaram sua operacionalização junto a três usuários não aderentes ao tratamento da TB. Como refere Linassi et al. (2011), o PTS tem se constituído numa estratégia adotada por muitas equipes e conduzido seu modo de trabalhar. Desta forma, é necessário conhecer e discutir sua proposta para verificar a viabilidade de implantá-la nos serviços de saúde.

As equipes de AB que desenvolveram os PTS realizaram diversas ações e intervenções para incluir os usuários em sua agenda de trabalho. As primeiras ações decorrentes dos PTS voltaram-se à percepção da existência de usuários não aderentes ao tratamento da TB na área de abrangência das equipes de AB. Após esta etapa, o PTS promoveu uma aproximação entre profissionais e usuários, a qual demandou à equipe ampliar o olhar sobre as singularidades

apresentadas pelos usuários e sobre o contexto de vulnerabilidade que os cerca. Porém, não basta apenas conhecê-lo; é preciso agir junto a ele. A análise detalhada de cada contexto colocou as equipes em contato com a fragilidade dos serviços e da rede de apoio e a consequente dificuldade para agir de acordo com as singularidades apresentadas pelos usuários.

A continuidade da construção dos PTS demandará às equipes aprofundar a reflexão sobre a situação de cada usuário acompanhado, sobre a evolução obtida, a fim de levantar as ações e o apoio de outros serviços existentes na rede, necessários para o tratamento.

Apesar das ações realizadas pelos profissionais, os desfechos de cada PTS apresentados no início desta subcategoria revelaram a não adesão dos usuários ao tratamento conforme o preconizado pela literatura, no período destinado à realização deste estudo. Este resultado pode ser relacionado à forma tradicional de abordagem adotada pelas equipes com os usuários não aderentes, dadas as condições que lhes foram propiciadas, em virtude da forma como o sistema de saúde está estruturado nos dois municípios onde os PTS foram desenvolvidos. Neste cenário, a centralização do atendimento aos usuários com TB não aderentes ao SR, a ênfase no tratamento medicamentoso e a não abordagem destes usuários pelas equipes de AB foram determinantes na produção de vulnerabilidade programática.

Neste cenário, foi essencial conhecer o olhar dos profissionais que ocupam cargos de gestão para auxiliar na compreensão deste processo. Na maioria das vezes, a percepção destes profissionais foi semelhante àquela emitida pelas equipes de AB e que apontou para os limites das intervenções focalizadas.

Mesmo apresentando entraves à implantação do PTS e considerando os desfechos de cada PTS junto aos usuários, os profissionais das equipes de AB e os gestores dos serviços referiram as potencialidades atribuídas ao desenvolvimento dos PTS em nível municipal e regional. Trazer para discussão o modo como o atendimento aos usuários com TB não aderentes ao tratamento vem ocorrendo nos municípios e a possibilidade de abordar o assunto por meio da educação permanente foram os primeiros passos dados em direção à problematização da temática e, até mesmo, à futura descentralização das ações básicas de controle da TB para a AB.

Destaca-se, ainda, o “dar-se conta” dos profissionais em relação às dificuldades para considerar as singularidades dos usuários não aderentes nas suas agendas de trabalho, o que sugere um olhar crítico sobre o modo vigente de operar nos serviços, voltados para a gestão

da estrutura que dá sustentação ao trabalho. Lembrando que projetos terapêuticos resultam de acordos possíveis e necessários entre ofertas e demandas, tomados tanto das experiências da vida prática dos usuários, como dos saberes e experiência clínica dos trabalhadores e equipes de saúde (BRASIL, 2009c).

Nos casos estudados, a alteração no modo de executar a atenção à TB está condicionada ao envolvimento dos profissionais que atuam nas equipes de AB e dos ligados à gestão dos serviços. Os gestores dos serviços empreenderam grande esforço para planejar a descentralização do atendimento aos usuários com TB dos SR para as equipes de AB. No município B, este processo foi mais ágil. Porém, a incorporação definitiva das ações básicas de controle de TB pela AB somente ocorrerá quando a situação singular de cada usuário tiver destaque na agenda de trabalhos de ambos os profissionais e se essa atenção singular se converter em alterações na forma de conceber e agir em saúde. Essa atitude demanda aos profissionais a capacidade de executar um modo de produzir saúde coerente com a ideia de saúde, como direito universal de cidadania preconizado pelos princípios e diretrizes do SUS.

7 CONCLUSÃO

A proposta da presente pesquisa partiu da ideia inicial de que a adesão ao tratamento da TB pode ser facilitada a partir de ações que valorizem a singularidade dos usuários. Assim, este estudo foi realizado com o objetivo de analisar os limites e as possibilidades de inclusão do Projeto Terapêutico Singular na agenda da Atenção Básica em contextos de vulnerabilidade e de não adesão ao tratamento da TB. A pesquisa participante forneceu um caminho metodológico coerente com o quadro teórico utilizado e com a opção em desenvolver PTS.

Foram desenvolvidos três PTS junto a três equipes de profissionais que atuam na AB de dois municípios situados no interior do Estado do Rio Grande do Sul durante seis meses, envolvendo 36 profissionais. Outros profissionais, que atuam em serviços de referência secundária e na gestão de serviços, também participaram do estudo. Houve análise documental. Os PTS foram aplicados junto a usuários com TB não aderentes ao tratamento, que vivem em contexto de vulnerabilidade, o que permitiu mergulhar no cotidiano de trabalho das equipes acompanhadas.

Os resultados obtidos nas diversas fontes de informações, que foram se complementando, revelaram a dificuldade dos profissionais em realizar o atendimento aos usuários sob a ótica da singularidade, trazendo à tona o desafio do agir em saúde que leve consideração os princípios e diretrizes do SUS.

Ao configurar os *contextos de vulnerabilidade* em que vivem usuários com TB não aderentes ao tratamento, foram identificados marcadores individuais e compartilhados, que se destacaram nas histórias singulares de não adesão ao tratamento e se assemelharam aos achados de outros estudos. Um quadro de exclusão social marcou a trajetória de adoecimento dos usuários, sendo a dependência química e o envolvimento com o tráfico de drogas os elementos desencadeadores da deterioração da vida dos usuários, marcados por violência, conflitos familiares e passagens pelo sistema prisional.

Os fatores socioeconômicos marcaram fortemente as histórias de cada usuário acompanhado, tais como: dificuldade em ter e manter um local para morar; ausência de trabalho formal; obtenção do sustento por meio de renda proveniente do tráfico de drogas. Evidenciou-se como tema polêmico no contexto estudado, o recebimento esporádico do benefício social (auxílio-doença) pelos usuários com TB não aderentes ao tratamento, uma

vez que o acesso ao benefício estava associado à realização do tratamento, ou seja, a não adesão ao tratamento acarretava a suspensão do benefício. Essa situação, além de evidenciar uma compreensão limitada do processo de adoecimento por parte dos profissionais responsáveis, reforça o círculo de exclusão social. A estigmatização do doente com TB, o preconceito contra a doença e contra o doente também foram evidenciados entre os usuários e praticados por pessoas próximas a eles, por eles mesmos e pelos profissionais estudados.

A análise das histórias singulares e das vulnerabilidades compartilhadas pelos usuários acompanhados, oportunizada pelo desenvolvimento dos PTS, conferiu visibilidade ao contexto de vulnerabilidade em que os usuários com TB estão inseridos e ao modo como este contexto influencia o processo de *não adesão ao tratamento*, com destaque aos elementos individuais e sociais dessa vulnerabilidade, o que reafirma a influência dos determinantes sociais no adoecimento dos usuários.

A análise das situações de vulnerabilidade favoreceu também a compreensão dos fatores que desencadearam o adoecimento de cada usuário, o qual ocorreu em condições bem específicas. Conhecer as pessoas acometidas por TB que não aderem ao tratamento possibilitou compreender como e por que esse perfil se constituiu, o que remete a novos modos de ver e de intervir em situações de não adesão ao tratamento da TB.

Um componente desse cenário que se destacou na análise foi o modo como as políticas e os programas de saúde vêm organizando a atenção aos usuários com TB. As ações programáticas propostas sofrem grande influência dos *modos de ver e de agir dos profissionais* envolvidos, no atendimento direto dos usuários, mas também daqueles ligados à gestão dos serviços.

Os profissionais que acompanharam os PTS identificaram o usuário com TB não aderente ao tratamento como um indivíduo com um perfil típico, marcado pela pouca escolaridade e baixo nível cultural, feio, pobre, usuário de drogas, cuja moradia é precária. Além disso, o usuário é identificado como um risco aos profissionais e à toda sociedade, o que é revelador do estigma e do preconceito que persiste na relação entre a sociedade e pessoas com TB. Nessa perspectiva, a não adesão ao tratamento acabou sendo vista como razão para uma sobrecarga de trabalho aos profissionais, gerando uma obrigação de cuidado a um usuário não merecedor.

A imagem que os profissionais possuem sobre os usuários com TB não aderentes ao tratamento e o grau de importância conferido à doença repercutem *no modo como os serviços*

de saúde estão organizados e em funcionamento nos municípios onde os PTS foram desenvolvidos. O atendimento aos usuários com TB está centralizado em serviços de referência, que operam na lógica curativista, cuja ênfase se dá em ações médicas, focadas na realização de consultas médicas e prescrição de medicamentos. O não envolvimento das equipes de AB com este tipo de atendimento prejudica o controle da doença, pois não são executadas ações de grande relevância, como a busca ativa de faltosos e de comunicantes que não estiveram presentes nos depoimentos dos sujeitos. A análise sugere que há carência de maior envolvimento da coordenação regional nas ações de controle da TB. Além disso, corrobora com a visão de que a TB é uma doença de baixo impacto epidemiológico nos municípios e na região e que, por isso, não demanda maiores investimentos por parte de gestores e dos profissionais da AB.

A análise revelou que o modo como os profissionais compreendem a problemática da TB, em especial as situações de não adesão ao tratamento, tem repercussão direta na forma como as ações programáticas são planejadas e executadas e em como a rede de serviços está organizada nos municípios estudados. Essa organização resulta na produção de novas situações de vulnerabilidade, especialmente de vulnerabilidade programática, que se somam às já existentes. A atuação pautada no modelo biomédico priva os usuários dos benefícios da clínica ampliada. O caráter complexo e debilitante do adoecimento pela TB demanda a atuação de uma equipe interdisciplinar e de ações intersetoriais, com ênfase na promoção da saúde dos usuários.

A retomada das histórias singulares dos usuários realizada pelas equipes durante a operacionalização dos PTS trouxe à tona o contexto de vulnerabilidade vivido por cada um deles, indicando uma necessária revisão das ações tradicionalmente realizadas, de modo a dar conta dos determinantes sociais dessa vulnerabilidade. Desenvolver os PTS no conjunto de estratégias tradicionalmente utilizadas pelos serviços configurou-se em um desafio para os profissionais de saúde que não estão habituados a incluir o usuário no planejamento de seu projeto terapêutico.

O *modus operandi* da AB, ainda fortemente marcado pelo modelo biomédico, aliado às deficiências na infraestrutura dos serviços, à falta de interlocução entre eles e à precariedade das ações de referência e contra referência foram entraves importantes ao pleno desenvolvimento dos PTS. Conclui-se que, em função da atual conjuntura de atenção e gestão dos serviços de saúde dos municípios estudados, fica difícil dar conta das singularidades dos

usuários com TB não aderentes ao tratamento. Isso implicou na continuidade de não adesão ao tratamento da TB dos usuários acompanhados.

A abordagem participativa da pesquisa possibilitou aos profissionais que acompanharam os PTS a análise crítica sobre sua atuação no contexto estudado, o que, espera-se, pode repercutir positivamente na proposição de novos modos de atender as necessidades singulares dos usuários com TB não aderentes ao tratamento.

Afora os aspectos aqui mencionados, os achados do estudo revelaram que, mesmo havendo entraves à implantação do PTS e considerando o desfecho de não adesão ao tratamento pelos usuários, os profissionais das equipes de AB e os gestores dos serviços reconheceram as *potencialidades dos PTS*.

Trazer à tona o modo como o atendimento aos usuários com TB não aderentes ao tratamento vem ocorrendo nos municípios e na região, detectar suas falhas e a possibilidade de abordar o assunto em ações de educação permanente podem se constituir nos primeiros passos em direção à qualificação das análises sobre a problemática da não adesão ao tratamento e respectivas intervenções. Os PTS desenvolvidos mostraram a potencia para provocar a reflexão sobre a viabilidade da descentralização das ações básicas de controle da TB do SR para a AB. Compreende-se que esse movimento deverá acontecer de acordo com as especificidades de cada realidade.

Frente aos resultados dessa pesquisa, conclui-se que o desenvolvimento dos PTS oportunizou às equipes um olhar crítico sobre a realidade de atenção e gestão dos serviços de saúde dos municípios e região foco desse estudo. Também foi possível refletir sobre os limites da rede de atenção em saúde para considerar nas suas ações as singularidades dos usuários com TB não aderentes ao tratamento.

Avalia-se positiva a experiência de desenvolver o PTS junto às equipes de AB, considerando o potencial dessa estratégia para promover a reflexão sobre as práticas realizadas nos serviços e apontar as falhas existentes no processo de atendimento aos usuários com TB não aderentes ao tratamento. Nesse sentido, destaca-se a importância da metodologia de pesquisa participante como dispositivo para o desenvolvimento de uma análise crítica da prática dos profissionais que atuam na AB e sobre o modo como tem sido gerenciado o atendimento aos usuários com TB nos municípios estudados.

Sugere-se que, para avançar no processo de descentralização das ações de controle da TB para a ABS, será preciso responsabilizar profissionais específicos para assumir a

coordenação desse processo em nível municipal, bem como para encabeçar a organização do trabalho em rede para atender o usuário com TB não aderente ao tratamento. Também precisa ocorrer a adequação quantitativa e qualitativa de profissionais e de recursos materiais para acolher o usuário nos serviços de AB. Para isso é necessário empreender a qualificação dos profissionais, por meio de educação permanente, como estratégia de viabilização do atendimento dos usuários com tuberculose pela AB numa lógica que privilegie a assistência centrada no paciente, considerando suas vulnerabilidades, singularidades e autonomia frente ao processo terapêutico.

No que tange aos limites do estudo, teria sido relevante aprofundar a análise do caráter intersubjetivo das relações que se estabelecem entre usuários e profissionais, dadas as manifestações de estigma e de preconceito em relação ao usuário com TB, emergidas da análise do material empírico, bem como a análise da trajetória de vida e de adoecimento empreendida pelos usuários, relativas à contaminação pelo bacilo da TB, o que forneceria novos elementos à análise sobre a vulnerabilidade social da TB.

Sugere-se que novos estudos do tipo pesquisa-intervenção sobre a temática da não adesão ao tratamento da TB sejam realizados, especialmente estudos que tenham como objetivo contribuir no planejamento e implementação da descentralização das ações de controle da TB nos municípios estudados. A participação nessas pesquisas de gestores e de profissionais dos serviços, mas, também, de setores externos à saúde, como é o caso da CRE e da SES, poderia ser de grande ajuda na reorganização dos serviços com vistas a atender as diretrizes do PNCT.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Z. N.; RIBEIRO, M. C. S. **Vigilância e controle das doenças transmissíveis**. São Paulo: Martinari, 2006.
- ALMEIDA C. M. T; RODRIGUES, V. M. C. P; ESCOLA, J. J. J. A representação da vulnerabilidade humana em cuidadores de saúde – construção e validação de uma escala. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. esp.: [09 telas], 2013. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 06 de jun. 2013.
- ALVES, H; ESCOREL, S. Processos de exclusão social e iniquidades em saúde: um estudo de caso a partir do Programa Bolsa Família, Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington, v. 34, n. 6, p. 429-436, 2013.
- AMARAL, A. S. et al. Avaliação da Descentralização do Programa de Controle da Tuberculose do Nível Secundário para o Nível Primário do Sistema de Saúde de Dourados-MS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.4, p.794-802, 2010
- ARAKAWA, T. et al. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4: [09 telas], jul./ago. 2011, Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 06 de jun. 2013.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas em saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-139.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.18, n. 2, supl. 2, p. 11-23, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf> >. Acesso em: 06 jun. 2013.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.13, n.3, p. 16-29, 2004a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>>. Acesso em: 12 de jun. 2015.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, , 2004, vol.8, n.14, p. 73-92, 2004b.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 375-417.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: BARBOSA, R. M; PARKER, R. **Sexualidades pelo avesso**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: São Paulo: CEPESC, 1999. p. 49-72.

- AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA JUNIOR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. IN: PAIVA, V.; AYRES, J. R. C. M.; BUCHALA, C. M. **Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Livro I. Curitiba: Juruá, 2012. p. 71-94.
- BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 2009, v. 14, n. 3, p. 829-839.
- BARCHIFONTAINE, C. P. Vulnerabilidade e dignidade humana. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, 2006, v. 30, n. 3, p. 434-440.
- BARREIRA, D. **Situação epidemiológica e política de controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2012. 64 slides. Trabalho apresentado ao V Encontro Nacional de Tuberculose e II Fórum da Parceria Brasileira. Disponível em: <<https://docs.google.com/folder/d/0B0CE2wqdEaR-UnNuOHBDUVhyTG8/edit?pli=1#docId=0B0CE2wqdEaR-eXY5TS1jWDViaXc>>. Acesso em: 06 dez. 2012.
- BARRETO, A. C. M.; SANTOS, R. S. A vulnerabilidade da adolescente às DST. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro, 2009, v.13, n. 4, p. 809-816.
- BERTOLLI FILHO, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.
- BERTOLOZZI, M. R et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1326-1330, 2009. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 21 de nov. 2014.
- BOCCARDO, A. C. S. et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011.
- BOWKALOWSKI, C.; BERTOLOZZI, M. R. Vulnerabilidades em pacientes com tuberculose no distrito sanitário de Santa Felicidade – Curitiba, Paraná. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v.15, n.1: 92-99, 2010.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Auxílio-doença**. [Brasília: s.d.] Disponível em: <http://www.dataprev.gov.br/servicos/auxdoe/auxdoe_ajuda_req.htm>. Acesso em: 20 maio 2015.
- _____. Ministério da Saúde. **Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos síntese dos principais resultados**. Brasília: MS; 2002c.
- _____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 1998a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 mar. 2006b. Seção 1, p. 71-76.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Boletim do Conselho Nacional de Saúde**. Ano 1, n. 1, nov. 1998b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/boletins/BoletimCNS_01.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose**. 6. ed. rev. ampl. Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 5. ed. Rio de Janeiro, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Plano estratégico para o controle da tuberculose, Brasil 2007-2015**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 200-202, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**: relatório de situação: Rio Grande do Sul. Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 3. ed. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento Diretamente Supervisionado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica**: Protocolo de Enfermagem. Brasília, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Municípios prioritários para o controle da tuberculose**: definição de critérios para a priorização de municípios no controle da tuberculose no Brasil. Nota Técnica N° 15. Brasília, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2010d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 43, p. 1-12. mar. 2012a. Especial tuberculose. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43-Mar--o---Especial-Tuberculose.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa nacional de controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 44, n. 2, p. 1-13, 2014. Disponível em: <<http://www.vigilanciaemsaude.ba.gov.br/sites/default/files/Boletim-Tuberculose-2014.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 46, n. 9, 2015, p. 1-19. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/27/2015-007---BE-Tuberculose---para-substitui---o-no-site.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

BRUNELLO, M. E. F. et al. Áreas de vulnerabilidade para confecção HIV-aids/TB em Ribeirão Preto, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 556-563, 2011.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, C. E. A.; FONSECA, A. C. F.; PESSINI, M. L. Análise dos percursos assistenciais de pacientes com tuberculose por equipes de saúde em três capitais brasileiras: que lições os profissionais podem tirar? **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 188-194, 2012.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec; 2000.

_____. G. W. S. **Saúde paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CAMPANI, S. T. A.; MOREIRA, J. S.; TIETBOHEL, C. N. Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS). **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, v. 37, n. 6, p. 776-782, 2011.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

COMISSÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE. **Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Portugal, Organização Mundial da Saúde, 2010. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Redu%C3%A7%C3%A3o-das-Desigualdades-no-per%C3%ADodo.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: um desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunic., Saúde, Educ**, Botucatu, 2005, v. 9, n. 16, p. 161-77.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001. p.113-126.

CHIAVENATO, I. Administração de recursos humanos. In: CHIAVENATO, Idalberto (Org.). **Recursos humanos: subsistema de provisão de recursos humanos**. São Paulo: Atlas, 2000. p. 178-190.

CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20; n. 3, p. 599-406, jul./set. 2011.

CLEMENTINO, F. S. et al. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 638-643, 2011.

CLEMENTINO, F. S.; MIRANDA, F. A. N. Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 584-590, 2010.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1523-1531, 2009.

CUNHA, G. T. **A Construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

DAVID, R. Tuberculose in: AGUIAR, Z. N.; RIBEIRO, M. S. S. **Vigilância e controle das doenças transmissíveis**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2006.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publ.**, Washington, v. 21, n. 2/3, p. 164-176, 2007.

FERREIRA, S. M. B.; SILVA, A. M. C.; BOTELHO, C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá - MT - Brasil. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, v. 31, n. 4, p. 427-435, 2005.

FONSECA, R. M. G. S.; BERTOLOZZI, M. R.; SILVA, I. A. **O uso da epidemiologia social na enfermagem de saúde coletiva**. Brasília: ABEn, 1997.

FRANCO, T. B. O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 161-198.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP). In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Textos reunidos. SP: Hucitec, 2013. p. 277-300.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade**. Textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 338-361.

GOMES, A. P. et al. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. **Rev. Bras. Educ. Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 541-549, 2012.

GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. **Hist. Ciênc. Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 303-325, 2000.

_____. **Peste branca**: um estudo antropológico sobre a tuberculose. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2002.

GONÇALVES, M. J. F. Avaliação de programa de saúde: o Programa Nacional de Controle de Tuberculose no Brasil. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p.13-17, 2012.

GONÇALVES, R. J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. Bras. Educ. Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 393-403, 2009.

GONZALES, R. I. C. et al. Desempenho de serviços de saúde no Tratamento Diretamente Observado no domicílio para controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 628-634, 2008;.

HIJJAR, MI. A. et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 50-58, 2007.

HINO, P. et al. As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. esp. 2, p. 1656-1660, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v45nspe2/03.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>>. Acesso em: 19 dez. 2014.

_____. **Cidades@**: Rio Grande do Sul, Lajeado. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=431140>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

IGNOTTI, E. et al. Análise do programa de controle da tuberculose em Cáceres, Mato Grosso, antes e depois da implantação do Programa de Saúde da Família. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 287-294, 2007.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do *crack* na atualidade. Editorial. **Rev. Psiquiatr. RS**. Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 96-98, 2008.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, M. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 7-12, 2007.

LINASSI, J. et al. Projeto terapêutico singular: vivenciando uma experiência de implementação. **Rev. Contexto Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 425-434, 2011.

LÖNNROTH, K. et al. Tuberculosis: the role of risk factors and social determinants. In: World Health Organization. **Equity, social determinants and public health programmes**. Geneva, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2014.

MALDANER, C. R. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 647-653, 2008.

MANN, J.; TARANTOLA, D., J. M.; NETTER, T. W. (Org.) **A aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, ABIA, IMS, UERJ, 1993.

MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. M.; SOUZA, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Rev. Saúde Públ.**, v. 40, n. 4, p. 604-610, 2006.

MARREIRO, L. S. et al. Tuberculose em Manaus, estado do Amazonas: resultado de tratamento após a descentralização. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 237-242, 2009.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1521-1531, 2010.

MELÃO, R.; RAMIRES, A. Tuberculose. In: BRÊTAS, A. C. P.; GAMBA, M. A. **Enfermagem e saúde do adulto**. São Paulo: Manole, 2006.

MELO, F. A. F. et al. Tuberculose in: VERONESI: tratado de infectologia. 4. ed. rev. atual. São Paulo: Atheneu, 2009.

MERHY, E. E. et al. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, E. E. et al. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000,

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MEYER, D. E. E et al. “Você aprende. A gente ensina?”: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.

MINAYO, M. C. s. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONROE, A. A. et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 262-267, 2008.

MOREL, C. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1522-1523, 2006. Editorial.

MUÑOZ SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a07v12n2.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2013.

NARVAI, P. C.; SÃO PEDRO, P. F. Práticas de Saúde Pública. In: ROCHA, A. A; CESAR, C. L. G. **Saúde Pública**. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 269-295.

NEVES, L. A. S.; REIS, R. K.; GIR, E. Adesão ao tratamento por indivíduos com a co-infecção HIV/tuberculose: revisão integrativa da literatura. **Rev Esc Enferm. USP**. São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1135-1141, 2010.

NICHIATA, L.Y.I. et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 923-928, 2008.

NICOLAU, S. M. et al. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 863-872, 2013.

OLIVEIRA, A. A. V. et al. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 145-151, 2013.

OLIVEIRA, D. L. C. de. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 3, p. 423-431, 2005.

OLIVEIRA, D. L. C. de. A enfermagem e suas apostas de autocuidado: investimentos emancipatórios ou praticas de sujeição? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n.1 p. 185-188, 2011.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. 202 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2007.

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. IN: CAMPOS, G. W. S; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica**. São Paulo: Aderlado & Rothschild, 2010. p. 283-297.

OLIVEIRA, L. G. D.; NATAL, S.; CHRISPIM, P. P. M. Tratamento diretamente supervisionado: estratégia para o controle da tuberculose. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 357-364, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial.** Brasília; 2003.

PAIXÃO, L. M. M.; GONTIJO, E. D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 205-213, 2007.

PAULLON, S. M.; ROMAGNOLI, R. C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estud. Pesq. Psicol.**, Rio de Janeiro, ano 10, n. 1, p. 85-102, 2010.

PETTENGILL, M. A. M.; ANGELO, M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 6, p. 982-988, 2005.

PINHO, P. H.; OLIVEIRA, M. A.; ALMEIDA, M. M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? **Rev. Psiq. Clín.** São Paulo, v. 1, n. 35, p. 82-88, 2008.

PINTO, D. M. et al. Projeto terapêutico singular na promoção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-302, 2011.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 3, n. 44, p. 657-664, 2010.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: 8 objetivos para 2015.** [Brasília, 2000]. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/ODM.aspx>>. Acesso em: 02 fev. 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. T. **Pesquisa em enfermagem.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

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

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O Processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicol.: Teoria Pesqui.**, Brasília, v. 2, n. 25, p. 203-211, 2009.

RIGHI, L. B. Produção de redes em saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, Dário Frederico; CRUZ, Ivana Beatrice Mânica (Org.). **A saúde coletiva: diálogos contemporâneos.** Ijuí: Unijuí, 2006. p. 73-92.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Programa Estadual de Controle da Tuberculose.** Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1339784445_Plano%20Estadual%20de%20Controle%20da%20Tuberculose.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Tuberculose.** [2014]. Disponível em <<http://200.198.173.164/scripts/tabcgi.exe?snet/tubercrsnet>>. Acesso em: 29 out. 2014.

RODRIGUES, I. L. A.; MOTTA, M. C. S.; FERREIRA, M. A. Representações sociais de enfermeiros sobre o portador de tuberculose. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 172-178, 2013.

ROUQUAYROL, M. Z.; FAÇANHA M. C.; VERAS, F. M. F. Doenças transmissíveis e modos de transmissão. In: ROUQUAYROL, MZ; ALMEIDA FILHO, N (Org). **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 215-269.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. **Psicol. Ciênc. Prof.**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003,.

RUFFINO-NETTO, A. Impacto da Reforma do Setor Saúde sobre os Serviços de Tuberculose no Brasil. **Bol. Pneumol. Sanit.**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 7-18, 1999.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de controle da tuberculose no Brasil: situação atual e Novas perspectivas. **Informe Epidemiol. SUS**, Brasília, v. 3, n. 10, p. 129-138, 2001.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 35, n. 1, p. 51-58, 2002.

RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. **Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil histórico e peculiaridades regionais**. [Rio de Janeiro]: Instituto do Milênio REDE TB, 2006.

ROSSETTO M.; OLIVEIRA, D. L. L. C. de. Reconhecendo-se como sujeito de riscos: a consciência dos possíveis danos da tuberculose. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 130-136, 2013.

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

SAN PEDRO, A.; OLIVEIRA, R. M. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Rev. Panam. Salud Publ.**, Washington, v. 33, n. 4, p. 294-301, 2013.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Além da DOTS (Directly Observed Treatment Short-course) no controle da tuberculose: interface e compartilhamento de necessidades. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n. 5, p. 689-694, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0104-11692009000500015&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: 07 mar. 2013.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 669-675, 2011.

SANCHO, L. G. et al. Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 431-447, 2012.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.13, n. 1, p. 603-613, 2009.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **J. Nurs. Health**, Pelotas, v. 1, n. 2, p. 82-93, 2012.

SANTOS, J. S.; BECK, S. T. A coinfeção tuberculose e HIV: um importante desafio. **Rev. Bras. Anal. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 209-215, 2009,.

SANTOS, M. L. S. G. et al. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. esp., p. 762-767, 2007

SANTOS, M. L. S. G. et al. A gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 64-69, 2010.

SCHMIDT, L. A. et al. Alcohol: equity and social determinants. In: BLAS, E.; KURUP, A. S. (ed.). **Equity, social determinants and public health programmes**. Geneva: World Health Organization, 2010. p. 11-29. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2014.

SCHMIDT, M. L. S. Pesquisa participante: alteridade e comunidades interpretativas. **Psicologia USP**, São Paulo, n. 17, v. 2, p. 11-41, 2006.

SILVA JUNIOR, D. N. et al. Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para tuberculose sob a ótica de usuários e familiares. **Rev. Univ. Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 12, n. 2, p. 676-694, 2014.

SILVA, A. C. O. et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. **Rev. Eletr. Enferm**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 402-416, 2007.

SILVA, C. L. Prefácio. In: RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. **Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil Histórico e peculiaridades regionais**. [Rio de Janeiro]: Instituto do Milênio REDE TB, 2006.

SILVA, L. M. S. et al. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a corresponsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 97-104, 2005,.

SILVA, T. A. M.; FRACOLLI, L. A.; CHIESA, A. M. Trajetória profissional na Estratégia Saúde da Família: em foco a contribuição dos cursos de especialização. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1: [08 telas], 2011.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

SOUSA, E. P.; FERREIRA, I. G.; SOUZA, M. Tuberculose. In: SOUZA, M. **Assistência de enfermagem em infectologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p. 281-288.

SOUZA, J. N.; BERTOLOZZI, M. R. A vulnerabilidade à tuberculose em trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 259-266, 2007.

SOUZA, K. M. J. et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 4, p. 904-911, 2010.

SOUZA, M. S. P. L. et al. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 998-1005, 2009.

SOUZA, S. S.; SILVA, D. M. G. V. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 636-643, 2010.

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

STOP TB PARTNERSHIP. **About the Stop TB Partnership**. Disponível em: <<http://www.stoptb.org>>. Acesso em: 02 fev. 2013.

TEIXEIRA, E. C.; COSTA, J. S. O impacto das condições de vida e da educação sobre a incidência de tuberculose no Brasil. **Rev. Economia**, Curitiba, v. 37, n. 2, p. 106-123, 2011.

TEIXEIRA, G. M. Estaríamos no limiar de uma nova contagem regressiva? **Bol. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro, 2010, v. 10, n. 1, p. 3-4.

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

VIEIRA, A. P. M.; KURCGANT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 11-15, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **An Expanded DOTS framework for effective tuberculosis control**. Geneva, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/expanded_dots_framework/en/index.html>. Acesso em: 03 fev. 2013.

_____. **Framework for effective tuberculosis control**. Geneva, 1994. WHO/TB/94.179. Disponível em: <<http://www.who.int/tb/publications/1994/en/index.html>>. Acesso em: 03 fev. 2013.

_____. **Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing**. Geneva, 2009. Disponível em: <http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2821>. Acesso em: 03 fev. 2013.

_____. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing.** Geneva, 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/tb/publications/2005/en/index.html>>. Acesso em: 03 fev. 2013.

_____. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing.** Geneva, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/tb/publications/2006/en/index.html>>. Acesso em: 03 fev. 2013.

_____. **Global Tuberculosis Report 2012.** WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75938/1/9789241564502_eng.pdf>. Acesso em: 05 maio 2013.

_____. **Working to overcome the global impact of neglected diseases: first WHO report on neglected tropical diseases.** Geneva, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564090_eng.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2013.

_____. **Global tuberculosis report 2013.** Geneva, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2014.

_____. **Global tuberculosis report 2014.** Geneva, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2015.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa **Potencialidades do projeto terapêutico singular na adesão ao tratamento da tuberculose** será realizada com o objetivo de avaliar as potencialidades que o Projeto Terapêutico Singular pode oferecer à equipe de saúde na análise da vulnerabilidade do usuário a tuberculose visando à adesão ao tratamento.

O estudo justifica-se devido à tuberculose ser um grave problema de saúde pública e a não adesão ao tratamento ser um dos principais fatores da permanência de doentes bacilíferos em nosso meio, bem como o surgimento da multirresistência às drogas, levando a necessidade da equipe de saúde investir em outras formas de abordagem junto ao usuário.

Trata-se de um estudo de intervenção realizado junto aos profissionais que atuam em Unidades de Saúde que atendem doentes com tuberculose. Inicialmente haverá alguns encontros entre o pesquisador e a equipe visando prepará-la para a elaboração do projeto terapêutico singular a ser aplicado ao doente com tuberculose não aderente ao tratamento. A seguir a equipe irá desenvolver o projeto terapêutico singular em conjunto com o doente não aderente ao tratamento da tuberculose. Estas atividades ocorrerão durante parte do tempo destinado às reuniões semanais que ocorrem rotineiramente na unidade e poderão se estender até a conclusão do tratamento, que poderá durar vários meses. Estes encontros serão gravados pela pesquisadora.

Você esta sendo convidado a integrar o estudo de duas formas: participar das reuniões da equipe para elaborar o Projeto Terapêutico Singular conforme descrito acima e a relatar suas impressões sobre as atividades realizadas por meio de entrevista, a qual ocorrerá ao final de cada mês de atividade. A entrevista terá duração aproximada de 01 hora e será gravada.

Você poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer tipo de prejuízo e você receberá resposta a qualquer pergunta ou dúvida a cerca dos assuntos relacionados à pesquisa.

Sua identidade será preservada e você não será identificado quando da divulgação dos resultados. As informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa. Você não terá qualquer despesa com o estudo, pois os mesmos serão de responsabilidade do pesquisador.

Acreditamos que os resultados poderão contribuir para compreender os motivos que levam o doente com tuberculose a não aderir ao tratamento, bem como oferecer à equipe de saúde uma nova estratégia de abordagem ao doente com tuberculose que facilite esta adesão.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que concordo em participar desta pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos desconfortos e benefícios, todos acima listados.

Esta pesquisa é orientada pela professora Dr^a Dora Lucia Leidens Corrêa de Oliveira, vinculada a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, fones (51) 9865-7650 e 51 3308.5226 (pesquisadora responsável) sendo que os dados serão coletados pela doutoranda Giselda Veronice Hahn, cujos telefone para contato são (51) 9807 8569 e 3748 4478.

Este termo de consentimento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e será redigido em duas vias, sendo que uma ficará com o sujeito da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável pela coleta de dados.

Data: _____/_____/_____

Nome e assinatura do Participante

Nome e assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa **Potencialidades do projeto terapêutico singular na adesão ao tratamento da tuberculose** será realizada com o objetivo de avaliar as potencialidades que o Projeto Terapêutico Singular pode oferecer à equipe de saúde na análise da vulnerabilidade do usuário a tuberculose visando à adesão ao tratamento.

O estudo justifica-se devido à tuberculose ser um grave problema de saúde pública e a não adesão ao tratamento ser um dos principais fatores da permanência de doentes bacilíferos em nosso meio, bem como o surgimento da multirresistência às drogas, levando a necessidade da equipe de saúde investir em outras formas de abordagem junto ao usuário.

Trata-se de um estudo de intervenção realizado junto aos profissionais que ocupam cargos de gestão de serviços de saúde ou de coordenação regional do Programa Nacional de Controle da Tuberculose ou de gestão municipal de saúde, de municípios ou região que dispõe de atendimento a usuários com tuberculose. A coleta dos dados será feita mediante entrevista, a qual será realizada em horário e local escolhidos pelo entrevistado. Ela terá a duração aproximada de 01 hora e será gravada.

Você está sendo convidado a integrar o estudo para relatar as suas impressões sobre forma como estão organizadas e estruturadas as atividades realizadas ao usuário com tuberculose atendido no município ou região.

Você poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer tipo de prejuízo e você receberá resposta a qualquer pergunta ou dúvida a cerca dos assuntos relacionados à pesquisa. Você pode se sentir desconfortável com alguma pergunta ou durante sua resposta. Se isso acontecer a entrevista será interrompida, o gravador desligado e a mesma irá continuar somente quando você julgar mais adequado.

Sua identidade será preservada e você não será identificado quando da divulgação dos resultados. As informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa. Você não terá qualquer despesa com o estudo, pois os mesmos serão de responsabilidade do pesquisador.

Acreditamos que os resultados deste tudo poderão contribuir para melhorar o atendimento ao usuário com tuberculose no seu município ou região.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que concordo em participar desta pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos desconfortos e benefícios, todos acima listados.

Esta pesquisa é orientada pela professora Dr^a Dora Lucia Leidens Corrêa de Oliveira, vinculada a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, fones (51) 9865-7650 e 51 3308.5226 (pesquisadora responsável) sendo que os dados serão coletados pela doutoranda Giselda Veronice Hahn, cujos telefone para contato são (51) 9807 8569 e 3748 4478.

Este termo de consentimento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e será redigido em duas vias, sendo que uma ficará com o sujeito da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável pela coleta de dados.

Data: _____/_____/_____

Nome e assinatura do Participante

Nome e assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Responsável pelo caso ou profissional de referência: _____

Dados sociodemográficos do usuário

Idade, sexo, tipo de tuberculose, estado civil, escolarização, ocupação/ renda, moradia, coabitação, partilha o mesmo quarto/ quantas pessoas, fumo; álcool, crack , cor da pele.

Questões norteadoras de acordo com as dimensões da vulnerabilidade proposta por Ayres *et al.*, (2003):

- O que o doente conhece sobre a tuberculose? Ele demonstra se preocupar com sua condição de saúde? De que forma? Que cuidados ele toma em relação à doença consigo mesmo e com seus familiares?

- História de vida do usuário; Na sua ótica, como é para ele viver com tuberculose na família, com os vizinhos, amigos e no trabalho?

- História clínica do usuário; história do usuário em relação à equipe e a aos outros serviços de saúde; Ele tem acesso aos serviços de saúde do município? Como? Por quê? Ele procura a unidade para se informar sobre a doença? Que recursos ele já utilizou? Qual profissional ele busca para tratar sua doença? Como é a relação dele com a equipe de saúde aqui do bairro? Ele busca outros serviços? Os serviços de saúde dispõem do que ele precisa para tratar sua doença? Por quê Prioridades atuais em relação ao tratamento. História das intervenções feitas para o usuário – problemas decorrentes das intervenções. Problemas físicos, sociais e psicológicos e a relação com a doença e/ou tratamento; Percepção da equipe em relação a outros serviços de saúde utilizados pelo usuário - especialistas. Relação do usuário com os serviços parceiros para a gestão compartilhada do caso.

- Percepções dos profissionais da equipe no decorrer do PTS.

Elementos analisadores da adesão do usuário ao tratamento segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2011a):

- Uso diário dos medicamentos (ingestão regular);

- Baciloscopia mensal (ou pelo menos no 2, 4 e 6º mês – conforme esquema básico do Ministério da Saúde);
- Acompanhamento clínico mensal/Retorno mensal a Unidade de Saúde;
- Exame radiológico periódico a partir do 2ª mês, se indicado pelo médico;
- Uso das precauções para evitar o contágio (nas duas primeiras semanas de tratamento);
- Não consumo de bebida alcoólica ou fumo durante o tratamento.

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS QUE PARTICIPARAM DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Identificação

(Categoria profissional; Tempo de atuação na profissão; Tempo de atuação na ESF/UBS).

Questões norteadoras:

Como foi para você participar do processo de elaboração do PTS? Quais as vantagens e desvantagens da elaboração de um PTS? Quais as potencialidades que o PTS oferece para adesão ao tratamento da tuberculose? Como foi a sua experiência na elaboração de um PTS aplicado a um paciente com tuberculose? Esta experiência interferiu na forma de prestar o atendimento ao usuário com TB não aderente ao tratamento? O PTS favorece a escuta do paciente e a análise de sua vulnerabilidade a TB? Esta análise favorece o manejo do caso? De que forma? Como você avalia a sua participação na atividade? Fale sobre a sua percepção sobre a interação/envolvimento da equipe na elaboração de um PTS. Como você avalia a participação do usuário na elaboração do PTS? Fale sobre a atividade de capacitação ofertada pelo PTS. A organização da rede municipal de serviços de saúde favorece a elaboração de um PTS? De que forma a organização de sua unidade de saúde favoreceu ou não a elaboração de um PTS? De que forma as condições de vida do usuário interferiram na utilização do PTS e, por conseguinte, na adesão ao tratamento? De que forma os programas institucionais interferiram na utilização do PTS e, por conseguinte, na adesão ao tratamento?

APÊNDICE E – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA GESTÃO E DO SERVIÇO DE REFERÊNCIA

Identificação

(Categoria profissional; Tempo de atuação na profissão; Tempo de atuação na ESF/UBS).

Questões norteadoras

- Fale-me sobre o modo como o atendimento ao usuário com TB não aderente ao tratamento está organizado no município ou região e como está seu funcionamento.
- Quais as ações programáticas são desenvolvidas no município em relação ao controle da tuberculose e qual a sua participação e responsabilidade no atendimento ao usuário com TB?
- Fale-me sobre as atividades das equipes de AB neste atendimento.

APÊNDICE F – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

A pesquisadora do projeto de tese **Potencialidades do projeto terapêutico singular na promoção da adesão ao tratamento da tuberculose**, a aluna Giselda Veronice Hahn, sob orientação da prof^a Dr^a Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira, ambas vinculadas ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, compromete-se a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa, cujos dados relativos ao processo saúde-adoecimento devido à tuberculose serão coletados em prontuários, no livro de acompanhamento dos usuários com tuberculose e em relatórios referentes ao sistema de informação em saúde sobre tuberculose. Esses documentos serão acessados nos serviços de saúde ligados à Secretaria Municipal de Saúde de _____.

A pesquisadora concorda, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos sujeitos da pesquisa e as informações que identificam os serviços de saúde.

Pesquisadora

Secretário de Saúde

**APÊNDICE G - TERMO DE CONCORDÂNCIA PARA PARTICIPAÇÃO EM
PESQUISA E UTILIZAÇÃO DE DADOS**

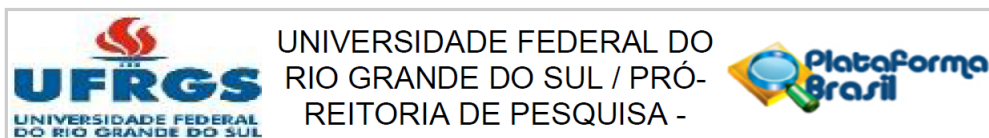
Declaro que tenho conhecimento da pesquisa **Potencialidades do projeto terapêutico singular na promoção da adesão ao tratamento da tuberculose**, realizado pela enfermeira Giselda Veronice Hahn, sob orientação da professora e enfermeira Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira, ambas vinculadas ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Sendo assim, estou ciente de minha participação no estudo por meio da elaboração de um plano de cuidados de saúde feito exclusivamente para mim, de modo a me ajudar a fazer o tratamento contra a tuberculose, e autorizo o uso de meu prontuário única e exclusivamente para fins da pesquisa, através da análise do andamento do meu estado físico e os cuidados realizados pelos profissionais do posto de saúde, com a garantia de que meus dados pessoais não serão revelados em nenhuma etapa da pesquisa.

Pesquisadora

Usuário

ANEXO – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Potencialidades do projeto terapêutico singular na promoção da adesão ao tratamento da tuberculose

Pesquisador: Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22820113.1.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL/COMITÊ DE ÉTICA EM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 463.764

Data da Relatoria: 14/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutorado com metodologia qualitativa, exploratória, de intervenção, oriunda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, linha de pesquisa: Promoção, educação e vigilância em saúde e enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as potencialidades do Projeto Terapêutico Singular (PTS) na promoção da adesão ao tratamento contra a tuberculose sob a ótica de profissionais da saúde considerando os cenários de vulnerabilidade em que vivem os usuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora atendeu às recomendações do Comitê, justificando o tamanho amostral (36 indivíduos) e incorporando a informação no projeto.

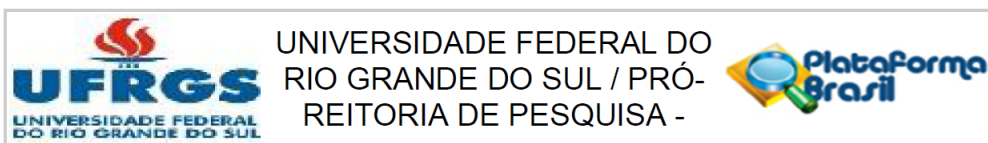
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora atendeu às recomendações do Comitê, justificando o tamanho amostral (36 indivíduos) e incorporando a informação no projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão inseridos no projeto o Termo de Compromisso para a Utilização de Dados (dos dois municípios-Lajeado e Estrela); Parecer da Compesq da Enfermagem; Folha de rosto assinada pelo

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 463.764

pesquisador e responsável pela instituição.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu às recomendações do Comitê, justificando o tamanho amostral (36 indivíduos) e incorporando a informação no projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Encaminhe-se para aprovação.

PORTO ALEGRE, 21 de Novembro de 2013

Assinador por:
José Artur Bogo Chies
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br