

Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras

CARING FOR TUBERCULOSIS PATIENTS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: THE NURSES' PERCEPTIONS

CUIDADO AL ENFERMO DE TUBERCULOSIS EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: PERCEPCIONES DE ENFERMERAS

Lenilde Duarte de Sá¹, Anelissa Andrade Virgínio de Oliveira², Anna Luiza Castro Gomes³, Jordana de Almeida Nogueira⁴, Tereza Cristina Scatena Villa⁵, Neusa Collet⁶

RESUMO

Analisar percepções de enfermeiras sobre o controle da tuberculose, segundo o eixo teórico da integralidade em saúde e os conceitos de vínculo e trabalho em equipe. Pesquisa qualitativa que envolveu 13 enfermeiras da Estratégia Saúde da Família de município prioritário da região Metropolitana de João Pessoa, Paraíba, Brasil. As informações foram coletadas mediante grupo focal e analisadas conforme a técnica de análise de conteúdo e modalidade temática. Elementos potencializadores do controle da tuberculose: tratamento supervisionado, medicação gratuita e oferta de insumos. Elementos fragilizadores: rotatividade dos profissionais, retaguarda laboratorial, falta de incentivos para os doentes e ações educativas incipientes. Os elementos que fragilizam o cuidado ao doente de tuberculose, identificados pelos enfermeiros, devem ser refletidos por gestores, profissionais, usuários e formadores, de modo que na prática seja possível redefinir ações de cuidado que fortaleçam o vínculo, a integralidade e o trabalho em equipe.

DESCRIPTORIOS

Tuberculose
Programa Saúde da Família
Enfermagem em saúde pública
Cuidados de enfermagem

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the nurses' perceptions regarding tuberculosis control, according to the theoretical axis of comprehensive healthcare and the concepts of attachment and teamwork. This qualitative study involved 13 nurses from the Family Health Strategy of a priority city in the metropolitan region of João Pessoa, Paraíba, Brazil. Data were collected in focal groups and subjected to thematic content analysis. Factors that strengthen tuberculosis control were: supervised treatment, free medication and the provision of supplies. Weakening factors were: worker's turnover, the lack of encouragement for patients and incipient educational actions. The factors that, according to the nurses, weaken tuberculosis patient care should be reviewed by administrators, workers, users and educators with a view to redefining healthcare activities that strengthen attachment, comprehensive healthcare and teamwork.

DESCRIPTORS

Tuberculosis
Family Health Program
Public health nursing
Nursing care

RESUMEN

Analizar percepciones de enfermeras acerca del control de la tuberculosis, según eje teórico de integralidad en salud y conceptos de vínculo y trabajo en equipo. Investigación cualitativa que involucró 13 enfermeras de la Estrategia Salud de la Familia de municipio principal en región metropolitana de João Pessoa-Paraíba-Brasil. Las informaciones fueron recolectadas mediante grupo focal y analizadas conforme a técnica de análisis de contenido, modalidad temática. Elementos potencializadores del control de la tuberculosis: Tratamiento supervisado, medicación gratuita y oferta de insumos. Elementos fragilizadores: rotación de los profesionales, respaldo laboratorial, falta de incentivos para los enfermos e incipientes acciones educativas. Los elementos que fragilizan el cuidado al enfermo de tuberculosis, identificados por los enfermeros, deben ser objeto de reflexión por parte de administradores, profesionales, pacientes y formadores, para que en la práctica se puedan redefinir acciones de cuidado que fortalezcan vínculo, integralidad y trabajo en equipo.

DESCRIPTORES

Tuberculosis
Programa de Salud Familiar
Enfermería en salud pública
Atención de enfermería

¹ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba. Vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, PB, Brasil. lenilde_sa@yahoo.com.br ² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Bolsista CAPES. João Pessoa, PB, Brasil. annelissa_ufpb@hotmail.com ³ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba. Enfermeira do Programa de Saúde da Família de João Pessoa. João Pessoa, PB, Brasil. annaenf@gmail.com ⁴ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração da Universidade Federal da Paraíba. Vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, PB, Brasil. jal_nogueira@yahoo.com.br ⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. tite@eerp.usp.br ⁶ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba. Vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, PB, Brasil. neucollet@gmail.com.br

INTRODUÇÃO

Inseridas no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), destacam-se as enfermeiras, profissionais de saúde protagonistas na história das ações de controle da tuberculose (TB) no país⁽¹⁾. Desde a década de 1920 e, mais precisamente nos anos de 1960, as enfermeiras vêm atuando como visitadoras sanitárias e realizando a supervisão do tratamento da TB. No entanto, apesar da experiência que atravessa a história da saúde no Brasil, a prática de enfermagem, inserida no campo das políticas públicas de saúde, enfrenta o desafio cotidiano de imprimir uma nova lógica à organização do processo de trabalho, de modo a configurar um cuidado construído na perspectiva da integralidade.

Este estudo fundamenta-se no eixo teórico da integralidade, a qual é construída na *práxis* do conjunto dos profissionais dos serviços de saúde e nas diferentes formas de encontro desses profissionais com e no serviço⁽²⁾. É também consoante com a definição de integralidade, descrita na Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080 e 8.142/90) como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

No sistema de saúde, o processo de trabalho de enfermagem particulariza-se em uma rede ou subprocessos que são denominados cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar⁽³⁾. Nesse contexto, a ESF, na qual a enfermagem atua de modo peculiar, se configura como uma nova forma de organização dos processos de trabalho em saúde e aponta para a ressignificação destes processos, na perspectiva do desenvolvimento de ações que valorizem a autonomia dos sujeitos e assegurem a continuidade do cuidado, segundo as necessidades dos usuários.

O processo de trabalho na ESF, com o fito de desenvolver o cuidado sob a concepção da integralidade, requer como ferramentas a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos usuário/profissional/equipe de saúde. No que tange especificamente à atuação da equipe de saúde nos cuidados aos doentes de TB e as suas famílias, reconhece-se que o processo de trabalho da equipe deve ser operacionalizado em observância aos pilares do DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course): detecção de casos por baciloscopia, tratamento padronizado de curta duração - diretamente observável, fornecimento regular de medi-

camentos, sistema de registro que assegure a avaliação do tratamento e compromisso político com o controle da TB⁽⁴⁾.

Reconhece-se também que o DOTS não deve ser reduzido a ações concernentes à observação e monitoramento da ingestão da medicação específica. Na busca por uma atenção integral e resolutiva para o controle da TB, faz-se necessário que, além de estarem tecnicamente preparadas, as equipes de saúde da família considerem o uso de tecnologias leves para favorecer o processo terapêutico, principalmente para fortalecer a construção de vínculo.

Como ferramenta, o vínculo tem contribuído para garantir a adesão dos doentes e a continuidade do tratamento, uma vez que favorece o desenvolvimento de uma relação de confiança entre os sujeitos envolvidos no processo terapêutico. Nesse sentido, como elementos de sustentação teórica nesse estudo, foram considerados, além da integralidade, o processo de trabalho das equipes de saúde da família e o conceito de vínculo. O vínculo entre a população e a unidade de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde⁽⁵⁾.

No Brasil, é crescente o número de estudos que tratam da avaliação do desempenho da Atenção Básica à Saúde (ABS) nas ações de controle da TB⁽⁶⁻⁷⁾. Dentre esses, são encontrados aqueles estudos que apontam o enfermeiro como o profissional que mais estabelece vínculo com o doente de TB⁽⁸⁻⁹⁾. Entretanto, tendo em vista a história desse profissional no controle da TB e pelo protagonismo das ações de cuidado na ESF, é mister a realização de estudo que possa trazer, mediante a subjetividade desse profissional, elementos que possam contribuir para o cuidado na perspectiva da integralidade.

Reconhecendo a problemática da TB no Brasil, especificamente na região Nordeste, que, para o ano de 2009, registra 20.137 casos, apresentando uma taxa de incidência de 37,58/100.000 habitantes⁽¹⁰⁾, bem como a política nacional de saúde que reorganiza a atenção a partir da ESF na operacionalização do DOTS, este estudo propõe-se a analisar as percepções de enfermeiras sobre o cuidado desenvolvido pela equipe de saúde da família no controle da TB em um município que integra a região metropolitana da grande João Pessoa, considerado prioritário pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

Na busca por uma atenção integral e resolutiva para o controle da TB, faz-se necessário que, além de estarem tecnicamente preparadas, as equipes de saúde da família considerem o uso de tecnologias leves para favorecer o processo terapêutico, principalmente para fortalecer a construção de vínculo.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa. Inicialmente foi feita uma observação livre do campo a ser estudado, em março de 2007, para conhecer a organização dos serviços de ABS no já referido município e a operacionalização da estratégia DOTS pelas equipes de saúde da família locais. O município em questão possuía, à época, 28 equipes de saúde da família, responsáveis pela operacionalização do DOTS. Contava com duas policlínicas, uma maternidade (onde era realizada a vacina de BCG), um Laboratório Central Municipal (responsável pelas baciloscopias para diagnóstico e controle) e cinco postos de coletas de escarro, sendo um por Distrito Sanitário.

Participaram do estudo 13 enfermeiras das 28 equipes de saúde da família que até março de 2007 acompanhavam usuários em tratamento para TB. As profissionais tinham entre 20 e 52 anos. O tempo de experiência de trabalho na ESF variou entre três meses e seis anos.

Para a coleta de informações utilizou-se a técnica de Grupo Focal (GF). Considerando que os grupos devem ser pequenos e homogêneos, não ultrapassando o número de 12 componentes por grupo, foram realizadas duas reuniões em abril de 2007, uma com sete e a outra com seis convidadas⁽¹¹⁾. As discussões nos GF, norteadas por um roteiro previamente elaborado, foram gravadas e planilhas serviram para anotações de pontos relevantes considerados pelos pesquisadores e observadores, previamente preparados. Nas duas reuniões a discussão foi estimulada mediante apresentação de três situações envolvendo ações de equipes de saúde da família no cuidado ao doente de TB.

Em atenção à Resolução 196/96 que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos, precedendo as gravações, as participantes foram informadas sobre o objetivo da reunião, justificativa do uso de gravador e do sigilo das informações obtidas. Os depoimentos foram decodificados com letras do alfabeto e números arábicos de forma a garantir o anonimato das enfermeiras. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba — CCS/UFPB sob Nº de protocolo 936/07.

Para a análise do material empírico utilizou-se a Técnica de Análise de Conteúdo modalidade temática⁽¹²⁾. O percurso analítico se fez pela sequência dos seguintes

passos: Pré-análise e constituição do corpus: foram selecionadas as 13 entrevistas realizadas com os enfermeiros que participaram das duas sessões de GF; Para as fases de exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação foram ouvidas todas as fitas e refeitas as transcrições do material gravado. Nesse processo, foram observadas a exaustividade, homogeneidade, representatividade e pertinência dos conteúdos apanhados. Procedeu-se então as leituras flutuante e longitudinal. A primeira feita de forma individual e a segunda por três pesquisadores, seguida da discussão conduzida por eles sobre a coerência e a pertinência do conteúdo dos discursos; leitura transversa e início de codificação com base nas unidades de registro e formulação de pré-hipóteses e codificação.

Para o alcance do objetivo proposto, pela análise prévia das falas obtidas nas sessões de GF com os enfermeiros que atuam no cuidado ao doente na ABS, foram destacadas as unidades de registro: Abordagem multiprofissional, Fragmentação do cuidado, Enfermeira como primeira referência de cuidado na ESF, Ações desenvolvidas pelas enfermeiras, Questões políticas e alterações no processo de trabalho da enfermeira, Qualificação dos profissionais, Rotatividade dos profissionais médicos, Diagnóstico precoce e continuidade do tratamento, Compromisso político-social. As Unidades de Registro conformaram os seguintes **Núcleos de Sentido**: *O processo de trabalho das equipes de saúde da família no controle da TB e Singularidades relacionadas ao compromisso ético-político no controle da TB na ABS.*

Em seguida, procurou-se articular entre as falas conteúdos convergentes e divergentes e que se repetiam, recortando os extratos das falas, em cada um dos núcleos de sentido identificados. Esta conformação permitiu eleger a **Unidade Temática Central**, para a qual convergem as falas: *Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções do enfermeiro.*

RESULTADOS

O processo de trabalho das equipes de saúde da família no controle da TB

Neste primeiro núcleo de sentido são apresentadas as percepções dos entrevistados quanto ao processo de trabalho das equipes de saúde da família no controle da TB. Este núcleo de sentido foi formado a partir das seguintes unidades de registro:

Quadro 1 - Unidades de registro dos depoimentos das enfermeiras quanto ao processo de trabalho - João Pessoa, 2007

Unidades de Registro	Discurso dos Profissionais
Abordagem multiprofissional	<i>A médica que trabalha comigo, excelente, ajuda bastante. Os agentes de saúde também são bem conscientes (E4); ... a gente acompanha [o doente de TB] juntamente com o ACS, com o médico, e com os demais da equipe (E1).</i>
Fragmentação do cuidado	<i>Então, na primeira semana, o paciente fica comigo na unidade, é a questão mais do vínculo. Na outra semana eu já passo para o agente comunitário de saúde, que ele fica acompanhando e a médica sempre está também (E6).</i>
Questões políticas e alterações no processo de trabalho da enfermeira	<i>[Antes do Ato Médico] A enfermeira mesmo solicitava [baciloscopia] e quando tivesse um caso positivo, aí eu já encaminhava para a médica. Só que agora não. Agora a gente está com uma dificuldade nesse sentido. Eu acho que o tratamento assim, a questão do diagnóstico precoce está prejudicado [pelo Ato Médico] aqui no município (E6).</i>
Enfermeira como primeira referência de cuidado na ESF	<i>Tudo procura logo a enfermeira. O meu paciente de TB chega já me procurando (E4). Mas, a princípio, quando chega um paciente quem faz tudo é o enfermeiro, depois marca um horário para o médico conhecer seu paciente e também fazer o acompanhamento (E6).</i>
Ações desenvolvidas pelas enfermeiras	<i>Em nossa unidade a gente faz uma busca, a busca ativa, funciona mesmo (E6). Fazemos o acompanhamento direitinho e realmente os agentes de saúde fazem essa busca ativa (E6). [...] eu fazia para adiantar mesmo. [...] Já dava uma adiantada, para chegar com o diagnóstico já na mão da médica. Praticamente tudo prontinho, só para ela prescrever [...] (E5). [...] eu mesma solicitava à Vigilância Sanitária a medicação para a gente continuar o tratamento (E6).</i>

Singularidades relacionadas ao compromisso ético-político no controle da TB na ABS.

Neste segundo núcleo de sentido são apresentadas as

percepções dos entrevistados quanto às singularidades relacionadas ao compromisso ético-político no controle da TB na ABS. Este núcleo de sentido foi formado a partir das seguintes unidades de registro:

Quadro 2 - Unidades de registro dos depoimentos das enfermeiras quanto ao compromisso ético-político no controle da TB - João Pessoa, 2007

Unidades de Registro	Discurso dos Profissionais
Diagnóstico precoce e continuidade do tratamento	<i>[...] seria assim até um empecilho dele não ir fazer, pois se você dá prescrição e ele vai ter que ir comprar o potinho, ou arrumar o potinho para fazer a coleta, já é um empecilho, então, a gente dá o potinho e quando ele chega no laboratório [...] (E1). Desse meu paciente eu já solicitei a medicação, o tratamento completo, e veio todo (E4).</i>
Qualificação dos profissionais	<i>... a gente observa que não tem muito espaço, por exemplo, têm essas capacitações do Estado, eles disponibilizam pouquíssimas vagas (E1) Geralmente é difícil acontecer capacitação para os médicos e eles realmente precisam porque, às vezes, os médicos anteriores, quando tiveram caso de tuberculose que eu encaminhava para eles, aí eles encaminhavam para algum pneumologista (E6).</i>
Rotatividade dos profissionais médicos	<i>... a gente teve problema de rotatividade de médico, na minha unidade. Em três meses já passaram quatro médicos (E2). Existe um rodízio muito grande de médicos (E6).</i>
Compromisso político-social	<i>a dificuldade que a gente encontra hoje aqui é... os exames. A demora do resultado da baciloscopia (E4). Mas, acho que o resultado realmente demora a chegar na unidade (E2). E eles enfrentam também uma dificuldade muito grande de transporte (...) para visitar as unidades, fazer supervisão (E4). E alimentação que era disponível para os pacientes e hoje não tem! (E1).</i>

DISCUSSÃO

O processo de trabalho das equipes de saúde da família no controle da TB

As enfermeiras revelaram que a atuação das equipes de saúde da família no cuidado ao doente de TB se dá mediante abordagem multiprofissional, como se pode observar nos fragmentos de E1 e E4. No trabalho em equipe as diferenças técnicas expressam a possibilidade dos distintos saberes contribuir para a divisão do trabalho que deve

estar voltado à melhoria do cuidado prestado. Os profissionais realizam intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos⁽¹³⁾.

Contudo, nem todo trabalho em equipe articula ações, pois, as enfermeiras, nos fragmentos relativos à E5 e E6, mostram que as ações de controle da TB ocorrem de modo segmentado, ou seja, o cuidado não é feito pela equipe, uma vez que o doente de TB recebe primeiro a atenção do enfermeiro e depois de outros profissionais. Percebe-se que, nas equipes de saúde da família em estudo já existe uma definição de como, quando e quem deve *fazer o que e em que momento* em relação às situações da doença e do doente, independente das demandas singulares que exige o cuidado.

Assim, no modo como organizam o trabalho na produção do cuidado ao doente de TB identificou-se duas noções do trabalho em equipe: a equipe agrupamento, caracterizada pela fragmentação das ações, e a equipe integração, caracterizada pela articulação de saberes. Na primeira, ocorre justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, sem, contudo, articularem o projeto terapêutico balizado na integralidade das ações em saúde. As ações divididas decompõem em partes o ser humano. Já na equipe integração os agentes buscam, nas situações de trabalho, estabelecer correlações colocando em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas. Nesse modo de organizar o trabalho ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes, diferente da equipe agrupamento que é pautada pela fragmentação⁽¹³⁾.

Em seus depoimentos as enfermeiras não fazem menção às necessidades singulares de cada ser humano que busca o serviço de saúde. Tampouco levam em consideração suas condições sociais, seu estilo de vida, suas possibilidades econômicas, seu contexto familiar. Fica evidente a *coisificação* do doente, passível da intervenção técnica dos profissionais, e a preocupação com a sintomatologia da TB. Nesse sentido, a falta de uma escuta qualificada inviabiliza a construção de um campo propício à produção de intersubjetividades. O trabalho com estas características fragiliza o processo de construção de vínculos e responsabilizações entre o doente e a equipe de saúde da família⁽⁹⁾.

Salientamos que em ambas as modalidades de produzir o cuidado em equipe, acima referidas, são encontradas *diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos*⁽¹³⁾. Ambas apresentam tensões

sobre as concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto a independências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva⁽¹³⁾.

Portanto, a recomposição do trabalho em equipe *requer a articulação das ações, a interação comunicativa dos agentes e a superação do isolamento dos saberes*⁽¹³⁾. Nesse

sentido, torna-se importante experimentar produzir o cuidado a partir de uma perspectiva da interdisciplinaridade articulando-se saberes e ações, definindo-se campo e núcleo de competência de cada profissional no cotidiano da atenção à saúde, com o objetivo de acolher e de estabelecer vínculo e responsabilização com os doentes.

Os relatos também mostraram alterações no processo de trabalho das equipes provocadas pelas relações no campo político no que tange as competências dos profissionais de saúde tendo em vista a discussão do Ato médico que concorre para fortalecer o pensamento biomédico e acirrar a disputa de poder entre as categorias profissionais.

A interferência política na organização do trabalho reflete fragilidades na relação entre os próprios membros das equipes de saúde da família, na qual se destaca a resistência da hegemonia do saber médico frente aos conhecimentos dos diversos profissionais que compõem as equipes de saúde da família. Os depoimentos das enfermeiras mostraram que o Ato Médico concorre para o retardo ao diagnóstico e do tratamento. Ao concentrar as atividades clínicas no profissional médico, o Ato Médico fragiliza a prática sob o conceito de equipe integração⁽¹³⁾, comprometendo, em consequência a relação entre os profissionais das equipes de saúde da família e interação entre a equipe e doentes de TB, dificultando, portanto, o processo de trabalho da equipe de saúde no controle da doença.

Para que o cuidado ao doente de TB seja feito em observância ao princípio da integralidade, é necessário que o sentido do trabalho em equipe seja construído no processo de formação do profissional de saúde e nele sejam estabelecidas estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, embora se reconheça que a pluralidade do conhecimento favoreça ao controle da doença, depoimentos revelaram que a enfermeira centraliza as ações de cuidado ao doente de TB.

As falas levam a crer que a enfermeira, inserida na ESF, lidera as ações de cuidado voltadas aos doentes de TB sendo a profissional que mais realiza ações junto ao doente de TB, fato que concorre para o fortalecimento das relações de vínculo. Nessa perspectiva, foram identificados benefícios na relação de cuidado quando a atenção é centrada em um profissional de saúde. Entende-se que tendo o usuário um profissional de saúde como referência, torna-se possível um melhor reconhecimento de suas necessidades/problemas, possibilitando um manejo terapêutico mais adequado⁽⁵⁾.

Uma das atribuições específicas do enfermeiro no contexto da ESF é realizar atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na ABS previstas no Pacto pela Saúde 2006. A enfermeira da ESF, considerando o controle da TB, está responsável por identifi-

car os sintomáticos respiratórios, solicitar baciloscopia para diagnóstico, realizar a consulta de enfermagem, fazer tratamento supervisionado (TS), notificar a doença, entre outras⁽¹⁵⁾. A partir dessas diretrizes, as enfermeiras no município em estudo afirmaram desenvolver atividades relacionadas à busca ativa, diagnóstico, notificação e tratamento, fato que revela um significativo potencial para o estabelecimento de relações de vínculo com os usuários uma vez que o vínculo depende do modo como as equipes se responsabilizam pelo conjunto de pessoas que vivem em sua área de abrangência⁽⁹⁾.

A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da TB no âmbito da ESF requer um conjunto de ações, tanto no âmbito externo (abordagem no domicílio junto às famílias, identificação do suspeito), quanto no âmbito interno dos serviços de saúde (recebimento de material, encaminhamento ao laboratório, diagnóstico) para que seja garantida a longitudinalidade da atenção, necessária para a formação de vínculo⁽¹⁶⁾.

Com relação à notificação, a TB está incluída na Portaria n. 4.052, de 23 de Dezembro de 1998, do Ministério da Saúde, que define as Doenças de Notificação Compulsória em todo o território Nacional. O Ministério da Saúde atribui ao enfermeiro notificar a doença utilizando ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)⁽¹⁵⁾. Os depoimentos demonstraram que as enfermeiras realizam atividades de notificação e que tais atividades têm se mostrado uma importante ferramenta para o controle da doença, pois, a partir dessa ação, são desencadeadas medidas de controle e ações que convergem para aprimorar o cuidado ao usuário e às famílias da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF).

No que concerne ao diagnóstico e tratamento, verifica-se a atuação efetiva das enfermeiras na solicitação de baciloscopia e de medicamentos. Sabe-se que quanto mais precoce o diagnóstico e iniciado o tratamento, menor será o tempo de transmissibilidade. É preciso ressaltar que, mais do que diminuir o tempo do diagnóstico e, conseqüentemente, a demora para o início do tratamento, é importante o acolhimento dos usuários e a integração destes junto às equipes de saúde da família, uma vez que se minimizam entraves ao diagnóstico precoce e à conclusão do tratamento.

Concentrando a atenção aos doentes em suas unidades e atentas para o diagnóstico precoce da TB e a provisão da medicação, as enfermeiras do município em estudo, entre os profissionais das equipes de saúde da família, lideram as ações de controle da doença. Se por um lado essa constatação revela o protagonismo desse profissional no processo de trabalho da equipe de saúde da família com relação ao controle da TB, por outro lado deixa transparecer fragilidades quando se concebe que no âmbito da ABS o cuidado deva ser promovido mediante a abordagem multiprofissional e segundo a concepção de equipe integração coerente à definição de integralidade em saúde.

Singularidades relacionadas ao compromisso ético-político no controle da TB na ABS

O êxito terapêutico requer, entre outras ações, o estabelecimento de vínculos entre profissionais e doentes de TB mediante a aproximação da equipe do contexto de vida destes, conquistada por relação de confiança, afinidade, responsabilidades e compromissos mútuos^(9,17).

A descoberta precoce da TB, por meio da busca ativa de sintomáticos respiratórios na comunidade, constitui-se em importante atribuição das equipes de saúde da família. Em caso de suspeição, deve-se de imediato solicitar o exame bacteriológico do escarro. Para isto, devem ser garantidos os insumos necessários como potes, etiquetas, conservação e armazenamento adequados do material coletado, fluxo laboratorial, sistema de informação⁽¹⁵⁾.

Há relatos em que a não oferta do pote de coleta do escarro dificulta o diagnóstico da TB. A falta de importante insumo pode atrasar o diagnóstico e o início do tratamento, além de prolongar o tempo de transmissibilidade. A disponibilização dos insumos, portanto, é considerada de vital importância à sustentabilidade do DOTS, principalmente no que tange a viabilização da baciloscopia.

Assim como a distribuição de insumos, a falta de medicação gratuita para os doentes poderia se tornar um empecilho à continuidade do tratamento. Entre as falas há expressões que levam a crer que no município em estudo existe uma coordenação (gestão) de PCT atuante no que concerne à garantia da medicação. Porém, a gerência das ações para o controle da TB não pode ser reduzida a segurança ao acesso aos insumos terapêuticos pelo doente.

Na perspectiva da APS, coordenação (ou integração dos serviços) pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui, ainda, o encaminhamento e o acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados⁽⁵⁾. Uma coordenação atuante favorece a sustentabilidade do DOTS, pois revela o compromisso político dos gestores com a qualidade do processo de trabalho das equipes de saúde no cuidado aos doentes de TB.

A partir do discurso das enfermeiras pode se verificar que a falta de capacitação dos profissionais concorre para fragilizar o controle da TB e compromete o trabalho da coordenação do PCT na sustentabilidade da estratégia DOTS. A qualificação profissional é um dos aspectos que interfere na incorporação do controle da TB na ABS⁽¹⁸⁾. As enfermeiras revelam que ações voltadas à qualificação dos trabalhadores das equipes de saúde da família são insuficientes não havendo uma oferta pene, sendo os médicos os profissionais mais carentes de atualização para o trabalho com TB. Estudo realizado na cidade de Medellín (Colômbia) mostra que o insuficiente

conhecimento dos profissionais de saúde sobre os fatores de risco da TB e o processo do diagnóstico aliado à reduzida prescrição do exame baciloscópico, concorrem para retardar o diagnóstico⁽¹⁹⁾, assim como o início do tratamento.

A falta de oferta de um processo de educação permanente em saúde para os profissionais das equipes de saúde da família, problema localmente observado, contradiz a orientação do Ministério da Saúde (MS), uma vez que o mesmo recomenda que toda a equipe de saúde da família deva ser qualificada para oferecer a melhor assistência ao doente com TB e que todas as categorias devem ser contempladas no planejamento de cursos e treinamentos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde⁽¹⁵⁾.

O cuidado ao doente de TB deve ser humanizado e orientado pelo acolhimento tendo a integralidade como o eixo norteador das práticas em saúde coletiva. Para tanto, é necessário que as práticas sanitárias, sejam reorientadas a partir de uma reorganização do conhecimento na qual se inclui um amplo processo de capacitação para que as equipes se apropriem de técnicas pedagógicas e estratégias para lidarem com a subjetividade e, ainda, com a reorganização do processo de trabalho das equipes, de modo a permitir a construção de padrões razoáveis de vínculo⁽²⁰⁾.

A rotatividade dos profissionais foi outro elemento apontado pelas enfermeiras que, segundo elas, prejudica o processo de trabalho das equipes de saúde da família para lidar com o controle da TB. A mudança constante dos profissionais que compõe uma equipe de saúde da família traz como consequência a dificuldade para o estabelecimento de vínculo entre a equipe e os doentes. O problema da rotatividade dos profissionais, geralmente, encontra-se relacionado à descontinuidade gerada pelos movimentos político-partidários que afligem os sistemas locais de saúde. Para o êxito do processo terapêutico, reconhece-se a importância da construção de uma relação de confiança, compromisso e responsabilidade entre a equipe de saúde da família e o doente de TB⁽⁹⁾.

Além da rotatividade dos profissionais, ademora para o recebimento dos resultados das baciloscopias foi outro problema citado pelas enfermeiras. Na intenção de receber com maior rapidez os resultados da baciloscopia, usuários do sistema de saúde do município referido recorrem à Unidade de Referência no município de João Pessoa, a capital. Este fato aponta para debilidades relacionadas à gestão, ao compromisso político dos gestores, ressaltando, mais uma vez, que este vai além da garantia da medicação na USF.

Os relatos revelam que faltam ao doente de TB incentivos que garantam alimentação e deslocamento. A falta de apoio na forma de cestas básicas, vale-transporte, café da manhã, concorre para o abandono do tratamento, bem como dificulta a descentralização

das ações de controle da doença, uma vez que alguns serviços de saúde, próximos ao local de residência dos doentes, são preteridos em função daqueles que disponibilizam tais incentivos. Convém ressaltar que apenas a disponibilidade de incentivos não é suficiente para atender as necessidades dos usuários, porém é considerada um importante fator - dentro de uma série que envolve a estratégia DOTS - somando-se a outros na efetivação dessa estratégia⁽¹⁶⁾.

As singularidades identificadas, assim como os problemas apresentados reforçam o que tem sido verificado por autores⁽²¹⁻²²⁾ de que a ESF, apesar dos avanços advindos com a política de descentralização, não tem conseguido dar respostas efetivas às demandas dos usuários, uma vez que a totalidade das equipes não tem assumido as ações de controle da TB, principalmente no que concerne à obtenção do diagnóstico precoce da doença.

CONCLUSÃO

Os depoimentos revelaram que as enfermeiras são comprometidas com o cuidado ao doente de TB e realizam as atividades preconizadas pela política de controle da TB. No entanto, sobre as ações de controle da doença mostram que o trabalho delas e das equipes de saúde da família onde atuam é centrado em ações, a exemplo do monitoramento da busca ativa de sintomáticos respiratórios, acompanhamento do tratamento e solicitação de medicação. O modo como as equipes de saúde da família têm organizado seus processos de trabalho carece de articulações com os profissionais entre si e com os gestores a fim de construir um projeto terapêutico balizado pela integralidade e que prime pelo estabelecimento de vínculos e responsabilizações a partir da escuta qualificada e do diálogo, ferramentas indispensáveis ao cuidado em saúde.

Como elementos potencializadores para sustentabilidade da estratégia DOTS verificou-se: a realização do TS, estrutura física de algumas Unidades de Saúde e disponibilidade de insumos (medicamentos e potes de escarro). As enfermeiras sinalizam elementos que fragilizam o processo de trabalho da equipe de saúde da família no controle da TB: ações de cuidado segmentadas e focadas nas responsabilidades técnicas de cada profissional da equipe, a falta de incentivos e benefícios para os doentes. As questões políticas como o Ato médico e a rotatividade de profissionais reduzem a autonomia da enfermeira e comprometem a formação e fortalecimento de vínculos entre profissionais e entre estes e os usuários e os gestores.

Do ponto de vista operacional o cuidado ao doente de TB é fragilizado pela falta de coordenação do sistema em garantir, de forma articulada, respostas às necessidades dos usuários identificadas na ABS e que demandam ações dos setores especializados e responsáveis por exames e procedimentos diagnósticos.

Embora o DOTS seja um meio de promover o estabelecimento de um novo nível de relações entre a equipe de saúde da família e os doentes, verificou-se, a partir das falas das enfermeiras, que a operacionalização dessa estratégia pelas equipes de saúde da família não está coerente com a política da ABS. Torna-se evidente que a descentralização das ações de controle da TB para o âmbito da ESF vem se estabelecendo, porém permanecem lacunas que inviabilizam a atenção continuada aos doentes e aos seus familiares, fragilizando a formação do

vínculo e comprometendo o princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde.

Conclui-se, com base nos elementos que fragilizam o cuidado ao doente de TB - esses identificados pelas enfermeiras, profissionais de reconhecida expressão na ESF devam ser refletidos conjuntamente por gestores, profissionais, usuários e formadores, de modo que se possam redefinir, na prática, ações de cuidado que fortaleçam vínculos e corresponsabilizações na perspectiva da integralidade e do trabalho em equipe.

REFERÊNCIAS

1. Barreira A. A enfermeira Anna Nery no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1993.
2. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1411-6.
3. Tanaka LH, Leite MMJ. Processo de trabalho do enfermeiro: visão de professores de uma universidade pública. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(3):481-6.
4. Nogueira JA, Sa LD, França UM, Almeida SA, Lima DS, Figueiredo TMRM, et al. The information system and tuberculosis control on priority cities of Paraíba - Brazil. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2010 Dez 14];43(1):125-31. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_16.pdf
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
6. Gonzales RIC, Monroe AA, Assis EG, Palha PF, Villa TCS, Ruffino Netto A. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(4):628-34.
7. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):262-7.
8. Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcênio RA, Gonzales RIC, Villa TCS, et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):176-82.
9. Gomes ALC, Sá LD. The concepts of bonding and the relation with tuberculosis control. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2010 Dez 12];43(2):365-72. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a16v43n2.pdf
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2010 dez. 15]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21383
11. Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos focais e pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
13. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.
14. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):48-56.
15. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose. Brasília; 2002. (Cadernos de Atenção Básica).
16. Silva ACO, Sousa MCM, Nogueira JA, Motta MCS. Tratamento supervisionado da tuberculose: potencialidades e fragilidades do enfermeiro. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2007 [citado 2010 dez. 12];9(2):402-16. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a09.htm>
17. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Gonzales RC, Ruffino Netto A, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(2):315-21.
18. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):262-7.
19. Gaviria MB, Henao HM, Martínez T, Bernal E. Papel del personal de la salud em el diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar em adultos de Medellín, Colômbia. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(2):83-92.
20. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):569-84.
21. Scatena LM, Villa TC, Ruffino Netto R, Kritski AL, Figueiredo TMRM, Vendramini SH, et al. Dificuldades de acesso a Serviços de Saúde para a Tuberculose em municípios do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):389-97.
22. Figueiredo TMRM, Villa TC, Scatena LM, Gonzales RIC, Ruffino Netto A, Nogueira JA, et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(5):852-31.