UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RICARDO ALEXANDRE ARCÊNCIO

A ORGANIZAÇÃO DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO NOS
MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO (2005).

RIBEIRÃO PRETO
2006

RICARDO ALEXANDRE ARCÊNCIO

A ORGANIZAÇÃO DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO NOS
MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO (2005)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo inserida na linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Orientadora: Prof^a Dr^a Tereza Cristina Scatena Villa

RIBEIRÃO PRETO
2006

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Central do Campus - USP
Administrativo de Ribeirão Preto

Arcêncio, Ricardo Alexandre

A organização do Tratamento Supervisionado nos municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005).

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública.

Orientadora: Villa, Tereza Cristina Scatena

1. Tuberculose 2. Tratamento Supervisionado

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ricardo Alexandre Arcêncio

Título: *A organização do Tratamento Supervisionado nos municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005)*

*Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do Título de Mestre em Enfermagem em Saúde
Pública, junto ao Departamento de Enfermagem Materno-
Infantil e Saúde Pública, inserida na Linha de Pesquisa:
Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.*

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ *Assinatura:* _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ *Assinatura:* _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ *Assinatura:* _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ *Assinatura:* _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ *Assinatura:* _____

Dedicatória

À minha amada mãe Rosimeire, que por sua força e coragem no enfrentamento as tormentas da vida, me motivaram ainda mais a buscar uma vida melhor para nós. “Mãezinha o que um dia foi nosso sonho, hoje é realidade”.

À minha linda avó Lourdes, por ter me colocado no lugar de seu quinto filho, e assim se dedicado integralmente em prol dos meus objetivos, mesmo quando já findavam suas forças. Prova de amor maior não há. “Vózinha te amo”.

Agradecimento Especial

Ao Prof. Dr Antônio Ruffino- Netto, pessoa exemplo a seguir, sempre com uma palavra amiga a dar para aqueles que o procuram. Sua humildade e respeito pelo próximo, demonstram ainda mais sua grandiosidade. Seus pensamentos foram citados por vários sujeitos desta pesquisa, ratificando a idéia de que “és um paradigma a ser seguido”. Sinto-me privilegiado por tê-lo como participante da minha banca. Agradeço imensamente pelo apoio na construção deste projeto e pela contribuição não apenas para o meu crescimento profissional, mas também pessoal.

Agradecimento Especial

À Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa, que pela sua liderança, nos motiva a buscarmos o sucesso profissional com muito mais afinco e perseverança. Sempre respondeu prontamente às nossas necessidades, sacrificando por vezes, sua vida pessoal, em prol da pesquisa e do sucesso do grupo. Uma pessoa admirável, que a todo o momento demonstra a importância de se trabalhar em grupo. Agradeço plenamente pela possibilidade que nos tem dado de crescermos na pesquisa. Seus estímulos nos encorajam a cada vez mais explorar nossas potencialidades, e nunca nos deixam desistir frente aos percalços dos nossos caminhos.

Agradecimentos:

À **Deus**, pois sem ele nada seria possível.

Aos membros da banca examinadora Dra. **Ione** e Dr **Antônio Ruffino Netto**, pela compreensão e ajuda na conclusão deste estudo.

Aos coordenadores dos Programas de Controle da Tuberculose, que gentilmente aceitaram em participar da pesquisa.

Ao meu **Tio Jorge**, um ser humano fantástico, um dos grandes contribuintes para a minha escolha profissional. Pessoa a qual tenho verdadeira admiração e respeito. Posso dizer que as conversas intermináveis que varavam pela madrugada “a fora” em temporadas praianas foram fundamentais para atenuar o estresse dessa jornada.

À minha **Tia “Dorinha”** e às minhas primas **Lívia, Mayara, Natália e Talita** pelo apoio e incentivo, fazendo me acreditar, que na vida deve-se ter espaços para os momentos de descontração e lazer.

Aos meus irmãos **Daiane, Josiane, Fernando** e minha sobrinha **Letícia**, pela cumplicidade, paciência, motivação e, sobretudo, por estarem sempre ao meu lado nas situações de alegria e também nos momentos de frustrações. Posso dizer que neste segundo momento vocês foram fundamentais.

Ao meu pai **Sebastião**, por estar junto com minha família, e proporcionar momentos de muita alegria.

À **Roxana**, pelo grande estímulo e ajuda, me fazendo por vezes entender o significado da amizade, e quão bonito pode se tornar um trabalho, quando construído em conjunto.

À minha avó **Júlia** “in memoriam”, pelos seus momentos de orações, no início dessa jornada, que muito contribuíram para o alcance de mais um objetivo.

À minha amiga **Lucília**, pela lealdade, dedicação e estar sempre pronta a me ouvir, demonstrando que uma amizade muito mais se consolida nos momentos ruins, do que propriamente em períodos de lazer, embora nunca abrissemos mão desses últimos.

À minha amiga **Juliana Bueno**, pela sua ternura, paciência, elevando muitas vezes meu astral, ao chamar a atenção para algumas coisas que antes passavam despercebidas. À **Soninha, Willinho e Marquinho**, que direta ou indiretamente foram primordiais nesse processo.

Aos meus amigos **Kleber, Fernanda, Lucimara, Maicon e Viviane**, por estarem sempre próximos nessa caminhada, fazendo de cada encontro, momentos de muita descontração.

À **Aline, Cinthia, Danuza, Mayra e Paula**, pessoas as quais tenho o privilégio de conviver diariamente, e que muito colaboraram no processo de construção deste trabalho, inclusive em reuniões nos feriados, para que pudéssemos terminar a tempo.

À **Jordana**, por ser sempre solícita ao nosso grupo, ajudando-nos com atenção, respeito e carinho. Sou muito grato por tudo o que você fez ao nosso grupo.

À **Rosália**, pelo cuidado com os meus pertences, organizando sempre meu material com muito carinho e atenção.

À **Daniela e Patrícia**, por sempre responderem a tempo às nossas solicitações, primando pela manutenção da sala e dos equipamentos, e pela paciência nos momentos de estresse durante a confecção deste trabalho.

À **Cristina**, por corrigir a dissertação em tempo hábil, além de deixar evidente o seu prazer em nos poder ajudar.

À **Cidinha**, pela simpatia de sempre em nos receber na portaria carinhosamente, preocupando-se, por vezes, com nossa agitação e nos parabenizando sempre quando uma nova vitória é conquistada.

À secretária **Adriana** da Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pela atenção e apoio dispensados em todos os momentos.

Aos funcionários do DMISP, pela disposição em sempre nos ajudar.

Às funcionárias da sala de leitura Glete de Alcântara, **Bernadete e Lourdes** pelo auxílio e atenção.

Aos meus amigos da pós-graduação que contribuíram em muito com o processo de elaboração deste trabalho.

À Dr^a **Vera Galesi**, por ter contribuído e permitido a realização deste trabalho.

Aos funcionários da secretaria de Pós-Graduação, que sempre nos presta um atendimento com muito respeito e cordialidade.

À **Lurdinha**, pela sua colaboração no processo final deste trabalho

A todos os membros do Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB) da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose.

Àqueles que participaram e contribuíram de alguma maneira para a realização deste trabalho.

ONDE A MENTE É INTRÉPIDA

*É Onde a mente se conserva inovadora e a cabeça se mantém erguida;
É Onde o conhecimento é liberto;
É Onde o mundo não se esfacelou em fragmentos...cindido por provincianos muros;
É Onde as palavras emanam das profundezas da verdade;
É Onde o progresso incansável estende seus braços à perfeição;
É Onde o fluxo cristalino da razão não perdeu seu curso nos áridos desertos de
rotinas inertes;
É Onde a mente é sempre conduzida na ascensão progressiva da reflexão e da
atitude, alcançando a liberdade idílica;
Meu Pai, permita que meu país acorde!"*

Rabindranath Tagore

RESUMO

ARCÊNCIO, R. A. **A organização do Tratamento Supervisionado nos municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005)**. 121 f. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

O Tratamento Supervisionado consiste num dos melhores instrumentos disponíveis na luta contra a Tuberculose. Assim propôs-se analisar a organização do Tratamento Supervisionado nos 36 municípios prioritários do Estado de São Paulo. Para o alcance dos objetivos utilizou-se uma abordagem qualitativa, que buscou entender o significado do fenômeno individual ou coletivo para a vida das pessoas, selecionando-se para este fim todos os coordenadores dos municípios prioritários do Estado de São Paulo. A técnica utilizada na análise dos dados foi análise de conteúdo, modalidade temática, evidenciando-se dois núcleos de sentido centrais: *Aspectos técnicos-operacionais na execução do Tratamento Supervisionado* e *Estratégias de Intervenção para Adesão do paciente*. Em relação ao primeiro núcleo, verificou-se que em 13 (59%) dos municípios não utilizam critérios para a inserção do paciente em TS, 13 (59%) determinam a frequência de supervisão, seguindo normas ou protocolos institucionais, 18 (81%) dos municípios realizam a supervisão da ingesta medicamentosa predominantemente em Unidades de Saúde, sendo que na maioria desses, não há possibilidade da realização do TS no domicílio, em casos de impossibilidade do paciente deslocar até o serviço. A supervisão medicamentosa em 11 (50%) dos municípios prioritários é realizada, exclusivamente, por profissionais de saúde, entretanto importantes atores estão se integrando ao TS, como membros da família, da comunidade e Agentes Comunitários de Saúde. No que se refere ao segundo núcleo, nota-se que uma das estratégias de intervenção lançadas pelas equipes consiste na entrega de incentivos e benefícios, demonstrando as relações de solidariedade entre profissionais de saúde e paciente, observando-se assim que as relações de acolhimento e vínculo são os pilares principais para as equipes que buscam a adesão do paciente. Destaca-se ainda, que a relação de vínculo, faz com que as equipes ao realizar o TS, sintam-se tão próximas do paciente, que num processo de transferência, sentem-se responsáveis por todas as suas necessidades. Um ponto ainda a ser destacado como estratégia de adesão, corresponde a própria flexibilidade das equipes, durante a realização do TS, respeitando as escolhas dos pacientes. Conclui-se, portanto que o TS deve ser realizado dentro de um espírito democrático, tendo como protagonista principal o próprio paciente, assumindo a responsabilidade na regularidade da ingestão medicamentosa, mas dentro de uma conformação de respeito e empatia.

Palavras-chave: Tuberculose. Terapia Diretamente Observada.

ABSTRACT

ARCÊNCIO, R. A. **The Directly Observed Therapy organization in counties with priority, in the Sao Paulo State (2005)**. 121 p. Dissertation (Master) – Nursing School of Ribeirao Preto, Sao Paulo University, Ribeirao Preto, 2005.

The Directly Observed Therapy (DOT) is one of the best available instruments used in the struggle against Tuberculosis. There for, it was intended to analyze the Directly Observed Therapy Organization, in the 36 priority counties, in the Sao Paulo State. To achieve the objectives, it was used a qualitative approach, that did not intent to understand the phenomenon, but instead, to understand the individual or collective meaning that had for the people life; for this purpose, were selected all the coordinators in the priority counties, in the Sao Paulo State. The data was analyzed using the Content Analyzes method - Thematic Mode; two central cores were emphasized: *Technical-Operational Aspects in the Directly Observed Therapy Execution* and *Intervention Strategies Seeking the Patient Adhesion*. Related to the first core, it was found that, in 13 (59%) counties, did not utilize criteria to include the patients in the DOT; 13 (59%) counties established supervision frequencies, following institutional norms and protocols; 18 (81%) counties supervised the drugs intake, specially, in the Health Units; when the patient could not attend the Unit, it was not possible to realize the DOT at their homes. The drugs intake supervision, in 11 (50%) priority counties, was controlled exclusively by the health professionals; however, other important actors were joining the DOT, such as family members, community members and Community Health Workers. In the second core, was perceived a strategy, developed by the team, that works thru benefits and incentives, demonstrating the relations of solidarity between the health professionals and the patients, and also, that the relationships created during the reception and the bonds of linkage were the main tools to be used by the teams to seek the patients adhesion. Even further, it was highlighted that the bond that links professionals and patients, made that the teams, when performing the DOT, felt very close to the patients, and in a transfer process, the team felt responsible by all the patients needs. Another point to be highlighted, as an adhesion strategy, was the team flexibility, demonstrated during the DOT, when it considered the patients preferences. It was concluded, that the DOT must be realized with a democratic spirit, having as it main actor the patient itself, who must ingest the medicine and accept the responsibility of this action – all this developed in an environment of respect and empathy.

Keyword: Tuberculosis. Directly Observed Therapy.

RESUMEN

ARCÊNCIO, R. A. **La organización del Tratamiento Supervisado en los municipios prioritarios del Estado de São Paulo (2005)**. 121 p. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

El Tratamiento Supervisado consiste en uno de los mejores instrumentos disponibles en la lucha contra la Tuberculosis. Este estudio tiene como propósito analizar la organización del Tratamiento Supervisado en los 36 municipios prioritarios del Estado de São Paulo. Para el alcance de los objetivos se utilizó un abordaje cualitativo, que buscó no apenas entender el fenómeno en sí, más entender su significado individual o colectivo para la vida de las personas seleccionándose de esta forma, a todos los coordinadores de los municipios prioritarios del Estado de São Paulo. La técnica utilizada en el análisis de los datos fue Análisis de Contenido, modalidad temática, evidenciándose dos núcleos de sentido centrales: *Aspectos técnicos-operacionales y la ejecución del Tratamiento Supervisado y Estrategias de Intervención para Adhesión del Paciente*. Con relación al primero núcleo, se verificó que en 13 (59%) de los municipios no utilizan criterios para la inserción del paciente en TS, 13 (59%) determinan la frecuencia de supervisión siguiendo normas o protocolos institucionales, 18 (81%) de los municipios realizan la supervisión de la ingestión medicamentosa predominantemente en Unidades de Salud, siendo que en la mayoría de esos no hay posibilidades de la realización del TS en el domicilio, en casos de imposibilidad del paciente desplazarse hasta el servicio. La supervisión medicamentosa en 11 (50%) de los municipios prioritarios es realizada exclusivamente por profesionales de salud, entretanto, importantes actores se están integrando al TS, como miembros de la familia, de la comunidad y Agentes Comunitarios de Salud. Con relación al segundo núcleo, se observa que una de las estrategias de intervención utilizada por los equipos de salud consiste en la entrega de incentivos y beneficios demostrando las relaciones de solidaridad entre profesionales de salud y paciente. De esta manera se evidencia que las relaciones de acogimiento y vínculo son los pilares principales para los equipos que buscan la adhesión del paciente. Se destaca que la relación de vínculo permite al equipo de salud sentirse muy próximo del paciente, que en un proceso de transferencia, se sientan responsables por todas sus necesidades. Un punto aún a ser destacado como estrategia de adhesión, corresponde a la propia flexibilidad de los equipos durante la realización del TS, respetando las preferencias de los pacientes. Se concluye por lo tanto, que el TS debe ser realizado dentro de un espíritu democrático, teniendo como protagonista principal el propio paciente, asumiendo la responsabilidad en la regularidad de la ingestión medicamentosa, pero dentro de una conformación de respeto y empatía.

Palabras-Clave: Tuberculosis. Terapia por Observación Directa.

Gráfico 01 -	Número de casos de TB segundo Unidade Federada no Brasil (2004).....	07
Gráfico 02 -	Percentuais de sucesso de tratamento segundo Estado no ano de 2004.....	09
Gráfico 03 -	Taxa de mortalidade segundo Unidade Federada no Brasil (2004).....	09
Gráfico 04 -	Coeficiente de incidência, de incidência por baciloscopia positiva e por total de casos de TB, segundo ano no Estado de São Paulo (1998- 2003).....	10
Gráfico 05 -	Número de caso por TB, coinfectados HIV, realização de exames anti-HIV, segundo ano no Estado de São Paulo (1998-2003).....	11
Gráfico 06 -	Resultados de tratamento por todos os casos de TB segundo o ano no Estado de São Paulo (1998-2002).....	11
Gráfico 07 -	Número de países que estão implementando o DOTS (de um total de 211 países), 1991-2003.....	23
Gráfico 08 -	Cobertura do Tratamento Supervisionado nos 36 Municípios Prioritários do Estado de São Paulo (2004).....	38
Gráfico 09 -	Número populacional dos municípios prioritários com menos de 1 milhão de habitantes no Estado de São Paulo (2005).....	57
Gráfico 10 -	Proporção de indivíduos alfabetizados nos 36 municípios prioritários do Estado de São Paulo no ano 2000.....	57
Gráfico 11 -	Proporção de domicílios com rede geral de esgoto nos municípios prioritários do Estado de São Paulo no ano 2000.....	58
Gráfico 12 -	Coeficiente de incidência de TB por baciloscopia positiva nos municípios prioritários do Estado de São Paulo (2004).....	58
Gráfico 13 -	Distribuição dos municípios prioritários do Estado de São Paulo que utilizam/ não utilizam critérios para a inserção dos pacientes no Tratamento Supervisionado (2005).....	71
Gráfico 14 -	Periodicidade de supervisão semanal nos municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005).....	76
Gráfico 15 -	Locais de supervisão da medicação predominante nos municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005).....	78
Gráfico 16 -	Atores envolvidos na realização do Tratamento Supervisionado nos municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005).....	81

Tabela 1 -	Número de casos e coeficiente de incidência por TB segundo faixa etária no Brasil, no ano de 2004.....	08
Tabela 2	Progresso na implementação do DOTS nos 22 países com a mais alta carga da tuberculose (1995-2003).....	24
Tabela 3-	Resultado de Tratamento de TB por baciloscopia positiva (Óbito, Abandono e Sucesso de Tratamento) nos Municípios Prioritários do Estado de São Paulo (2004).....	59

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BCG	Bacilo Calmet-Guérin
CEME	Central de Medicamentos
CNCT	Campanhas Nacionais Contra a Tuberculose
CNPS	Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
DAB	Departamento da Atenção Básica
DNT	Divisão Nacional de Tuberculose
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DOT	Directly Observed Therapy
DOTS	Directly Observed Therapy-Shortcourse
GEOTB	Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose
GTB	Global Tuberculosis Programme
GDEP	Global DOTS Expansion Plan
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IUATLD	International Union Against Tuberculosis and Lung Disease
MDR	Multidrogaresistência
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PSF	Programa Saúde da Família
SES	Secretaria Estadual de Saúde

1.INTRODUÇÃO.....	02
1.1 A escolha e delimitação do tema.....	02
1.2 O panorama epidemiológico da Tuberculose.....	06
1.3 As origens do Tratamento Supervisionado e do DOTS.....	13
1.4 O Tratamento Supervisionado no Brasil e as políticas determinantes.....	25
2. OBJETIVOS DA PESQUISA.....	41
3.REFERENCIAL TEÓRICO.....	43
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	49
4.1 Referencial teórico-metodológico.....	49
4.2 Campo de Estudo.....	51
4.2.1 O Estado de São Paulo.....	51
4.2.2 Os 36 municípios prioritários.....	55
4.3 Seleção dos sujeitos.....	60
4.4 Técnica de coleta de dados.....	60
4.4.1 A escolha da técnica.....	60
4.4.2 Fase I: A elaboração dos instrumentos do projeto DOTS.....	61
4.4.3 Fase II: Preparação para a coleta.....	63
4.4.4 Fase III: A coleta propriamente dita.....	63
4.5 Técnica de análise dos dados.....	64
4.5.1 Aspectos qualitativos da pesquisa.....	64
4.5.2 Aspectos quantitativos da pesquisa.....	67
4.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	67
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	70
5.1 Caracterização dos sujeitos.....	70
5.2 Unidade Temática: A organização do Tratamento Supervisionado.....	70
5.2.1 Aspectos técnicos-operacionais na execução do Tratamento Supervisionado.....	71
5.2.2 Estratégias de intervenção para a adesão do paciente.....	89
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113
APÊNDICE A.....	120
APÊNDICE B.....	121
ANEXO A	123

1. Introdução

1.1 A escolha e a delimitação do tema:

Por mais de 100 anos nós tivemos disponíveis exames de baciloscopias para detectar as causas da tuberculose. Por aproximadamente 50 anos, tivemos efetivas drogas antituberculosas. E ainda neste ano, mais pessoas morrerão de TB do que em algum outro ano da história. Como isto pode acontecer? (World Health Organization [WHO], 1999).

Essa indagação pela Organização Mundial de Saúde (OMS), nos remete a pensar o que tem contribuído para o alto número de mortes por tuberculose assola diversas sociedades em todo mundo.

De acordo com a OMS (1999), parece que o problema não está relacionado à falta de equipamentos para detectar e curar os pacientes de TB, e sim volta-se mais para as questões de organização dos serviços de saúde.

Desse modo, a persistência da TB na sociedade é reflexo de estruturas deficientes dos serviços, que insistem não vê-la como um problema de saúde pública e tampouco compreender a magnitude dessa doença, quanto ao sofrimento da sociedade como um todo e principalmente, em indivíduos mais vulneráveis.

Frente a esse contexto, vimos desenvolvendo trabalhos relacionados à temática, desde o primeiro ano de graduação em enfermagem, período no qual fomos contemplados com bolsa FAPESP. Assim, desde o início da graduação, participamos de reuniões mensais com importantes atores, da universidade e dos serviços de saúde, a fim de compreender aspectos relevantes no que se refere à endemidade por tuberculose.

Neste período tivemos a oportunidade de conhecer uma das estratégias amplamente difundida no mundo, chamada de Tratamento Supervisionado ou DOT (Directly Observed Therapy), o pilar inovador da estratégia DOTS. Fomos privilegiados neste momento de apresentação, haja vista que o TS foi exposto por dois atores que realmente acreditavam na estratégia, demonstrando dessa forma os aspectos positivos no processo de incorporação dessa pelos serviços de saúde. Vale destacar que um deles ocupava o cargo de Coordenador Nacional do Programa de Controle da Tuberculose, cujo trabalho em âmbito ministerial, no final da década de 90, voltou-se na luta incessante em prol da implantação da estratégia do TS, e as consequências de seu empenho resultaram na citação de seu nome como um dos marcos na história do Tratamento Supervisionado no Brasil.

O outro membro, também não menos importante, que através de seu esforço e luta nos anos de 1997 e 1998 fazia-nos cada vez mais acreditar na significância de implantar o TS na cidade de Ribeirão Preto, demonstrou em cada passo da implantação da estratégia resultados satisfatórios, com altos percentuais de cura.

A paixão pelo assunto, que era irradiada pelo brilho nos olhos desses atores também nos contagiava, e partindo de suas explicações e experiências, nos fazia também advogados dela.

Dessa forma ampliamos nosso conhecimento sobre a importância da estratégia, tornando-nos assim novos sujeitos, cuja preocupação no campo científico consistia na elaboração de trabalhos voltados à questão do controle da tuberculose a partir do TS.

Assim, o Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB) iniciou um processo audacioso de investigação da estratégia DOTS em diferentes regiões do Brasil, por meio do projeto intitulado de "*Situação da implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: Histórico e peculiaridades de acordo com características regionais*", cujo objeto foi direcionado para identificar aspectos preponderantes no que se refere ao desenrolar da estratégia em diferentes cenários, tendo em vista que estavam embebidos de aspectos econômicos, sociais, culturais e antropológicos.

De acordo com a WHO (1999) a estratégia pode ser adaptada à situação específica dos países e regiões e desse modo, cada região do Brasil tem desenvolvido a estratégia de um modo peculiar.

A dimensão territorial do Brasil faz com que haja grandes divergências entre as macro-regiões, em relação aos hábitos, costumes, cultura e economia, fatores determinantes nas práticas de atenção à saúde.

Mesmo no Estado de São Paulo, é nítida essa diferença entre os municípios que compõem a região Noroeste, cuja atividade econômica volta-se essencialmente para as atividades agropecuárias, com os municípios que compõem a grande São Paulo, em que há predominância de parques industriais.

Desse modo, há diferenças marcantes influenciando as práticas de atenção, incluindo o Tratamento Supervisionado, objeto de investigação no presente trabalho.

O Tratamento Supervisionado consiste em um dos componentes cujas intervenções são direcionadas para garantir a conclusão do tratamento e evitar a multidroga resistência (MDR), mas não se restringem apenas a esses objetivos, ela também volta-se como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, a fim de promover um ambiente favorável ao controle da tuberculose.

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

De acordo com a WHO (2002) para o controle da TB faz-se necessário desenvolvimento de estruturas de programas bem organizadas, resolutivas e adaptadas às reformas do setor saúde.

Segundo a WHO (1999), com o TS o paciente não arca sozinho com a responsabilidade de adesão ao tratamento, os profissionais da saúde, governo, e as comunidades também compartilham com as responsabilidades e a estratégia fornece uma série de serviços de suporte que os pacientes necessitam para continuar e terminar o tratamento.

A WHO (1999) ainda considera que para um efetivo controle da TB, é necessário organizar os serviços, considerando a flexibilidade das equipes no acompanhamento do paciente, podendo a supervisão acontecer no domicílio ou mesmo no local de trabalho, além de poder ser realizada por alguém disposto, treinado, responsável, que o paciente aceite, e sob a responsabilidade dos Programas de Controle da TB (PCT).

É dentro desse cenário que vem se conformando a estratégia, apresentando em cada local um modo peculiar de se desenvolver, com organizações próprias, de acordo com suas especificidades.

Assim, por acreditar na eficiência do TS na quebra do ciclo de transmissão, envidaram-se esforços na construção de um trabalho que pudesse garantir subsídios em prol da implantação e sustentabilidade da estratégia nos serviços de saúde, permitindo assim troca de experiências entre os municípios, bem como servir de exemplo a outros que pretendem lançar mão dessa estratégia.

Para melhor embasamento teórico faz-se necessário conhecer alguns aspectos relacionados à TB, bem como demonstrar como essa doença se fez e se faz presente na sociedade, acarretando prejuízos à população como um todo, principalmente para aqueles indivíduos mais vulneráveis.

1.2 O panorama epidemiológico da Tuberculose:

Uma pessoa que se torna infectada por TB, freqüentemente permanece infectada por toda a vida. Assim 90% das pessoas infectadas não desenvolverão a doença; entretanto 10% desses indivíduos desenvolverão tuberculose ativa, por desordem do sistema imunológico (WHO, 2001).

De acordo com a WHO (2002), deixar de tratar um indivíduo com TB ativa, esse infectará em média 10 a 15 pacientes por ano.

Aproximadamente 1/3 da população mundial está infectada por TB, e a cada ano, 8 milhões de pessoas tornam-se infectadas pelo bacilo, aproximadamente 23.000 casos a cada dia, com um aumento de 3% ao ano. Dois milhões de mortes ao ano, 5.000 mortes ao dia, 1 morte a cada 15 segundos (WHO, 2001).

Atualmente, 22 países são responsáveis por 80% da TB de todo o mundo, ocupando o Brasil o 15º lugar, com uma incidência de 28 casos (baciloscopia positiva) por 100.000 habitantes, prevalência de 92 por 100.000 habitantes, 3,8% dos pacientes de TB coinfectados por HIV e 09% de MDR (WHO, 2005a).

Há grandes diversidades no Brasil no que se refere ao número de casos de TB, concentrando-se os maiores percentuais nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro (Gráfico 1), chegando na capital São Paulo e Rio de Janeiro no ano de 2004 respectivamente 7197 e 6605 casos de TB (BRASIL,2005).

Gráfico 1 - Número de casos de TB segundo Unidade Federada no Brasil (2004).

Fonte: BRASIL (2005)

Em relação às características demográficas, observa-se de acordo com a tabela 1, concentração de casos na idade economicamente ativa.

Tabela 1- Número de casos e coeficiente de incidência por TB segundo faixa etária no Brasil, no ano de 2004.

<i>Faixa Etária (anos)</i>	<i>Número de casos</i>	<i>Taxa de incidência (100.000 habitantes)</i>
0 a 4	1585	9,7
5 a 9	875	5,3
10 a 19	7686	21,8
20 a 39	42519	98,8
40 a 59	28827	90,7
≥ 60	10980	75,5
Total Brasil	92472	48,4

Fonte: BRASIL (2005)

No que se refere ao sexo, no ano de 2004 foram registrados 59.644 casos de TB no sexo masculino e 38.828 no sexo feminino. Em relação à escolaridade, 48.939 eram analfabetos ou com o primeiro grau incompleto, e 11.986 com segundo grau ou universidade (BRASIL, 2005).

Em relação ao resultado sucesso de tratamento, verifica-se uma média nacional de 71%, estando abaixo dos percentuais preconizados pela WHO de 85%, conforme podemos visualizar no gráfico 2.

**Gráfico 2 -Percentuais de sucesso de tratamento por TB
segundo Estado no ano de 2004**

— Meta internacional

Fonte: BRASIL (2005)

A média da taxa de mortalidade em âmbito nacional está por volta de 3,2 por 100.000 habitantes, tendo maiores números no Estado do Rio de Janeiro, Pernambuco e São Paulo (gráfico 3).

Gráfico 3 - Taxa de mortalidade por TB segundo Unidade Federada no Brasil, (2004)

Fonte: BRASIL (2005)

Observa-se que o Estado de São Paulo ocupa o primeiro lugar no número de casos por TB (Gráfico 1), chegando nos municípios do interior a uma média de coeficiente de incidência de 65,2 por 100.000 habitantes, e no litoral de 90 por 100.000 habitantes. Corresponde também a um dos Estados com maiores taxas de mortalidade (Gráfico 3).

De acordo com o Gráfico 4, no Estado de São Paulo, desde 1998, está havendo uma ligeira queda no número do coeficiente de incidência por TB.

Gráfico 4- Coeficiente de incidência de TB pulmonar por baciloscopia positiva, de TB pulmonar, e de total de casos de TB segundo o ano, no Estado de São Paulo (1998-2003).

Fonte: BRASIL (2005)

Outro ponto a ser destacado, refere-se ao número elevado de coinfectados por HIV: 13,93%, no ano de 2003, quando a média nacional, segundo a WHO (2005a) corresponde a 3,8%. Ainda pode-se visualizar no Gráfico 5, que vem acontecendo um decréscimo no número

de solicitações para o exame HIV no Estado de São Paulo, bem como vem ocorrendo um decréscimo no número de casos de coinfeção por HIV.

Gráfico 5 - Número de casos por TB, coinfectados HIV, realização de exames anti-HIV segundo o ano no Estado de São Paulo (1998-2003).

Fonte: BRASIL (2005)

Em relação aos percentuais de cura verifica-se, de acordo com o gráfico 6, que o Estado de São Paulo mantém altos percentuais de óbito e abandono, próximos respectivamente a 9 e 10%, enquanto as taxas de cura estão bem abaixo da média nacional, que se aproximava de 65%, e está longe do que é preconizado pela WHO, de 85%.

Gráfico 6 - Resultados de tratamento por todos os casos de TB segundo o ano no Estado de São Paulo (1998-2002)

Fonte: BRASIL (2005)

A partir de um trabalho de vigilância da resistência à droga realizada no Estado de São Paulo, verificou-se que a Resistência Primária aproxima-se de 1,1% na Grande São Paulo, 2,1% no litoral e 0,8% no interior, quando a média nacional era de 0,9%; no que se refere à Resistência Adquirida, observou-se 13,8% na Grande São Paulo, 17,2% no litoral e 19% no interior, valores bem acima da média nacional de 5,4% (SÃO PAULO, 2005a).

Destaca-se que o custo do tratamento para pacientes em Esquema 1, indicado para pacientes “virgem de tratamento”, gira em torno de vinte dólares; entretanto, esquemas para tratamento de MDR com drogas de 3ª linha, custa aproximadamente, entre quatro a seis mil dólares (SÃO PAULO, 2005a).

Desse modo verifica-se que a TB, no Estado de São Paulo, se faz presente, mantendo-se com um dos piores indicadores do país. Frente a esse contexto, o TS pode consistir numa importante tecnologia disponível aos municípios prioritários, a fim de desfazer esse famigerado perfil reconhecido por algumas autoridades na saúde em função de uma doença que há tempos debilita e mata parte da população.

Entretanto, para melhor embasamento teórico, faz-se necessário conhecer alguns aspectos relacionados ao TS e à estratégia DOTS, desde o advento da quimioterapia, já que em função das políticas determinantes no passado poder-se-á entender as ações de controle desenvolvidas no presente.

1.3 As origens do Tratamento Supervisionado e do DOTS: sua conformação global

DOT (Directly Observed Therapy) e Tratamento Supervisionado (TS), possuem o mesmo significado especialmente os trabalhos internacionais têm utilizado a sigla em inglês, entretanto, no Brasil, o termo usual é Tratamento Supervisionado, embora em algumas localidades como Rio de Janeiro, utilizem a expressão DOT.

Nesta seção, preocupou-se em resgatar brevemente alguns aspectos históricos do TS e da estratégia DOTS, a fim de possibilitar o entendimento da situação atual, em função dos precedentes que a determinaram.

No início do século XX, na era anterior às drogas antituberculosas, as ações de saúde da TB foram direcionadas à reabilitação do paciente, cujas intervenções voltavam-se ao “aumento da resistência” do paciente de TB com dietas especiais e repousos em sanatórios. O tratamento em sanatórios era mais caro e somente estava disponível para uma pequena parte da população mundial, fazendo com que pelo menos metade dos pacientes morressem dessa enfermidade (WHO, 1999).

Ainda de acordo com a WHO (1999), em 1950, o advento da quimioterapia possibilitou a cura da tuberculose, havendo assim uma revolução no campo da medicina ao reduzir para 5% ou menos os quadros de morbidade por TB, quando os medicamentos eram usados corretamente.

Experimentos clínicos na Índia, Leste Africano, Cingapura e Hong Kong, demonstravam a efetividade deste tratamento de longa duração (BAYER ; WILKINSON, 1995).

De acordo com Bayer e Wilkinson (1995) o advento da quimioterapia na década de 50 transformou o tratamento da tuberculose e extinguiu as longas permanências de hospitalização.

Na África e Ásia, a disparidade entre a prevalência da TB e as disponibilidades de leitos hospitalares fazia do tratamento ambulatorial a única opção viável.

Um grande questionamento na época estava relacionado em como seria o cuidado ambulatorial, já que no hospital os pacientes tinham ao seu alcance todos os procedimentos para o controle da doença (BAYER; WILKINSON, 1995).

Esta foi a questão central do Conselho de Pesquisa Médico Britânico num estudo realizado em Madras na Índia, a qual procurava comparar o tratamento ambulatorial com as internações em sanatórios.

O primeiro trabalho publicado foi de Fox em 1958, o qual permitiu visualizar altas taxas de cura dos pacientes em tratamento ambulatorial, apesar dos esforços que eram necessários para monitorar a ingestão de Acido Paraminosalicílico através de testes de urina e da contagem dos comprimidos (FOX., 1958 apud BAYER; WILKINSON, 1995).

Assim, o autor concluiu que era possível o paciente deslocar-se até os ambulatórios 6 vezes por semana para as injeções de estreptomicina, além da supervisão da ingestão oral de pirazinamida (FOX, 1958 apud DAVIES, 2003).

Entretanto, uma das preocupações de Fox estava relacionada aos custos que envolveriam o grande número de visitas aos ambulatorios, principalmente para as populações de países em desenvolvimento, envidando assim esforços em experimentos que pudessem resolver essa situação.

Uma das soluções apontadas foi a terapia intermitente, sendo assim considerado um grande avanço, porque facilitou o processo de aplicação do TS em diferentes cenários. (FOX., 1958 apud BAYER; WILKINSON, 1995).

Paralelamente, um estudo realizado por Moodie (1967 apud BAYER; WILKINSON, 1995), na cidade de Hong Kong, demonstrava a efetividade da terapia intermitente, na qual a periodicidade era determinada de acordo com as necessidades do paciente e não de acordo com a conveniência das equipes, conseguindo dessa forma 70% de conclusão do tratamento.

Desse modo, no final da década de 60, estabelecia-se a frequência do tratamento supervisionado, em função das características e necessidades do paciente, pontos fundamentais no êxito da estratégia, conseguindo assim resultados satisfatórios, haja vista que o tratamento durava em média 18 meses.

Todavia, Bayer e Wilkinson. (1995) acrescentam que muitas equipes insistiam por padronizar o tratamento supervisionado, fazendo com que os pacientes comparecessem 6 vezes por semana nas clínicas, com objetivo da administração do medicamento. Essa situação desencadeou queda nos percentuais, chegando em algumas clínicas como em Madras, uma taxa de conclusão do tratamento de 51%.

Em 1970, foi introduzido a rifampicina como parte da combinação das drogas antituberculosas, período no qual reduziu-se o tratamento para seis a oito meses, sendo por isso denominado de regime de “Short-course” , que significa curta duração.

De acordo com a WHO (1999), essa combinação terapêutica fez com que os pacientes se sentissem melhor mais rapidamente, promovendo assim uma redução drástica da carga bacteriológica durante os dois primeiros meses de tratamento (fase intensiva). Desse modo, em poucas semanas os pacientes tornavam-se não infecciosos, diminuindo as chances de transmissão da doença para a família, amigos e colegas de trabalho.

A concepção de doença “incurável”, que antes dependia muito da relação médico-paciente, toma um novo rumo. O paciente de posse dos medicamentos passa a ser o principal responsável pelo seu tratamento.

Em 1970, concomitantemente com o descobrimento do regime de curta-duração, Dr Karel Styblo da International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD) propõe um modelo de controle baseado em unidades básicas de gerenciamento (geralmente distritos) que teriam equipes e recursos necessários para diagnosticar, iniciar o tratamento, registrar e informar o progresso do tratamento e gerenciar o suprimento de drogas em uma área populacional de 100.000 a 150.000 habitantes. Essa unidade de gerenciamento permitiu a integração de aspectos técnicos de controle dentro dos serviços gerais de saúde (WHO, 1999).

De acordo com a WHO (1999) o primeiro país a incorporar esse modelo de controle foi a Tanzânia, com cobertura em todo o seu território. Posteriormente, nove países pobres com alta prevalência de TB também aderiram a esse modelo, no entanto o Brasil não estava incluído.

Davies (2003) consideram que em meados da década de 70 e 80, com o declínio da incidência generalizada nos países desenvolvidos, muitos médicos sentiram que talvez não fosse necessário mudar os hábitos, e o tratamento auto-administrado foi uma prática da maioria dos grandes centros. Entretanto, a partir de 1986, com o ressurgimento da TB, uma nova aproximação se fez necessária, principalmente para aqueles pacientes que abandonavam o tratamento.

Raviglione (2003) destaca que em 1989, existiam na OMS apenas duas equipes responsáveis pelo trabalho de controle da TB em todo o mundo, demonstrando assim uma negligência da comunidade internacional para com essa enfermidade. O autor considera ainda que essa negligência deve-se ao fato que muitos países desenvolvidos, como resultado do advento da quimioterapia, experimentaram um rápido desaparecimento da doença como um problema de saúde pública. Entretanto, poucos tinham a noção do grande impacto que a TB ainda tinha nos países em desenvolvimento.

Em 1984, nos Estados Unidos, pela primeira vez desde o surgimento das medicações antituberculosas, no qual o número de casos vinha decaindo, começou a se observar um aumento generalizado de notificações em todo o continente, no qual os especialistas nomearam como “Preocupação com a curva em forma de U”. As razões para esse aumento estavam inicialmente identificadas pelo HIV e o crescimento da pobreza principalmente nas regiões

metropolitanas. Entretanto, logo se identificou que esse aumento estava relacionado com os recém-chegados imigrantes dos países em desenvolvimento. (RAVIGLIONE, 2003).

Verificou-se ainda que não somente o número de casos estava aumentando, mas também o aumento da MDR, identificando ainda uma taxa de 89% de abandono, em decorrência da deficiência nas políticas de controle da TB (RAVIGLIONE, 2003).

Frieden et al (1993), consideraram que o aumento da MDR teve um papel fundamental no que se refere a repensar as ações para o controle da TB nos países desenvolvidos.

O recrudescimento da tuberculose em países de primeiro mundo, principalmente pelo aparecimento de cepas resistentes, fez com que as autoridades mundiais voltassem os olhos para a questão da TB.

Os países em desenvolvimento, entretanto, não experimentaram o decréscimo na incidência por tuberculose, vivenciaram a endemicidade por todo o século XX, por tratar-se de países que estão profundamente envoltos por pobreza e miséria e cujos habitantes constituem-se, em sua maioria, por populações vulneráveis. Entende-se como vulneráveis aqueles indivíduos que vivem em absoluto estado de pobreza econômica, com baixo acesso aos serviços de saúde, em função de fatores étnicos, localização geográfica dos domicílios, nível educacional, gênero, condições de vida, exclusão social e migração (WHO, 2005b).

Em 1993, frente ao cenário mundial da TB, o Programa Global da Tuberculose (GTB) declarou a TB como uma emergência mundial, preconizando a estratégia de Styblo como o instrumento técnico e gerencial de controle da TB, conhecida como DOTS (WHO, 1999).

O GTB desenvolveu necessariamente ferramentas, bem como guias técnicos e materiais de treinamentos para a propaganda e implementação do DOTS. Envolveu-se em intensos processos de assistência técnica para 60 países, focando principalmente em países grandes, justamente os 22 países com maior carga de TB (WHO, 1999).

Dessa forma, o Tratamento Supervisionado ou DOT, frente a proposta inovadora de Styblo, une-se a outros componentes técnicos e gerenciais fundamentais no controle da TB.

Adotando-se, portanto a terminologia DOTS (Directly Observed Therapy – Shortcourse), combinou-se o componente pioneiro DOT com a expressão S de “Short-course”, regime que foi considerado como um importante avanço no controle da tuberculose, ao reduzir o tempo de tratamento para 6 a 8 meses.

Ressalta-se que o DOT ou TS não deixou de existir, mas passou a constituir-se como um dos cinco elementos da estratégia DOTS.

Nesse momento, a WHO (1999) passa a considerar o DOTS como a estratégia mais efetiva na luta contra a TB atualmente disponível, sendo composta por 5 componentes-chave:

1º Comprometimento governamental para sustentar as atividades de controle da TB;

2º Detecção de caso por baciloscopia de escarro, entre os sintomáticos respiratório que demandam os serviços de saúde;

3º Tratamento com regimes padronizados de seis a oito meses pelo menos para os casos confirmados por baciloscopia positiva, com **Tratamento Supervisionado** pelo menos na fase inicial do tratamento.

4º Suprimento regular e ininterrupto de todas as drogas antituberculosas essenciais.

5º Sistemas de registros e informação padronizados que permitam avaliar os resultados para cada paciente e de todos os Programas de Controle de Tuberculose (PCT).

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

Mesmo após a preconização da estratégia DOTS para o controle da TB, o número de casos ainda continuava a crescer, com milhares de morte, principalmente nos 22 países com a mais alta carga.

Segundo a WHO (2001) 99% das mortes concentravam-se justamente nos 22 países com alta endemicidade.

Raviglione e Pio (2002), afirmam que em 1999, apesar de muitos países terem implantado o DOTS, a cobertura em alguns eram ainda muito baixa e somente 23% dos casos estimados de TB em todo o mundo estavam sendo tratados sob a estratégia.

Em março de 2000, a *Declaração de Amsterdam to Stop TB*, pediu para acelerar as medidas de controle da tuberculose, aumentar o comprometimento político, bem como a disponibilidade de recursos financeiros para alcançar as metas até 2005, de 70% de detecção de casos e 85% de sucesso de tratamento (WHO, 2001).

Em resposta à declaração de Amsterdam, a Assembléia Mundial de Saúde, os coordenadores dos Programas Nacionais de TB dos 22 países com a mais alta carga, peritos técnicos, parceiros financeiros e a Rede Global da Tuberculose, concordaram em desenvolver o Plano Global de Expansão do DOTS (GDEP), em uma reunião realizada na cidade do Cairo, em 2000.

O plano consistia de dois pilares fundamentais: Contribuir na formulação de planos nacionais para a expansão da estratégia, levando-se em consideração as características nacionais dos sistemas de saúde, bem como favorecer a construção de parcerias para a expansão da estratégia (WHO, 2001).

Desse modo, fazia-se necessária a expansão da cobertura em todos os países, principalmente para aqueles com alta endemicidade por TB.

Os principais obstáculos verificados nesses países para a expansão do DOTS estavam relacionados à falta de comprometimento político, insuficiência de recursos financeiros, bem

como ineficiência na utilização desses, negligência no desenvolvimento de recursos humanos, estruturas organizacionais deficientes, baixa capacidade gerencial, inadequado suprimento de drogas e ausência de sistemas de informação (WHO, 2001) .

Frente a esse contexto, os países lançaram mão da confecção de planos, no sentido de possibilitar a expansão do DOTS.

Entretanto, uma análise realizada pela WHO (2001) dos planos nacionais para expansão da estratégia, permitiu identificar alguns pontos críticos:

1. Em geral, quatro dos cinco componentes estavam bem detalhados nos planos, no entanto, o comprometimento político era uma questão complicada de se descrever, haja vista que implicava diferentes atividades e aproximações; desse modo os planos raramente descreviam atividades relacionadas a esse componente.
2. A expansão do DOTS foi bem descrita nos planos, mas algumas vezes, as metas de 70% de detecção do tratamento, e 85% de sucesso de tratamento eram substituídas por outras.
3. Por vezes a cobertura podia atingir 100%, entretanto as detecções de casos permaneciam baixas em função da dificuldade de acesso dos pacientes aos serviços de saúde.
4. O próprio plano deveria ser construído utilizando como principal instrumento a expansão do DOTS para alcançar as metas; no entanto as atividades desenvolvidas para alcançar as metas nem sempre envolviam a estratégia e também não eram detalhadas no plano.
5. Muitos países contavam com a contribuição do setor privado, além de Organizações não governamentais como principais coadjuvantes no controle

da TB, com exceção do Quênia, Filipinas e Vietnã, que apesar de descreverem as atividades em conjunto com os médicos da rede privada, o plano de expansão da estratégia era restrito ao setor público. A colaboração de outros setores e a possibilidade de sinergismo destes são ainda conceitos novos e não haviam ainda sido traduzidos para os planos.

Esses resultados serviram como base para os governantes dos países endêmicos estarem enfim, finalizando e lançando efetivos planos para a expansão da estratégia.

No ano de 2003, 182 países estavam implementando a estratégia DOTS (Gráfico 7) e no final desse período, 77% da população mundial estavam cobertos por ela (WHO, 2005a).

Fonte: WHO (2005a)

O processo de expansão da estratégia nos 22 países com a mais alta carga deu-se em diferentes passos, alguns mais velozes, como na China e outros mais lentificados, exemplo do

Brasil e Rússia, em que a cobertura no ano 2003 chegava respectivamente a 25 e 33,6% (tabela 2).

Tabela 2- Progresso na implementação do DOTS nos 22 países com a mais alta carga da tuberculose (1995-2003)

	<i>Percentagem de pessoas cobertas pelo DOTS</i>								
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
India	1,5	2	3,3	9	13,5	30	45	51,6	67,2
China	49	60,4	64,2	63,9	64	68	68	77,6	91
Indonésia	6	13,7	28,3	80	90	98	98	98	98
Bangladesh	40,5	65	80	90	90	92	95	95	99
Paquistão	2	8	0	8	8	9	24	45	63
Etiópia	39	39	48	64,4	63	85	70	95	95
África do Sul	0	0	13	22	66	77	77	98	99,5
Filipinas	4,3	2	15	16,9	43	89,6	95	98	100
Quênia	15	100	100	100	100	100	100	100	100
R. D do Congo	47	51,4	60	60	62	70	70	75	75
Rússia	0	2,3	2,3	5	5	12	16	25	25
Vietnam	50	95	93	96	98,5	99,8	99,8	99,9	100
Tanzânia	98	100	100	100	100	100	100	100	100
Brasil	0	0	0	3	7	7	32	25	33,6
Uganda	0	0	100	100	100	100	100	100	100
Tailândia	0	1.1	4	32	59	70	82	100	100
Moçambique	97	100	84	95		100	100	100	100
Zimbábue	0	0	0	100	11,6	100	100	100	100
Myanmar	0	59	60	60,3	64	77	84	88,3	95
Afeganistão	0	0	12	11	13,5	15	12	38	53
Camboja	60	80	88	100	100	99	100	100	100

Fonte: WHO (2005a).

De acordo com a WHO (2002) a expansão da estratégia DOTS requer o compromisso político, não apenas por conta dos recursos financeiros, mas também para a construção de parcerias internacionais e nacionais, com objetivo de formulação de planos estratégicos de ação a serem preparados pelos Programas Nacionais de Controle, além de contribuir na mobilização dos serviços de saúde, pacientes e público em geral, para a incorporação do real significado do DOTS.

Dye et al. (2002) acrescentam que os 22 países responsáveis pela alta carga da tuberculose, que estão implementando a estratégia DOTS, têm demonstrado que podem conseguir êxito no sucesso de tratamento, próximos ou superiores a meta da OMS, de 85%, entretanto alcançar a meta de 70% de detecção de casos ainda é um grande obstáculo a ser vencido.

Davies (2003) considera que na ausência de efetivas vacinas, ou de novas drogas que pudessem reduzir o tratamento para menos de 6 meses, a estratégia DOTS oferece a melhor forma para conter a tuberculose, até que a “cavalaria” em forma de novas vacinas ou drogas chegue às populações que há tempos sofrem por essa enfermidade.

1. 4 O Tratamento Supervisionado no Brasil e as políticas de saúde determinantes:

No início do século XIX, de acordo com Ruffino-Netto (1999) praticamente um terço dos óbitos no Brasil era devido a TB, que acometia principalmente negros.

A assistência ao doente com TB nesse período era realizada pelas Santas Casas de Misericórdia, ficando o mesmo em enfermarias gerais, ou seja, junto com doentes que tinham outras patologias. A moléstia foi responsável por crescente número de óbitos, principalmente na cidade do Rio de Janeiro. Segundo Ribeiro (1956), em 1835, o Dr. Cruz Jobim calculou que a quinta parte dos enfermos hospitalizados na Santa Casa de Misericórdia sofria de TB.

Com a descoberta do bacilo de Koch, em 1882, a tuberculose foi pensada como causa de uma série de associações, que permitiam maior infecciosidade e conseqüente disseminação.

De acordo com Gonçalves (2000), essa descoberta modificou não somente a etiologia, mas as formas de perceber e lidar com a doença. De algum modo o controle sempre acompanhou a trajetória da tuberculose, e também, grande parte das doenças infecto-contagiosas.

Após a proclamação da República em 1889, são criadas as "Ligas Contra a Tuberculose". Em São Paulo, a luta teve início em 1899, através da Associação Paulista de Sanatórios Populares, mais tarde denominada de Liga Paulista contra a Tuberculose.

Em 1900, é criada por um grupo de médicos do Rio de Janeiro a Liga Brasileira Contra a Tuberculose, tendo a construção de sanatórios e dispensários como base de seu programa de combate a moléstia. Em 1902, é inaugurado o dispensário de TB da Liga Brasileira Contra TB, que desenvolvia atividades de diagnóstico e tratamentos ambulatoriais e distribuição de medicamentos, escarradeiras de bolsos, roupas e alimentos (BARREIRA, 1992)

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

discussões giravam em torno de quem deveria assumir estas responsabilidades, foi a elite médica que assumiu o papel, depois remetido ao Estado (GONÇALVES, 2000).

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

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

Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) com a função de estudar problemas relativos à TB e ao desenvolvimento de ações profiláticas e assistenciais.

Em 1946, instalou-se a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT) tendo por objetivo, coordenar todas as atividades de controle da doença, uniformizar a orientação nacional, sugerir a descentralização dos serviços e efetuar cadastramento torácico da população (RUFFINO-NETTO, 2002).

Com o surgimento da CNCT, as ações de controle da TB foram conduzidas uniformemente em todo o território nacional, reduzindo efetivamente o número de óbitos em muitas regiões (KRITSKI; RUFFINO-NETTO, 2000).

Em 1970 instala-se a Divisão Nacional de TB (DNT) em substituição ao Serviço Nacional de TB (SNT). Em 1971 cria-se a Central de Medicamentos (CEME) com o objetivo de fornecer tuberculostáticos para todos os doentes de TB do país. Em 1973 implanta-se a vacinação de BCG intradérmica, sendo obrigatória a vacinação para menores de um ano de idade a partir de 1976 (RUFFINO-NETTO, 2002).

Segundo Ruffino-Netto (2002) em 1975 inaugura-se o II Plano Nacional de Desenvolvimento, que inclui o Programa de Controle da TB financiado pelo MS/INAMPS/SES, tendo como objeto integrar os diferentes níveis de governo para reduzir a morbidade, mortalidade e problemas sócio-econômicos decorrentes da TB.

No Brasil, o esquema de curta duração foi introduzido apenas em 1979, promovendo assim uma redução da incidência da tuberculose pulmonar no período de 1981 a 1989 de 4,1% ao ano, taxa esta que poderia reduzir à metade, caso mantivesse a mesma tendência, no período de 15 anos. No entanto, no final da década de 80 e início da década de 90, observa-se “uma tendência à diminuição na velocidade da queda, ou mesmo um aumento nos casos de tuberculose em vários países” (WATANABE; RUFFINO NETTO, 1995, p.856).

Este aumento na incidência, de acordo com Pearson et. al (1992), relaciona-se a elevações de problemas médico-sociais, mendicância, abuso de drogas, epidemia de HIV/AIDS.

Não obstante, ainda apresenta-se neste período a possibilidade do aparecimento de tuberculose multiresistente, decorrente de usos prévios de drogas, com abandono precoce ou repetido, ou irregularidade no tratamento. A não-adesão ao tratamento tem como consequência, além do aparecimento de formas bacilares resistentes, o aumento do custo do tratamento (TEIXEIRA, 1998).

A pedido do Ministério da Saúde Brasileiro, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose foi avaliado por peritos internacionais, os quais apontaram elevadas taxas de abandono e baixos percentuais de cura, exigindo prioridade na adoção das práticas existentes, bem como a implementação da capacidade de atuação do programa. A Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária-CNPS, responsável em nível nacional pelo controle da tuberculose, no ano de 1994 apontou diretrizes para a elaboração do Plano de Ação Emergencial para os Municípios Prioritários, que apenas foi implementado em 1996. Este Plano tinha como principal meta o "controle da tuberculose nos municípios onde a doença atingisse sua maior força no Território Nacional, e nos quais o emprego de recursos pudesse alcançar melhores resultados proporcionando considerável impacto na redução da doença" (BRASIL, 1997).

Deste modo, foram selecionados no Brasil 230 municípios prioritários mediante a análise de alguns indicadores. Na região sudeste, foram nomeados 43 municípios, dentre os quais 25 no Estado de São Paulo (BRASIL, 1997). Posteriormente a Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, passou a considerar também mais onze municípios prioritários, em função dos perfis epidemiológicos críticos, totalizando dessa forma 36 municípios prioritários.

Entre os critérios para a inclusão, estabeleceu-se que o município deveria ter

população acima de 50.000 habitantes, coeficiente de incidência acima da média brasileira (58,4 por 100.000 hab. em 1995), óbitos por tuberculose acima de 5% dos casos novos no ano, cura abaixo de 85%, abandono acima de 10% , índice de sem informação (do resultado de tratamento) acima de 5% e elevada incidência de casos de AIDS (BRASIL, 1997).

De acordo com Ruffino-Netto (2002) nesses 230 municípios prioritários concentravam-se 75% dos casos de TB estimados para o Brasil.

Estes municípios, a partir de 1997, receberam repasses financeiros através de um convênio com a Fundação Nacional de Saúde que estipulava as obrigações/ restrições na aplicação dos recursos (BRASIL, 1997).

Por ocasião da proposição deste Plano, os objetivos a serem alcançados até dezembro de 1998 eram:

1. Integrar 100% dos municípios selecionados com ações de diagnóstico e tratamento da tuberculose em pelo menos uma unidade de saúde;
2. Implementar diagnóstico bacteriológico da tuberculose, melhorando rede de laboratórios e capacitação de recursos humanos;
3. Aumentar a cobertura do PCT, integrando 80% dos Centros de Saúde existentes na rede pública às ações de controle da tuberculose;
4. Descobrir pelo menos 90% dos casos de tuberculose existentes no país, implementando a busca de casos, identificando sintomáticos respiratórios na demanda dos serviços de saúde;
5. Aumentar a efetividade do tratamento, submetendo 100% dos casos novos diagnosticados ao tratamento padronizado, curando pelo menos 85%, implementando **tratamento supervisionado** para pacientes com maior risco de abandono;
6. Desenvolver ações políticas junto às autoridades de saúde e

população, a fim de priorizar o controle da doença nos Conselhos Municipais de Saúde. (BRASIL, 1997).

Frente este contexto, a partir do ano de 1998, baseado nas propostas da OMS, o TS é finalmente implantado no Brasil.

Ruffino-Netto (2002) considera:

[...] embora a OMS apresente o **Tratamento Supervisionado** como uma proposta inovadora, deve-se ressaltar, contudo, que a Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), do Brasil, já utilizava o tratamento segunda essa estratégia a partir de 1962, em unidades de todos os níveis de complexidade, sendo o TS realizado pela enfermagem (p. 54).

De acordo com Ruffino-Netto (2002):

[...] Em 1998 a imprensa internacional chama a atenção para a calamidade da situação epidemiológica da TB no mundo. O Conselho Nacional de Saúde estabelece a resolução número 284, que considera a situação da doença no país, e conclui que o Plano Emergencial ainda em implementação requeria ajustes e ampliação, e que a situação poderia e deveria ser corrigida com recursos disponíveis; resolve, por fim que a TB era problema prioritário de saúde pública no Brasil (tanto por sua magnitude como pela possibilidade e vantagens de seu controle) e sugere estabelecer estratégias para um novo plano (p. 54).

De acordo com a resolução nº 284 de agosto de 1998 ficava estabelecido que a TB era um problema prioritário de saúde no Brasil, tanto por sua magnitude (infecção, doentes, mortos) como pela possibilidade e vantagens para seu controle, determinando metas, de em 3 anos (2001) diagnosticar 92% dos casos esperados e tratar com sucesso, pelo menos 85%; e em nove anos (2007) a incidência terá sido reduzida pela metade e a mortalidade em 2/3 (BRASIL, 1999).

Uma das determinações da resolução 284 estava relacionada ao tratamento, que

considerava necessária a disponibilidade de medicamentos, incluindo estoque estratégico adequado, garantia do tratamento completo e a eficácia dos medicamentos a partir do TS em complementação do esforço de educação e participação, vigilância da resistência às drogas de forma constante, bem como manejo dos casos detectados (BRASIL, 1999).

Assim, já se observava a preocupação não apenas com a ingestão medicamentosa, como também com a educação e a participação no processo de cuidado, intervenções fundamentais para o processo de adesão do paciente.

Em outubro de 1998 lançou-se o Plano Nacional de Controle da TB com as seguintes diretrizes gerais (BRASIL, 1999):

1. O MS é responsável pelo estabelecimento das normas;
2. A aquisição e abastecimento de medicamentos;
3. Referência laboratorial e de tratamento;
4. Coordenação dos sistemas de informações;
5. Apoio aos Estados e Municípios;
6. Articulação intersetorial visando maximizar os resultados de políticas públicas

Ruffino-Netto (2002) considera que o Plano:

[....] reconhece que a condição essencial é articulação e a complementariedade de ações dos três níveis de gestão do SUS (União, Estados e Municípios); envolver obrigatoriamente a participação social e organizações não governamentais. Detecção e diagnósticos feitos fundamentalmente através de baciloscopia em todos os Sintomáticos

Respiratórios e contatos. Disponibilizar tuberculostáticos, incluindo um estoque estratégico, assegurar **o tratamento supervisionado** e vigilância de resistência às drogas. Prover um sistema de informações de acordo com as recomendações da OMS (p. 55).

[...] introduz duas inovações: **o tratamento supervisionado** e a instituição de um bônus de R\$ 150,00 e de R\$ 100,00 para cada caso de doente de TB diagnosticado, tratado e curado, respectivamente, se foi ou não utilizado o tratamento supervisionado. O repasse desse bônus é feito automaticamente por ocasião da notificação da alta por cura do paciente. Fica suprimida toda e qualquer burocracia de assinaturas de convênio para esses repasses. Observa-se, então, uma substituição da administração burocrática por uma administração gerencial (p. 55).

No novo plano, diferentemente do plano emergencial que beneficiava apenas os municípios prioritários, todos os municípios passam a receber o bônus relacionado com a alta por cura do paciente. Portanto, o impacto destas ações no comportamento epidemiológico da doença estava diretamente relacionado ao modo como estas ações eram absorvidas pela gerência em âmbito municipal.

Em 2000, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose e outras áreas programáticas (Hanseníase, Hipertensão, Diabetes, entre outras) foram incorporados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), criado pelo Ministério da Saúde com a função de normatizar a organização e gestão da prática da atenção básica. (SOUZA, 2000)

De acordo com Ruffino-Netto (2001) “tal integração trouxe como consequência o pensar em novas estratégias de controle da TB em harmonia com as atividades já desenvolvidas pelo DAB” (p. 132).

A incorporação das áreas programáticas ao DAB teve como principal objetivo fortalecer a relação entre estratégia de Saúde da Família como “canal de distribuição” e as áreas programáticas como “produtoras de conhecimentos e serviços específicos”, agregando assim instrumentos para a organização da atenção (SOUZA, 2000).

Desta forma é elaborado um novo Plano de Controle da Tuberculose no Brasil, para o período de 2001-2005 que aponta as seguintes estratégias:

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

Desde o lançamento em 1996 do Plano Emergencial para o controle da TB, o Ministério da Saúde recomenda a implantação do TS, formalmente oficializado em 1999 por intermédio do PCT. Até então houve dificuldades no processo de descentralização do PCT para os municípios

brasileiros, bem como a atenção aos pacientes, em muitos lugares continuou ocorrendo em ambulatórios especializados, sem expansão para a rede básica.

O TS continua sendo uma prioridade para que o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) atinja a meta de curar 85% dos doentes, diminuindo a taxa de abandono, evitando o surgimento de bacilos resistentes e possibilitando o efetivo controle no país (BRASIL, 2004).

Desse modo o MS, além da adoção TS, reconhece também a necessidade de horizontalizar o combate estendendo para todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), visando a integração da TB com a atenção básica, incluindo o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para garantir assim a efetiva ampliação para o diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2004).

A partir deste momento, o controle da tuberculose deve-se desenvolver predominantemente em âmbito de atenção básica, incentivando-se a descentralização do TS principalmente para o PSF e PACS.

De acordo com o MS, os principais objetivos do PCT, passam ser:

- 1- Aperfeiçoar a vigilância epidemiológica para: aumentar a detecção de casos novos, aumentar a cura e diminuir o abandono do tratamento;
- 2- Expandir o **tratamento supervisionado** na Atenção Básica, especialmente pelos Programas Saúde da Família, (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e nas Unidades de Saúde de grandes centros urbanos;
- 3- Desenvolver ações educativas em saúde, comunicação e mobilização

social, nas esferas nacional, estadual e municipal, enfocando a promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde.

- 4- Capacitar os profissionais que atuam no controle e prevenção da TB em todas as esferas de gestão;
- 5- Formar multiplicadores e gerentes que atuem no Programa Nacional de Controle da Tuberculose em todas suas áreas de atuação;
- 6- Prevenir o adoecimento por TB nos infectados por meio da quimioprofilaxia e nos não infectados por meio de vacina;
- 7- Manter a cobertura adequada de vacinação BCG;
- 8- Ampliar as atividades contra a coinfeção TB e HIV;
- 9- Aperfeiçoar o sistema de informação SINAN;
- 10- Realizar uma avaliação epidemiológica anual e retroalimentar os serviços com divulgação dos resultados para fins de nova programação;
- 11- Realizar o diagnóstico, o acompanhamento e teste de sensibilidade às drogas usadas no tratamento da tuberculose, desenvolvidas pelos laboratórios;
- 12- Desenvolver ações educativas em saúde, comunicação e mobilização social, nas esferas nacional, estadual e municipal, enfocando a promoção, prevenção, assistência e reabilitação em saúde;
- 13- Sensibilizar e mobilizar gestores do SUS, líderes políticos e formadores de opinião para a priorização da luta antituberculosa;
- 14- Promover o acompanhamento da implantação, execução e fortalecimento das ações do PNCT, bem como da avaliação dos resultados (BRASIL, 2004).

Verifica-se que os planos nacionais, bem como as leis / resoluções que regulamentam as ações de controle estiveram voltadas ao TS.

Destaca-se que no último, o PNCT reconhece a importância de horizontalizar as ações de controle da TB para atenção básica, traçando dessa forma novos rumos como a prevenção e reabilitação para um efetivo controle da TB (BRASIL, 2004).

Observa-se ainda que um novo enfoque é estabelecido, centrando-se não apenas em indicadores epidemiológicos, como também em aspectos fundamentais e necessários como a mobilização social, importante no processo de controle da doença.

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

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

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

O Estado de São Paulo, que ocupa a famigerada posição de piores indicadores epidemiológicos de TB do Brasil, tem também implantado o TS, no sentido de desfazer esse cenário, que muito tem contribuído para o sofrimento da população.

As equipes atuantes nesses municípios tendem a se despir de preconceitos e condutas, e enxergar a estratégia não somente como mecanismo de controle, através da fiscalização da

ingestão medicamentosa, mas também entender os pacientes como indivíduos portadores de vontades, respeitando-se dessa forma sua autonomia.

Os municípios prioritários foram os primeiros a serem incentivados no desenvolvimento do TS, como estratégia de controle da TB desde o Plano Emergencial em 1994. Entretanto de acordo com o gráfico 8 há disparidades no se refere à cobertura, com alguns chegando a 100% e outros próximo ao 0.

Gráfico 8 - Cobertura do Tratamento Supervisionado nos 36 municípios prioritários do Estado de São Paulo (2004).

Fonte: BRASIL (2005)

A cobertura próxima ao zero não pode ser considerada um representativo da falta de envolvimento das equipes com a questão da TB, tampouco a cobertura próxima a 100% pode-se entender o contrário. Deve-se ter em mente que por vezes no cenário político predominam os interesses de determinados grupos e não o da coletividade.

Destaca-se que num município que tem exclusivamente um único serviço de saúde, e

assim um profissional envolvido com o TS, que acolhe o paciente, bem como responde as suas expectativas, há possibilidades de adesão e chegar-se a indicadores próximos aos esperados ou ainda maiores.

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

2.Os objetivos

2.2 Objetivo Geral:

Analisar a organização do Tratamento Supervisionado nos 36 municípios prioritários do Estado de São Paulo.

2.2.1 Objetivos Específicos:

- Analisar os critérios para a inclusão do paciente, frequência de supervisão semanal, local de realização da supervisão predominante e atores envolvidos.
- Analisar as estratégias adotadas pelas equipes para a adesão do paciente.

3. Referencial Teórico

Para a discussão da organização do TS foi escolhido o referencial teórico do acolhimento e vínculo enquanto princípios fundamentais da adesão do doente ao tratamento.

O acolhimento constitui-se numa estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre usuários e trabalhadores, humanizar a atenção, estabelecer vínculo/ responsabilização das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde ampliando sua intervenção (MALTA, 2000). É fundamental para êxito no processo de adesão, haja vista que as equipes deverão atuar dentro de uma conformação em que prevaleça o respeito à opção do paciente, de responsabilização pelo controle da doença e bem estar do paciente.

O acolhimento na saúde vai além da “recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”, passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito, atravessa o processo de reconhecimento de responsabilizações entre serviços e usuários, e abre o começo do vínculo (BUENO; MERHY, 2005). Uma de suas traduções é a relação humanizada e acolhedora que os trabalhadores e os serviços como um todo têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles aportam, considerado esse como um direito de todo cidadão, fundamental no processo de criação de vínculo e do próprio processo terapêutico, visando à autonomia do usuário (MERHY, 1994).

O usuário espera uma relação acolhedora do profissional de saúde, permitindo dessa forma uma atuação sobre o seu sofrimento, melhorando sua vida e contribuindo para que o usuário adquira mais capacidade no sentido de enfrentar os problemas no seu cotidiano.

De acordo com Franco et al. (1999) para que se estabeleça o acolhimento deve-se: garantir a acessibilidade universal, em que o serviço assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver problemas de saúde dos usuários; reorganizar o processo de trabalho, a fim de que esse se desloque para uma equipe multiprofissional – equipe acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; qualificar a relação trabalhador/ usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Nesse sentido, o acolhimento, ao reprocessar o trabalho em saúde, rompe com as estruturas verticalizadas da organização do trabalho, mexendo radicalmente no campo da saúde, cujo centro dá espaço ao usuário (MERHY, 2004a).

O vínculo permite uma aproximação mais efetiva entre paciente e profissional, chegando por vezes acontecer um processo de transferência, em que o profissional passa a representar algo importante na vida do paciente e esse por sua vez na vida do profissional. Assim, estabelecem-se relações de escuta, de diálogos, de respeito, no qual o paciente passa a entender a significância de estar inserido no TS, e o profissional passa a desempenhar suas ações buscando exclusivamente o bem estar do paciente.

Criar vínculos implica em ter relações tão próximas e tão claras que nós nos sensibilizamos com todo o sofrimento do outro, permitindo assim a constituição de um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador (Merhy, 1994). O vínculo permite que os profissionais de saúde supram tais necessidades, intervenham, aconselhem, partilhem opiniões, promovam suporte psicológico, para assim aliviar o sofrimento do paciente.

O fato de ocupar a posição de doente, por vezes acarreta no indivíduo uma fragilidade, carência, necessidade de expor a alguém seus sofrimentos e angústias, e encontrar quem amenize na medida do possível seu sofrimento.

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

As relações de acolhimento e de vínculo em muito podem contribuir para o processo de adesão do paciente, haja vista que estabelece uma aproximação maior entre profissional de saúde e paciente, fazendo-se com que este último entenda a significância de seu tratamento, passando a confiar nas recomendações do profissional de saúde, seguindo corretamente as doses terapêuticas prescritas.

Nesse sentido, o acolhimento e vínculo podem promover uma nova lógica nos processos de trabalhos das equipes que realizam o TS, já que acabam por responder pela integridade social e humana dos indivíduos, num ambiente de solidariedade e empatia, promovendo qualidade na assistência e assim adesão ao tratamento.

Destaca-se que a adesão e sucesso de tratamento têm sido atribuídos muito mais às várias estratégias de intervenção lançadas pelas equipes do que propriamente à supervisão da ingestão medicamentosa (VOLMINK et al., 2000; THOMAS, 2002).

O estabelecimento do acolhimento e vínculo permite a prestação de uma assistência holística, na qual os serviços de saúde passam a enxergar o cliente como um agente que tem direito de escolha, valorizando dessa forma sua autonomia, sentimentos e necessidades.

O Tratamento Supervisionado é uma estratégia para melhorar as taxas de conclusão do tratamento, mas os serviços, objetivando a adesão do paciente, lançam mão de uma série de intervenções ao implementar a estratégia (VOLMINK et al, 2000).

Apesar da significância do TS no controle da doença, há atualmente poucas evidências de que a supervisão da medicação tem efeitos positivos na adesão ao tratamento (THOMAS, 2002).

Algumas equipes ainda insistem em considerar que o êxito no controle da TB, somente poderá ser alcançada mediante a imposição do tratamento, estabelecendo-se relações de impessoalidade em que se observam a “voz” do profissional de saúde em fazer cumprir o tratamento, e a “mudez” do usuário, acabando apenas por engolir a medicação.

Desastrosamente, essa postura arbitrária tem contribuído para inúmeros episódios de abandono e aumento da MDR. Entretanto, o estabelecimento do acolhimento e vínculo, como princípios ordenadores do TS, ao promover a mudança no processo de trabalho das equipes, podem possibilitar a adesão do paciente aos esquemas terapêuticos.

4. Percurso Metodológico

4.1 Referencial Teórico Metodológico:

Para abordar o objeto de estudo desta pesquisa – A organização do Tratamento Supervisionado – optou-se por utilizar a abordagem qualitativa envolvendo alguns aspectos quantitativos.

De acordo com Turato (2005) a metodologia qualitativa aplicada à saúde, não busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas, tornando-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas.

Triviños (1995) argumenta ainda que a pesquisa qualitativa está impregnada de significados que o ambiente lhe outorga sendo produto de uma visão subjetiva e que intenta não só a aparência do fenômeno, como também sua essência.

Utilizou-se essa abordagem, por tratar-se de um estudo que visa analisar a Organização do Tratamento Supervisionado, a partir dos relatos dos coordenadores do Programa de Controle da Tuberculose ou indivíduos a ele relacionados, lidando dessa forma com a subjetividade dos atores sociais envolvidos, a partir de suas experiências com a temática em estudo.

Essa opção baseou-se no princípio de que a abordagem qualitativa estabelece uma relação dinâmica entre o mundo real e os atores sociais, entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Minayo (2000) argumenta que os sujeitos sociais que detêm os atributos que pretendemos entender perderiam muito seu significado se fossem abordados quantitativamente.

Turato (2005) considera que o interesse do pesquisador na abordagem qualitativa volta-se para o significado das “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos,

vivências, idéias, sentimentos), porque este tem um papel organizador nos seres humanos, moldando-os.

Minayo (2000) considera como pesquisa qualitativa:

[...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e a da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (p. 33).

Turato (2005) aponta que o método qualitativo quer entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta; por um raciocínio indutivo, cujos pesquisadores se fundamentam sobre os dados de campo, estudando individualidades a fundo e colecionando informações que, paulatinamente, desembocariam na construção de uma teoria densa e plausível.

Minayo (2000) destaca que a pesquisa qualitativa:

[...] propõe a subjetividade como fundante do sentido e defende-a como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo, não se preocupando de quantificar, mas de lograr, explicar os meandros das relações sociais consideradas essências e resultados da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum (p. 71).

Turato (2005) enfatiza que a pesquisa qualitativa deve ser “êmico”, ou seja, a interpretação do cientista deve ser feita na perspectiva dos entrevistados e não numa discussão na visão do pesquisador ou a partir da literatura, trazendo dessa forma conhecimentos originais e não se fixando em confirmar as teorias já existentes, pois segundo ele, caso isto ocorra, a ciência não avança.

4.2 Campo de Estudo:

Minayo (2000) entende como campo na pesquisa qualitativa, “o recorte especial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação” (p. 105).

No presente estudo tomou-se como campo, os 36 municípios prioritários do Estado de São Paulo, no qual foram apresentadas algumas informações sócio-demográficas e epidemiológicas.

4.2.1 O ESTADO DE SÃO PAULO:

O Estado de São Paulo fica no sudeste da Região Sudeste, fazendo fronteiras Norte/Nordeste com Minas Gerais, Sul com Paraná, Nordeste com Rio de Janeiro, Leste com Oceano Atlântico e Oeste Mato Grosso do Sul. Tem uma extensão territorial de aproximadamente 248.808,8 km², ocupando 2,91% do território do país (BRASIL REPÚBLICA, 2005).

No que se refere ao relevo apresenta planície litorânea limitada pela Serra do Mar, com planaltos e depressões no resto do território.

A maior parte do território paulista pertence à bacia do Rio Paraná, onde se destacam uns de seus formadores o Rio Grande, além de afluente como o Rio Tietê e o Parapanema.

No aspecto político administrativo, o Estado de São Paulo é dividido por 645 municípios, distribuídos em 42 regiões do Governo, 14 regiões Administrativas e três regiões metropolitanas (Região Metropolitana de São Paulo, Região Metropolitana da Baixada Santista e Região Metropolitana de Campinas) (SÃO PAULO, 2005b).

Os municípios em torno da cidade de São Paulo formam a maior área metropolitana do país. A Região Metropolitana de São Paulo, formada por 39 municípios, abriga cerca de 50% da população e responde por 53% da produção industrial do Estado (BRASIL REPÚBLICA, 2005).

Além dessas bases territoriais há outros recortes regionais, para atender a necessidades estratégicas de gestão de determinados órgãos públicos ou Secretarias de Estado, constituindo diferentes agregações. A Secretaria de Estado da Saúde por exemplo, tem sua ação regionalizada em 24 Direções Regionais de Saúde (DIR) (SÃO PAULO, 2005b).

São Paulo apresenta-se com uma população de aproximadamente 40.442.820 habitantes, sendo um dos Estados mais populosos do país com uma densidade populacional de 148,83 habitantes/ km², contra uma média nacional de 20 habitantes por km² (BRASIL REPÚBLICA, 2005).

Constituí-se num dos maiores centros industriais da América Latina, caracterizando-se pela alta concentração de indústrias, as mais diversificadas, encontrando-se também no Estado o maior centro agropecuário brasileiro (BRASIL REPÚBLICA, 2005).

O Estado teve um PIB no ano 2002 de R\$ 438 milhões, com uma participação de 32,55% no valor bruto do Brasil, sendo considerado como um dos maiores centros financeiros na América do Sul, respondendo seu parque industrial por 10% da indústria nacional, e o comércio, que conta com dezenas de shoppings, recebendo compradores de vários Estados (SÃO PAULO, 2005b).

Destaca-se que 94% dos domicílios estão localizados na área urbana, sendo que 81,7% dispõem de sistema de saneamento básico (SÃO PAULO, 2005b).

No ano de 2002, a taxa de analfabetismo aproxima-se de 6,1%, mortalidade infantil de 26,4 por 1000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade geral girava em torno de 0,6 por 1.000 habitantes, apresentando uma das maiores taxas de mortalidade do país (BRASIL REPÚBLICA, 2005).

No campo da infra-estrutura em saúde, os resultados da pesquisa Assistência Médico-Sanitária – AMS2 apontaram, em 2002, a existência de 65 mil estabelecimentos em atividade no país. Destes, 14% encontram-se no Estado de São Paulo, sendo 962 com internação, 6.385 sem internação e 2.037 exclusivamente de serviços de apoio à diagnose e terapia. Em relação a 1999, data do último levantamento, observa-se redução (7,2%) entre os estabelecimentos com internação – tendência também verificada para o país, porém em menor escala.

Em contrapartida, cresceu o número de unidades que não realizam internações (4%), fenômeno associado à progressiva mudança do modelo assistencial, que favorece o atendimento em unidades ambulatoriais, especialmente com os incentivos destinados à ampliação da atenção básica de saúde (SÃO PAULO, 2005b) .

No Estado de São Paulo, o gasto público em saúde no ano de 2004 foi de R\$ 11,8 bilhões, custeado pelos governos federal (R\$ 4,3 bilhões), estadual (R\$ 3,5 bilhões) e municipais (R\$ 4 bilhões), representando um gasto em saúde de R\$ 308,9 por habitante/ano. Assim como verificado para o total do Brasil, houve, em São Paulo, uma retração da participação percentual do gasto federal no financiamento dessa política (SÃO PAULO, 2005b).

No que se refere ao desemprego diante da insuficiência na geração de novas ocupações, em 2002, a taxa anual média sofreu expressivo crescimento, passando de 17,6% para 19,0% da População Economicamente Ativa (PEA), após ter permanecido estável no ano anterior (SÃO PAULO, 2005b).

Trata-se do segundo patamar mais elevado desde 1985, inferior apenas ao observado em 1999 (19,3%). Estima-se o contingente de desempregados em 1.788.000 pessoas na Região Metropolitana de São Paulo (SÃO PAULO, 2005b).

A ampliação de 8,0% nesse indicador em relação a 2001 correspondeu ao acréscimo de 166.000 pessoas no contingente de desempregados da região. Esse movimento decorreu do fraco desempenho da geração de novas ocupações no período em análise (29.000), insuficiente para atender as 195.000 pessoas que ingressariam no mercado de trabalho regional (SÃO PAULO, 2005b).

Em 2002, houve crescimento da taxa de desemprego para todos os níveis de instrução. Ressalta-se que tal comportamento foi mais acentuado entre as pessoas com maior escolaridade: aquelas com ensino médio completo e superior incompleto (16,6%) e as pessoas com ensino superior completo (16,1%) (SÃO PAULO, 2005b).

Entre os desempregados com experiência anterior de trabalho, a participação daqueles com o ensino médio completo e superior incompleto cresceu de 25,2%, em 2001, para 29,0%, em 2002, e a daqueles com ensino superior completo passou de 3,7% para 3,9%, no mesmo período (SÃO PAULO, 2005b).

Entre 2001 e 2002, o tempo médio despendido na procura por um novo trabalho entre os desempregados aumentou de 48 para 51 semanas, superior em 23 semanas ao observado em 1997. A parcela de desempregados com mais de um ano nesta condição aumentou de 22,3%, em 2001, para 24,1%, em 2002 (SÃO PAULO, 2005b).

4.2.2 OS TRINTA E SEIS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS:

Optou-se por apresentar as dados sócio-demográficos em gráficos, em função do grande número de municípios envolvidos no estudo.

Os trinta e seis municípios declarados como prioritários no Estado de São Paulo são: Piracicaba, São Bernardo do Campo, Bauru, São José do Rio Preto, Osasco, Jacareí, Suzano, Cubatão, Itaquaquecetuba, Taubaté, Mogi das Cruzes, Sorocaba, São Vicente, Santo André, Ribeirão Preto, São Sebastião, Ubatuba, Guarujá, Bertioga, Franco da Rocha, Jundiaí, São José dos Campos, Santos, Barueri, Itanhaém, Embu, Diadema, Praia Grande, Carapicuíba, São Paulo, Guarulhos, Campinas, Mauá, Taboão da Serra, Caraguatatuba e Itapevi.

No ano de 2005, de acordo com o gráfico 9, dos trinta e seis municípios prioritários, 3 municípios apresentam-se com uma população acima de 1 milhão de habitantes, sendo eles: Campinas com aproximadamente 1.045.707, Guarulhos com 1.251.178 e São Paulo com 10.927.985 habitantes, e o restante abaixo desse numero (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE], 2005).

Em relação à alfabetização, podemos observar no Gráfico 10, que em municípios como Itaquaquecetuba, a taxa chega a 76%, quando a média para os trinta e seis municípios prioritários é de 83,6% (IBGE, 2000).

No que se refere à presença de rede geral de esgoto, verifica-se no gráfico 11, que em municípios como Bertioga, Ubatuba, Caraguatatuba e São Sebastião, correspondente a cidades praianas, há um percentual de cobertura abaixo de 35% (IBGE, 2000).

Em relação ao coeficiente de incidência de TB por *baciloscopia positiva*, de acordo com o gráfico 12, observa-se que no ano de 2004, os maiores valores concentravam-se nos municípios de Cubatão e Caraguatatuba, chegando respectivamente a 68% e 61% por 100.000 habitantes (BRASIL, 2005).

No que se refere aos resultados de tratamento de TB por baciloscopia positiva, verifica-se na Tabela 3, que o sucesso de tratamento encontra-se entre 100% (Suzano) e 46,3% (Campinas), embora se observe diferenças no porte desses municípios, em que Campinas conta com mais de 1 milhão de habitantes, e Suzano apresenta-se com pouco menos de 300.000. Em relação ao abandono, observa-se maior índice no município de Santos com 13,26%, e outros em que o abandono é zero, como Jacareí, Itaquaquecetuba, Itanhaém, Taboão da Serra e Suzano. No que se refere a óbito, verifica-se maiores índices na cidade de Ribeirão Preto, com 20,59% e outros em que o óbito é zero, como Bertioga, Embu e Suzano (BRASIL, 2005).

Dessa forma foram apresentadas as principais características sócio-demográficas e epidemiológicas da TB dos municípios prioritários, a fim de possibilitar a visualização do cenário, onde as ações de controle da TB, e assim do TS, vêm sendo desenvolvidas.

Gráfico 9- Número populacional dos municípios prioritários com menos de 1 milhão de habitantes no Estado de São Paulo (2005)

Fonte: IBGE (2005)

Gráfico 10 - Proporção de indivíduos alfabetizados nos 36 municípios prioritários do Estado de São Paulo (2000)

Fonte: IBGE (2000)

Gráfico 11 - Proporção de domicílios com rede geral de esgoto nos Municípios prioritários do Estado de São Paulo no ano de 2000.

Gráfico 12- Coeficiente de incidência de Tuberculose por baciloscopia positiva nos Municípios Prioritários do Estado de São Paulo (2004)

Tabela 3- Resultado de Tratamento de TB por baciloscopia positiva (Óbito, Abandono e Sucesso de Tratamento) nos Municípios Prioritários do Estado de São Paulo (2004).

<i>Município</i>	<i>Óbito (%)</i>	<i>Abandono (%)</i>	<i>Sucesso de tratamento</i>
Barueri	3,70	9,25	80,4
Bauru	2,90	11,59	76,8
Bertioga	0,00	5,26	94,7
Campinas	9,55	8,73	46,3
Caraguatatuba	1,82	7,27	87,3
Carapicuíba	6,00	8,00	84
Cubatão	7,69	2,56	83,3
Diadema	6,80	5,82	80,6
Embu	0,00	2,85	97,1
Franco da Rocha	2,63	2,63	89,5
Guarujá	0,91	8,18	80
Guarulhos	5,03	8,05	82,6
Itanhaém	9,38	0,00	87,5
Itapevi	10,91	10,90	76,4
Itaquaquecetuba	1,33	0,00	85,3
Jacareí	6,98	0,00	81,4
Jundiaí	12,90	8,06	66,1
Mauá	0,00	4,76	79,4
Mogi das Cruzes	2,47	3,70	92,6
Osasco	4,67	11,33	77,3
Piracicaba	10,28	4,67	84,1
Praia Grande	2,97	12,87	81,2
Ribeirão Preto	20,59	7,96	69,6
Santo André	3,92	7,90	82,4
Santos	5,10	13,26	72,4
São Bernardo do Campo	9,09	3,78	84,1
São José do Rio Preto	13,04	4,34	80,4
São José dos Campos	5,05	2,02	88,9
São Paulo	5,89	10,68	65,1
São Sebastião	6,45	12,90	61,3
São Vicente	2,68	10,06	83,9
Sorocaba	6,67	8,33	80
Taboão da Serra	4,65	0,00	94,9
Suzano	0,00	0,00	100
Taubaté	8,70	2,17	84,8
Ubatuba	3,57	7,14	89,3

Fonte: Brasil (2005)

4.3 Seleção dos Sujeitos:

Em relação ao desenho amostral, foram selecionados os coordenadores do PCT dos 36 municípios prioritários, em exercício no ano 2005, ou representantes destes.

Optou-se pelos coordenadores por se consistirem em atores envolvidos com a organização e gerenciamento do TS. Entendendo-se como atores: “aqueles indivíduos que ocupam a posição estratégica no sistema de decisões e que respondem, no processo de formação de políticas, pelas funções de articulação do campo cognitivo e do campo do poder” (CECÍLIO, 1994, p. 12). Além de se consistirem em informantes que têm conhecimento amplo e detalhado das circunstâncias que têm envolvido o foco em análise (TRIVIÑOS, 1995).

4.4 Técnica de Coleta de Dados:

4.4.1 A ESCOLHA DA TÉCNICA:

No sentido de atingirmos o objetivo referente à análise da organização do Tratamento Supervisionado, elegemos como instrumento a entrevista semi-estruturada.

A entrevista é um dos principais meios que tem o investigador para realizar a coleta de dados. A entrevista semi-estruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teoria e hipóteses que interessam à pesquisa e, que em seguida, oferece amplo campo da interrogativa, fruto de novas hipóteses que vão emergindo à medida que recebem as respostas do informante (TRIVIÑOS, 1995).

Segundo Minayo (2000), a entrevista:

[...] é um instrumento privilegiado de coleta de informações, é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir através de

um porta voz, as representações de um grupo determinado em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (p. 109-110).

Após definirmos o método de coleta de dados mais apropriado aos objetivos do estudo, verificou-se a necessidade de elaborarmos um roteiro de entrevista que pudesse resgatar o máximo de informações em relação às peculiaridades do TS.

Nesse processo houve a participação de diferentes profissionais dos serviços de saúde, gestores, pesquisadores de diversas universidades do país, cujo propósito era formular um roteiro que pudesse ser aplicado em diferentes localidades, mas que garantisse em sua essência o resgate de peculiaridades desses cenários.

Deve-se destacar que o instrumento utilizado neste projeto é parte integrante de um projeto de âmbito nacional intitulado *“Situação da Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: Histórico e peculiaridades de acordo com as características regionais”*, cujo processo de construção e consolidação merece destaque a seguir.

4.4.2 FASE I: A ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DO PROJETO DOTS:

O projeto DOTS foi construído com base nas sugestões e empenhos de diferentes protagonistas, desde profissionais de saúde, alunos de iniciação científica, pesquisadores de diferentes universidades e gestores, tendo como guia mestra a figura de um pesquisador sênior, catedrático na temática.

Posteriormente após a definição do objeto de estudo, cujo enfoque são os cinco componentes da estratégia DOTS, iniciou-se o processo de confecção dos instrumentos.

Duas reuniões científicas foram fundamentais na consolidação dos instrumentos. A primeira contou com a participação da Coordenadora Estadual do Programa de Controle da Tuberculose, e a segunda, que foi considerada decisória na consolidação dos instrumentos, pois contou com a colaboração de diferentes pesquisadores, gestores e profissionais de saúde de João Pessoa, Recife, Porto Alegre, São Paulo, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto.

Destaca-se que durante a reunião eram nítidos os contrastes sonoros regionais advindos, principalmente, das discussões entre pesquisadores da região Nordeste e Sul, que num processo de miscigenação de expressões regionais, faziam sugestões no processo de finalização dos instrumentos. A principal preocupação era que os instrumentos deveriam ser aplicados em distintos cenários, mas que garantissem o resgatasse das peculiaridades das distintas regiões do Brasil

No segundo dia de reunião, foi apresentado finalmente o instrumento, que deveria ser aplicado nas macro-regiões do Brasil.

Um aspecto importante desse projeto foi a capacidade de integração/ articulação entre diferentes - *Protagonistas* (pesquisadores, gestores e profissionais de saúde), *Saberes* (epidemiológico e clínico operacional;), *Profissões* (médica, enfermagem, biologia, farmácia, etc) e *Regiões* (Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), com a finalidade de revelar ao mundo, a partir de uma construção conjunta, um pouco do que tem sido feito no Brasil, da estratégia DOTS.

4.4.1 FASE II: PREPARAÇÃO PARA A COLETA

Posteriormente à confecção do instrumento para coleta de dados, o primeiro Estado a ser aplicado os instrumentos foi São Paulo. Desse modo, iniciou-se um processo fadigoso no sentido de identificar um espaço que pudesse abrigar o máximo de coordenadores viabilizando o processo da coleta.

Uma das alternativas apontadas pela Coordenadora Estadual do PCT de São Paulo, foi que a coleta acontecesse em uma das reuniões trimestrais, na qual estaria presente um número considerável de coordenadores.

A reunião trimestral é direcionada a todos os Coordenadores do PCT do Estado de São Paulo, e é realizada com objetivo de discussão de temáticas pertinentes a TB, avaliação da situação epidemiológica dos municípios e treinamentos. Em função do grande número de municípios prioritários no Estado de São Paulo, as reuniões são geralmente realizadas nas cidades de São Paulo, Bauru e Campinas, e cada coordenador desloca-se para a região mais próxima de seu município.

Desse modo, solicitou-se autorização da coordenadoria estadual do PCT, para realização da coleta no dia da reunião, bem como os locais e data.

Depois de deferida a solicitação, iniciou-se o treinamento dos entrevistadores, os quais em sua maioria eram pesquisadores do projeto DOTS.

4.4.2 FASE III: A COLETA PROPRIAMENTE DITA

O processo de coleta de dados aconteceu no mês de junho de 2005, em três regiões importantes: São Paulo, Bauru e Campinas.

As entrevistas na cidade de São Paulo foram realizadas por oito pesquisadores, em Bauru por um e em Campinas por dois.

Os entrevistadores foram apresentados aos coordenadores pela coordenadora estadual do PCT no início da reunião, sendo esses últimos convidados a participar do estudo.

As entrevistas aconteciam durante os intervalos das reuniões, momento no qual foi disponibilizado um espaço pela coordenadoria estadual para a realização das mesmas.

No início das entrevistas, era reforçado o propósito do estudo, bem como a garantia de sigilo das informações ali reveladas e dos sujeitos participantes.

O roteiro de entrevista (Apêndice A) envolvia questões direcionadas à organização do TS nos municípios prioritários, permitindo explorar pontos fundamentais em relação às rotinas dos municípios na implementação da estratégia. Destaca-se que as questões devem ser apenas um ponto de orientação que direcionam a entrevista como um todo, tendo em vista que as entrevistas semi-estruturadas “oferecem todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 1995).

4.5 Técnica de análise dos dados:

4.5.1 ASPECTOS QUALITATIVOS DA PESQUISA:

Utilizamos, para o tratamento dos dados, a técnica de análise de conteúdo modalidade temática, proposta por Bardin (1979). O motivo da escolha de tal técnica se justifica por ser um instrumento de análise que, com maior rigor, analisa o vasto campo das comunicações, facilitando a tentativa exploratória e enriquecendo as interpretações.

Para Bardin (1979):

[...] A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição do conteúdo das mensagens que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção dessas mensagens (p. 42).

Dentro do vasto campo da técnica de análise de conteúdo, elegemos a modalidade temática para interpretar as mensagens contidas nas entrevistas. Essa modalidade, segundo o mesmo autor, consiste na contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada. O tema, na verdade se define como sendo: "Uma unidade de significação complexa que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura" (BARDIN, 1979).

A análise temática organiza-se em volta de um processo de categorização que é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos (BARDIN, 1979).

A unidade de registro é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização e a contagem de frequência (BARDIN, 1979).

No sentido de melhor organizar e explorar os resultados obtidos na nossa pesquisa, utilizamos a sequência de etapas proposta por Bardin e citadas por Minayo (2000) na análise de conteúdo:

1. *Pré-análise*: Corresponde à fase de organização propriamente dita, através de sistematização das idéias iniciais, de maneira a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Esse plano começou com a organização do material disponível para a análise, no caso, as entrevistas transcritas na íntegra. Destaca-se que em função do grande número de entrevistas, contou-se com a colaboração de 4 profissionais para a transcrição. Logo se iniciou o processo de leitura flutuante, que de acordo com Bardin (1979),

[...] Consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar, e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações, que pouco a pouco a leitura vai se tornando mais precisa, em função das hipóteses emergentes, da projeção de teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação de técnicas utilizadas sobre o materiais análogos (p. 96).

Esse tipo de leitura permitiu analisar e conhecer o discurso das entrevistas que pouco a pouco vai se tornando mais preciso em decorrência dos pressupostos emergentes.

2. *Exploração do material*: baseou-se na transformação dos dados em conteúdos temáticos através da codificação das entrevistas, determinando assim as temáticas a serem discutidas. Essa determinação foi alicerçada em discussões com o grupo de pesquisa e na fundamentação teórica que propusemos, sendo os dados agrupados basicamente em uma unidade temática, a saber – *A organização do Tratamento Supervisionado nos Municípios Prioritários*.

3. *Tratamento dos resultados, inferência e interpretação*: Através dos resultados obtidos nas fases anteriores, utilizamos inferências e interpretações a partir da fundamentação teórica e dos pressupostos que nortearam essa investigação.

4.5.2 ASPECTOS QUANTITATIVOS DA PESQUISA:

Na análise quantitativa apresentamos os dados sistematizados em gráficos para melhor visualização e interpretação dos resultados.

O emprego do método quantitativo usado para ilustrar um estudo primariamente qualitativo permite compor um contexto explicativo de certo fenômeno. Existe uma complementaridade das abordagens metodológicas no sentido de evidenciar as tendências quantificáveis associadas às peculiaridades e particularidades de cada caso (DESLANDES; ASSIS, 2002).

4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa:

Este projeto se integra em um dos subprojetos do Projeto de âmbito nacional intitulado *"Situação da Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: Histórico e peculiaridades de acordo com as características regionais"* que obteve aprovação do Comitê da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Para o desenvolvimento do estudo, o projeto foi autorizado pelo responsável da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo.

Os atores desta investigação, de acordo com a resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde devem concordar em participar da pesquisa após serem esclarecidos sobre os objetivos da mesma e ter-lhes sido garantido o direito de anonimato e confidencialidade dos dados, além de estarem cientes do termo de consentimento livre e esclarecido para pesquisas

científicas em seres humanos (Apêndice B). Só foram utilizadas neste estudo as entrevistas devidamente autorizadas.

5. Resultados e discussão

5.1 Caracterização dos Sujeitos:

A pesquisa constitui-se por 22 sujeitos responsáveis pela coordenação do PCT nos Municípios Prioritários, que aceitaram participar do estudo.

Quanto ao sexo, quinze eram do sexo feminino (68%) e sete do sexo masculino (32%).

Dezessete entrevistados (80%) já estava na coordenação há mais de 5 anos, e participaram do processo de implantação da estratégia no município.

5.2 Unidade Temática: A organização do Tratamento Supervisionado

Na tentativa de elucidar a dimensão e a complexidade do tema abordado através das falas dos sujeitos entrevistados, esta unidade se configurou em dois núcleos de sentido centrais:

Aspectos técnicos - operacionais na execução do Tratamento Supervisionado e Estratégias de Intervenção para a adesão do paciente. Estes núcleos foram construídos a partir das significações dos discursos dos atores envolvidos.

5.2.1 Aspectos técnicos - operacionais na execução do Tratamento Supervisionado:

Cada município tem implementado o TS de acordo com suas peculiaridades, adequando a estratégia de acordo com suas necessidades locais e disponibilidade de recursos.

Nesse sentido, o primeiro aspecto técnico operacional observado voltou-se para a utilização de critérios na inserção dos pacientes em TS, evidenciando-se assim nas falas dos sujeitos, que 13 (59%) dos municípios seguem um dos princípios diretivos do Sistema Único de Saúde que corresponde à universalidade, adotando também para essa forma de organização a terminologia de TS universal (Gráfico 12).

" Não tem mais identificação de paciente problema, então [o Tratamento Supervisionado] é para todo mundo..." (E. 1)

Gráfico 13 -Distribuição dos Municípios Prioritários do Estado de São Paulo que utilizam/ não utilizam critérios para a inserção dos pacientes no Tratamento Supervisionado (2005)

A universalidade refere-se à inserção de pacientes no TS, independentemente da forma clínica, condição social, gênero, etnia entre outros.

De acordo com Bayer et al. (1998), em estudo realizado nos Estados Unidos observou-se que o TS universal é um método que consegue não somente sanar os problemas de falência, multidroga resistência e da incidência de TB, como também impossibilita os efeitos do estigma ao identificar grupos com alto risco para a não adesão.

Desse modo, a universalidade no atendimento pode tratar-se de uma forma de amenizar o preconceito, tendo em vista que todos serão contemplados e evitar-se-á que determinados grupos sejam identificados.

Iseman et al. (1993) acreditam que todos os pacientes no país deveriam ser incorporados ao TS, já que os custos destes são iguais ou abaixo dos métodos tradicionais de tratamento auto-administrado.

O Centers Disease Control (1993) considera que "O TS deveria ser considerado para todos os pacientes por causa da dificuldade pelos profissionais em predizer se os pacientes aderirão ao regime de medicamentos prescritos".

Chaulk et al. (1995), a partir de estudo realizado em Baltimore, comparando duas fases de um programa, a fase inicial, na qual selecionavam os pacientes em TS, com a fase atual, em que todos os pacientes eram inseridos no TS, verificaram uma queda maior no número de casos na cidade na segunda fase, em função de quando todos estavam inseridos no TS, evitava-se interrupções no tratamento, principalmente para aqueles pacientes difíceis de prever o abandono na fase inicial do tratamento.

O Ministério da Saúde vem recomendando o TS, desde 1994, principalmente para os pacientes com maior probabilidade de abandono (BRASIL, 1999).

Snyder et al. (1999) em estudo realizado na Califórnia/ Estados Unidos, verificaram que em locais onde as taxas de abandono é baixa, os PCT operam com qualidade e há limitação de recursos financeiros, do ponto de vista econômico, devem ser inseridos em TS apenas os pacientes potenciais para o abandono.

Nesse sentido, 7 (32%) dos municípios vêm empregando critérios para a inserção dos pacientes em TS, em decorrência da limitação de recursos:

“...Nós perdemos o veículo da vigilância (...), então não está tendo mais possibilidades de fazer o DOTS (...) na totalidade...” (E.5)

Desse modo as equipes acabam por inserir os pacientes potenciais para o abandono, identificados na fase inicial do tratamento a partir de um processo subjetivo de pressentir através dos comportamentos e dos hábitos dos pacientes.

“...Minha auxiliar M. sabe quando [o paciente] deve ser supervisionado...” (E. 14)

Um ponto importante a ser destacado refere-se à forma como esses pacientes vêm sendo inseridos no TS, se nas relações entre usuário e profissional de saúde respeita-se as escolhas dos pacientes.

De acordo com Porter e Ogden (1997), atualmente, no cenário das doenças transmissíveis, os profissionais de saúde, introjetados por um modelo biologicista, tendem a lançar mão de intervenções, que julgam apropriadas, independente da vontade do paciente.

Alguns estudos realizados em São Francisco (BLOWER; MCLEAN, 1994) e em Miami (OTTEN et al., 1993) apontam que muitos pacientes demoram para procurar os serviços de saúde para investigação diagnóstica de TB, no sentido de evitar o método “mandatório” empregado no Tratamento Supervisionado.

Nesse processo, as equipes de saúde, legitimadas pelo discurso “para o bem da coletividade”, tendem a desvalorizar a escolha dos indivíduos.

“... Todos os doentes têm que fazer DOTS...” (E. 6)

*“...Porque a melhor política é você não [dar] a opção dele escolher...”
(E.13)*

Nas relações entre usuário e profissional, estabelece-se uma relação de impessoalidade, no qual o paciente passa a constituir-se meramente num objeto de trabalho, cujas intervenções baseiam-se apenas na eliminação do foco de transmissão, desconsiderando-se seus valores, crenças e opiniões .

De acordo com Porter e Ogden (1997), embora os profissionais de saúde possam estar tentando fazer o bem evitando danos aos pacientes, já que buscam a melhoria de suas condições de saúde, estarão interferindo num processo ético que corresponde ao desrespeito à autonomia dos indivíduos.

Entendendo-se como autonomia os direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade, ser o motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo (CASTILHO; KALIL, 2005).

Khan et al. (2005) em estudo realizado no Paquistão, verificaram que o respeito à escolha do paciente e a flexibilidade das equipes em acatá-las têm um papel importante no processo de adesão ao TS. Os autores consideram que este tipo de intervenção usuário-centrada é provável ser mais efetiva, mas ainda representa um grande desafio para o processo organizacional dos PCTs, haja vista que constituem-se em sua maioria de estruturas verticalizadas.

Segundo um dos entrevistados, a equipe ao inserir um paciente em TS, deve respeitar o seu direito de escolha, a sua subjetividade de selecionar o método mais apropriado para as suas necessidades.

“...Uma menina [paciente] que não quis fazer [o TS], e nesse caso nós temos que respeitar...” (E.17).

Em relação a frequência de supervisões, observou-se, de acordo com o gráfico 13, que 7 (32%) municípios realizam a supervisão 3 vezes por semana na fase de ataque e 2 vezes na fase de manutenção, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999).

Verificou-se que em 6 (27%) municípios prioritários, a periodicidade é determinada de acordo com o perfil do paciente, havendo assim uma participação do doente no seu processo de cuidado desde a tomada de decisão até o planejamento das ações a serem desenvolvidas.

Gráfico 14 - Periodicidade de Supervisão Semanal nos Municípios Prioritários do Estado de São Paulo (2005)

Ressalta-se que o processo de participação do paciente na determinação da frequência da supervisão, pode ser considerado como um dos pontos fundamentais para a adesão ao tratamento.

“...Um menino, (...) trabalhava no tráfico, eu falei (para) estar vindo uma vez por semana para pegar medicação...se eu falasse vai ter que vir todo dia (...) ele não ia vim...” (E. 20).

As equipes atuantes no TS têm uma forte tendência de reproduzir aquilo que está protocolado, tornando-se por vezes “escravos” de normas burocráticas, prova disso é que 60% dos municípios determinam a periodicidade de um modo inflexível, sem considerar as necessidades/ dificuldades dos sujeitos.

O modelo hegemônico tem contribuído para coisificação da relação profissional-usuário, já que reduz o universo das necessidades dos usuários e dos saberes a ele referentes a um

processo sempre visível e estruturado, tratando os agentes deste processo como não sujeitos e sim como meros cumpridores de rituais (MERHY, 1994).

Outro aspecto técnico-operacional observado foi o local da predominância da supervisão, verificando-se de acordo com o gráfico 14, que em 18 (81%) municípios prioritários, a observação da ingestão medicamentosa acontece predominantemente em Unidades de Saúde (Unidades de Referência, Unidades Básicas de Saúde, PSF). Desse modo o paciente tem que se deslocar do domicílio até a unidade para a ingestão da medicação.

Em alguns municípios, que mantém centralizado o TS em Unidades de Referência, observou-se a disponibilidade de vale transporte, bem como o uso “carteirinhas”, para a ida dos pacientes até os serviços de saúde.

“...A gente [profissional de saúde] tem que facilitar a ida deste paciente até a unidade, então o vale transporte (...) é fundamenta...” (E. 10).

“...Por seis meses [os pacientes] não pagam a condução, [usam] uma carteirinha...” (E. 11).

Outros, onde o TS foi descentralizado para as Unidades Básicas de Saúde ou Programas Saúde da Família, o paciente dirige-se à unidade próxima de sua residência.

“...Ele [paciente] vai até a unidade próxima de sua casa...” (E. 11).

Urias et al (2005) num estudo realizado na cidade de São Paulo, verificaram que a proximidade do local de realização do TS com os domicílios é considerada como um fator facilitador no processo de adesão dos pacientes.

Gráfico 15 -Locais de supervisão da medicação predominante nos Municípios Prioritários do Estado de São Paulo (2005)

■ Unidades ■ Domicílio ■ Ignorado

Um aspecto importante observado é que dentre os municípios prioritários em que a supervisão acontece predominantemente no serviço, 8 (44%) dos entrevistados citaram a realização do TS no domicílio como situações de dificuldade do paciente em dirigir-se aos serviços de saúde.

"...Aqueles que necessitam e não têm condições [de ir ao serviço de saúde], ela [profissional de saúde] está indo em casa, dar a medicação supervisionada..." (E.1).

Entretanto, 11 (56%) dos municípios prioritários frente às situações de dificuldades, não atendem as necessidades dos usuários, podendo desencadear resultados insatisfatórios no final do tratamento.

Tem-se que justamente esses pacientes deveriam ser prioritários do TS, por serem pacientes acamados, com dificuldades de deambulação e estarem em estado de consciência alterado, constituindo-se em sua maioria pessoas idosas ou pacientes em fase avançada do HIV.

Assim, os profissionais de saúde poderiam trabalhar dentro de uma lógica usuário-centrada, na qual as intervenções passam a tomar como centro as necessidades dos usuários e não mais as rotinas/ burocracias dos sistemas de saúde.

Merhy (2004b) considera que os profissionais não devem abandonar as lógicas administrativas, mas devem lançar mão de uma racionalidade principal do agir em saúde que é cuidadora, procurando organizar serviços focados nos núcleos cuidadores.

Desse modo, o profissional de saúde deveria compreender os indivíduos como sujeitos de seus processos com direito à escolha, e não numa relação impessoal, de arbitrariedades.

Um dos entrevistados apontou como alternativa, frente a inviabilidade do TS no domicílio, a utilização de parceiros, como membros da família:

“..As pessoas que têm dificuldades de ir até a Unidade, eu [coordenador] estou pedindo uma supervisão da esposa, do filho, de uma pessoa próxima ao doente..” (E. 1)

Khan et al. (2005) argumentam que embora a OMS não recomende a inserção de membros da família na execução do TS, ela deve ser vista como uma possível alternativa quando o acesso aos profissionais de saúde é deficiente.

Verifica-se ainda, no gráfico 15, que em 3 (13%) dos municípios, a supervisão acontece predominantemente no domicílio, sendo essa forma de organização apontada pelos coordenadores como aquela que oferece maior proximidade ao contexto familiar facilitando o processo de estabelecimento de vínculo entre serviço de saúde-doente-família.

“...A possibilidade de ir à casa, de conhecer a família, o paciente, conhecer a realidade que ele vive, estreitou as relações...” (E. 21)

O TS sendo assim executado com o indivíduo introjetado em seu meio familiar, com seus valores sócio-culturais específicos, em seu contexto particular, pró-ativo em sua vida, possibilita resultados satisfatórios no controle da tuberculose, porque o profissional de saúde estará lá, onde os fatos se desenrolam, na integralidade do indivíduo

De acordo com Barreira (1992), em seu estudo de controle de TB no Brasil no começo do século, agrupou-se as atividades da visita domiciliar para os portadores de TB em:

- *Função tática* – penetrar na intimidade do tecido social para detectar precocemente;
- *Função de representação* – reforçar a ordem médica e autoridade sanitária;
- *Função de controle* – verificar o cumprimento das normas sanitárias de profilaxia de tuberculose.

Assim é o TS que ao aproximar-se do contexto social dos indivíduos é capaz de detectar precocemente na comunidade indivíduos ou grupos potenciais para a transmissão da TB, certificar-se da ingestão medicamentosa, além da educação em saúde.

Verifica-se de acordo com o gráfico 16, que em 10 (45,5%) municípios o TS é realizado predominantemente por profissionais de saúde, 5 (22,7%) vêm estabelecendo parceria com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 3 (13,6%) com familiares e 2 (9,1%) com membros da comunidade.

Gráfico 16 - Atores envolvidos na realização do Tratamento Supervisionado nos Municípios Prioritários do Estado de São Paulo (2005)

Um dos entrevistados apontou como uma importante parceria, o envolvimento de membros da comunidade, de modo a garantir a regularidade e conclusão do tratamento.

"....Pedimos pro dono do bar está supervisionando com a gente, paciente alcoólatra, ... tem que dar o remédio para ele todo dia, dá uma diluída na pinga dele, ... desde que ele toma o remédio com a pinga, ele pode tomar. Ele fez o tratamento, curou, supervisionado pelo dono do bar...." (Ent. 6).

A participação da sociedade demonstra que a TB não é somente responsabilidade dos profissionais de saúde, doente e família, mas também é de responsabilidade da comunidade como um todo. Assim, o envolvimento desta, fazendo-se valer de sua cidadania, pode em muito contribuir no processo de controle da TB.

De acordo com Costa (2003) os movimentos da sociedade civil passaram a expressar uma dimensão mais participativa, buscando canalizar as novas demandas sociais e obtendo uma legitimidade popular maior. Ao tratar da redistribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade civil, enfatiza-se as ações que buscam a solidariedade e a justiça social como cimento que agrega esses blocos. Considera-se assim, que a participação ativa dos agentes sociais é capaz de potencializar as relações de cooperação entre os membros da sociedade, contribuindo para o seu desenvolvimento.

Desse modo formam-se redes ou organizações que exercem papel fundamental na quebra do ciclo de transmissão da doença, intervindo em pontos fundamentais, como a supervisão da ingestão medicamentosa, que garante que o paciente está tomando a medicação

regularmente, permitindo resultados satisfatórios no final do tratamento, além de deixar bem patente sua cidadania.

A WHO (2005a) considera que o aumento da contribuição de membros da comunidade é uma clara expressão do crescimento do comprometimento da sociedade civil com a questão da TB. O trabalho desses grupos é caracterizado por colocar o paciente como o centro da estratégia.

Escott et al. (2005) observaram em estudo realizado na Suazilândia/ África, que a maioria dos pacientes estava satisfeito com a supervisão por membros da comunidade, sendo que muitos usuários apontavam a supervisão da ingestão medicamentosa como benéfica para a sua saúde.

Um estudo realizado na cidade de Kwazulu na África do Sul demonstrou maiores taxas de conclusão entre os pacientes que eram supervisionados por membros da comunidade (85%) ou voluntários (88%) do que o grupo que fora supervisionado por profissionais de saúde (79%) (WILKINSON; DAVIES, 1997).

Kamolkaratanakul et al (1999), por sua vez, em estudo realizado na Tailândia, verificaram maiores percentuais de cura entre pacientes tratados por profissionais de saúde (79%), do que os pacientes supervisionados por membros de família (77%) e por membros da comunidade (74%). Os autores consideram que embora na Tailândia haja uma política nacional de que o TS seja realizado por profissionais de saúde, eles reconhecem que esta opção não pode ser para todos os pacientes, em função das distâncias de alguns domicílios, como aqueles localizados na zona rural.

Walley et al. (2001) em estudo realizado no Paquistão, não observaram diferenças significativas entre essas três modalidades de tratamento.

O importante da estratégia não é quem a realiza, mas sim como está sendo realizada e se na execução do TS estão sendo consideradas as preferências do paciente.

Jaiswal et al. (2003), num estudo realizado na cidade de Delhi/ Índia, identificaram que a resistência das equipes em estabelecer parcerias com membros da família, contribuíram para muitos episódios de abandono.

Khan et al. (2005) observaram que o suporte de membros da família é fundamental para adesão ao tratamento, já esses passam a dar suporte ao paciente, acompanhando-o até a consulta nos serviços de saúde, motivando a conclusão do tratamento e garantindo assim a regularidade na ingestão medicamentosa.

Por vezes o paciente identifica-se com um determinado ator e quer que esse seja o seu supervisor, e dentro desse cenário as equipes devem entender e contribuir para a sua satisfação, trabalhando dentro de um espírito humano e solidário.

Sua função dentro desse processo é estabelecer parcerias, treinar, tornar esses novos atores importantes aliados, contribuindo assim no restabelecimento dos pacientes.

Desse modo, o êxito do TS está baseado no modo como as ações são realizadas e não por quem as faz.

Por conseguinte, as ações quando realizadas com qualidade, pautadas nas necessidades dos indivíduos, são as maiores contribuintes para êxito da estratégia e assim controle da doença.

A postura adota pela equipe, a qual confiou a um “dono de bar” a responsabilidade social de supervisão de um paciente etilista, foi tomada após sucessivas tentativas frustrantes de inserir esse paciente em tratamento, impondo-lhe sempre um profissional de saúde como supervisor.

As equipes devem assim despir-se das posturas radicais e centralizadoras de normas, buscando uma assistência mais horizontalizada, que busque novas formas de agir em saúde, ampliando seu conceito de saúde, tão fragmentada em muitos cenários.

Dessa forma ampliam-se os horizontes, enxergam-se os parceiros, exponencia-se as necessidades dos usuários e promove-se a qualidade na assistência.

Destaca-se que para que as equipes trabalhem dentro dessa perspectiva, faz-se necessário inicialmente entender, acreditar e envolver-se com a estratégia, que de acordo com um dos entrevistados, é ainda um grande obstáculo:

“... se você tem um funcionário pouco envolvido [com o TS], não consegue adesão do paciente...” (E. 2)

Considera-se que o envolvimento do profissional é um ponto fundamental para êxitos do TS, haja vista que um profissional jamais se empenhará em atender a complexidade de necessidades dos usuários, se ele não acredita na estratégia, irá apenas reproduzir mecanicamente as ações que lhe são cobradas; algumas vezes até num processo de agressão e desrespeito para com o paciente:

“...eu vou lá na unidade e sou muito mal atendido o pessoal me deixa esperando de 2 a 3 horas que para dar o remédio, e quando dá o remédio falam se vira para arrumar água...” (E. 6)

Dessa forma, o principal objetivo desses profissionais consiste apenas na supervisão da ingestão medicamentosa, se esquecendo de outras necessidades desses pacientes, tratam por vezes com tamanho desrespeito, a ponto de não se importarem se o paciente terá um copo para deglutir o comprimido com a água. Reproduzem um modelo de assistência no qual enfoca-se mais a doença do que propriamente os portadores desta enfermidade, quando na verdade deveria ser o contrário.

Situações como estas apresentadas podem ser reflexo do temor, próprio da condição humana, de encarar o novo, por excelência, o desconhecido, haja vista que em algumas localidades, a descentralização aconteceu recentemente, e a convivência com o TS é nova. Desse modo se assim o for, espera-se que com o tempo os profissionais adquiram maior familiaridade com a estratégia, e assim incorporem seus preceitos e logo se empenhem para as conquistas de seus objetivos. Entretanto se a questão é mais cultural, faz-se necessário ênfase na educação continuada¹.

Frente a esse contexto, a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) pode-se constituir num importante aliado, tendo em vista que incorpora mais facilmente os preceitos da estratégia:

¹ concepção de que o processo educacional se dá de forma gradual e complementar, visando estabelecer níveis crescentes de capacitação, que podem iniciar numa proposta mais generalista. A formação, nesse caso, se daria ao longo da vida profissional, alimentando-se das inovações tecnológicas e da recriação das práticas, cujos conteúdos próprios seriam também gerados desse processo contínuo (PAIM; NUNES, 1992).

“ Porque é muito mais fácil você ensinar e conseguir a adesão para fazer o supervisionado dos agentes comunitários ou da equipe de [saúde] da família do que na unidade básica...” (E.6)

Isso deve-se ao fato do ACS trabalhar num modelo de gestão que envolve um conceito ampliado de saúde, cujas ações se voltam para uma assistência integral e holística, constituindo-se dessa forma num importante ator, flexível na assimilação de novas estratégias, incorporando assim mais facilmente seus conceitos ideários, favorecendo um ambiente propício ao desempenho do TS.

Campinas et al. (2004) considera que o ACS vem se constituindo como um importante novo ator no cenário da saúde, representando um elo de ligação entre os serviços de saúde e a comunidade, principalmente em se tratando de estratégias como o TS, já que além de estabelecer o vínculo entre ACS e o doente, parece favorecer a comunicação e compreensão do processo saúde-doença, fortalecendo os doentes mais fragilizados.

Observou-se ainda que a disponibilidade de recursos não aparece como um fator limitante para a implantação do TS, verificando-se que quando existe compromisso de alguns atores, como os sujeitos desta entrevista, monta-se o TS com os recursos que lhes são disponíveis, utilizando-se primordialmente o improviso, a criatividade e a boa-vontade diferente de outras realidades e contextos, cuja principal justificativa para não implantar a estratégia é sempre “falta de recursos”.

De acordo com os dados aqui apresentados, verifica-se que em cada município há um modo peculiar de implementar o TS, demonstrando a viabilidade da aplicação da estratégia em diferentes contextos.

5.2.2 Estratégias de Intervenção para adesão do paciente:

“...Para mim o tratamento supervisionado tem que vir acompanhado de outros elementos, (...) do vínculo, do olhar mais ampliado do paciente....” (E. 16)

A ingestão medicamentosa regular é um dos pontos importantes para se obter êxitos no controle da doença, mas essa ação isoladamente não dá conta de interromper a cadeia epidemiológica da doença, pois caso o fosse, a TB teria sido erradicada há décadas atrás.

Deve-se entender que a TB é reflexo de problemas sociais; nesse sentido as populações atualmente acometidas por essa enfermidade também sofrem de outros problemas como a exclusão social e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Desse modo ao levar uma vida de intenso sofrimento, desprovido de condições mínimas de dignidade humana, para muitos, a morte lhes parece a única alternativa:

“... uma pessoa que não tem estudo que não tem trabalho que não tem nada na vida ... a auto estima dele esta lá embaixo morrê ou não morrê para ele não faz diferença nenhuma é até melhor morrer do que ficar insistindo aí no tratamento supervisionado que vai curar ...” (E. 13)

“...Às vezes tem pacientes que vivem numa miséria tão grande, tão grande, que morrer de Tuberculose para ele, é o de menos...” (E.. 16).

Ogden (2000) considera que a cura da TB não é a única necessidade dos pacientes, havendo outras prioridades que compete à figura deste, dentro da família, da comunidade e da vida econômica.

Ainda de acordo com um dos entrevistados, ao lidar com um paciente com TB, não se deve permitir que as ações sejam apenas direcionadas ao combate do agente etiológico, mas sim enfrentar os outros elementos conjunturais, que contribuíram para o desenvolvimento da doença.

“... A tuberculose... é uma doença que ta muito ligada a fatores sociais, então ...é importante melhorar a condição de vida do próprio individuo, pra que ele tenha melhor condição pra ser curado...” (E. 10).

Costa-Neto (2003) considera que a eliminação da TB só poderá acontecer como fruto de uma intervenção holística, através de soluções que dêem conta das necessidades das várias partes do sistema social.

Entretanto, faz-se necessário um novo modo de agir em saúde, em que as equipes tenham uma visão ampliada e humanizada da atenção à TB, visando a resolubilidade de necessidades individuais além da doença.

De acordo com Merhy (1994), uma ação resolutiva exige uma abordagem mais integral dos problemas, fazendo-se necessárias ações coletivas para dar todas as respostas para as várias dimensões que adquirem os problemas, muito além do sofrimento individual. O autor considera ainda que a responsabilidade da equipe não se limita as 4 paredes das Unidades de

Saúde, implica em impactar os problemas e trazer respostas reais que alterem o quadro de saúde dessa população.

Nesse sentido, as equipes do TS devem trabalhar valorizando as necessidades individuais de cada usuário, sua subjetividade, tornando-se esses em agentes de seus processos, predominando nas relações entre usuário-profissional uma relação de respeito e responsabilização pelo seu sofrimento.

A primeira estratégia de intervenção observada visando contemplar as necessidades dos pacientes, refere-se à entrega de incentivos e benefícios (cestas básicas, tickets, vales refeição, bebidas lácteas, entre outros), elementos considerados como facilitadores no processo de adesão:

"...A cesta básica já era um incentivo a mais para ele estar lá tratando..." (E. 4)

"...E agora nós estamos conseguindo, para melhorar essa adesão a cesta básica.." (E. 7)

Caminer et al. (1996) demonstraram em estudo realizado na Espanha, os efeitos positivos no processo de adesão do paciente a partir da entrega de incentivos aos pacientes.

Costa-Neto (2003) considera que a fome é uma das causas diretamente vinculadas à TB, acrescentando que a eliminação da TB passa necessariamente por um cuidado especial com a alimentação nutritiva, de modo a manter ativas, e no seu melhor estágio, as defesas naturais do organismo.

De acordo com os entrevistados, as equipes acabam por fornecer alimentos aos pacientes, visando o restabelecimento das condições biológicas dos indivíduos. Nesse sentido, é comum, os pacientes iniciarem o tratamento debilitados, em verdadeiro estado de desnutrição, e após um trabalho árduo das equipes, em que os profissionais passam a focar outras necessidades além da doença instalada, logo nas primeiras semanas do tratamento, já notarem melhoria nas condições físicas dos usuários.

*“... o paciente atendia o funcionário pela janela, porque ele nem tinha forças para levantar....depois com o tempo [de TS] foi melhorando...”
(E.10).*

A explicação acima, apontada por um dos entrevistados, retrata a realidade de muitos pacientes que sofrem de TB, haja vista que o TS opera em dois pontos fundamentais, o aporte às necessidades nutricionais e a regularidade na ingestão medicamentosa, promovendo assim melhoria do paciente.

Costa-Neto (2003) considera que o controle da TB é dependente de duas intervenções, a ingestão medicamentosa e por um cuidado especial com a alimentação nutritiva.

A disponibilidade de cestas básicas, tickets e vales refeição, não acabará com o problema da fome de diversas famílias que estão envoltas por problemas sociais e econômicos graves. Por vezes uma cesta básica, pelo tamanho da família é insuficiente, e nesse processo, os pacientes, em sua maioria adultos, acabam por privilegiar as crianças, que são dependentes de sua atividade econômica, não restando ou sobrando muito pouco para os pacientes.

Nesse processo, no qual o aporte nutricional é deficiente, a recuperação é mais lentificada, as reações medicamentosas são mais exacerbadas, em função da debilidade do próprio organismo. Por vezes, em função das dificuldades sociais e financeiras que trazem muito pesar às famílias vítimas da TB, o único componente que chega ao estômago desses pacientes é somente a medicação.

Costa-Neto (2003) verificou na Vila Rosário, casos de famílias com TB que passavam até três dias sem comer e quando comiam, eram alimentos com baixo teor calórico; o autor considera ainda que a essas populações prover alimentação.

Entende-se que a disponibilidade de incentivos não contemplará as necessidades dos usuários em sua plenitude, mas pode ser considerado como o início de um processo árduo e difícil, que refere-se à mudança no processo de trabalho, em que o profissional passa a valorizar o paciente de uma forma mais humana e solidária.

Costa-Neto (2003) considera que o alimento só será dado àqueles que não têm como consegui-lo no trabalho, argumentando que a sociedade não se coloca como uma entidade assistencialista, fornecedora de alimento, seu objetivo único e exclusivo é o de formar cidadão, e cidadão se forma com trabalho.

Dentro dessa perspectiva as equipes nos seus processos de trabalho acabam por enxergar essa realidade, lançando mão de intervenções, buscando a reinserção desses na sociedade, que há tempos estiveram às margens, envoltos por problemas como o desemprego, articulando-se para isso com outros setores a fim de conseguir a recolocação profissional dos pacientes:

“...A senhora [paciente] não quer fazer limpeza?...” (E. 14).

De acordo com a explanação de um dos entrevistados, a reinserção dos pacientes no mercado de trabalho é um dos pontos fundamentais para se conseguir êxito na adesão do tratamento, pois isso faz com que os pacientes recuperem sua vontade de viver, passem a enxergar que há saídas para seus problemas econômicos, tornando-se cidadãos, e mais importante, voltem a prover o sustento de suas famílias, que há tempos sofriam pela enfermidade de TB.

Costa-Neto (2003) enfatiza que a alimentação das pessoas deve ser procedente de um emprego, e que as políticas sociais devem acoplar as atividades de alimentação às de geração de renda.

Merhy (2004a) considera que as relações dos usuários com os serviços de saúde e seus profissionais são marcadas por um “processo relacional”, entre o usuário e o profissional, havendo assim uma dimensão individual do trabalho em saúde, que comporta um conjunto de “ações clínicas”, no sentido de encontro das necessidades com processos de intervenção tecnologicamente orientados, que “visam” operar sobre o campo das necessidades que se faz presente neste encontro de fins implicados com a manutenção e ou recuperação de um certo modo de viver a vida.

Dessa forma, as equipes acabam por entender que as necessidades baseiam-se na busca de um novo modo de viver, de uma profissão, que lhes permita mais dignidade humana.

Costa-Neto (2004) explicita que para construir cidadãos, não basta apenas lhes dar alimentos, deve-se lhes dar trabalho, do qual provirá a renda para adquirir alimento.

Merhy (1994) considera que o usuário tem uma esperança de que as ações de saúde consigam melhorar sua vida, isto é, consigam lhe dar mais capacidade para enfrentar os problemas que ele tem em seu cotidiano para ir resolvendo por si parte dos obstáculos que lhe têm causado problemas, adquirindo assim autonomia diante do seu caminhar na vida.

Nesse sentido, parece haver um efeito cascata, no qual as equipes atuantes no TS oferecem oportunidades de emprego aos pacientes; esses por sua vez, quando engajados na vida profissional conseguem o alimento, já que passam a ter o potencial de compra, e passam a alimentar-se, podendo assim haver o restabelecimento das condições biológicas.

Há outros pontos que poderão interferir nesse processo como a incompatibilidade salarial frente às necessidades alimentares da família. Entretanto a renda já é um início e o restante as famílias acabam por complementar com os programas sociais governamentais e nesse processo, as equipes atuantes no TS têm contribuído muito.

De acordo com um dos entrevistados, as equipes tendem enfaticamente a lançar mão de ações que visem a recuperação da integridade humana desses indivíduos, através da complementaridade de rendas, com programas sociais:

“...A gente [profissional de saúde] pode (...) aliviar essa situação financeira dele, encaminhando ele pra outros recursos, porque não vai ser uma cesta que vai resolver a vida dele...” (E. 14)

As equipes ao implementar o TS na tentativa de buscar a adesão dos pacientes, iniciam um novo processo de agir em saúde, tendo-se em vista que as ações ultrapassam os limites do

individual e avançam para o campo social. Desse modo, onde há necessidades, as equipes lá estarão sempre buscando uma forma de proceder.

“...porque, porque além dele receber remédio, a gente trabalhava o problema dele...” (E.. 03)

Este é um processo desafiador para as equipes do TS, haja vista que as singularidades dos sujeitos são múltiplas, e as especificidades das intervenções são imensuráveis.

Dentro dessa perspectiva, as equipes, ao entender os pacientes alvos de suas intervenções como sujeitos de seus processos, sentem-se co-responsáveis no processo de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde.

Neste contexto, as equipes lançam mão de intervenções que minimizam ou solucionam eventuais problemas desses usuários, valorizando a subjetividade destes, bem como compreendendo o indivíduo em sua singularidade:

“...cada paciente é um, e cada paciente merece uma abordagem diferente do outro...” (E.. 16).

Dessa forma, o TS assume diferentes conformações, em função das singularidades dos sujeitos, entendendo-se que cada paciente é diferente do outro, cada paciente tem uma necessidade que nem sempre corresponde à necessidade de outro. Assim, as equipes, ao

atuarem dentro dessa perspectiva, assumem um leque de complexidades que abarcam durante o desenrolar da estratégia.

Merhy (1994) considera que nem todos são iguais na maneira de representar seu problema como necessidade de saúde.

Dentro do universo de complexidade dos pacientes, as equipes atuantes no TS estão ali preparadas, prontas a responder às expectativas dos pacientes. O grau de vínculo com paciente torna-se tão efetivo, a ponto dos pacientes voltarem a ter ideais, prospecção, motivados por uma relação que os valoriza, os trata com dignidade, respeito e cidadania.

"...tinha um rapaz queria escrever pelo menos o nome dele, hoje ele está estudando....Não é só ir na doença, é tudo..." (Ent. 14).

A explanação acima demonstra a responsabilidade social das equipes para com o processo de ensino-aprendizagem do paciente.

Os entrevistados assumem que se faz necessário uma transformação interna do próprio profissional, tornando-se mais sensibilizado com os portadores de TB, para assim desenvolver uma prática assistencial integral e humanizada.

"...Os novos profissionais têm que ter um olhar muito sensível para um paciente de Tuberculose, enxergar o paciente inteiro. E tentar saber, o que fazer para esse paciente ter vontade de se curar da Tuberculose..." (E. 16).

Faz-se necessário, portanto, o acolhimento, que numa relação humanizada, visa a produção de relações de escutas e responsabilizações que se articulam com a constituição de vínculos e dos compromissos de projetos de intervenções que objetivam atuar sobre as necessidades em busca da produção de “algo” que possa representar a conquista de controle do sofrimento e/ ou produção de saúde (M ERHY, 2004a).

Dessa forma, os profissionais passam a escutar as necessidades do paciente, valorizando-os como sujeitos:

“...Porque quando a gente [profissional de saúde] consegue ouvir, (...) a pessoa se sente tão valorizada...” (E. 14).

Uma relação de escuta, de solidariedade, na execução do TS pode em muito contribuir na resolução dos sofrimentos dos usuários e na promoção da saúde, de modo que as necessidades ali expostas pelos pacientes poderão ser identificadas pelos profissionais de saúde, podendo estes últimos direcionarem suas ações para pontos fundamentais e assim obter êxito no tratamento.

Conforme a explanação de um dos entrevistados, havia um paciente que estava com baixa auto-estima em função de distúrbios na arcada dentária, e negligenciava inclusive o seu autocuidado. O profissional de saúde, atuante no TS, num processo de escuta e de solidariedade para com o paciente, identificou o fator problema e pode assim intervir a tempo:

“...Um paciente que tinha uma [baixa] auto-estima, e os [profissionais de saúde] levaram esse paciente para o tratamento odontológico. A hora que ele viu que estava com a boca bonita, começou a fazer barba, ele começou a se tratar da Tuberculose..” (E. 16).

Desse modo, o paciente negligenciou o próprio cuidado, inclusive deixando de tomar a medicação, em decorrência do sofrimento por sua imagem corporal. Entretanto as equipes num ato de solidariedade, a partir do processo de escuta, identificaram as necessidades e lançaram mão, a tempo, de intervenções que propiciaram melhoria de sua auto-estima.

De acordo com Merhy (2004a) o acolhimento apresenta-nos uma possibilidade de argüir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob olhar específico da acessibilidade.

Frente esse contexto, pensa-se por quantas vezes esse paciente foi atendido no serviço de saúde, até ter alguém com a capacidade de escutá-lo, e identificar que sua imagem-corporal era o principal motivo de seu sofrimento.

Um dos entrevistados, para viabilizar esse processo de escuta, tem utilizado “grupos dinâmicos”, com o objetivo dos pacientes exporem seus anseios, medos e dificuldades, e os profissionais de saúde estarem conjuntamente aprendendo a escutar, mudando dessa forma o processo de trabalhar em saúde:

“...A paciente tentou fazer três vezes o tratamento, e nunca deu certo, agora é a quarta, e ela está conseguindo e (...) servindo como exemplo muito bom [no grupo dinâmico], para a equipe.... porque talvez a gente[equipe] não ouvia tanto como deveria ter ouvido...” (E . 14).

A explanação anterior nos permite refletir como temos pautado as nossas ações em saúde e os nossos julgamentos, atribuindo sempre ao paciente a culpabilidade pelas irregularidades no tratamento, quando na verdade, não lhe concedemos o direito à fala, ao desabafo, à exposição de suas angústias, aos motivos que desencadearam determinados comportamentos de abandono.

Nesse sentido são construídos estudos que permitem a compreensão dos motivos que levaram o paciente ao abandono, já que propriamente os profissionais de saúde não conseguem dar conta dessas respostas. Não dão as respostas pois não as sabem; não as sabem pois não se permitem conhecer, e não se permitem conhecer pois não dão o direito à escuta, e não dando direito à escuta, não estabelecem ações que visem desfazer um cenário caótico e assustador que se refere aos percentuais de abandono por TB.

Mishra et al. (2005) em estudo realizado na cidade de Kashi/ Nepal, observaram que a deficiência na comunicação entre profissionais de saúde e paciente foi significativamente associada a não adesão ao tratamento.

Se houvesse mudança nos processos de gestão de trabalho dos profissionais de saúde que atualmente desempenham o TS, ter-se-iam todas as respostas da incógnita do abandono, a partir de um processo de escuta que permitisse aos pacientes o direito de expressarem, exporem seus problemas, e num processo de ação conjunta, estabelecer-se-iam as ações remediadoras para tal situação.

Desse modo, de acordo com a explanação do entrevistado, é a quarta vez que o paciente estava em tratamento, após 3 episódios de abandono, e apenas na quarta vez as

equipes passaram a escutar “mais” o paciente, e frente à mudança na relação de trabalho entre paciente e profissional de saúde, o primeiro está conseguindo finalmente se tratar.

A melhoria da comunicação entre profissional e paciente é um dos pontos fundamentais para o processo de adesão do paciente. Entretanto, essa situação somente será possível a partir de constantes treinamentos, para que as equipes desenvolvam as relações pautadas em diálogos e respeito à condição humana (MISHRA et al., 2005).

O acolhimento possibilita o estabelecimento de diálogos, promove melhoria das relações entre profissionais de saúde e paciente colaborando assim no processo de desses.

As equipes começam, portanto desenvolvendo suas ações não apenas dentro daquela lógica biologicista que precederam o TS, de fiscalização da ingestão medicamentosa, mas passam também a modificá-las, aprimorá-las, num aspecto de metamorfose, colocá-las dentro de um aspecto mais humano e solidário, e nesse processo o acolhimento e o vínculo constituem-se os pilares mestres.

Nesse sentido, a observação da ingestão medicamentosa, não deixou de ser importante, pelo contrário, ela é, e muito; entretanto, o ponto determinante é a forma como vem sendo empregada.

Alguns trabalhos como de Porter et al. (1997) enfatizam a forma impessoal como o TS vem sendo implementado em algumas localidades, já que não respeitam um princípio ético que diz respeito à autonomia dos pacientes no processo decisório.

Outros como Jaiwal et al. (2003), demonstram as formas mecanicistas e autoritárias, empregadas por alguns profissionais de saúde durante a realização do TS, cuja voz de mando é

sempre “dessa forma não é permitido”, restando apenas ao paciente, engolir a medicação, juntamente com a vontade de expor sua indignação frente à tamanhas arbitrariedades.

Estudos realizados no sul da Índia (SANTHA et al., 2002), na cidade de Delhi/ Índia (SINGH et al., 2002), Vietnam (LONONNROTH et. al., 2001; LONG et. al., 2001), Paquistão (KHAN et al., 2000), Ndola/ Zâmbia (KAONA et al., 2004) apontam ainda, como um dos principais motivos para o abandono, o próprio comportamento inflexível da equipe ao desempenhar o TS.

Frente esse contexto, faz-se necessário um novo modo de agir em saúde, em que se respeite principalmente o paciente nas suas necessidades, que se reconheça o seu direito de participar do processo terapêutico, e mais que isso, permitir a ele a possibilidade de arguir, expor suas dificuldades, para que num processo de ação conjunta, construa uma assistência que lhe permita um melhor modo de viver.

De acordo com Mishra et al. (2005) para alcançar a adesão no tratamento é necessário seguir um “modelo de concordância” no qual há um compartilhamento de decisões sobre os procedimentos adotados entre profissional de saúde e paciente, numa relação de parceria e de respeito às vivências e opiniões deste último.

Desse modo, nos municípios prioritários do Estado de São Paulo, o vínculo vem sendo apontado pelos entrevistados como um dos grandes princípios ordenadores no processo de trabalho das equipes que desempenham o TS.

“...Não adianta eu [profissional de saúde] só pensar em observar ele tomando a medicação, se eu não criar um vínculo com ele [paciente]...”(E. 16).

As equipes vêm criando vínculos com os pacientes em TS, demonstrando isso através do seu compromisso e responsabilidade com as necessidades destes últimos, criando relações muito próximas, através de um processo de transferência entre paciente e profissional, sentindo-se assim responsável pela vida e morte desse paciente (MERHY, 1994).

Um dos entrevistados considera o vínculo, como um elemento facilitador no processo de adesão do paciente:

“... Era uma auxiliar de enfermagem, ela procurou esse paciente por muitos lugares, ...ela foi até o local e deixou um bilhete para ele, dizendo que estava preocupada ..., que gostaria que ele fosse até o Centro de Saúde. E quando ele recebeu esse bilhete, ele ... nos procurou, e esse paciente foi para a cura. ..., ele se sentiu super valorizado...” (E. 16)

A adesão do paciente ao TS é resultante das relações que se estabelecem entre profissional de saúde e usuário. Nesse sentido, se a relação se baseia apenas num processo de impessoalidade, de “objetização”, sem o acolhimento e vínculo, esse usuário, fatalmente irá abandonar o tratamento.

As taxas de abandono, não são apenas um reflexo da desordem nas políticas públicas para o controle da TB, mas também da forma impessoal com que os profissionais vêm acompanhando os pacientes com TB.

Assim, faz-se necessário, urgentemente, um novo olhar que se materialize na prática através da empatia, de olhar no outro e saber que também é uma pessoa e merece um acolhimento, contribuindo assim para satisfação desse, tendo-se que um indivíduo com TB já tem um intenso sofrimento por estar com essa doença que pode agravar-se ainda mais pela forma como vem sendo tratado nos serviços de saúde.

Tem-se que as intervenções hoje direcionadas ao controle da TB, comumente deslocam-se também para o controle dos pacientes, impondo-se assim condutas e estilo de vida, deixando evidente a existência de uma lacuna entre os objetivos dos serviços de saúde que correspondem à cura, e os objetivos do paciente, que consistem em sentir-se melhor física e emocionalmente para voltar às suas atividades (OGDEN, 2000).

Desse modo, os pacientes podem vivenciar experiências traumáticas advindas não apenas da doença manifesta, como também da forma desumana de acompanhamento nos serviços de saúde, onde valem mais as taxas de cura do que propriamente o “bem-estar” físico, psicológico e social desses usuários.

De acordo com Silva e Barbosa (2004) submeter-se a um tratamento requer a aceitação do lugar social de “doente”, e a TB é uma enfermidade que está associada, no imaginário social, à pobreza e aos vícios, trazendo efeitos de estigmatização, pois qualifica o “sujeito” como causador de sua própria doença.

Frente a este contexto, um paciente submetido à tamanha imparcialidade, desdém e impessoalidade, pode por vezes atribuir a essas condutas da equipe uma penalidade pela sua condição de doente.

Nesse sentido, para se atingir êxitos na execução do TS, conquistando-se fundamentalmente a adesão do paciente, faz-se necessário o processo de acolhimento, vínculo e respeito à vida humana.

Entende-se aqui adesão, não como resultado da forma impessoal, coerciva e fria de supervisionar diariamente a ingestão medicamentosa, chegando em alguns momentos, ao ápice do desrespeito do profissional em solicitar ao paciente que “levante a língua” para certificar-se da ingestão, nem na contagem de medicamentos e nem na fiscalização da coloração da urina, alterada pela utilização de rifampicina, mas sim como um processo em que o paciente cumpre regularmente o tratamento, por entender o significado deste. Entendimento este que é fruto de um trabalho árduo, de mudança no processo de trabalho dos serviços de saúde cujas características se baseiam no respeito às opções dos pacientes, numa relação de solidariedade e cidadania entre profissional de saúde e paciente, fazendo com que os primeiros responsabilizem-se não apenas pelas ações voltadas ao corpo individual, mas também ao social.

Faz-se necessário ainda, pelas equipes que atuam no TS, a substituição da concepção de controle pelo cuidado (OGDEN, 2000). “Tratar alguém com cuidado implica atuar cautelosamente sempre que isso se faz necessário, procedendo com cautela devido sua fragilidade e situação de vulnerabilidade” (GADAMER, 1996).

Costa (2004) considera que o cuidado envolve situações, em que ao falar com outro, o faça de bom modo, livre de coerção, impedindo-o de tornar algo diferente do que é. Implica também não obrigá-lo a aceitar medidas, condutas ou prescrições decididas por quem dele trata. Considera ainda que esse cuidado somente se tornará possível se houver o reconhecimento do outro como alguém diferente de si mesmo e apenas esta constatação poderá orientar o melhor caminho nesta relação assimétrica, em todos os seus sentidos.

6. Considerações Finais

Retomando a trajetória deste trabalho e voltando ao nosso objetivo geral que foi *Analisar a organização do Tratamento Supervisionado nos 36 municípios prioritários do Estado de São Paulo*, constatamos a presença de dois núcleos de sentido centrais.

Em relação ao primeiro núcleo, apreendeu-se que 59% dos municípios não utilizam critérios para a inserção do paciente no TS, verificando-se assim que nessa maioria não há priorização de determinados grupos sociais.

Verificou-se ainda que 60% dos municípios determinam a frequência, seguindo normas/protocolos locais e nacionais, sem considerar as necessidades e singularidades dos pacientes.

Realizam a supervisão, predominantemente, em Unidades de Saúde 81% dos municípios, verificando-se que em 56% desses, não há possibilidades de realização do TS no domicílio, devido situações de dificuldades na locomoção como idosos e HIV em estado avançado.

O TS é realizado, predominantemente, por profissionais, entretanto vem ganhando espaço entre membros da comunidade, família e Agentes Comunitários da Saúde, demonstrando assim que o controle da TB depende em muito de parcerias e não do entendimento de que seja uma atividade exclusiva dos profissionais de saúde. Outro ponto ainda a ser reforçado diz respeito à participação da comunidade que demonstra a responsabilização social e o aumento do comprometimento com a questão da TB.

Uma das principais limitações para o desempenho do TS nos municípios prioritários consiste ainda no envolvimento dos profissionais com a estratégia, observando-se que os coordenadores, responsáveis pelo gerenciamento/ planejamento do TS têm que dar ênfase no processo de educação continuada.

Observa-se ainda que a disponibilidade de recursos não aparece como um fator limitante para a implantação do TS, uma vez que quando existe compromisso de alguns atores, como os sujeitos desta entrevista, implanta-se o TS com os recursos que lhes são disponíveis, utilizando-se primordialmente o imprevisto, a criatividade e a boa-vontade.

Em relação ao segundo núcleo, tentou-se resgatar as estratégias de intervenção desenvolvidas pelas equipes que desempenham o TS, que visam a adesão do paciente.

O primeiro ponto observado foi que na realização do TS, a supervisão da medicação deve ser complementada com outras intervenções que se voltem não somente para o indivíduo, mas também para o campo social, tais como:

- A entrega de incentivos e benefícios, considerando que essas ações estão voltadas para atendimento das necessidades emergenciais, como a fome, representando assim a primeira fatia de um processo de atendimento integral e humanizado que se inicia.
- Reinserção desses pacientes na sociedade, no resgate de suas cidadanias, articulando-se para isso com outros setores, a fim de promover sua recolocação profissional e formação escolar.

- Busca de alternativas, de forma a complementar a renda das famílias acometidas pela TB, através de articulações com programas sociais governamentais.

Acolhimento e vínculo são dois processos que se estabelecem no ato durante a relação entre profissional de saúde e paciente, quando os primeiros visam buscar a adesão do paciente.

A relação de escuta tem sido atribuída como um importante elemento a ser considerado nas relações entre profissional e paciente, pois a partir desta ação pode-se identificar as situações de sofrimento do paciente.

Outro ponto ainda a ser considerado refere-se à flexibilidade do TS em respeitar as opções do paciente, considerando-se esse como protagonista das ações, com direitos a realizar escolhas.

Destaca-se ainda a questão do vínculo, fazendo com que as equipes ao realizar o TS, num processo de transferência, sintam-se responsáveis pelos pacientes, criando-se relações muito próximas, conforme a fala de um dos entrevistados, sobre a situação em que o profissional de saúde deixou um bilhete, mencionando sua preocupação quanto ao abandono do TS, contribuindo dessa forma para adesão do paciente.

Desse modo, acredita-se que o TS, quando implementado dentro de um espírito de respeito à condição humana, de forma solidária, com acolhimento e vínculo, pode ser capaz de conseguir a adesão do paciente. Entende-se adesão não como resultado da aquisição dos padrões de comportamentos impostos pelos serviços de saúde, mas sim pelo simples

entendimento pelo paciente e profissional da importância do tratamento, considerando a autonomia do paciente.

Faz-se necessário, portanto uma nova abordagem, direcionando a concepção de controle para a de cuidado, implicando num atendimento livre de coerção, sem obrigação do paciente em adotar medidas, mas trabalhar para que ele as entenda e as incorpore., mediante as necessidades que apresenta.

Conclui-se assim que as estratégias de intervenção que visam a adesão do paciente, devem ser elaboradas dentro de um espírito democrático, tendo como protagonista principal o próprio paciente. Nesse processo, as equipes precisam assumir a responsabilidade na regularidade da ingestão medicamentosa, porém dentro de uma conformação de respeito e empatia pelo paciente, mediados pela construção do vínculo e acolhimento.

7. Referências Bibliográficas

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antonio Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARREIRA, I. A. **A enfermeira Ananéri no "País do futuro"**: a aventura da luta contra a tuberculose. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

BAYER, R.; WILKINSON D. Directly observed therapy for tuberculosis; history of an Idea. **The Lancet**, London, v. 345, n. 8964, p. 1545-1548, jun.1995.

BAYER, R.; STAYTON. C.; DESVARIEUX, M.; HEALTON, C.; LANDESMAN, S.; TSAI, W. Y. Directly Observed Therapy and Treatment Completion for Tuberculosis in the United States: is universal supervised therapy necessary?. **American Journal of Public Health**, California, v. 88, n. 7, p. 1052-1058, 1998.

BLOWER, S. M.; MCLEAN, A. R. Prophylactic vaccines, risk behaviour change and the probability of eradicating HIV in San Francisco. **Science**, Boston, v. 265, p. 1451-1454, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Programa de Controle da tuberculose**: diretrizes do plano de ação emergencial para municípios prioritários. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano nacional de controle da tuberculose**. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria das Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano de controle da tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Disponível em <www.datasus.gov.br>. c 2005. Acesso em: 10 nov. 2005.

BRASIL REPÚBLICA. **Informações sobre o Estado de São Paulo**. Disponível em: <<http://www.brasilrepública.hpg.ig.com.br/saopaulo.htm>>. c 2005. Acesso em: 29 de nov. 2005.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96**: uma proposta de sintonia com os projetos neoliberalizantes?. c. 2005. Disponível em: <<http://datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crithtm>>. Acesso em: 7 de nov. 2005.

CAMINER, J. A.; FAYON, J. N.; RODRIGUEZ, C. F.; DIAZ, F.; CAYLA, J. G. Evaluation of a directly observed six months fully intermittent treatment regimen for tuberculosis in patients suspected of poor compliance. **Thorax**, London, v. 61, p. 1130-1133, 1996.

CAMPINAS, L. L. S. L.; ALMEIDA, M. M. B. Agentes Comunitários de Saúde e o acolhimento aos doentes com tuberculose no Programa Saúde da Família. **Bol. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p.145-154, 2004.

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

CASTILHO, E. A.; KALIL, J. Ética e pesquisa médica: princípios, diretrizes e regulamentações. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**, Rio de Janeiro, v.38, n.4, p.344-347, ag. 2005.

CECÍLIO, L. C. O. Prólogo. In: CAMPOS, G. W.S.; MERHY E.E. CECÍLIO, L.C.O, (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.p. 11-28.

CENTERS DISEASE CONTROL. Initial therapy for tuberculosis in the era of multidrug resistance. Recommendations of the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis. **MMWR Morb. Mortal. Wkly Rep**, Atlanta. v. 42, n. RR7, p. 1-8,1993.

CHAULK, C. P.; MOORE-RICE, K.; RIZZO, R.; CHAISSON, R. E. Eleven years of community-based directly observed therapy for tuberculosis. **JAMA**, Chicago, v. 274, p. 945-951, 1995.

COSTA, A. A. N. Sinergia e capital social na construção de políticas sociais: A favela da Mangueira no Rio de Janeiro. **Rev. Sociol. Polit**, Curitiba, v. 21, p. 147-163, nov. 2003.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, 2004.

COSTA-NETO, C. Tuberculose, Vila Rosário e a cadeia da miséria: angústias e reflexões de um cidadão. **Boletim de Pneumologia Sanitário**, Rio de Janeiro, v.11, n. 2, p. 25-40, 2003.

DAVIES, P. D. The role of DOTS in Tuberculosis Treatment. **Am. J. Respir. Medicine**, New York, v. 2, n. 3, p. 203-209. 2003.

DYE, C.; WATT, C.J.; BLEED, D. Low Access to a highly effective therapy: a challenge for international tuberculosis control. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 80, n.6, p.437-444, 2002.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do Pensamento: Epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 195-223.

ESCOTT, S.; WALLEY, J. Listening to those the frontline: Lessons for community-based tuberculosis programmes from a qualitative study in Swaziland. **Social Science & Medicine**, Leischester, v. 61, p. 1701-1710, 2005.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processo de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 345-353. 1999.

FRIEDEN, T. R.; STERLING, T.; PABLOS-MENDEZ, A.; et al. The emergence of drug-resistant tuberculosis: New York City. **N. England J Med**, London, v. 328, p. 521-6. 1993.

GADAMER, H. G. **El Estado oculto de la salud**. Barcelona: Gedisa, 1996. 190 p.

GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 1- 23, jul./ out. 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

ISEMAN, M. D.; COHN, D. L.; SBARBARO, J. A. Directly observed treatment of tuberculosis – we can't afford not to try it. **N. Engl. J. Med.**, London, v. 338, p. 576-578, 1993.

JAISWAL, A.; SINGH, V.; OGDEN, J. A.; PORTER, J. D. H.; et al. Adherence to tuberculosis treatment: lessons from the urban setting of Delhi, Índia. **Tropical Medicine and International Health**, London, v. 8, n. 7, p.625-633, 2003.

KAMOLRATANAKUL, P.; SAWERT, H.; LERTMAHARIT, S.; et al. Randomized controlled trial of directly observed therapy (DOT) for patients with pulmonay tuberculosis in Thailand. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, London, v. 93, p. 552-557. 1999.

KAONA, F. A. D.; TUBA, M.; SIZIYA, S.; SIKAONA, L. An assessment of factor contributing to treatment adherence and knowledge of TB transmission among patients on TB treatment. **BMC Public Health**, London, v. 4, n. 68, p. 1-8, 2004.

KHAN, M. A.; WALLEY, J.; NEWELL, J., IMDAD, N. Tuberculosis in Pakistan: sócio-cultural constraint and opportunities in treatment. **Social Science & Medicine**, Leischester, v. 50, p. 247-254, 2000.

KHAN, M. A.; WALLEY, J. D.; WITTER, S. N.; SHA, S. K.; JAVEED, S. Tuberculosis patient adherence to direct observation: results of a social study in Pakistan. **Health Policy Plan**, Oxford, v. 20, n. 6, p. 354-365, 2005.

KRITSKI, A. L.; RUFFINO-NETTO, A. Health sector reform in Brazil: impact on tuberculosis control. **Int. J. Tuberc. Lung. Dis.**, v. 4, n. 7, p. 622-626, 2000.

LONG, N. H.; DIWAN, V. K.; HOHANSSON, E.; WINKVIST, A. Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in VietNam: a gender analysis. **Health Policy**, Leuven, v. 58, p. 69-81, 2001.

LONNROTH, K.; TRAN, T.U.; THUONG, L. M.; QUY, H. T.; DIWAN, V. Can I afford free treatment? Perceived consequences of health care provider choices among people with tuberculosis in Ho Chi Minh City, Vietnam. **Social Science & Medicine**, Leischester , v. 52, p. 935-948, 2001.

MALTA, D.C.; FERREIRA, L.M.; REIS, A. T.; MERHY, E. E. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 24, n. 56, p. 21-34, set/dez. 2000.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W.S. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.p.145-186.

MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: _____. **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004a. p. 36-54.

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

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**. 7ª Edição. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 2000.

MISHRA, P.; HANSEN, E. H.; SVEND, S.; KAFLE, K. K. Adherence is associated with quality of Professional-patient interaction in Directly Observed Treatment Short-course, DOTS. **Patient Education and Counseling**, San Francisco, v. 2544, p. 1-9, 2005.

OGDEN, J. The resurgence of tuberculosis in the tropics. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, London, v. 94, p. 135-140, 2000.

OTTEN, M. W.; ZAIDI, A. A.; WROTEN, J. E.; WITTE, J. J.; PETERMAN, T. A. Changes in sexually transmitted disease rates after HIV testing and post-test counseling, Miami, 1988-1989. **American Journal of Public Health**, v. 83, p. 529-533, 1993.

PAIM, J. S.; NUNES, T. C. M. Contribuições para um programa de educação continuada em saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 262-269, jul./set. 1992.

PEARSON, M.L.; JEREB, J.A.; CRAWFOR, J.T.; DAVIS, B.J.; DOOLEY, S.W.; JARWIS, W.R. Tuberculosis. **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia v.117, n.3, p.191-6, 1992.

PORTER, J. D. H.; OGDEN, J. A. Ethics for directly observed therapy for the control of infectious disease. **Bull. Inst. Pasteur**, Berlin, v. 95, p. 117-127. 1997.

RAVIGLIONE, M. C.; PIO, A. Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948-2001. **The Lancet**, London, v. 359, p. 775-780. 2002.

RAVIGLIONE, M. C. The TB epidemic from 1992 to 2002. **Tuberculosis**, London, v. 83, p. 4-14, 2003.

RIBEIRO, L. **A luta contra a Tuberculose no Brasil**: apontamentos para sua história. Rio de Janeiro, 1956.

RIBEIRO, M. A. R **História sem fim...Inventário da saúde pública**. São Paulo: UNESP, 1993. 271p.

RUFFINO-NETTO, A. Impacto da Reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 7, n.1, p. 7-18, jan./jul.1999.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: Situação Atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 10, n.3, p. 129-138, 2001.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 35, n. 1, p. 51-58, 2002.

SANTHA, T.; GARG, R.; FRIEDEN, T. R.; CHANDRASEKARAN, V.; et al. Risk factors associated with default, failure and death among tuberculosis patients treated in a DOTS programme in Tiruvallur District, South Índia, 2000. **Int. J. Tuberc. Lung. Dis.**, Paris, v. 6, n.9, p. 780-788, 2002.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo. **Avaliação de resistência às drogas no ano 1999 e 2000**. São Paulo. c 2005a Disponível em:< <http://www.cve.saude.sp.gov.br/tuberculose>>. Acesso em: 21 nov. 2005.

SÃO PAULO. Secretaria de Economia e Planejamento. Fundação do Sistema Estadual de Análise de dados. **Anuário Estatístico do Estado de São Paulo**. c 2005b. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/anuario/index.php>>. Acesso em: 29 de nov. 2005.

SILVA, A. C. A.; BARBOSA, E. C. Ampliação da equipe do Programa de Controle da Tuberculose e implantação do tratamento supervisionado. **Bol. Pneumol. Sanit**, Rio de Janeiro, n. 12, v. 3, p. 155-158, 2004.

SNYDER, D. C.; CHIN, D. P. Cost-effectiveness Analysis of Directly Observed Therapy for Patients with Tuberculosis at Low Risk for Treatment Default. **Am J. Respir. Crit. Care Med.**, New York, v. 160, p. 582-586. 1999.

SOUZA, M.F.; Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.1, p. 1-4, dez. 2000.

TEIXEIRA, G. **DOTS: A retomada de uma estratégia**. Rio de Janeiro, 1998. 5p. /mimeografado/

THOMAS, C. A literatures review of the problems of delayed presentation for treatment and non-completion of treatment for tuberculosis in less developed countries and ways of addressing these problems using particular implementations of the DOTS strategy. **Journal of Management in Medicine**, Birmingham, v. 16, n. 5, p. 371-400, 2002.

TRIVINOS, A. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. Atlas: São Paulo, 1995.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 03, p. 507-514. 2005.

URIAS, V.; WATANABE, V. L. B. S.; BERTOLOZZI, M. R. Estudo sobre a Estratégia do Tratamento Supervisionado para a Tuberculose (DOTS) em uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n. 7, 2005.

VOLMINK, J.; MATCHABA, P.; GARNER, P. Directly observed therapy and treatment adherence. **The Lancet**, London, v. 355, p. 1345-1350, 2000.

WALLEY, J. D.; KHAN, M. A.; NEWELL, J. N.; KHAN, M.H. Effectiveness of the direct observation component of DOTS for tuberculosis: a randomised controlled trial in Pakistan. **The Lancet**, London, v. 357, p. 664-669, 2001.

WATANABE, A.; RUFFINO NETTO, A. Aspectos epidemiológicos da co-infecção tuberculose-HIV- Ribeirão Preto -SP. **Rev. Medicina**, Ribeirão Preto, v. 28, p. 856-865, 1995.

WILKINSON, D.; DAVIES, G. R. Coping with Africa's increasing tuberculosis burden: are community supervisors an essential component of the DOT strategy?. **Tropical Medicine and International Health**, London, v.2, n. 7, p. 700-704. 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. [WHO]. **What is DOTS?:** A guide to understanding the WHO-recommended TB control Strategy known as DOTS. Geneva: WHO, 1999. 34p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. [WHO]. **Progress in TB control in high-burden countries, 2001:** One year after the Amsterdam Ministerial Conference. Geneva: WHO, 2001. 86p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. [WHO]. **An expanded DOTS Framework for Effective Tuberculosis Control:** Stop TB Communicable disease. Geneva : WHO, 2002. 23 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. [WHO]. **Global Tuberculosis Control:** Surveillance, Financing and Planning. Geneva: WHO report, 2005a. 65p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. [WHO]. **Adressing poverty in tb control:** options for national TB control programmes. Geneva: WHO, 2005b.84p.

APÊNDICE A

1. *Quais são as dificuldades e facilidades na implementação do Tratamento Supervisionado?*
2. *Quais são os critérios utilizados para a incorporação do paciente no Tratamento Supervisionado?*
3. *Como é realizada a supervisão da medicação?*
4. *Quantas supervisões são realizadas semanalmente? Em que momento do tratamento?*

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Nome da pesquisa: *“Situação da implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades de acordo com características regionais”.*

Pesquisadores responsáveis: Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto (Vice-coordenador da Rede TB) e Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa (Coordenadora da Área de Estudos Operacionais da Rede TB)

Informações sobre a pesquisa:

Estamos realizando uma pesquisa em algumas regiões do Brasil a partir do estudo do processo de implantação da estratégia DOTS segundo seus 05 pilares e da análise da situação epidemiológica-operacional. A sua participação é muito importante, pois você estará contribuindo para que conhecimentos sejam produzidos de modo que possam servir de exemplos para outras regiões do país, para contribuir na sustentabilidade da estratégia DOTS E assim possibilitar a melhora do desempenho dos serviços de saúde, bem como dos indicadores epidemiológicos da doença para o controle da tuberculose.

**Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto e
Profa. Dra. Tereza C.S.Villa**

Eu, _____, portador de RG: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento de assim o desejar, bem como está assegurado o absoluto sigilo das informações obtidas.

A segurança plena de que não serei identificada mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurada que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo.

A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como, esta pesquisa não causará nenhum tipo de risco, dano físico ou mesmo constrangimento moral e ético ao entrevistado.

A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos pesquisadores, bem como, fica assegurado que haverá ampla divulgação dos resultados finais nos meios de comunicação e nos órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.

A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado a todo momento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

_____, ____ de _____ de 2005.

Assinatura do entrevistado

Garantimos manter o caráter confidencial das informações obtidas e a não identificação dos participantes na pesquisa.

Certos de estar contribuindo com o conhecimento nesta área para a melhoria do nível de saúde da população, conto com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto e
Profa. Dra. Tereza C.S. Villa

Contato:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - SP

CEP: 14040-902 – SP

Telefone: (0xx-16) 3602-3407 e FAX (0xx-16) 3633-3271.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Ribeirão Preto, ____, de _____ de ____.

Assinatura do entrevistado

ANEXO A

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 169/2005

Ribeirão Preto, 6 de dezembro de 2005

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 6 de dezembro de 2005.

Protocolo: nº 0584/2005

Projeto: **Implantação do DOTS em algumas Regiões do Brasil: Histórico e Peculiaridades de Acordo com Características Regionais.**

Pesquisador: **Antônio Ruffino Netto**
 Tereza Cristina Scatena Villa

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP- EERP/USP

Ilm.ª. Sr.ª.

Prof.ª. Dr.ª. Tereza Cristina Scatena Villa

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP