

Acciones intersectoriales y vínculo en el control de la tuberculosis en la Salud de la Familia

Lenilde Duarte de Sá¹

Anna Luiza Castro Gomes²

Jordana de Almeida Nogueira³

Tereza Cristina Scatena Villa⁴

Káren Mendes Jorge de Souza⁵

Pedro Fredemir Palha⁶

Se trata de un estudio de abordaje cualitativo, cuyo objetivo fue analizar el desempeño de los equipos de Salud de la Familia en el control de la tuberculosis según la relación entre vínculo y desarrollo de acciones intersectoriales en un municipio de la región metropolitana de Joao Pesoa, en el estado de Paraíba, en Brasil. Para la construcción del material empírico fue utilizada la técnica de grupo focal. Siete grupos focales fueron realizados, envolviendo 37 profesionales de los equipos de Salud de la Familia. Para el análisis, se utilizó la técnica de análisis del discurso. Se concluye que la escasez de acciones intersectoriales fragiliza el vínculo entre el enfermo de tuberculosis, su familia y el equipo de Salud de la Familia. Se destaca que las medidas intersectoriales son fundamentales para el desarrollo de un cuidado integral al enfermo de tuberculosis en el ámbito de la Atención Básica a la Salud.

Descriptores: Tuberculosis; Programa de Salud Familiar; Atención Primaria de Salud.

¹ Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Asociado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: lenilde_sa@yahoo.com.br.

² Enfermera, Estudiante de doctorado en Salud Pública, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Profesor Asistente, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: annaenf@gmail.com.br.

³ Enfermera, Doctor en Enfermería. Profesor Adjunto, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil E-mail: jal_nogueira@yahoo.com.br.

⁴ Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br.

⁵ Estudiante de doctorado en Enfermería, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: karensouza@usp.br.

⁶ Enfermero, Doctor en Enfermería, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: palha@eerp.usp.br.

Correspondencia:

Lenilde Duarte de Sá

Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Campus Universitário I

CEP: 58050-900 João Pessoa, PB, Brasil

E-mail: lenilde_sa@yahoo.com.br

Intersectorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, cujo objetivo foi analisar o desempenho das equipes de Saúde da Família no controle da tuberculose, segundo a relação entre vínculo e o desenvolvimento de ações intersectoriais, em município da região metropolitana de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Para a construção do material empírico, foi utilizada a técnica de grupo focal. Sete grupos focais foram realizados, envolvendo 37 profissionais das equipes de Saúde da Família. Para análise, utilizou-se a técnica de análise do discurso. Conclui-se que a escassez de ações intersectoriais fragiliza o vínculo entre o doente de tuberculose, sua família e a equipe de Saúde da Família. Destaca-se que medidas intersectoriais são fundamentais para o desenvolvimento de cuidado integral ao doente de tuberculose, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Tuberculose; Programa Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

Intersectorality and Bonding in Tuberculosis Control in Family Health

This is a qualitative study which aims to analyze the performance of the Family Health teams in the control of tuberculosis according to the relationship between bonding and the development of intersectoral actions in the metropolitan region of João Pessoa, Paraíba, Brazil. To construct the empirical material focus group techniques were used. Seven focus groups were conducted, involving 37 professionals of the Family Health teams. For analysis, the discourse analysis technique was used. It was concluded that the lack of intersectoral action weakens the bond between tuberculosis patients, their families and the Family Health team. It is noteworthy that intersectoral measures are fundamental in the development of integral care for tuberculosis patients in the context of Primary Health Care.

Descriptors: Tuberculosis; Family Health Program; Primary Health Care.

Introducción

La tuberculosis (TB) es considerada uno de los graves problemas de la salud pública que afecta a la población, estando distribuida por los cinco continentes del globo. El hecho de existir tratamiento y cura no ha impedido que exista un expresivo crecimiento de los indicadores de morbimortalidad, lo que representa un gran desafío para las autoridades sanitarias en Brasil y en el mundo. A pesar de que hubiesen sido desarrolladas políticas y estrategias para el control de la enfermedad, el empobrecimiento, la urbanización, el apareamiento de viviendas sin infraestructura, las intensas migraciones y la pandemia de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) han comprometido mundialmente el combate de la TB⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, en el año de 2008, ocurrirán mundialmente 9,4 millones de nuevos casos de TB (140/100.000 hab.). Para el mismo año, hay una estimativa de 11 millones de casos

existentes (170/100.000 hab.) y una tasa de mortalidad de 21/100.000 hab⁽²⁾.

En Brasil, para el año de 2008, fue estimada la ocurrencia de 89 mil casos nuevos de la enfermedad, incidencia de 46 casos por cada 100.000 habitantes, y existencia de 29/100.000 hab. de todas las formas de TB⁽²⁾. La región Noreste, en el año de 2008, ocupó el segundo lugar en porcentaje de casos de TB por región brasileña, concentrando 28,46% de los casos y presentando un coeficiente promedio de incidencia de 35 casos por cada 100.000 habitantes⁽³⁾.

En 2006, la OMS propuso un plan de control para la TB, que señalaba la importancia de la participación y apoyo de los enfermos de TB y de las comunidades en la lucha contra la enfermedad. El citado plan integraba cuestiones relacionadas a la defensa de causas, comunicación, movilización social y declaración para los enfermos sobre los derechos de atención a la tuberculosis⁽⁴⁾.

El reconocimiento del control de la TB envolviendo la participación de la comunidad se encuentra articulado al debate sobre promoción de la salud, fortalecido en las últimas décadas, con base en las propuestas de ciudades saludables, de las políticas públicas saludables y del trabajo intersectorial. La acción intersectorial es comprendida como "una relación reconocida entre una o varias partes del sector de la salud con una o varias partes de otro sector, que se formó para actuar en un tema, con el objetivo de alcanzar resultados de la salud de una manera más efectiva, eficiente o sustentable, de lo que podría alcanzar el sector salud actuando por sí sólo"⁽⁵⁻⁶⁾.

La existencia efectiva de políticas sociales intersectoriales y de un compromiso irrestricto con la vida y la dignidad humana pueden ser consideradas como medidas capaces de revertir los actuales indicadores de salud, contribuyendo así para la mejoría de la calidad de vida de la población⁽⁵⁾. En Brasil, la Conferencia Nacional de Salud, realizada en 2001, expresó la necesidad de "implementar políticas intersectoriales de promoción de la salud por medio del concepto de municipios saludables", pautando la organización de la atención a la salud por medio de la Estrategia Salud de la Familia y del Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS).

Un reciente estudio desarrollado para evaluar el desempeño de los Equipos de la Salud de la Familia (ESF), en el control de la TB, en un municipio de la región metropolitana del Estado de Paraíba, considerando la dimensión de vínculo, verificó que a pesar de que ese municipio hubiese implantado el *Directly Observed Treatment, Short-course* (DOTS) y el mismo haber sido descentralizado para todas las Unidades de Salud de la Familia (USF), hay problemas que fragilizan el control de la enfermedad por la instancia local. Parte de esos problemas se sitúa en el ámbito de las micropolíticas de salud, que envuelven el proceso de trabajo de los equipos y la relación de los profesionales con el enfermo de TB y su comunidad. La otra parte está representada por la articulación entre el equipo y los demás sujetos del proceso de cuidado, o sea, la sociedad en general y los administradores de políticas públicas de salud⁽⁷⁾.

Un estudio realizado en São José do Rio Preto, en Sao Paulo, al analizar la situación epidemiológica de la TB en relación a las características socioeconómicas del referido municipio, en el período de 1998 a 2004, confirma la determinación de la enfermedad, en el escenario estudiado, por las condiciones de vida de la población⁽⁸⁾, lo que fortalece la importancia de intervenciones intersectoriales, integrales y dirigidas para la persona, la familia y la comunidad, como observado en otro estudio, cuyo objetivo fue analizar el papel del profesional de

la enfermería en el control de la tuberculosis, bajo la perspectiva de la equidad, en el ámbito de los países de América Latina⁽⁹⁾.

Reconociendo que el control de la TB necesita de acciones integradas y permanentes en el campo de la Atención Básica a la Salud (APS), así como de la mejoría de las condiciones de vida y la reducción de la desigualdad social, considerando las directrices y estrategias preconizadas en el Sistema Único de Salud (SUS), este estudio tuvo como objetivo analizar el desempeño de las ESF en el control de la TB, según la relación entre el vínculo y el desarrollo de acciones intersectoriales en el municipio de la Región Metropolitana de Joao Pessoa – Paraíba.

Método

Se trata de un estudio de abordaje cualitativo, realizado en un municipio perteneciente al 1º Núcleo Regional de Salud del Estado de Paraíba, en Brasil. El enfoque cualitativo propone la subjetividad como fundamento del sentido, en el cual las relaciones sociales son evidenciadas como resultado de la actividad humana creadora, afectiva y racional, que puede ser aprendida por medio de lo cotidiano, de la vivencia y de la explicación del sentido común⁽¹⁰⁾. En consonancia con las características de ese abordaje, para el proceso de análisis del material empírico, se eligió la técnica de análisis del discurso, una vez que es indicada en las investigaciones cualitativas, por las posibilidades de relación de los materiales que envuelven valores, juicios necesarios y preferibles como argumentos, o como medios capaces de revelar la visión de mundo y, por lo tanto, la posición ideológica del sujeto discursivo⁽¹¹⁾.

El municipio escenario del estudio está habilitado en la modalidad de Gestión Plena de Sistemas desde 2003 y posee veinte y ocho ESF, que son responsables por la implementación del DOTS. Cuenta también con dos policlínicas, una maternidad (donde es realizada la vacuna de BCG), un Laboratorio Central Municipal, responsable por las baciloscopias de diagnóstico y control y cinco puestos de recolección de esputo.

El estudio fue realizado entre 24 de abril y 8 de mayo de 2007, y fueron convidados los profesionales que integraban los dieciséis equipos que eran responsables por el acompañamiento de los usuarios en tratamiento para TB en el municipio, en aquella época. Apenas treinta y siete profesionales participaron.

Para la construcción del material empírico se utilizó la técnica del grupo focal (GF), que comprende la recolección de datos por medio de las interacciones grupales al discutirse un tópico especial sugerido por el investigador,

ocupando, como técnica, una posición intermediaria entre la observación participante y la entrevista en profundidad⁽¹²⁾.

Considerando que en la técnica de GF los grupos deben ser pequeños y homogéneos, no ultrapasando el número de 12 componentes por grupo⁽¹³⁾, contando con la colaboración de dos observadores, fueron realizados siete grupos focales: dos grupos con enfermeros (con siete y seis participantes en cada uno), dos grupos con auxiliares y técnicos de enfermería (con seis y siete participantes en cada uno), un grupo con ACS (seis participantes) y un grupo con médicos (cinco participantes). Los grupos se concentraron en el Centro de Formación de Recursos Humanos (CEFOR) del municipio, a partir de las 15:00h y duraron en promedio una hora y cuarenta minutos. El programa fue pactado previamente con las coordinaciones locales de la Atención Básica y del Programa de Control de la Tuberculosis.

Las discusiones en los grupos focales fueron orientadas por un guión previamente elaborado, siendo las declaraciones de los participantes registradas por los observadores en planillas, elaboradas por las investigadoras, y grabados conforme autorización concedida por los participantes. Como disparador para la discusión, fueron presentadas tres situaciones envolviendo acciones de ESF en el cuidado al usuario con TB, que precedió a la presentación de los participantes, explicación de los objetivos de la investigación, justificativa del uso de los grabadores, explicación sobre el sigilo de las declaraciones y firma del término de consentimiento libre y esclarecido.

La categorización de las declaraciones fue realizada mediante la técnica del análisis del discurso⁽¹¹⁾ y obedeció a las siguientes etapas: transcripción completa de las declaraciones, impresión y lectura de los textos, identificación de los temas relacionados al objeto y objetivos del estudio; recorte, descomposición de los textos que presenten los temas recurrentes por los diferentes sujetos de la investigación; agrupamiento de los textos que se refieran a los temas coincidentes, permitiendo la formación de bloques de significados, los cuales orientan la construcción de subcategorías, que a su vez, explican la gran categoría empírica identificada en este estudio: Los desafíos de los equipos de la salud de la familia en el control de la tuberculosis considerando las acciones intersectoriales.

Los participantes fueron codificados con letras y números de forma a garantizar su anonimato, así como atender a los requisitos propuestos por la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud, que dispone sobre las normas y directrices que reglamentan las

investigaciones envolviendo seres humanos. El proyecto que dio origen a este trabajo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Centro de Ciencias de la Salud, de la Universidad Federal del Paraíba, en 28 de marzo de 2007, bajo número de protocolo 936/2007.

Resultados y discusión

Acciones intersectoriales y vínculo en el control de la tuberculosis: los desafíos de los equipos de la salud de la familia

Las declaraciones de los profesionales de las ESF del municipio confirmaron el potencial de la estrategia Salud de la Familia para reorganizar el servicio de la salud en la perspectiva de la APS, en la medida en que esta presenta potencia para el cambio del modelo asistencial, principalmente por facilitar el acceso de las personas a los servicios de salud. Además de ese aspecto, fueron apuntados los siguientes avances en relación al control de la TB: la presencia de una equipo multiprofesional, disponible por 40 horas semanales, desarrollado acciones de prevención, cura, rehabilitación y realizando visitas a domicilio; la identificación precoz de las personas sintomáticas respiratorias, la prioridad de atención del enfermo de TB en las USF, la disponibilidad de medicamentos y la oferta de exámenes de baciloscopia. Una técnica de enfermería declaró: *Hoy en día él [el enfermo de TB] ya tienen la medicación más fácil. Es más próximo, tienen la comodidad. Es más fácil porque antiguamente él iba para el hospital. Hubo casos en que el paciente se internaba, pasaba seis meses en el Hospital. Hoy en día la medicación ya está dentro del puesto (TE 9).*

En esa situación en particular, parece haber un reconocimiento del compromiso político del gestor, que es uno de los pilares de la estrategia DOTS, en cuanto a la garantía de la medicación específica para tratamiento de la TB, a pesar de que ocurra la escasez de opciones farmacológicas cuando la persona con TB presenta efectos colaterales a la medicación específica o que es portador de otras enfermedades asociadas, como evidenciado en la declaración a seguir: *usted no tienen un jarabe, usted no tienen un antibiótico para curar una patología asociada, no tienen una vitamina para dar a ese paciente para él dar una levadura (M 3). Los problemas citados han dificultado la continuidad del tratamiento, y consecuentemente, el control de la enfermedad como afirma el agente comunitario de salud: Ahora hace poco él desistió [de tratar a TB]. Semana pasada yo fui a buscarlo nuevamente y conversé con él. Él me dijo que realmente estaba con mucha fuerza de voluntad de terminar de esa vez. Pero, sólo que la falta de alimento para él. Así, él estaba sintiendo mucha*

agonía cada vez que tomaba la medicación (ACS 1).

La declaración anterior denuncia también la situación socioeconómica desfavorable, que muchas personas que desarrollan la TB poseen. Se verifica que el estado de pobreza contribuye para el abandono del tratamiento, lo que constituye, actualmente, uno de los más graves problemas relacionado al control de la enfermedad. El enfermo tienen acceso a la medicación para tratar la enfermedad, pero su condición financiera no favorece la adquisición del alimento. En este caso, el hambre acentúa la incomodidad gástrica llevando, muchas veces al usuario a desistir del tratamiento, ya que el cuidado al enfermo de TB exige, muchas veces, actividades de soporte social además de la terapia directamente observada⁽¹⁴⁾.

De ese modo, podemos considerar el apoyo social como uno de los factores imprescindibles para mejorar la calidad de vida, la autoestima y la autonomía de esas personas. La condición de sobrevivencia de gran parte de los enfermos es relatada por los ACS: Es precaria, porque lo que yo sé es que el paciente de tuberculosis tienen derecho a una cesta básica, de una alimentación digna [...] Pero, ellos no tienen, porque está todo mundo sin empleo allá (ACS 5); Él no tenía condiciones ni de comprar comida, porque así, si fuese a visitar allá, vamos a ver que la situación no es buena (ACS 4).

Reconociendo la situación de pobreza de las personas con TB, las ESF, sensibilizadas, adoptan estrategias para minimizar el sufrimiento de esos individuos y garantizar la continuidad del tratamiento, como muestran los siguientes relatos: (...) él no tenía dinero para venir hacer el examen [...]. Y así, nosotras es quien ya lo ayudaba.... y terminó en que nosotras dimos mismo el dinero para él venir a hacer... [el tratamiento] (TE 10); Cada cual [profesional]... trae un alimento para incentivar más a ellos, porque en realidad, cuando nosotras llegamos en la casa del paciente es de tener pena... (TE 3); Pego los agentes que ya ganan poco, ¿no es verdad? Pero gracias a Dios, el dinero alcanzó. Las enfermeras que quedaron con la parte mayor y las médicas. Ellas (las enfermeras) y nosotras quedamos trabajando hasta tarde haciendo la salada, ¿entendió? (ACS 4).

Acciones como esas muestran solidaridad por parte de las ESF, sin embargo es necesario considerar que tales actitudes son puntuales y no responden a las necesidades más amplias ligadas al problema de la TB, que además de envolver los esfuerzos de las ESF, requiere la actuación de múltiples actores, mediante la organización de un trabajo en red, en el cual las responsabilidades son compartidas en acciones conjuntas. De ese modo, se verifica que algunos problemas relacionados a la desarticulación de esos actores pueden obstaculizar el control de la enfermedad a nivel local, como muestran los siguientes relatos: ¿cómo es que vamos a hacer si ellos [los administradores] no dan condiciones ninguna para nosotras? (ACS 4); Infelizmente

tenemos una comunidad que no quiere, totalmente desinteresados. Ellos son agresivos, totalmente desinteresados (M 4). Existe, en ese sentido, la necesidad de desarrollar políticas que tornen viable medidas intersectoriales que promuevan la salud y el bienestar de las personas que son, por sobre todo, ciudadanos, a los cuales se les viene negando derechos⁽¹⁵⁾.

También, se considera la importancia de la inclusión de la sociedad civil en la lucha contra el crecimiento de la TB como recurso legítimo del ejercicio del control social por medio de la participación en consejos de la salud en las tres esferas del gobierno. La participación de la sociedad contribuye para la definición de políticas de la salud que viabilicen la promoción de calidad de vida y la distribución de la aplicación de recursos. Recordamos aquí, la influencia de la Declaración de Ámsterdam en 2.000, recomendando a los países participantes que para el control de la enfermedad sería necesario monitorizar y evaluar programas de control de la TB, así como apoyar las sociedades con las organizaciones no gubernamentales (ONG) y con la comunidad. De ese modo, se destaca que la falta de participación de la comunidad contribuye para la morosidad de los administradores en la liberación de recursos, en la implantación y en la implementación de políticas de control de la TB⁽¹⁶⁾.

Otra situación importante y de orden social que fragiliza el combate a la diseminación de la TB son las enfermedades concomitantes con el alcoholismo. La dependencia del alcohol surge como la condición más importante de la salud mental en Brasil, donde cerca de 8% de la población adulta masculina necesita de algún cuidado médico proveniente del uso nocivo de alcohol⁽¹⁷⁾. Como ejemplo de la gravedad de la asociación de la TB con la dependencia del alcohol, es presentado el siguiente relato: *pero así, cuando comenzó a sentirse mejor, con un mes, ahí él volvió de nuevo para las drogas, para el alcohol. Cuando yo iba hacer visita, él estaba tirado en las veredas, todo... . El agente de la salud hacía supervisión todos los días, fue amenazado verbalmente, agredida físicamente, ahí yo comuniqué eso la coordinación, todo porque yo no sabía más ique hacer! En verdad, yo no sé qué hacer. Él abandonó nuevamente (E 1).*

Considerando la actual política de descentralización de las acciones de control de la TB para la estrategia Salud de la Familia y su responsabilidad en la organización de la línea de cuidado al enfermo de TB, se destaca que las acciones intersectoriales fortalecen el vínculo – dimensión de la APS – entre el equipo de la salud de la familia, el enfermo de TB, su familia y la comunidad, ya que potencializan la construcción de lazos interpersonales y articulan esfuerzos que se reflejan en la cooperación mutua entre sectores diversos para la promoción de la salud.

En los casos de TB asociados al uso de alcohol, las ESF pueden hacer sociedades. Entre otros sectores pueden ser integrados al grupo de Alcohólicos Anónimos (AA), las pastorales y los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), que adoptan el abordaje de la atención a la salud mental y estrategias de acogimiento y vínculo con las personas que abusan de drogas. El papel articulador de las ESF junto a la red de la salud mental, así como a los demás segmentos y sectores de apoyo social, se ha configurado como una importante estrategia para el enfrentamiento del abandono del tratamiento de la TB, favoreciendo, de este modo, el control de la diseminación de la enfermedad⁽¹⁸⁾.

El control de la TB no depende apenas de la acción de las ESF, como afirmó una médica: *La responsabilidad no es sólo del equipo. Es un trío: es el equipo, es el paciente con la familia, porque si la familia no está envuelta, él también no lo va a estar, y la administración* (M 3). Sin embargo, ampliando la pertinente observación de la profesional de la salud, se hace importante resaltar que la responsabilidad por el control de la TB va más allá del involucramiento de los actores citados. La realidad ha mostrado que la falta de políticas intersectoriales y la tímida participación de la sociedad amenazan la eficacia de la estrategia DOTS y lo que preconiza el Pacto por la Salud 2006. Por lo tanto, se insiste en la inclusión de la sociedad civil para que los equipos de la salud puedan desarrollar estrategias de trabajo con la participación activa del enfermo, de las familias y de seguimientos organizados de la comunidad, de modo a incluirlos como actores sociales en el control de la TB⁽¹⁹⁾.

Por oportuno, se considera que el control de la TB está condicionado por las acciones relacionadas a los campos de las micro y macropolíticas. En ese sentido, se considera la existencia de dos campos para las políticas de salud: en uno están concentradas las micropolíticas de la salud y en el otro sus articulaciones, flujos y circuitos, que se acordó en llamar de "sistema de salud", o sea, el campo de las macropolíticas⁽²⁰⁾. En la perspectiva de la coadministración en salud, esto es, de la ampliación de la autonomía y de la coresponsabilidad entre los sujetos participantes con el cuidado a la salud, se puede considerar como sujetos en el control de la TB, a la persona acometida por la enfermedad y su familia, a los trabajadores de la salud, a los demás sectores de la sociedad y al gobierno con sus políticas de salud.

Son consideradas como acciones inherentes al campo de las macropolíticas y necesarias a la calidad de la asistencia a la persona con TB y que, por lo tanto, ultrapasan la competencia de las ESF: 1) el compromiso político en proveer a las USF con condiciones físicas y materiales

para el pleno funcionamiento, 2) la organización de los servicios de la APS; 3) la articulación con los servicios de referencia; 4) la promoción de calificación de recursos humanos en la temática; 5) evitar la precarización de las relaciones de trabajo y la legitimación de la autonomía de las categorías profesionales que componen las ESF; 6) el desarrollo de acciones intersectoriales que viabilicen la inclusión social de la persona con TB y la participación de la comunidad en ese proceso; 7) el apoyo familiar al enfermo y, por último 7) la promoción de condiciones dignas de vida y la valorización del autocuidado⁽⁷⁾.

En el contexto de las acciones de control de la TB, se destaca también la articulación con el sector educacional, tanto en lo que se refiere a la calificación de los profesionales para mejor lidiar con la persona acometida por la TB, como también para potencializar las acciones de educación en salud, necesarias para fortalecer, en la perspectiva de la APS, el control social.

Con relación a la calificación, los profesionales participantes en este estudio revelaron, en su mayoría, la dificultad en participar de calificaciones sobre TB, lo que los limita técnicamente para desarrollar las acciones preconizadas por el Programa de Control de Tuberculosis (PCT): *Pero, yo nunca recibo esa cuestión de la notificación de la médica. Y yo ya conversé con ella. Una de las dificultades que ella y otros médicos hablan es que es muy difícil tener capacitación para ellos* (E 4); *Mi auxiliar, ella nunca tuvo capacitación* (E 1).

Es importante considerar el papel de los estados de la federación en la asesoría técnica y en la calificación de recursos humanos para los municipios, de modo a mejorar la actuación de los profesionales en el combate a la TB. La gravedad de la situación es reconocida por la médica cuando afirma: *Entonces eso repercute allá en la punta y de una forma grave [...]. Hoy mismo yo tengo responsabilidad de capacitar esos agentes comunitarios. Yo creo que es de la secretaría, ¿está cierto? ¡Hay que estandarizar! Aquí es así; alguien da una orden, al otro día ya tienen otra orden!* (M 2).

Con base en las últimas declaraciones, se verifica la necesidad de un mayor compromiso e inversión de los administradores en procesos de formación que lleven a la transformación de prácticas y a la superación de la pandemia que es la tuberculosis, mediante alteraciones positivas de situaciones epidemiológicas. A pesar del Ministerio de la Salud (MS) haber colocado en práctica un plan nacional que enfatiza la calificación de los recursos humanos⁽²¹⁾, se reconoce que éste todavía es insuficiente delante del cuantitativo de profesionales que lidian con la TB, ya que las oportunidades son limitadas y esporádicas como muestra el relato a seguir: *Entonces nosotras observamos que no tienen mucho espacio, por ejemplo,*

tienen esas capacitaciones del Estado. Ellas presentan muy pocas plazas! Entonces eso dificulta porque si tuviese todo el municipio hasta sería bueno, porque todo el mundo estaría junto, con sus vivencias. Entonces yo creo que sería óptimo, pero las dificultades son grandes (E 3).

Se verifica que en el municipio todavía es incipiente la política de calificación en TB para los profesionales de las ESF, hecho que representa una importante amenaza a la eficacia de la estrategia DOTS, pudiendo, inclusive, alterar el perfil epidemiológico de la enfermedad en el municipio. Sin embargo, vale resaltar que apenas favorecer la inclusión de esos profesionales en los procesos de calificación, disponiendo de más plazas, no va a resolver el problema de la TB, una vez que la formación en salud ha sido pautada en el modelo flexneriano, fragmentado y centrado en los aspectos biológicos.

Siendo así, es necesario instituir procesos de formación en salud en que se estimulen prácticas fundamentadas en la humanización, en el acogimiento y en la responsabilidad y dirigidas para usuarios y servicios de salud, así como para el desarrollo de proyectos de producción de autonomía en el cuidado y en la producción de la vida como objetos de aprendizaje y montaje de los perfiles de trabajo individual y colectivo⁽²²⁾. Esto significa que los procesos de formación, además de considerar las competencias específicas de cada profesional, deben ser orientados para la producción del cuidado en equipo y fundamentados en la concepción de la educación permanente en salud (EPS), sustentada en los principios y directrices del Sistema Único de Salud (SUS) y propuesta para implementar procesos con capacidad de impacto en la enseñanza, en la administración sectorial, en las prácticas de atención y en el control social en salud⁽²³⁾.

Con relación a las acciones de educación en salud, las declaraciones muestran que las mismas acciones no ha sido priorizadas en el proceso de trabajo de las ESF: *Yo voy ser bien sincera: nosotras no tenemos frecuencia de hacer conferencias porque nuestra rutina es muy difícil (E 6).*

El hecho de la educación en salud no ser priorizada revela contradicciones. La primera se refiere al no cumplimiento de una de las actividades recomendadas por el MS para la actuación de las ESF en el control de la TB⁽²⁴⁾. La segunda se relaciona a la cuestión de la educación en salud estar implicada en una de las dimensiones apuntadas por la APS para promover la salud de las personas, para la comunidad, o sea, la dimensión de la orientación para la comunidad⁽²⁵⁾. La tercera contradicción está intrínsecamente articulada a las demás, una vez que la falta de educación en salud influencia las necesidades de la salud de las personas, de las familias y de la comunidad. Como ejemplo, comentó una ACS: *Allá donde yo vivo, en mi*

área misma, ellos se informan más, ellos quieren saber más sobre la enfermedad. Entonces, para ellos es importante la información. Porque las personas quedan curiosas en saber para poder cuidarse también (ACS 6).

Por lo tanto, se reconoce que la educación en salud constituye un requisito fundamental para la promoción del cuidado a las personas con TB, y para el combate del estigma relacionado a esa enfermedad, todavía fuertemente presente en la sociedad. La declaración de una enfermera valida esa necesidad: *El usuario [con TB] de Santa Rita tiene 27 años vino el lunes - hace ocho días - para que yo le entregase alguna cosa escrita para entregar a su jefe afirmando que él no tenía ningún problema grave, ya que el jefe no quería firmar la libreta de trabajo. Él trabaja en un supermercado. Entonces, los compañeros estaban con recelo de estar cerca de él y él quería alguna cosa así, o sea, que yo hice algo escrito para que las personas pensasen que la enfermedad no le impedía trabajar, de tener contacto con los compañeros, la convivencia, ¿entiende? (E 2).*

Inserir de forma ampliada la participación de la sociedad civil en el control de la TB, una enfermedad en que el cuidado a las personas que la poseen, encierra los aspectos de la interdisciplinariedad, concurre para que sean materializados en el respeto a la vida de esas personas los sentidos y significados de alteridad y de la solidaridad. De esta forma, es posible sensibilizar a la sociedad civil para que comprenda que el control social, en el sistema de salud brasileño, quiere decir derecho y deber de la sociedad de participar del debate y de la decisión sobre la formulación, ejecución y evaluación de la política nacional de salud⁽²³⁾.

Conclusión

Entre los problemas que impactan negativamente el control de la TB en el municipio fueron revelados: la escasez de acciones dirigidas a la promoción de acciones intersectoriales, la poca participación de la comunidad en el combate a la enfermedad, la falta de calificación técnica de los profesionales en relación a la temática de la TB y la condición social desfavorable de la gran mayoría de las personas acometidas por la enfermedad.

Los resultados elucidaron contradicciones e incoherencias entre la práctica de las ESF y el discurso oficial de las políticas de salud, entretanto el estudio destaca el potencial de la Estrategia Salud de la Familia para organizar las acciones de prevención, control, diagnóstico y tratamiento de la TB según el referencial de la APS. En la perspectiva de un concepto ampliado de la salud y considerando el cuidado integral, se puede decir que la escasez de acciones intersectoriales para el combate

a la TB fragiliza la producción del vínculo entre enfermos y ESF, ya que interfiere en la solución de las necesidades demandadas por esas personas y en la credibilidad de estas en la equipo responsable por el cuidado, considerando que la problemática requiere una asistencia eficaz.

En síntesis, es necesario la adopción de medidas intersectoriales orientadas por los principios del SUS, así como la articulación de conocimientos, poderes e intereses diversos, para enfrentar problemas complejos como la TB, priorizando, sobre todo, acciones que promuevan la organización de los servicios, teniendo como eje teórico de estructura la APS, y la calificación de recursos humanos en la perspectiva de la coadministración y de la ampliación de la autonomía de los sujetos participantes en el cuidado.

El estudio reveló también que a pesar de las limitaciones técnicas de algunos profesionales, de la precarización del proceso de trabajo en las USF, de la insuficiencia de recursos financieros y de las inadecuaciones de la estructura física de las USF para promover acciones junto a la comunidad, existe el esfuerzo y el compromiso de las ESF en garantizar el éxito del tratamiento de las personas acometidas por la TB, a partir del establecimiento de vínculos con los enfermos. De ese modo, se cree que la implementación de medidas intersectoriales y el incentivo a la coadministración y a la autonomía del usuario, articulados a los esfuerzos de las ESF en establecer relaciones de vínculo con el enfermo y su familia, favorezcan el cuidado integral al enfermo de TB en el ámbito de la APS.

Referencias

1. Kristski AL, Villa TCS, Trajman A, Lapa e Silva JR, Medronho RA, Ruffino-Netto A. Duas décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas. *Rev Saúde Pública*. 2008;41(1):9-14.
2. World Health Organization. Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report. Geneva: WHO; 2010 [acceso 11 jun 2010]. Disponible em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/update/en/index.html
3. Barreira D. Programa Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: MS; 2009 [acceso 20 out 2009]. Disponible em: www.cve.saude.sp.gov.br/htm/tb/eventos/forum/04TB09_Brasil_DBarreira.pdf
4. World Health Organization [internet]. A Estratégia Stop TB. 2006. [acceso 05 março 2008]. Disponible em: http://www.who.int/tb/publications/2006/stoptb_strategy_por.pdf.
5. Westphal MF. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Rev Ciênc Saúde Colet*. 2000;5(1):39-51.
6. Rede Unida [internet]. 2007 [acceso 10 jun 2007]. Disponible em: <http://www.redeunida.org.br>
7. Gomes ALC, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):365-72.
8. Santos MLSG, Vendramini SHF, Gazetta CE, Oliveira SAC, Villa TCS. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [serial on the online]. 2007;15(spe):762-7. doi: 10.1590/S0104-11692007000700008.
9. Oblitas FYM, Loncharich N, Salazar ME, David HML, Silva IVD. Nursings role in tuberculosis control: a discussion from the perspective of equity. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [serial on the Internet]. 2010;18(1):130-8. doi: 10.1590/S0104-11692010000100020.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 7ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2000.
11. Fiorin JL. Elementos da análise de discurso. 7ª ed. São Paulo: Contexto-Edusp; 1999.
12. Morgan DL. Focus group as qualitative research. 2. ed. California: Sage Publications; 1997.
13. Cruz O Neto, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos focais e pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
14. Gonzáles RIC, Monroe AA, Arcêncio RA, Oliveira MF, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Indicadores de desempenho do DOT no domicílio para o controle da tuberculose em município de grande porte, SP, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico na internet]. 2008; 16(1): 95-100. doi: 10.1590/S0104-11692008000100015.
15. Sá LD, Nogueira JA, Silveira RMG, Villa TCS, Gomes ALC, Nobrega RG, Ruffino Netto A. Humanização do cuidado no SUS e os direitos dos doentes de tuberculose. In: Villa TCS, Rufino Netto A. Tuberculose: pesquisas operacionais. Ribeirão Preto (SP): FUNPEC Editora; 2009.
16. Santos-Filho ET, Gomes ZMS. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(Supl 1):111-6.
17. Zago MA. A pesquisa clínica no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2004;9(2):353-74.
18. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm*. [periódico na internet]. 2007;16(4):712-8. doi: 10.1590/S0104-07072007000400016.
19. Oliveira SAC, Ruffino Netto A, Villa TC, Vendramini SHF, Andrade RL de P, Scatena LM, et al. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. *Rev. Latino-Am.*

Enfermagem. [periódico na internet]. 2009 [acceso 01 out 2009]; 17(3):361-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000300013&script=sci_arttext&tlng=pt

20. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2006.

21. Santos J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. Rev Saúde Pública. 2007;41(1):89-94.

22. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface – Comunic Saúde Educ. 2007;11(23):427-38.

23. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: Physis: Rev Saúde Colet. 2004;14(1):41-65.

24. Ministério da Saúde (BR) Manual técnico para o controle de tuberculose. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

25. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.

Recibido: 21.10.2009

Aceptado: 25.8.2010

Como citar este artículo:

Sá LD, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Souza KMJ, Palha PF. Acciones intersectoriales y vínculo en el control de la tuberculosis en la Salud de la Familia. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar.-abr. 2011 [acceso:];19(2):[09 pantallas]. Disponible en: _____

— / — / —
 día año

URL

mes abreviado con punto