

ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE E INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Rayanne Santos Alves¹, Káren Mendes Jorge de Souza², Annelissa Andrade Virgínio de Oliveira³, Pedro Fredemir Palha⁴, Jordana de Almeida Nogueira⁵, Lenilde Duarte de Sá⁶

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Paraíba, Brasil. E-mail: rayanne-fleur@hotmail.com

² Doutoranda em Ciências pelo Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, Brasil. E-mail: karensouza@usp.br

³ Mestre em Enfermagem. Paraíba, Brasil. E-mail: anneyury@yahoo.com.br

⁴ Doutor em Enfermagem em Saúde Pública. Professor Associado da EERP/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: palha@eerp.usp.br

⁵ Doutora em Enfermagem e Saúde Pública. Professora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Paraíba, Brasil. E-mail: jal_nogueira@yahoo.com.br

⁶ Doutora em Enfermagem e Saúde Pública. Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Paraíba, Brasil. E-mail: lenilde_sa@yahoo.com.br

RESUMO: Estudo qualitativo que objetivou analisar os motivos que levam o doente de tuberculose a abandonar o tratamento, em municípios da região metropolitana de João Pessoa-PB. Como referencial teórico utilizou-se a integralidade do cuidado. Os dados foram coletados no período de outubro a novembro de 2008, mediante entrevista semiestruturada. Participaram nove usuários que abandonaram o tratamento da tuberculose. Na identificação das unidades de significação, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Os resultados mostram inconsistências relacionadas ao cuidado integral do doente, no que tange à diretriz doutrinária do Sistema Único da Saúde, à consideração do contexto sócio-cultural do usuário com tuberculose e às debilidades na continuidade da atenção, mediante inadequado acompanhamento do mesmo na rede de atenção à saúde. Esses aspectos, ao dificultarem a construção de uma rede de cuidado e apoio ao doente de tuberculose e sua família, contribuem para o abandono do tratamento da tuberculose.

DESCRIPTORES: Tuberculose. Atenção primária à saúde. Recusa do paciente ao tratamento.

TUBERCULOSIS TREATMENT ABANDONMENT AND COMPREHENSIVE HEALTH CARE TO PATIENTS IN THE FAMILY HEALTHCARE STRATEGY

ABSTRACT: Qualitative study that aimed to analyze the reasons why the tuberculosis patients abandon treatment in the metropolitan region of João Pessoa-PB. Was used as a theoretical to comprehensive care. Data were collected from October to November 2008, by means of semi-structured interview. Participated nine users who abandoned the treatment of tuberculosis. In the identification of the units of meaning, the technique of analysis of content was used. The results show inconsistencies related to the holistic care of the sick, when it comes to doctrinal guidelines of the Unified Health, the consideration of socio-cultural context of the user with tuberculosis and the weaknesses in continuity of care, and the inadequate monitoring by the network of health care. These aspects, complicate the construction of a network of care and support for tuberculosis patients and their families, contributing to the abandonment of tuberculosis treatment.

DESCRIPTORS: Tuberculosis. Primary attention to health. Refusal of the patient to the treatment.

EL INCUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS Y LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

RESUMEN: Estudio cualitativo que tuvo como objetivo analizar las razones que llevan al paciente a abandonar el tratamiento de la tuberculosis en la región metropolitana de João Pessoa-PB. Como referencial teórico se utilizó el cuidado integral. Los datos fueron recolectados en octubre-noviembre de 2008, por medio de una entrevista semiestructurada. Participaron nueve usuarios que abandonaron el tratamiento de la tuberculosis. En la identificación de las unidades de significado, se utilizó la técnica de análisis de contenido. Los resultados muestran inconsistencias relacionadas con la atención integral de los enfermos, cuando se trata de lineamientos doctrinarios del Sistema Único de Salud, la consideración del contexto socio-cultural del usuario con la tuberculosis y las deficiencias en la continuidad de los cuidados, por medio de la supervisión inadecuada por parte de la red de atención de salud. Estos aspectos, obstaculizan la construcción de una red de atención y apoyo a los pacientes con tuberculosis y sus familias, contribuyendo al abandono del tratamiento antituberculoso.

DESCRIPTORES: Tuberculosis. Atención primaria de salud. Negativa al tratamiento.

INTRODUÇÃO

O objeto da pesquisa consistiu na análise dos motivos que levam o doente de Tuberculose (TB) a abandonar o tratamento, em municípios prioritários para o controle da TB, do Estado da Paraíba – Brasil, e que integram a região metropolitana de João Pessoa. O estudo fundamenta-se teoricamente em perspectivas conceituais de integralidade em saúde, tanto como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto na produção do cuidado em saúde que considere o contexto em que se encontra e vive o usuário.

A TB constitui um problema global de saúde pública devido à alta prevalência em muitos países – dentre eles o Brasil – e tem estreita ligação às condições socioeconômicas.¹ Os fatores que dificultam o seu efetivo controle no mundo são associados a problemas que envolvem prevenção, diagnóstico, tratamento, qualidade dos serviços de saúde² e peculiaridades do usuário com TB.

O abandono do tratamento, no atual panorama da luta contra a TB, se constitui em um dos principais desafios para o sistema de saúde brasileiro e é caracterizado pelo não comparecimento do doente ao serviço de saúde por mais de trinta dias consecutivos, após a data aprazada para o retorno.³

O insucesso do tratamento, tendo como causa o abandono, pode levar a um prolongamento do estado infeccioso, aumentando a possibilidade de transmissão e de desenvolvimento de bacilos multiresistentes, ou seja, aqueles que apresentam resistência *in vitro* à rifampicina, à isoniazida e a uma terceira droga dos esquemas padronizados no tratamento da TB.⁴ Por sua vez, o conhecimento dos fatores associados ao abandono do tratamento da TB é necessário para a identificação das barreiras que culminam para a não adesão ao tratamento.⁵

Objetivando controlar a TB, o Ministério da Saúde brasileiro tem adotado o *Directly Observed Therapy, Short-course* (DOTS), estratégia recomendada internacionalmente, baseada em cinco pilares: esquemas de tratamento padronizados e diretamente supervisionado, pelo menos uma vez por semana durante o primeiro mês de tratamento; aquisição e distribuição regular de medicamentos; criação de um eficiente sistema de informação; ações de busca de sintomático respiratório, com retaguarda laboratorial; e compromisso político.⁶

Mesmo com a implantação e execução do DOTS, o problema do abandono do tratamento persiste, embora se reconheça que o Tratamento Diretamente Observado (TDO) reduz os índices

de abandono.⁷ Outros fatores como drogadição, situações de vulnerabilidade social e a falta de acesso à informação, tornam cada vez mais complexo o problema do abandono do tratamento da TB e demandam inovações por parte dos serviços de saúde. Percebe-se que, tanto do ponto de vista da integração dos serviços de saúde, quanto do cuidado à saúde individual, há fragilidades que concorrem para o abandono do tratamento.³

O abandono do tratamento da TB acentua-se quando as ações de controle da doença não são embasadas na concepção da integralidade do cuidado ao doente. Nesse sentido, se faz necessário não apenas atentar para a polissemia que envolve o termo, bem como pensar a sua materialização sob dois enfoques.

O primeiro desses enfoques está diretamente relacionado ao princípio doutrinário do SUS e que define a integralidade da assistência como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.⁸ Esse enfoque encontra-se ligado à dimensão da “coordenação” da Atenção Primária de Saúde (APS), que pressupõe a continuidade da atenção por meio do acompanhamento pelo mesmo profissional, registro em prontuários, reconhecimento de problemas anteriores e novos, incluindo também o cuidado em serviços especializados, utilizando o sistema de referência e contrarreferência⁹, adotando a concepção de cuidado em sistema de rede.

Nesse estudo, adota-se o conceito de redes de atenção para alcançar a integralidade em saúde, componente necessário para que a organização dos serviços esteja orientada por relações não hierárquicas, com objetivos comuns compartilhados por vários atores, com troca de recursos entre si. Este entendimento possibilitará a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles.¹⁰

Superando reducionismos de uma prática biologicista, que nega as necessidades mais abrangentes dos usuários, o segundo enfoque para a integralidade está voltado aos atributos das práticas de saúde. É preciso refletir que a produção do cuidado em saúde se dá na prática e essa prática é dada no encontro entre profissional e usuário. Nesse encontro, na perspectiva da integralidade, há que se compreender o contexto específico de cada encontro entre membros da equipe de saúde

e as pessoas. Logo, há que se adotar uma postura que identifica a partir do conhecimento técnico as necessidades de prevenção e as assistenciais, e que seleciona as intervenções a serem ofertadas no contexto de cada encontro.¹¹

Acredita-se que haja uma forte relação entre os fatores preditivos do abandono do tratamento e o modo como as ações de controle da TB são desempenhadas no âmbito da APS, especificamente nas Unidades de Saúde da Família (USF) – e na relação dessas com outros pontos da rede de atenção à saúde no âmbito setorial e intersetorial considerando o conceito ampliado de saúde e a expressão social da TB.¹² Crê-se também que os cuidados dispensados às pessoas com TB são centrados em procedimentos técnicos e protocolos que não contemplam o modo como vive o usuário. O desconhecimento de sua singularidade concorre para que necessidades não atendidas no campo pessoal impactem aquelas ofertadas pelo serviço, condicionadas apenas ao tratamento medicamentoso.

Uma vez que o abandono do tratamento da TB é fenômeno reconhecido como um dos maiores desafios ao controle da doença e considerando, ainda, que o êxito no tratamento requer que a concepção de integralidade permeie as ações de controle, tanto na perspectiva de princípio do SUS, como a que considera o doente em sua singularidade, este estudo objetivou analisar os motivos que levam o doente de tuberculose a abandonar o tratamento, em municípios da região metropolitana de João Pessoa-PB.

Apesar da adoção do DOTS e de esforços no sentido da descentralização das ações de controle da TB para as equipes da ESF, assim como em outras situações que envolvem saúde, no que diz respeito à integralidade, as mudanças não têm sido tão evidentes.¹⁰ Nessa perspectiva se faz importante identificar motivos e analisar sentidos que possam potencializar as ações para o enfrentamento do abandono do tratamento da TB e que fortaleçam o cuidado ao usuário no acesso a todos os pontos da rede de atenção, bem como pautar a elaboração do projeto terapêutico do doente de TB, consoante suas necessidades; essas, secundadas pelas especificidades sociais, culturais e econômicas que cercam a doença.

METODOLOGIA

Os esforços para melhorar os resultados do tratamento da TB exigem o entendimento das barreiras à sua adesão e, nesse sentido, a abordagem

qualitativa – utilizada neste estudo – pode contribuir significativamente para essa compreensão.¹³

O estudo foi desenvolvido nos municípios de Bayeux e Santa Rita, que integram a região metropolitana de João Pessoa-PB. Ambos os municípios são considerados prioritários¹⁴ para a implementação das ações de controle da TB, pois no ano 2000, época em que se iniciava a implantação do DOTS no Estado da Paraíba, possuíam alto coeficiente de incidência de TB (48,8/100.000 hab. em 2001), óbitos acima de 5%, percentual de cura abaixo de 85% e taxa de abandono superior a 10%.

Para garantir a qualidade da investigação, inicialmente, foi realizado o reconhecimento do cenário, por meio do mapeamento dos usuários que abandonaram o tratamento da TB, quando acompanhados por equipes da ESF. Dos 27 usuários com situação de abandono do tratamento registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), seis mudaram de endereço, um teve óbito por TB, um recusou-se a participar do estudo, um estava no sistema prisional, um não teve diagnóstico conclusivo e oito não foram localizados. Participaram, portanto, deste estudo, nove usuários. Mediante orientação e apoio de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) os sujeitos foram localizados e as entrevistas foram realizadas em suas residências.

A coleta de informações foi realizada no período de outubro a novembro de 2008, mediante a utilização de entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas na íntegra, para análise. Os dados foram submetidos à análise do conteúdo, por meio da modalidade temática.¹⁴ Esta consiste em uma sequência composta por três etapas básicas para organizar e explorar os dados provenientes das entrevistas: leitura flutuante (pré-análise), exploração do material e/ou codificação e tratamento dos resultados – inferência e interpretação.¹⁵⁻¹⁶

Na fase de pré-análise e constituição do *corpus* foram selecionadas as nove entrevistas realizadas. Passando para as etapas de exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, todo o conteúdo das gravações foi ouvido e, em seguida, foram realizadas as transcrições do material gravado de cada sujeito. Para a garantia da qualidade do material empírico, as entrevistas foram mais uma vez ouvidas, de modo a fazer correções e ajustes. Uma vez transcritas, foram observadas a homogeneidade, representatividade e a pertinência das informações.

Depois de cumprida a fase de pré-análise, passou-se às fases da leitura nas modalidades leitura flutuante, longitudinal e transversa. A

primeira foi feita individualmente por uma pesquisadora; a segunda foi feita por duas integrantes da equipe de pesquisadores, a qual foi seguida da discussão conduzida por estas sobre a coerência e a pertinência dos conteúdos. Na leitura transversa deu-se início à codificação, com base nas unidades de registro e formulação de pré-hipóteses.

Para o alcance do objetivo proposto, mediante análise prévia das falas obtidas nas entrevistas, foram destacadas as unidades de registro. Por sua vez, as unidades de registro conformaram os seguintes núcleos de sentido: entre o cuidado e o descuido: relações no tratamento da tuberculose e coordenação dos serviços de saúde no cuidado ao doente de TB.

Em seguida, foram considerados os núcleos de sentido identificados nas falas com conteúdos convergentes, divergentes e que se repetiam. Assim, foram feitos recortes dos extratos de falas correspondentes a cada núcleo de sentido. Esta conformação permitiu eleger a unidade temática central – Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na ESF.

O estudo foi realizado em acordo às exigências da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (CEP/HULW), com o protocolo de nº 0067/08. Garantindo o anonimato dos sujeitos do estudo, as falas foram codificadas com letras do alfabeto e números arábicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do material empírico está dimensionada em dois núcleos de sentido. O primeiro aborda fragilidades nas relações de cuidado entre profissionais de saúde e usuários. Destacam-se: a ausência de uma escuta solidária, que permita uma apreensão ampla das necessidades de saúde do usuário; a condução de um tratamento focado na dimensão biológica do processo de adoecimento; a incipiente autonomia de usuários em seu projeto terapêutico e as dificuldades na produção de vínculo que dificultam a adesão terapêutica. O segundo núcleo de sentido trata da articulação entre os pontos de atenção e profissionais de saúde, ressaltando o princípio da coordenação dos serviços de saúde e o funcionamento articulado dos serviços da rede de atenção no cuidado ao doente de TB.

Entre o cuidado e o descuido: relações no tratamento da tuberculose

No seguimento do doente de TB, ao longo de seu tratamento, a equipe de saúde deve acompanhar a evolução do agravo, monitorar a terapêutica medicamentosa e identificar necessidades do usuário, não apenas as restritas ao universo da doença, mas a outras relacionadas ao seu entorno social. Neste estudo, observou-se que a assistência é realizada pelo profissional de saúde, não se verificando, pelo conteúdo das falas, ações desenvolvidas pela equipe. O cuidado é limitado à verificação da ingesta ou não do tuberculostático e a alguns aspectos clínicos, como mostram as falas: *perguntava só se eu tinha tomado o remédio ou não e se eu estava me alimentando bem (S02); ela só perguntava o que eu sentia [...]. Se eu sentia muita tontura, isso aí ela me perguntava (S03).*

Percebe-se que a assistência de saúde ofertada ao doente de TB durante o tratamento distancia-se de uma dimensão cuidadora pautada na integralidade. A ausência de espaços de escuta, durante a consulta, para o doente se expressar com relação à doença e ao tratamento ou a outras questões, concorre para o distanciamento nas relações entre profissional de saúde e usuário, comprometendo o processo terapêutico, principalmente no que diz respeito à adesão ao tratamento. *Nunca falaram para mim nada [...]. Só dava o remédio mesmo para eu tomar, e nunca deram conselho [...]. Aí eu parei uns dias (S06).* Acrescenta-se que o vínculo produzido no trabalho em saúde dá-se no contexto das relações de cuidado.

Nas estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integrais, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização são reconhecidas como práticas integrais,¹⁷ favorecendo, portanto, a integralidade do cuidado. Crê-se que a implementação de medidas intersetoriais e o incentivo à autonomia do usuário, articulados aos esforços das ESFs em estabelecer relações de vínculo com o doente e sua família, favoreçam o cuidado integral ao doente de TB, no âmbito da APS.¹⁸

Ressalta-se que a incorporação dos sentidos da integralidade no cuidado do doente e sua família, produzindo vínculo, acolhimento e fornecendo assistência e apoio para o enfrentamento da situação de adoecimento promove o sucesso terapêutico, particularmente mediante a prevenção do abandono do tratamento.¹²

Práticas contrárias à integralidade do cuidado salientam a fragmentação e reducionismo na

assistência em saúde, em virtude da supervalorização do recorte analítico do corpo humano e seus sistemas orgânicos, conforme as competências de especialidades médicas, negando necessidades mais abrangentes dos usuários e fortalecendo a visão biologicista nas ações de saúde.¹⁹ É preciso considerar, entre outras situações que impactam o tratamento, o estado de pobreza, comum a muitos doentes de TB, que favorece a prática do abandono do tratamento.¹⁸

A análise das falas revela que o acompanhamento do doente de TB em tratamento não visa à promoção da autonomia do usuário, sua adesão ao tratamento e a qualidade do cuidado prestado. Tal constatação leva a refletir que ações de saúde precisam ser intensificadas na perspectiva da integralidade, permitindo a ampliação da atenção ao doente de TB, em consideração à complexidade do processo saúde-doença e suas várias dimensões – biológica, cultural, psicológica e social. Concorre, também, para ressaltar a importância da integração das ações de prevenção, cura, reabilitação e promoção da saúde. Para tanto, a articulação intersetorial, interdisciplinar, intergovernamental e institucional precisa ser eficaz com o intento de melhorar os níveis de saúde e a qualidade de vida das pessoas.¹¹

Na perspectiva do conceito ampliado de saúde, e considerando a integralidade do cuidado, pode-se dizer que a escassez de ações interseccionais para o combate da TB fragiliza a relação construída entre doentes e ESF, pois interfere na resolutividade das necessidades demandadas por essas pessoas e na credibilidade desses usuários na equipe responsável pelo cuidado.¹⁸

No feixe de relações entre profissionais de saúde e usuários foram identificados alguns elementos associados ao abandono do tratamento. Dentre eles, se destacam o desconforto provocado pela ingestão da medicação e os seus efeitos adversos. [...] *eu desisti porque o remédio era forte demais, descia rasgando. Dava uma fome da grande. E mesmo que mãe dizia: 'vá trabalhar', eu não posso trabalhar (S03); eu não aguentava mais tomar [medicamentos]. Eu chorava todos os dias, com tantos medicamentos. [...] eu sentia umas tonturas, umas dorzinhas de cabeça, é tanto que eu dormia. Eram muito fortes eles (S05).*

Há doentes de TB que concluem o tratamento sem apresentar reações adversas decorrentes do uso das drogas antituberculosas. Mas, há casos, em que efeitos colaterais se fazem presentes e contribuem para a interrupção do tratamento. Nesse sentido, é imprescindível que os profissionais de saúde sensibilizem os usuários para os possíveis

efeitos colaterais e reações adversas decorrentes da terapia medicamentosa, tornando-os protagonistas do processo terapêutico e detentores do conhecimento acerca do tratamento, de modo a promover a sua continuidade.³

As circunstâncias que corroboram para o abandono do tratamento da TB advêm, muitas vezes, de um acompanhamento deficiente, o que pode ser evitado mediante uma atitude pró-ativa das equipes de Saúde da Família no cuidado ao doente de TB e sua família, no tocante a considerar o encontro com o usuário um momento singular para a construção do projeto terapêutico em que ambos, profissional e usuários, estejam envolvidos.

Nesse sentido, a valorização da perspectiva hermenêutica, no modo de operar o cuidado, implica assumir que a objetualidade, inerente a qualquer ação de saúde, não deve ser o produto de um saber exclusivamente instrumental, provido pelo arsenal científico-tecnológico de um profissional ou serviço que se aplica sobre um substrato passivo, o usuário ou a população.²⁰ Portanto, nessa perspectiva, a objetualidade deve se produzir no encontro entre os sujeitos autênticos que buscam soluções convenientes, sob o ponto de vista de ambos, para a prevenção, superação e/ou recuperação de processos de adoecimento.²⁰

O projeto terapêutico, construído em encontros, requer o emprego de ações educativas voltadas à promoção da autonomia e da participação do usuário em seu tratamento. A falta de ações de educação em saúde relacionadas à TB e seu tratamento, numa perspectiva transformadora, a exemplo de processos centrados no conceito da Educação Permanente em Saúde (EPS), concorre para que o usuário não assuma uma atitude motivacional e transformadora na busca pela mudança de seu estado de saúde. Assim, as equipes de saúde precisam incluir ações educativas para o doente e sua família, que não sejam restritas a palestras e panfletos. *Eu não tenho conhecimento aqui de nada, a não ser de remédio, e se vier uma visita, é de mês em mês. Se eu não falar com ela [Agente Comunitário de Saúde], ela não entra na minha casa para saber como é que estou [...]. É por isso que eu deixei de procurar esses postos. Eu ia lá e pedia [os encaminhamentos] e ela não me dava (S07).*

Retomando a ideia de vínculo, esta, como dimensão da APS, potencializa suas ações e favorece a participação do usuário no seu processo terapêutico, quando esses são reconhecidos pelos profissionais, na condição de sujeitos. Assim, torna-se necessário resgatar a arte do diálogo entre

profissional e usuário, equipe e família, instituições e sociedade, pois a construção do vínculo profissional-equipe-usuário favorece a transformação da prática assistencial. A ideia do vínculo refere-se tanto à busca do sucesso no aumento do percentual de curas, como a constituição de espaços propícios à produção de sujeitos autônomos, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito.²²

Assim, o reconhecimento do usuário como sujeito do processo terapêutico traduz-se em cuidado na perspectiva da integralidade e propicia a adesão e a continuidade do tratamento por fazê-lo partícipe da sua história.

A coordenação dos serviços de saúde no cuidado ao doente de tuberculose

A coordenação entre pontos assistenciais pode ser entendida como a articulação entre os vários serviços e ações de saúde relacionadas à determinada intervenção de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados a um propósito comum.²² Essa coordenação requer tanto um meio de transferir informações, quanto o reconhecimento destas pelos profissionais de saúde, para a continuidade da assistência, segundo o conceito de rede de atenção em saúde.¹⁰

Conceber o sistema de serviços de saúde como uma rede coordenada, capaz de garantir o acesso e a continuidade do cuidado, pressupõe levar em consideração que os pontos que ligam as intersecções desta rede somente podem acontecer mediante o estabelecimento de uma malha intrínca de interações entre aqueles responsáveis pela organização do sistema (gestores), os responsáveis pela organização e execução dos serviços (prestadores e profissionais) e os usuários do sistema de saúde. Este podem ser considerados como os três elementos gerais da coordenação/integração em sistemas de serviços de saúde.²³ [...] *vai para um médico, vem para outro médico e ninguém sabe que médico vai mais* (S03); *No hospital dizem que o papel está lá [Unidade de Saúde da Família] [...], o papel do exame está no posto, mas foi só isso mesmo que eles me entregaram* (S05).

A continuidade da assistência permite a organização dos fluxos do usuário entre os diversos pontos da rede de atenção. A falta de comunicação observada no relato acima contraria a concepção de um sistema organizado em rede e contradiz a integralidade como princípio doutrinário do SUS.

Na perspectiva da integralidade, um sistema organizado em rede, dispositivos de referência e contrarreferência constituem-se na articulação entre os serviços de saúde, sendo que, por referência, compreende-se o trânsito de tecnologia leve (como unidades de saúde da família) para as duras (instituições hospitalares) do serviço tecnológico. Inversamente, a contrarreferência compreende o trânsito de tecnologia dura para a leve ou leve-dura.²¹ Contudo, o que se observa é a transferência de responsabilidade do cuidado ao doente de TB aos serviços de tecnologias duras. [...] *tudo que aconteceu, exames de escarro, parte da medicação, RX, era apenas lá [hospital de referência], negócio de pulmão, tudo lá* (S06); *Esse médico daqui [USF], ele atende, mas quando eu chego lá ele já sabe logo e diz: 'o caso dela não é aqui, é lá no Clementino [hospital de referência para o tratamento da TB]'. Eu sei que jogam no hospital, aí eu fico* (S08).

Nas falas evidencia-se a fragilidade na descentralização das ações de controle da TB para os serviços da APS, no caso, para as Unidades de Saúde da Família. A proposta de descentralização, que implica a transferência de política e competências do nível central para os níveis locais, pressupõe a pactuação e a definição de novas competências para os entes federados envolvidos, bem como a organização de novas estruturas administrativas, o que é considerado um desafio para o SUS.²⁴ Para a efetivação desse novo arranjo,²⁵ deve-se considerar a capacidade e aprendizado institucional para a execução de novas funções, assim como na interação das competências executadas pelas demais esferas de governo, mantendo uma negociação permanente entre as diferentes instâncias nacional e subnacionais.

Os encaminhamentos, registros direcionados e necessários dentro da rede de atenção, são uma forma de garantir a comunicação entre os serviços e a efetividade do cuidado para TB. Sua importância se destaca ainda quando permite ao usuário do serviço público de saúde sentir-se orientado diante do processo de tratamento de sua doença. Vê-se a importância da comunicação para esclarecer e orientar as pessoas que estão no serviço, no sentido de haver a efetividade da atenção às necessidades de saúde em rede, estabelecimento de vínculo e confiança com a equipe de Saúde da Família para, assim, promover a adesão do doente ao tratamento da TB.

Destaca-se a necessidade de introduzir novas estratégias no processo de trabalho para que a assistência aconteça na perspectiva da co-gestão

do cuidado, baseando-se nos princípios da integralidade, pelo SUS.

Urge a necessidade de mudanças do modelo tradicional de atendimento centrado na doença para um modelo que reconheça as expectativas dos doentes, com envolvimento familiar e de seguimentos organizados da comunidade, incorporando o usuário no tratamento da doença, dimensão mais integradora na direção da concepção do modelo de promoção à saúde. Desse modo, pode-se considerar o apoio social como um dos fatores imprescindíveis para melhorar a qualidade de vida, a autoestima e a autonomia dessas pessoas.¹⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os elementos relacionados ao abandono do tratamento da TB estão diretamente articulados ao modo como os profissionais da ESF têm desempenhado o cuidado ao doente de TB e sua família e ao processo de organização dos serviços de saúde, ou seja, ao modo como esses serviços são coordenados e da forma como se tem acompanhado o doente de TB, ao longo do tratamento.

Foram identificadas contradições entre o cuidado real prestado pelas equipes e o preconizado. Estas incompatibilidades estão relacionadas à integralidade da atenção, mediante um acompanhamento circunstanciado pelo enfoque da terapia medicamentosa, desconsiderando a complexidade socioeconômica e cultural presente na vida do doente de TB, que influencia desde a percepção do surgimento da doença, à adesão ou não do tratamento, o que denota fragilidades no cuidado desenvolvido na perspectiva da integralidade. Além disso, os resultados mostram que a falta de informação dos usuários sobre a doença, assim como o frágil acompanhamento em outros serviços de atenção à saúde, para além da ESF, concorrem para o abandono do tratamento tuberculostático.

Observa-se a importância das equipes da ESF assistirem os usuários com TB de forma integral, por meio do conhecimento de suas reais necessidades, persistência na inserção do doente no processo de reabilitação da saúde e no fortalecimento do vínculo da tríade: usuário, profissional e serviço de saúde, afim de que as ações realizadas sejam coerentes com a realidade dos indivíduos com TB e com a integralidade como princípio do SUS.

A contradição entre o modo como a integralidade é concebida, enquanto princípio do SUS, e a desconsideração da pessoa doente, em seu contexto de vida, fragiliza a continuidade da

assistência, desestimula a adesão ao tratamento tuberculostático, contrariando o princípio da coordenação das ações; dimensão da APS respaldada pela integralidade, como garantia de acesso.

O controle da TB e, mais precisamente, a prevenção do abandono, é um desafio para a gestão do cuidado, o que torna urgente priorizar e planejar ações que sejam efetuadas de forma coerente ao que é preconizado pela ESF, a qual tem a TB como uma de suas áreas estratégicas. Essas ações permitem que a dimensão de coordenação passe a ser um forte eixo na estrutura operacional do SUS, por meio do estabelecimento de funções organizativas definidas e da efetivação da integração dos serviços de saúde.

Pode-se, portanto, perceber que a noção de integralidade é ainda incipiente nas práticas cotidianas dos serviços de saúde, cenários deste estudo, no que se refere ao acompanhamento e tratamento de usuário do SUS com tuberculose. A fala dos entrevistados demonstra uma desorganização, seja informativa ou burocrática, na continuidade de assistência nas redes de atenção, bem como, uma assistência direta, centrada no aspecto biológico.

Embora os achados desse estudo estejam dimensionados ao contexto do processo de trabalho e estrutura/organização dos serviços de saúde, compreende-se que os resultados e conclusões extrapolam as especificidades loco-regionais, ao contribuírem para o avanço da produção do conhecimento e para um debate mais amplo acerca da problemática do abandono do tratamento da TB, já reconhecido como importante desafio para o controle da TB, em nível nacional e mundial.

REFERÊNCIAS

1. Mendes AM, Fensterseifer LM. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento. *Bol Pneumol Sanit.* 2004 Jan-Abr; 12(1):25-36.
2. Avelar MCQ. O conhecimento da equipe de enfermagem sobre cuidados com pacientes suspeitos ou portadores de tuberculose pulmonar - estudo exploratório. *Online Braz J Nurs [online].* 2006 [acesso 2010 Nov 20]; 5(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/292/58>
3. 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.* 2007 Out-Dez; 16(4):712-8.
4. Marques M, Cunha EAT, Ruffino-Netto A, Andrade SMO. Perfil de resistência de *Mycobacterium*

- Tuberculosis no Estado de Mato Grosso do Sul, 2000-2006. *J Bras Pneumol*. 2010 Mar; 36(2):224-31.
5. Villa TCS, Brunello MEF, Arcênio RA, Sasaki CM, Assis EG, Gonzalez RIC. Fatores preditivos aos resultados desfavoráveis no tratamento da tuberculose: revisão integrativa da literatura (2001-2005). *Online Braz J Nurs* [online]. 2008 [acesso em 2010 dez 25]; 6(0). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1098/288>
 6. Amaral AS, Tamaki EM, Sales CM, Renovato RD. Avaliação da descentralização do programa de controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS. *Saude Soc*. 2010 Out-Dez; 19(4):794-802.
 7. Ministério da Saúde (BR). Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. 6ª ed. Brasília (DF): MS; 2002.
 8. Associação Paulista de Medicina. SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo (SP); Atheneu, 2004.
 9. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): MS; 2002.
 10. Vilaça EM. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
 11. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004 Set-Out; 20(5):1411-6.
 12. Souza KMJ, Sá LD, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS, Figueiredo DA. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2010 Dez; 44(4):904-11.
 13. Dixon-Woods M, Shaw RL, Agarwal S, Smith JA. The problem of appraising qualitative research. *Qual Saf Health Care*. 2004 Jun; 13(3):223-5.
 14. Lima DS. Situação da tuberculose na Paraíba: seminário das ações do controle da tuberculose. João Pessoa (PB): Secretaria de Estado de Saúde, Núcleo de Doenças Endêmicas; 2010.
 15. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa (PT): Edições 70; 2009.
 16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2007.
 17. Gomes MCPA, Pinheiro R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. *Interface - Comunic. Saúde Educ*. 2005 Mar-Ago; 17(9):287-301.
 18. Sá LD, Gomes ALC, Nogueira JÁ, Villa TCS, Souza KMJ, Palha PF. Intersectorality and bonding in tuberculosis control in family health. *Rev Latino-am Enferm*. 2011 Mar-Apr; 19(2):387-95.
 19. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO; 2006.
 20. Ayres JCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2007 [acesso 2009 Out 20]; 17(1):43-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a04.pdf>
 21. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003; 8(2):569-4.
 22. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Publica*. 2010 Jan-Fev; 26(2):286-98.
 23. Lima JC, Rivera FJU. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. *Interface, Comun Saúde Educ*. 2009 Out-Dez; 13(31):329-42.
 24. Abrucio FL. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: Fleury S, organizador. Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro (RJ): FGV; 2006.
 25. Luz MT. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(2):293-12.