

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

CONCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE O TRATAMENTO SUPERVISIONADO DA TUBERCULOSE NO BRASIL

CREENCIAS DE LAS ENFERMERAS EN EL TRATAMIENTO SUPERVISADO DE LA TUBERCULOSIS EN BRASIL

CONCEPTS OF NURSES ON SUPERVISED TREATMENT OF TUBERCULOSIS IN BRAZIL

Roberta Cristina Zago Ferreira - Licenciado em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos - SP/Br

Juliano de Souza Caliarí - Master, Professor, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais, Passos-MG/Br

Rosely Moralez de Figueiredo - Professor Associado Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos - SP/Br

RESUMO

Objetivo: Analisar a concepção dos enfermeiros da atenção primária sobre a viabilidade do tratamento supervisionado para a tuberculose. **Métodos:** Tratou-se de uma pesquisa descritiva exploratória com 11 enfermeiros. As entrevistas foram gravadas, transcritas e os dados foram organizados em facilitadores e dificultadores para o tratamento supervisionado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, parecer N° 112.520. **Resultados:** Os enfermeiros consideraram o número reduzido de profissionais, a ausência dos agentes comunitários de saúde, falta de educação em serviço e problemas de comunicação com o centro de referência como dificultadores da viabilização do tratamento supervisionado. Porém identificam que o vínculo facilita a adesão ao tratamento, assim como a flexibilização no horário da tomada do medicamento, o incentivo assistencial, tais como, cesta básica, vale-transporte, doação de leite além da disponibilidade da medicação. **Conclusões:** Os achados do presente estudo apontam que a elevada demanda e diversidade de ações sobre a responsabilidade do enfermeiro, associada com o número reduzido de profissionais, dificultam a atenção ao tratamento supervisionado e sugerem adaptações para aumentar sua eficácia, como mais treinamentos e espaço para que os profissionais troquem experiências, por reconhecerem a eficácia da modalidade desse tratamento para tuberculose. **Descritores:** Tuberculose; terapia diretamente observado; auto-administração

ABSTRACT

Objective: To analyze the conception of the primary care nurses about the viability of supervised treatment for tuberculosis. **Methods:** This was an exploratory descriptive study with 11 nurses. The interviews were recorded, transcribed and the data were organized in facilitators and hindering for supervised treatment. The study was approved by the Ethics Committee on Research in Human Beings, opinion N°. 112.520. **Results:** The nurses considered the small number of professionals, the lack of community healthcare agents, lack of in-service education and communication problems with the reference center as complicating the viability of supervised treatment and identify that the bond facilitates the adherence to treatment as well as the flexibilization in time of taking the medicine, the care incentives such as basic food, vouchers, milk donation in addition to medication availability. **Conclusions:** The findings of this study indicate that high demand and diversity of actions on the responsibility of the nurse, associated with reduced number of professionals, hamper the attention to supervised treatment, and suggest adjustments

to increase their effectiveness, as more training and space for professionals to exchange experiences, acknowledge the effectiveness of a treatment modality for tuberculosis.

Descriptors: Tuberculosis; directly observed therapy; self-administration

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) apesar de curada desde os anos de 1940, com a utilização da pirazinamida e estreptomicina, ainda preocupa autoridades em todo o mundo, visto os altos índices da doença, intrinsecamente associados às baixas condições econômicas e sociais da população (World Health Organization [WHO], 2006). Embora existam esquemas terapêuticos que apresentam eficácia superior a 95%, há ainda um número significativo de pessoas que não aderem ao tratamento (Vieira & Ribeiro, 2011), colaborando para a TB ser considerada um grave problema de saúde pública (Abreu & Figueiredo, 2013).

Diversos fatores têm sido referidos como causa da baixa adesão ao tratamento, entre eles estão os baixos investimentos na manutenção e no financiamento dos programas, a falta de conhecimento e desmotivação dos profissionais de saúde, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde das populações mais vulneráveis, tais como desempregados, moradores em situação de rua, alcoolistas crônicos e usuários de drogas (Villa, Ruffino-Neto, Arcêncio & Cardozo-Gonzales, 2006).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a implementação da estratégia Direct Observed Treatment Short-course (DOTS), desde 1996 (Villa et al., 2006), no entanto a Organização Mundial de Saúde, reconhece a necessidade de ampliar o emprego do tratamento supervisionado (WHO, 2006), visto que o DOTS tem sido considerado uma das medidas essenciais do tratamento da TB, por se mostrar eficaz no aumento das taxas de cura e na diminuição das taxas de abandono (World Health Organization [WHO], 2005).

A estratégia DOTS, abrangendo a heterogeneidade de cada localidade pode colaborar intensamente para alcançar as metas mundiais de controle da TB, que correspondem à detecção de casos (70%) e o sucesso do tratamento (85%) destes (Villa et al., 2007). Nesta perspectiva, a expansão do DOTS para a atenção primária tem sido um eixo estratégico para controle da TB, entretanto, tem ocorrido de forma lenta e gradual devido a obstáculos como o despreparo dos profissionais, a falta de recursos humanos e institucionais e a organização das ações de serviços tendo uma visão centralizada e fragmentada do processo (Yin, 2005). Nesse sentido é importante salientar a participação dos profissionais e a sua interpretação sobre o papel que desempenham nesse processo (Hino, Santos, Villa, Muniz & Monroe, 2005).

É fundamental compreender como os atores envolvidos no DOTS agem e reagem à terapêutica, particularmente os profissionais de saúde, cuja atuação interfere diretamente na eficácia do tratamento. A interação destes profissionais com os doentes, o conhecimento que apresentam sobre a doença e o tratamento, podem influenciar o comportamento do indivíduo frente ao tratamento da TB (Hino et al., 2005; Ferreira, Sobrinho, Zóia & Figueiredo, 2013).

Para que o DOTS seja um mecanismo efetivo para ampliar o índice de cura da doença e, assim, atingir as metas mundiais, é fundamental investigar as interfaces envolvidas no processo. Consequentemente, analisar além das perspectivas dos indivíduos em tratamento, a dos profissionais de saúde, entre eles particularmente dos enfermeiros.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar a concepção dos enfermeiros da atenção primária em saúde sobre a viabilidade do tratamento supervisionado para a TB, identificando e descrevendo suas percepções acerca das facilidades e barreiras de operacionalização do mesmo.

MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de abordagem qualitativa, utilizando-se o método de Estudo de Caso (Ministério da Saúde, 2011). A opção pela abordagem qualitativa se deu pela intenção de compreender os fenômenos, na perspectiva dos profissionais estudados, sobre a sua concepção da viabilidade do tratamento supervisionado para a TB no município.

O método de estudo de caso, por sua vez, foi considerado o mais adequado tendo em vista a clara necessidade de se compreender fenômenos sociais complexos, no caso, a percepção dos enfermeiros e as facilidades de operacionalização identificadas por eles para o DOTS nas unidades.

A pesquisa foi realizada com enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde - UBS do município de São Carlos-SP, sendo convidados a participar do estudo os enfermeiros responsáveis pelas 12 UBS, sendo 11 os que aceitaram o convite, os quais foram identificados com a sigla (E) e enumerados aleatoriamente.

Os dados foram coletados por meio de entrevista, que além de dados sobre o perfil do profissional (idade, sexo, tempo de trabalho na unidade, treinamento sobre DOTS, entre outros) possuía a seguinte questão norteadora: *“Em sua opinião qual a viabilidade da realização*

do tratamento supervisionado nas UBS de São Carlos?” As entrevistas foram realizadas nos meses de janeiro e fevereiro de 2013, gravadas e posteriormente transcritas.

Os dados coletados foram organizados em torno de seis temas, a saber: falta de recursos humanos e materiais; falha na educação continuada e dificuldade de comunicação com o centro de referência, como dificultadores, e aumento da adesão ao tratamento, o vínculo e a disponibilidade do medicamento, como facilitadores.

O estudo foi aprovado pelo responsável pela Atenção Básica à Saúde do município e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos – São Paulo, Brasil; parecer N° 112.520 e a pesquisa foi conduzida conforme os padrões estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere à caracterização dos entrevistados houve predominância do sexo feminino, sendo 10 mulheres e 1 homem; média de idade de 36 anos, com variação entre 31 e 45 anos.

Em relação ao tempo de atuação profissional na UBS, a média foi de 8 anos, com variação de 1 a 17 anos. Quanto ao tempo de formação, constatou-se que 5 sujeitos concluíram seus cursos há mais de 10 anos e os demais com predominância de 8 anos.

Os enfermeiros apontaram a falta de recursos humanos e de materiais como a principal barreira na implementação do DOTS. Os seguintes depoimentos reiteram esta idéia.

(E2) [...] então em UBS é trabalhar DOTS é complicado, porque você não tem um, dois funcionários, você não tem aquela equipe... você não tem um agente participando, entendeu? Você não tem um agente visitando, não tem, é tudo muito disperso em UBS.

(E7) É viável desde que tenha os funcionários para atender a demanda da população.

(E1) [...] a gente não tem condições na UBS de fazer VD (visita domiciliar). A gente não tem transporte, não tem funcionário suficiente e tudo mais.

A dificuldade na operacionalização do DOTS engloba a falta de recursos humanos e materiais, falha na educação continuada sobre TB envolvendo os profissionais de saúde e dificuldade de comunicação com o centro de referência.

O número reduzido de profissionais nos serviços de saúde pode comprometer o planejamento e execução de atividades e/ou programas, com possível prejuízo também na relação

entre profissional de saúde e o doente/família. Tal condição pode comprometer a organização do processo de trabalho, assim como, a capacidade resolutiva do serviço, além de favorecer a fragmentação da assistência ao doente (Yin, 2005).

Os entrevistados, deste estudo, apontaram que a responsabilidade em desenvolver diferentes programas na UBS acarreta uma sobrecarga de trabalho, com conseqüente falta de tempo para planejar e executar o DOTS. Os trechos abaixo descrevem essa questão.

(E7) As atividades são despejadas dentro da Unidade Básica, então tudo vem pra Unidade, então vem urgência [...] tem que desenvolver todos os programas, mais as urgências... tem especialidades vindo para as Unidades aí você fica com o tempo apertado, mas a gente tem conseguido fazer aqui na Unidade. O problema são as sobrecargas das Unidades frente à população que tem, o bairro que tem pra atender, então tem uma demanda enorme.

O processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde deve ser planejada de acordo com as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). De modo a programar e implementar as atividades segundo as necessidades de saúde do território de atuação da UBS, visando ações na esfera coletiva e individual, que compreende a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, bem como a manutenção da saúde. Tais ações têm como objetivo promover atenção integral, contínua e organizada à população. Além disso, é importante desenvolver ações intersectoriais a fim de oferecer uma atenção integral à população.

Concernente à falta de recursos materiais tais como, falta de copos descartáveis e de veículos disponíveis para realizar visitas domiciliares e/ou realizar busca ativa dos faltosos, faz com que os profissionais tenham que negociar com os doentes e com outros serviços estratégias para solucionar as fragilidades presentes na organização dos serviços de saúde. A falta de recursos humanos e materiais podem comprometer o envolvimento da equipe de saúde com as ações de controle da TB, e conseqüentemente, a resolutividade e qualidade dos serviços oferecidos.

A PNAB prevê a atenção domiciliar, bem como a busca ativa e a notificação de doenças de importância local, como é a TB. Desta forma, as UBS desempenham um papel central na garantia do acesso a uma assistência de qualidade. A estratégia DOTS preconiza que o tratamento seja realizado de acordo com as necessidades do paciente. Desse modo, a falta de recursos humanos e materiais evidenciados nas UBS estudadas estão na contramão das diretrizes das políticas assinaladas (Ministério da Saúde, 2011).

A escolha da modalidade de DOTS deve ser acordada entre a equipe de saúde e o paciente, considerando a realidade e a estrutura de atenção à saúde existente. No entanto, nota-se

um descompasso com o que é preconizado pela estratégia DOTS e a conduta adotada nas UBS, visto que não é dado o direito de escolha ao paciente, ou seja, este tem que se adequar às determinações dos serviços de saúde e realizar o tratamento supervisionado na unidade de saúde mais próxima da sua residência (Caliari & Figueiredo, 2012).

O planejamento das ações executadas nas unidades de saúde devem ser monitoradas e avaliadas com intuito de readequar o processo de trabalho, de acordo com as necessidades da região, bem como qualificar os modelos de atenção e gestão dos serviços de saúde, visando à continuidade do cuidado.

No intuito de realizar uma atenção integral junto ao paciente com TB, o profissional necessita ter conhecimento sobre a doença e as formas de tratamento. No entanto, de acordo com os depoimentos, evidencia-se o desconhecimento de alguns profissionais sobre a potencialidade da estratégia DOTS e, sobretudo dos componentes constitutivos, tais como: falta de diálogo com os doentes sobre as dificuldades no tratamento, rigidez dos horários das consultas agendadas no Centro de Referência e da administração da medicação. Os trechos abaixo ilustram esses componentes:

(E1) A gente fez um trabalho de quatro meses e meio e a pessoa não foi na consulta que era em dezembro, então ficou dezembro inteiro sem o medicamento [...] eu ligo, agendo uma nova consulta e não tem outro horário? Não, é as 7 horas o horário que o Doutor vem. Mas não tem como o doutor mudar esse horário dele porque ele sabe que não ta funcionando. Não, não tem o horário que ele pode atender é esse.

(E1) Com toda a rede desde médico, porque se vai descentralizar ai não vai ter o especialista, o infectologista, no caso. E o clínico geral muitas vezes ele não sabe que medida tomar, entendeu? Tanto o clínico geral, quanto o enfermeiro, quanto os técnicos e auxiliares de enfermagem, todo mundo da rede tem grande dificuldade em compreender e entender mecanismo de transmissão e tudo mais.

De acordo com os entrevistados, normalmente são realizadas reuniões, porém os problemas identificados e as decisões tomadas não são implementados no cotidiano do serviço de saúde. Diante de tais aspectos é imprescindível o desenvolvimento de educação permanente.

(E2) Nós tivemos uma reunião e foram levantadas quais as dificuldades encontradas para estar realizando o DOTS assim, e uma das questões foi essa, a questão da planilha, se não tinha algum meio mais eficaz, mais rápido, que não precisasse tirar a planilha do serviço, eu não gosto de tirar documento do local [...] A responsável pela coordenação do programa disse que iria mandar uma planilha por e-mail, mas não veio nada. É isso... eu queria reunião com mudanças, não reuniões só por ter.

Identificou-se, entretanto, a inoperância do programa de educação permanente. Esse contexto acarreta certa resistência dos profissionais para a incorporação da estratégia DOTS. O seguinte trecho revela o desconhecimento dos trabalhadores, inclusive sobre a doença e o seu tratamento:

(E5) Apesar de todas as orientações quem entrega a medicação sou só eu e a outra enfermeira [...] as outras funcionárias, tipo as auxiliares e técnicas de enfermagem falam que não vão ficar atendendo tuberculoso para pegar doença.

Dentre os onze entrevistados, um afirmou que não recebeu capacitação sobre TB, cinco afirmaram que participaram em cursos e/ou oficinas sobre DOTS e um participante mencionou sobre uma capacitação realizada por graduandos da universidade federal. Considerando que capacitação em TB assume papel importante no desenvolvimento do programa (Sobrinho, Freitas, Figueiredo & Caliari, 2013) considera-se que os trabalhadores das UBS estudadas necessitam participar de um programa de educação permanente sobre TB e DOTS (Hino et al., 2005; Ferreira, 2009; Sobrinho et al., 2013; Matumoto, Fortuna, Mishima, Pereira & Domingos, 2005).

Os profissionais devem compreender a doença e suas particularidades, bem como estratégias utilizadas para controle e prevenção da doença, a fim de realizar um planejamento das ações de saúde nos serviços. Destaca-se a necessidade de realizar capacitações contínuas que promovam a sensibilização e a motivação das equipes de saúde, com intuito de incorporar o programa nas unidades de saúde, e para isto pode ser utilizado estratégias diversificadas para buscar soluções plausíveis para serem empregadas de acordo com as necessidades identificadas em cada serviço (Ministério da Saúde, 2002).

A educação permanente é um elemento chave nos processos de trabalho, uma vez que promove a qualificação dos profissionais de saúde e se reflete na assistência prestada ao usuário. A estratégia de educação permanente somada ao de sensibilização dos profissionais são elementos fundamentais para reestruturar o modelo de assistência prestado ao paciente com tuberculose (Possuelo et al., 2012).

Além disso, evidenciou-se nas entrevistas que as capacitações realizadas pelo Centro de Referência, em geral, são teóricas, avaliadas como incompatíveis para muitos serviços, devido à complexidade da doença e os vários fatores que estão envolvidos nesse processo, que não correspondem apenas às necessidades inerentes da doença. Também foi apontado que as capacitações possuem um tempo limitado, e que não há um espaço destinado à troca de experiências entre os profissionais, desta forma as capacitações não promovem mudanças significativas no processo, uma vez que não contemplam a prática dos serviços de saúde.

(E2) [...] o que me garante que aqueles funcionários estão atualizados, só se eles forem por conta própria buscar atualização [...] eu sinto essa necessidade.

(E1) Não é muitos treinamentos que a gente vê que é água com açúcar, você assina lista de presença e pega e vai embora, sai com o certificado e ninguém sabe nada [...]

A educação permanente desempenha um importante papel no processo de trabalho, visto que a partir dessa estratégia é capaz de aperfeiçoar as ações de saúde, tanto para a clientela adscrita, quanto para os profissionais de saúde, uma vez que a estratégia visa a atualização de conhecimentos e habilidades do processo de trabalho, e, sobretudo, os desafios presentes no cotidiano dos serviços de saúde, para que ocorra um contínuo processo de ensino-aprendizagem no contexto em que o profissional está inserido. As dificuldades vivenciadas por estes profissionais no cotidiano do trabalho podem ser resolvidas através do desenvolvimento de competências de cuidado e de gestão na atenção básica. Nesse sentido, ressalta a importância de ações alternativas, tais como grupos de estudos, discussão de casos, trocas de experiências e estudos sistemáticos entre os profissionais visando meios para atender as necessidades do contexto da equipe (Ministério da Saúde, 2011).

Outro aspecto relevante identificado a partir dos depoimentos dos entrevistados foi a atuação pouco eficaz no suporte do Centro de Referência junto às unidades, como pode ser observados nos seguintes trechos:

(E9) Eu acho que o Departamento de TB também não pode abandonar a responsabilidade do paciente para nós, é que muitas vezes eles não dão a informação do paciente com relação ao endereço, ao telefone.

(E7) A gente não tem muito contato. Passa a planilha mensalmente, eles enviam a medicação, enviam as planilhas e a gente passa os dados. O contato que a gente tem é mais esse.

(E2) A dificuldade da coordenação é só no sentido da gente estar mandando essas planilhas, por ex. e se essa planilha extravia, entendeu? Vai o tratamento por água a baixo [...] não é uma dificuldade da coordenação assim, do DOTS, assim da TB, é o nosso sistema. Eu acho que deveria ter alguma coisa por e-mail para passar (as planilhas).

A contrarreferência é importante no planejamento das ações da TB. A integração entre os serviços de saúde depende de um sistema de comunicação eficaz, onde há troca de informações entre os profissionais envolvidos no processo. Para que seja possível formar uma rede integrada entre os serviços é imprescindível que tenha a referência e contrarreferência envolvendo os três níveis de complexidade em saúde (Assis et al., 2012).

A referência é realizada do nível de menor complexidade para o de maior complexidade a fim de possibilitar um atendimento especializado, em contrapartida à contrarreferência é realizada em sentido contrário, de modo a disponibilizar informações apropriadas à unidade de saúde para a qual o doente será encaminhado para realizar o acompanhamento durante o tratamento (Assis et al., 2012).

A falta de contrarreferência é apontada pelos profissionais de saúde como barreira para implementação do DOTS, visto que é um elemento essencial para a integração entre os serviços de saúde. Os enfermeiros das UBSs expressam a importância da contrarreferência para os serviços de saúde e para o doente, a fim de facilitar a incorporação do tratamento supervisionado na rotina das atividades executadas por esses serviços.

Além disso, é essencial a parceria com o centro de referência para proporcionar o suporte às unidades de saúde e também realizar supervisões contínuas, de modo a detectar fragilidades na operacionalização da estratégia. A supervisão do coordenador do programa de TB deve ocorrer com intuito de incentivar e motivar os profissionais para o fortalecimento de suas ações no controle da TB (Khan, Walley, Witter, Shah & Javeed, 2005) e, sobretudo, contribuir na qualificação das equipes para lidar com a doença.

Pontos facilitadores

Os profissionais de saúde reconhecem que o vínculo facilita a adesão ao tratamento e propõem alternativas para a sua manutenção como, por exemplo, flexibilizar o horário da tomada do medicamento em caso de que o paciente trabalhe. Tal aspecto é evidenciado nos seguintes excertos:

(E1)[...] fortalecer o vínculo da seguinte maneira, é... orientando ele (paciente) da importância do tratamento para que ele possa ter confiança no nosso trabalho, e de que não é só ele ter confiança no trabalho, mas tem que saber a importância do tratamento pra ele porque quem vai ser prejudicado não vai ser a gente, vai ser ele mesmo, então a gente tenta é... usar em uma linguagem bem simples pra eles e deixar eles totalmente a vontade.

(E8) É todo dia de manhã, depende do paciente, por exemplo, ele vem trabalhar entra as 9, então 8:30 ele tá aqui, toma o remédio e vai trabalhar, então se for um paciente que é a tarde, ai a gente combina um horário a tarde e ai ele é atendido assim que ele chega.

(E10) (TS) geralmente eles vêm na parte da manhã, tem dois que trabalham e eles preferem vir mais tarde no horário do almoço, mas eles chegam e é assim, a gente já sabe quem são os pacientes e a gente não deixa eles esperando.

(E5) Eu acho que a vinda mesmo dele até a Unidade, acho que às vezes ele cansa de vir todo dia, ter que vir, então assim tem usuário que não vem de jejum de jeito nenhum, vem tipo a tarde. A orientação que a gente tem é dar a medicação mesmo assim, fazer o que né, o que não pode é ficar sem, mas é que eles têm a vida própria, o trabalho, a família.

Segundo os profissionais de saúde entrevistados nesse estudo, o vínculo com pacientes é fundamental para garantir a adesão ao tratamento, uma vez que apresentam estratégias para manter os pacientes sob supervisão, como: flexibilidade nos horários para supervisão da medicação e/ou a oferta de incentivos. Nesse sentido, é necessário fortalecimento do vínculo durante o atendimento, visto que nesses encontros é possível identificar a vulnerabilidade dos doentes, de modo a evitar o abandono do tratamento (Palha et al., 2012).

Pode-se perceber que o profissional reconhece a singularidade de cada paciente, criando alternativas para que o DOTS não se coloque como barreira ao cotidiano de vida.

A flexibilidade das equipes e o consentimento com as escolhas dos pacientes têm papel essencial no processo de adesão ao tratamento (Palha et al., 2012). De acordo com os autores a proposta de intervenção usuário-centrada é um grande desafio para o Programa de Controle da Tuberculose, cujo processo está delineado com estruturas verticalizadas, sem considerar as dificuldades/necessidades dos sujeitos. Ressalta-se, portanto, que a sensibilização e a co-responsabilidade da equipe são elementos chaves na implementação do tratamento supervisionado (TS), e no êxito para controle da TB. Desse modo, é importante conscientizar toda a equipe sobre a estratégia, a fim de atingir os objetivos propostos. Nesse contexto, figura-se a educação continuada como ferramenta essencial para a atualização dos conteúdos inerentes à prática profissional.

Outro aspecto relatado como facilitador para adesão do doente é o incentivo assistencial, tais como, cesta básica, vale-transporte, doação de leite (proveniente do Programa do leite municipal), entre outros, conforme as necessidades apresentadas pelos pacientes. Os seguintes trechos ilustram esta questão:

(E1) Eles ganham (cesta básica), mas não é obrigatório ganhar, é o CEME que dá via essa doação que eles recebem, não tem verba pra isso, entendeu, é uma doação de uma pessoa que se o mês que vem a pessoa fala, não dou esse mês, simplesmente ela não doa e as pessoas não ficam, entendeu. Ai a gente tenta selecionar as pessoas que são mais vulneráveis assim financeiramente mesmo.

(E1) O CEME recebe uma doação (cestas básicas) de alguns pacientes [...] que doam 50 cestas básicas pra ser distribuídas pra população que faz o tratamento, e alguns meses vem pra gente, alguns meses não, ai eles distribuem, eles fazem uma distribuição talvez um pouco aleatória pra não beneficiar ninguém em particular.

(E5) Tem o passe, ganham cesta básica, tem alguns que ganham até legumes, assim frutas [...] do sacolão.

Todavia, a disponibilização irregular da oferta assistencial pode resultar na desmotivação dos doentes repercutindo no planejamento, efetivação das atividades de supervisão e principalmente na adesão do doente ao processo terapêutico.

O Ministério da Saúde recomenda a construção do vínculo entre os profissionais de saúde e o doente e destes, com o serviço de saúde. Além disso, ressalta a importância de romper os obstáculos que impedem a adesão ao tratamento, como a utilização de estratégias visando a reabilitação social, bem como a oferta de incentivos, tais como: lanche, auxílio-alimentação, vale-transporte e outros, como motivação para a adesão dos usuários ao esquema terapêutico (Caliari & Figueiredo, 2012).

O Programa de Controle da Tuberculose do município não possui recursos financeiros destinados a manutenção dessas estratégias de adesão citadas anteriormente. De acordo com os entrevistados, as 50 cestas básicas fornecidas regularmente são provenientes de doações realizadas por terceiros. Em outras Unidades evidencia o desdobramento e criatividade dos profissionais para proporcionar aos doentes outros recursos, como a entrega do leite excedente do Programa e o fornecimento de verduras e frutas ofertadas por comerciantes da região. A distribuição das cestas básicas é realizada via Centro de Referência para as famílias em maior risco social, no entanto, essa distribuição ocorre de forma aleatória a fim de não privilegiar nenhuma família em especial.

Outro aspecto elencado pelos profissionais de saúde é a proximidade dos usuários aos serviços de saúde e a disponibilidade da medicação.

(E4) Faz o TS na Unidade mais próximo da residência, então ele (paciente) não precisa andar a cidade toda para ir buscar a medicação.

(E9) Eu acho que é bastante viável porque facilita para o paciente né, uma unidade mais próxima da residência dele.

(E8) Facilidade é a medicação que vem certinha, não precisa ficar pedindo, o serviço de TB do CEME eu acho que ele é bem responsável em relação a isso, sabe, cobra a gente, manda as coisas certas [...]o paciente poder vir aqui pra gente saber se ele ta tratando mesmo, porque ele ta aqui todo dia[...]então está sendo eficaz [...]

(E10) [...] o paciente vai até o CEME, passa com a infectologista, e ai eles (Centro de Referência), através do motorista, mandam a medicação pra gente, então tem essa facilidade, então a gente não precisa ta ligando para falar que ta acabando a medicação... o paciente já tem a data do retorno marcado, e ai automaticamente eles já mandam a medicação.

Os profissionais de saúde apontaram a acessibilidade dos sujeitos aos serviços de saúde, como elemento facilitador para adesão ao tratamento. Em contrapartida, é importante ressaltar que um conjunto de fatores pode dificultar o acesso ao serviço, tais como: as manifestações clínicas provocadas pela doença e a condição sócio-econômica da grande parcela dos doentes (Palha et al., 2012). Essas questões podem representar uma barreira ao acesso aos serviços, visto que dependem de transporte público ou da colaboração de terceiros para se deslocar até a Unidade. Desta forma, o Programa de Controle da Tuberculose possui recursos financeiros destinados a obtenção do vale-transporte para os usuários que necessitam de tal auxílio.

A disponibilidade de medicamentos para o tratamento da TB é elencada pelos entrevistados como elemento facilitador no processo de trabalho da UBS, tendo em vista que os pacientes seguem um fluxo de atendimento na rede de atenção à saúde do município, para que o tratamento supervisionado seja realizado na UBS mais próximo da residência do sujeito. Deve-se considerar, entretanto, que com a descentralização de ações da TB, torna-se essencial refletir sobre a organização dos serviços de saúde, a fim de garantir um planejamento do cuidado individual e coletivo (Palha et al., 2012), bem como a utilizar ferramentas relacionais para garantir o sucesso do tratamento. Isto é, além da entrega dos medicamentos, a estratégia DOTS abrange o cuidado do indivíduo, sua família e comunidade, objetivando o tratamento, a prevenção de novos casos da TB e a promoção do pacto pela vida.

CONCLUSÃO

Os achados do presente estudo apontam que os enfermeiros consideraram o número reduzido de profissionais, a ausência dos agentes comunitários de saúde, falta de educação em serviço e problemas de comunicação com o centro de referência como dificultadores da viabilização do tratamento supervisionado para TB em suas unidades. Apontam ainda que a elevada demanda e diversidade de ações sobre sua responsabilidade contribuem para tal dificuldade. Por outro lado, reconhecem tal modalidade de tratamento como eficaz, sugerindo inclusive adaptações para aumentar sua eficácia.

Estudos, dessa natureza, que avaliam a realidade local e a percepção das equipes envolvidas são fundamentais para subsidiar a avaliação das estratégias adotadas até então e propor medidas de maior eficácia.

REFERÊNCIAS

- Abreu, G. R. F., & Figueiredo, M. A. A. (2013). Abandono do Tratamento da Tuberculose em Salvador, Bahia 2005–2009. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 37 (2), 407 - 422.
- Assis, E. G., Beraldo, A. A., Monroe, A. A., Scatena, L. M., Cardozo-Gonzales, R. I., Palha, P. F.,...Villa, T. C. S. (2012). A coordenação da assistência no controle da tuberculose. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1), 111-118. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100015&lng=en
- Caliari, J. S., & Figueiredo, R. M.(2012). Tuberculose: Perfil dos doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 43 - 47. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100008&lng=en&tlng=pt
- Ferreira, R. C. Z., Sobrinho, E. C. R., Zóia, E. N., & Figueiredo, R. M. (2013). Perfil Epidemiológico da tuberculose em Município do Interior Paulista (2001 - 2010). *Cuidarte enfermagem*, 7(1), 07-12.
- Freitas, K. G., Sobrinho, E. C. R., Piai, T. H., & Figueiredo, R. M. (2013). Family health nursing assistants knowledge on tuberculosis. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 4(1), 3-10.
- Hino, P., Santos, C. B., Villa, T. C. S., Muniz, J. N., & Monroe, A. A. (2005). Tuberculosis patients submitted to supervised treatment. Ribeirão Preto-São Paulo-Brazil, 1998 and 1999. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, 13(1), 27-31. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100005&lng=en&tlng=en
- Khan, M. A., Walley, J. D., Witter, S. N., Shah, S. K., & Javeed, S. (2005). Tuberculosis patient adherence to direct observation: Results of a social study in Pakistan. *Health Policy Plan, Oxford*, 20(6), 354-365.
- Matumoto, S., Fortuna, C. M., Mishima, S. M., Pereira, M. J. B., & Domingos, N. A. M. (2005). Supervisão de equipes de Programas de Saúde da Família: Reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface (Botucatu)*, 9(16), 9-24.
- Ministério da Saúde (2002). *Controle da Tuberculose: Uma proposta de integração ensino-serviço* (5ª ed.). Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Rio de Janeiro.
- Ministério da Saúde (2011). *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília.

Palha, P. F., Silva, L. M. C., Wysocki, A. D., Andrade, R. L. P., Protti, S. T., Scatena, L. M., & Villa, T. C. S. (2012). Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: Análise da satisfação dos doentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46 (2), 342- 348. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200011&lng=en&tlng=pt

Possuelo, L. G., Reis, A. J., Rosa, A. W., Poli, H., Battisiti, F., Sartori, M. S., & Moraes, M. (2012). Tuberculose: Um estudo sobre referência em serviços de saúde. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 2 (3), 89-93. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v2i3.2723>

Sobrinho, E. C. R., Freitas, K. G., Figueiredo, R. M., & Caliari, J. S. (2013). A tuberculose na estratégia de saúde da família: O conhecimento dos agentes comunitários de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(2), 416 - 421. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.16982>

Vieira, A. A., & Ribeiro, S. A. (2011). Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, grande São Paulo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 37 (2), 223 - 231.

Villa, T. C. S., Ruffino-Neto, A., Arcêncio, R. A., & Cardozo-Gonzales, R. I. (2006). As políticas de controle da tuberculose no sistema de saúde no Brasil e implantação da estratégia DOTS (1980- 2005). In: A. Ruffino-Netto, & T. Villa (Eds.), *Tuberculose - Implantação do DOTS em Algumas Regiões do Brasil. Histórico e Peculiaridades Regionais* (pp. 29 - 47). Ribeirão Preto: FMRP/REDE TB - USP.

Villa, T. C. S., Monroe, A. A., Cardozo-Gonzalles, R. I., Arcêncio, R. A., Oliveira, M. F., Galesi, M. N. et al. (2007). I- Political Commitment to DOTS implementation and sustainability in São Paulo State (2005), In: A. Ruffino Netto, T. Villa (Eds.). *Tuberculosis treatment: Dots implementation in some regions of Brazil background and regional features* (pp. 81 - 89). Brasília: OPAS.

World Health Organization [WHO] (2005). *TB/HIV research priorities in resource-limit-ed settings: Report of an expert consultation*. Geneva: WHO.

World Health Organization [WHO] (2006). *Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis*. Geneva: WHO.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de Caso: Planejamento e métodos* (3ª ed.). (Daniel Grassi, Trad.). Porto Alegre: Bookman.

Correspondência: rosely@ufscar.br