

TRATAMENTO SUPERVISIONADO NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM RIBEIRÃO PRETO: NOVO MODO DE AGIR EM SAÚDE*

Jordana Nogueira Muniz¹, Tereza Cristina Scatena Villa² e César Eduardo Pedersolli³

Resumo

Esta investigação teve como objetivo analisar através da visão da equipe executora, o tratamento supervisionado no controle da tuberculose, implantado nas Unidades gerenciadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, a fim de caracterizar, a finalidade desta intervenção e suas formas de abordagem. A população do estudo constituiu-se de 13 profissionais envolvidos diretamente com o Programa de Controle da Tuberculose. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados. O tratamento dos dados fundamentou-se no método de análise de conteúdo, permitindo eleger como Unidade temática “o tratamento supervisionado como perspectiva de mudança na prática: uma intervenção de que tipo?”. Concluiu-se que, o tratamento supervisionado se coloca na prática como uma intervenção permeada por diversas formas de abordagem: como uma ação de enfoque terapêutico; como um meio de reduzir a transmissão seja através do controle dos comunicantes, seja privilegiando ações educativas no âmbito familiar; e finalmente, como uma possibilidade de ampliar a capacidade de interação e atuação dos agentes, através de estabelecimento de vínculo, acolhimento, responsabilidade, na perspectiva de garantir a adesão do paciente ao tratamento e maior qualidade da atenção.

Summary

The objective of this investigation was to analyse through the staff's view, the supervised treatment in tuberculosis control, introduced in the Units administered by Municipal Health Department of Ribeirão Preto, so as to characterize, the means of this intervention and its forms of approach. The population of the study was composed of 13 professionals directly evolved with the Tuberculosis Control Programme. The semi-structured interview was used as an instrument for data collection. To treat the data collected was used the method of analysis of content. The thematic unit we came across were: “supervised treatment as a perspective of change in practice: What Kind of intervention?”. The conclusion is that the supervised treatment happens in the practice as an intervention permeated of several forms of approaches: as an action with a therapeutic view; as a means to reduce transmission, being it through the control of the communicants, or through favouring educative ctioans at family to broaden the competence of the agent's interaction and performance, through the establishment of a bond of union, acceptance, responsibility in the perspective of assuring the adherence of the patient to the treatment and more quality of health attention.

* Parte da pesquisa realizada para obtenção do título de mestre, junto ao Depto. Materno Infantil da E.E.R.P - USP

¹ Coordenadora do Programa de Controle da Tuberculose-SMS de Ribeirão Preto. Bolsista CAPES/ mestrado

² Prof^ª. Dra da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

³ Bolsista de iniciação científica- FAPESP.

Introdução

Apesar dos esforços empreendidos mundialmente no controle da tuberculose, observa-se nos últimos anos, elevação na incidência da doença e o aparecimento de cepas resistentes aos esquemas terapêuticos usuais.

Este aumento na incidência, relaciona-se à elevação de problemas médico-sociais, mendicância, abuso de drogas, epidemia de HIV/AIDS¹, bem como à qualidade de vida de uma população cujos indicadores são representados por condições de alimentação, moradia e saneamento básico.²

Outros fatores apontados referem-se “à situação sócio-econômica, que tem aumentado as condições de pobreza, resultando em dificuldades de acesso aos serviços de saúde, crescimento de populações marginais e migrações em busca de melhor qualidade de vida”³. A este cenário, ainda soma-se a “debilidade dos serviços de saúde pública, que têm sido menos eficientes em suas ações nas últimas décadas.”³

Com o propósito de reverter este quadro, a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1993, declarou a tuberculose uma emergência mundial, estabelecendo novas diretrizes de trabalho onde recomenda estratégias globais para o controle efetivo da tuberculose nos países.⁴ Dentre as estratégias propostas pela OMS, encontramos o DOTS (Directly Observed Treatment Short Course).

O que é DOTS ?

DOTS significa tratamento diretamente observado de curta duração. Parte da estratégia do DOTS, caracteriza-se pela observação e monitorização da administração dos medicamentos, mas não deve ser entendida apenas como tal.⁵ Na realidade, compreende um corpo de medidas que se complementam, definidas pela OMS como os cinco pilares da estratégia: **1) detecção de casos por microscopia; 2) tratamento diretamente observado e monitorado; 3) provisão regular das drogas; 4) sistema eficiente de registro de dados; 5) compromisso político no controle da tuberculose.**⁵

O sistema DOTS foi idealizado inicialmente para ser usado em grandes populações urbanas ou

rurais. Mundialmente mais de 1,2 milhões de pessoas têm recebido esta forma de tratamento, alcançando taxas de cura em torno de 80%.⁶ Países como, República Unida da Tanzânia, Estados Unidos, China, Peru, Bangladesh e Nepal, adotaram a estratégia DOTS e neles já observa-se melhoria nos indicadores epidemiológicos resultante do aumento das de cura e diminuição das de abandono. Países com a taxa de cura abaixo de 50%, estão alcançando situá-la entre 80% e 95%.^{6,7}

8 9 10 11

Além de modificar o perfil epidemiológico da tuberculose, o emprego da estratégia DOTS, apresenta outras vantagens. Sua eficiência sem hospitalização torna o tratamento disponível e de baixo custo.⁶ De igual importância, é o fato da estratégia DOTS, fornecer a defesa mais importante contra o desenvolvimento de linhagens de “Mycobacterium tuberculosis” multiresistentes resultantes de repetidas terapias, tratamentos incompletos ou sem sucesso, possibilitando o aparecimento de casos de tratamento difícil e caro.

Para garantir o sucesso terapêutico, a estratégia DOTS prevê a implantação do tratamento supervisionado (TS), que consiste na administração direta do medicamento por uma segunda pessoa, que entrega, observa e registra a ingestão de cada dose da medicação. Este procedimento pode realizar-se na unidade de saúde, no domicílio do paciente, no hospital ou local de trabalho. O observador não precisa necessariamente ser um profissional de saúde, desde que bem treinados e motivados. O tratamento supervisionado pode ser realizado por agentes de saúde ou voluntários. Os critérios para inclusão no tratamento supervisionado, variam mediante análise da situação particular de cada país, região ou localidade. São avaliados os recursos existentes, humanos e materiais, os indicadores, as coberturas etc.

Isto significa que, sendo a finalidade da estratégia DOTS, promover a cura do paciente, não importa o formato adotado em cada realidade. Na prática, sua viabilização tem se apresentado de maneiras diferentes.

Contudo, ao fixar a atenção para outra direção, percebe-se também que esta estratégia tem ocasionado descrições vibrantes relacionadas ao desenvolvimento do processo. Algumas experiências¹⁰ descrevem continuamente termos

como: envolvimento, confiança, persistência, liderança, fio condutor, desenvolvimento de vínculo entre paciente e cuidador, efetividade, estímulo que emana com o sucesso do trabalho.

No Brasil, entre os componentes da estratégia DOTS, a supervisão direta da ingestão de medicamentos começa ser incorporada pelos serviços. No município de Ribeirão Preto essa experiência é recente, sendo que grande parte dos pacientes submetidos ao tratamento supervisionado ainda não o concluiu. Deste modo, entende-se que é precoce fornecer resultados conclusivos em termos de indicadores, o que restringe tecer avaliações sobre o impacto epidemiológico do tratamento supervisionado. Avaliar mudanças nos indicadores, exigirá maior período de investigação.

Portanto o recorte deste estudo se volta para conhecer como este processo tem se consolidado na prática dos atores sociais envolvidos.

Esta proposta, incorporada aos serviços de nível local, vem implicando em reorganização do trabalho da equipe de saúde vinculada ao Programa de Controle da Tuberculose, redefinindo funções, responsabilidades, competências e estratégias de ação, bem como modificando o compromisso do profissional perante o paciente.

Objetivo

Analisar através da visão da equipe executora, se o tratamento supervisionado da tuberculose, implantado nas Unidades de Saúde gerenciadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP), no período de 1997 a 1998, interferiu no olhar e nas ações desenvolvidas por estes agentes, no atendimento ao paciente com tuberculose.

Metodologia

Esleu-se como locais de trabalho, três Unidades gerenciadas pela SMS e que desenvolvem tratamento e seguimento ambulatorial dos pacientes com tuberculose.

A população do estudo constituiu-se de profissionais que executam o Tratamento Supervisionado (auxiliares de enfermagem, visitadoras e enfermeiras) e os médicos envolvidos diretamente com o desenvolvimento deste trabalho, não considerando-se a categoria dos profissionais envolvidos e nem tão pouco a espécie de vínculo que estes tivessem para com o município. Deste modo a amostra totalizou-se em 13 profissionais entrevistados.

Utilizou-se a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados, tendo como principal enfoque: a prática do tratamento supervisionado enquanto possibilidade de ampliar espaços e formas de intervenção no processo saúde-doença em âmbito individual e coletivo.

O tratamento dos dados fundamentou-se no método de *análise de conteúdo*¹² que se desdobrou em três etapas básicas. A primeira, compreendem a fase de organização, levantamento bibliográfico, definição do objeto, objetivo e metodologia; a Segunda, constituiu-se da transcrição das entrevistas e organização dos dados, permitindo eleger uma Unidade Temática: **“o tratamento supervisionado como perspectiva de mudança na prática: uma intervenção de que tipo?”** A terceira etapa, realizou-se o tratamento dos resultados, a inferência e interpretação, permitindo validar as informações obtidas nas fases anteriores.

Análise e discussão dos dados

Para compreender a concepção dos profissionais sobre o tratamento supervisionado e suas diferentes formas de intervenção, diferenciaram-se os depoimentos quanto à finalidade da ação.

1. Tratamento supervisionado: “A ingestão medicamentosa”

Alguns agentes definiram o tratamento supervisionado como uma ação onde se observa a ingestão medicamentosa de pacientes em tratamento de tuberculose *“...é um tratamento onde o paciente*

vai tomar a medicação sob a supervisão direta de um funcionário da saúde...”

A preocupação neste núcleo está centrada na garantia da ingestão do medicamento, cujo enfoque da atenção está voltado para a cura do paciente. Tratar o doente consiste em cumprir uma etapa do ciclo biológico da doença, evidenciado no modelo médico tradicional, onde a atuação é pautada na terapêutica medicamentosa. Há que se observar nesta lógica um predomínio da visão medicalizante que tem como objeto, a doença.

Por considerar-se que o tratamento dos casos é um dos pontos fundamentais de controle da doença, assim como a imunização com o BCG, a quimioprofilaxia e localização dos casos, acredita-se que intervindo-se sobre estes “**métodos específicos**”¹³ de controle da tuberculose, seguramente se evidenciará redução da doença.

2. Tratamento supervisionado: “O controle da transmissão como estratégia de controle de risco”

Este núcleo temático, contrapõe a visão apresentada no núcleo anterior, pois reconhece que a ação do tratamento supervisionado pode diminuir o risco de transmissão da doença no ambiente e comunidade, explicitado através dos discursos “...a gente vai na casa não só por causa do doente mais pelas pessoas que moram com esse doente, a gente está preocupada com o pessoal, com a região com a comunidade...” “...é uma doença que se não tratar pode complicar, podendo transmitir para outras pessoas...”

A importância do tratamento é valorizada no sentido de quebrar a cadeia epidemiológica da doença, diminuindo assim o risco de transmissão.

Este posicionamento determina o predomínio do pensamento clínico sobre o processo saúde-doença, onde o enfrentamento dos problemas se explicam por uma relação agente/hospedeiro, havendo um corte entre causas e efeitos.¹⁴ Adotar medidas que intervenham sobre a doença ocasionará sobretudo diminuição da transmissão. Este modelo que valoriza ações destinadas a tratar enfermidades ou a reabilitar os pacientes portadores de seqüelas,

tem sido privilegiado pelos serviços de saúde. Cada problema de saúde é definido como tendo uma ou mais causas, bastando para resolvê-lo achar a causa e eliminá-la ou corrigi-la por meio de uma intervenção médica. Isto significa que mais doenças e mais doentes devem ser enfrentados com mais serviços de saúde, independentemente de que os fatores determinantes estejam orientados para a produção social das enfermidades.¹⁴

3. Tratamento supervisionado: o controle da transmissão através da orientação/educação”

Apesar da finalidade terapêutica do tratamento supervisionado, alguns profissionais no desempenho diário de suas atividades, conseguem ir além do ato de medicar, ampliando sua capacidade de olhar e responder à realidade na qual se inserem. O momento da visita favorece o desencadeamento de orientações enfocando aspectos relacionados à doença, hábitos de higiene do indivíduo, da moradia, do ambiente, visando bloquear a transmissão da doença. A educação em saúde é o instrumento privilegiado pela equipe de saúde. Esta afirmativa é demonstrada nos discursos: “...a gente dá a medicação e orientação sobre a resistência do bacilo, a contaminação, a casa bem arejada, tossir com a mão na boca, não cuspir no chão, explica os sinais, sintomas, tratamento, inclusive que a tuberculose tem cura mas também mata se não tratar...”

Durante o atendimento existe uma preocupação com o controle da transmissão no nível individual e, em restrito, onde o doente vive. A orientação é norteada pelo saber médico, centrada no modelo clínico, onde o processo saúde-doença, é tido como um fenômeno individual.

Esta forma restrita de conduzir a educação em saúde, retrata a conformação histórica das políticas de saúde pública no Brasil. No início do século XX a educação sanitária foi adotada como instrumento de trabalho predominante, visando formar a consciência sanitária do povo em geral.¹⁵ Neste período, a ação sanitária dirigia-se aos indivíduos, através da introdução de uma consciência sanitária traduzida pela obtenção e aquisição de normas de higiene individual.¹⁶

Esta concepção de educação em saúde, voltada para educação individual e do ambiente ainda se faz muito presente no modelo de saúde vigente. Ainda que em âmbito pode ser capaz de provocar mudanças no comportamento, porém não desenvolve nas pessoas a consciência crítica das causas dos seus problemas, e nem tampouco atua no sentido de desencadear mudanças.¹⁷

Além das orientações, é possível durante a visita domiciliar ampliar a atenção para o controle de comunicantes e detecção de casos novos. “...quando tem um caso de tuberculose os comunicantes são chamados, analisamos se há algum sintomático ... mas para aquele que não vem, quando a visitadora vai à casa do paciente ela observa também se há sintomático, pergunta e sempre traz para consulta...”

Esta forma de intervenção, que não se restringe apenas ao agravo ou dano, é denominada controle de risco.¹⁸ Durante o atendimento ocorre a identificação dos comunicantes de casos de tuberculose, ou seja, indivíduos expostos ao risco de adquirir a doença (grupo de risco) sendo, se necessário, adotadas medidas de controle.

A estratégia de intervenção em grupos de risco não é uma estratégia de ações coletivas, mas sim sobre os indivíduos, sendo que nesta perspectiva o coletivo é constituído por um conjunto de indivíduos com determinadas características ou atributos, onde as intervenções são individualizadas. Esta estratégia de intervenção em grupos de risco pode ser entendida como uma forma de racionalizar a assistência médico-hospitalar, porque permite intervir antes que os problemas se tornem mais complexos, seja em termos de sofrimento humano, seja em termos financeiros.¹⁹

Ao se reduzir a probabilidade de uma doença afetar um indivíduo, pode-se classificar que houve uma intervenção preventiva, porém restrita a indivíduos ou a pequenos grupos alvo. Esta forma de atendimento é definida como “**prevenção secundária**”, a qual pode ser “*obtida a partir da busca de casos(...)assim como através de rastreamento dos contatos.*”²⁰

De maneira geral, os Programas de Saúde foram historicamente organizados para responder diferentes agravos e especificidades, onde cada programa, previamente definido e suportado por saberes especializados, tem tentado assegurar sua implantação nos serviços de saúde, por meio de normas formatadas e rígidas. O Programa de Controle da Tuberculose, desde sua origem, tem determinado diretrizes e estratégias de ação concebidas em nível nacional, as quais privilegiam atividades de controle de danos e riscos. No caso dos danos, representado por um complexo de efeitos como doença, cura, seqüelas, óbitos e no segundo caso, poderia ser expresso através dos grupos de risco (comunicantes e outras pessoas expostas). Deste modo, o programa tem direcionado as ações, privilegiando a descoberta precoce de casos, tratamento, cura, e vacinação.

Esta lógica de trabalho incorporada pelos agentes e serviços de saúde, explica a visão reducionista do problema da tuberculose. Na verdade, **“os programas não dão conta de responder aos desafios de uma realidade articulada por problemas complexos, por desconhecem a limitação dos recursos e não considerarem a historicidade dos diferentes territórios e grupos sociais”**.¹⁴

É preciso reconhecer a importância de participar do **controle de danos e riscos**, no entanto é necessário incorporar os condicionantes (modo de vida) e determinantes sócio-ambientais visando o **controle de causas**.

Apesar do tratamento supervisionado caracterizar-se como uma ação pontual e focalizada que privilegia o controle de danos e riscos, tem permitido ampliar a atuação do profissional em aspectos educativos e preventivos, mesmo que restrito a indivíduos ou a pequenos grupos.

4. Tratamento supervisionado: “a construção de um modo diferente de agir em saúde”

O comparecimento constante do profissional da saúde no domicílio do paciente, tem

determinado o estabelecimento de diálogo entre profissional, cliente e familiares. O “ato de ir ao domicílio do cliente”, participar diariamente de seu meio social, possibilita ao profissional vivenciar o processo terapêutico e intervir à medida que surjam necessidades ou intercorrências. “...*Como vamos à residência do paciente todos os dias, é mais fácil orientarmos, pois acompanhamos o que está acontecendo. A medida que vão surgindo as dificuldades, nós orientamos...*” “... *além disso, melhora a idéia do paciente ao tratamento e o acompanhamento dele como um todo. Ele vinha mensalmente pegar a medicação mas nós não sabíamos o que acontecia com ele no decorrer do mês, agora supervisionando nós vemos...*”

Conhecer a realidade onde estão inseridos determinados pacientes, modifica o olhar, as atitudes técnicas de quem executa o tratamento supervisionado exigindo muitas vezes que as ações de saúde sejam ampliadas. “...aproveitamos a visita domiciliar e fazemos avaliação da vacinação, das condições da saúde da família como um todo, você vai no domicílio e vê tudo...” “...acaba se envolvendo não só com a medicação mas com outros problemas do paciente e da família ...”

No período que antecede à implantação do tratamento supervisionado, a equipe de saúde não tinha acompanhamento direto da realidade singular vivida por cada paciente. As relações se davam no espaço institucional e limitavam-se a terapêutica, por ocasião dos retornos médicos mensais ou intercorrências. Nas visitas domiciliares procediam-se à identificação e controle dos comunicantes bem como o resgate dos pacientes faltosos ao tratamento.

Com a implantação do tratamento supervisionado, a visita domiciliar é adotada como estratégia para supervisão da ingestão medicamentosa, oferecendo à equipe oportunidade de identificar outras necessidades com maiores parâmetros para avaliar, encaminhar e intervir. “... *quando ele vinha aqui na unidade e fazia o tratamento no domicílio, nós não conhecíamos a realidade para direcionarmos melhor nossas ações...*”

Este discurso revela que “**estar presente**”, “**participar do cotidiano**” são fatores fundamentais para o estabelecimento de uma nova forma de

contato com a clientela. O conhecimento da realidade exige novas responsabilidades dos profissionais de saúde, bem como mudanças na sua prática cotidiana. Estas mudanças pressupõem, o estabelecimento de **vínculo** entre o profissional de saúde e o usuário e, o **acolhimento** por parte dos trabalhadores de saúde em serviço.²²

Alguns entrevistados, apontaram o **acolhimento** como aspecto positivo do tratamento supervisionado. “...*o paciente se sente acolhido. Ele sente a gente interessado, que o serviço está indo atrás dele e acaba dando um retorno. No começo se esconde um pouco e aí ele começa até a esperar na porta. Então eles criam um vínculo muito forte, fortalece o vínculo com a unidade... os familiares ficam aliviados porque vêem que a pessoa está tomando e acabam vindo também na consulta ...*” “... *trouxe uma troca maior entre profissional/paciente, uma ligação muito grande, o paciente se percebe melhor porque nós o enxergamos melhor, trazendo um crescimento grande para os profissionais da equipe de saúde ...*”

As relações que se estabelecem entre profissionais de saúde, paciente e familiares decorrentes da supervisão terapêutica, são diferentes daquelas estabelecidas no ambiente intra-hospitalar ou ambulatorial. Quando o paciente é atendido pelos serviços, a relação de dominação, subordinação tende a ser maior, imposta por normas institucionais. Na visita domiciliar, existe a chance de estabelecer-se com um grau de menor subordinação, pois o espaço de atuação é compartilhado com o paciente e familiares. As relações se tornam menos desiguais, exigindo que o profissional adote nova postura em relação ao paciente, tais como ouvir, conhecer, estar aberto ao diálogo.

Acompanhar diariamente a ingestão dos medicamentos, permite criar novas possibilidades de atuação, pois modifica as relações entre técnicos da área da saúde e pacientes/família estabelecendo novos vínculos. O relato do caso abaixo, é representativo, no que diz respeito ao estabelecimento de vínculo entre os agentes. “...*um paciente idoso, após terminado o tratamento, pedia às filhas que ligassem para nós, pedindo que passássemos lá que ele estava com saudades...*”

gratificante perceber o quanto é importante a nossa atuação enquanto profissional de saúde, de estar criando esse vínculo e como o paciente é carente e precisa da nossa ajuda...como isso é importante e bom para a equipe... ”

Este posicionamento valoriza a participação da equipe de saúde no tratamento do paciente, ampliando sua responsabilidade e compromisso perante o mesmo. “... a gente tem um caso de uma criança, cujo pai e irmãos são doentes e estão tratando. Assim que começaram a usar a medicação diariamente, começaram a se desenvolver bastante....a criança ficou mais esperta, se desenvolveu...nem conversando estava, passou a conversar. Inclusive a criança quando chegou aqui não andava, se arrastava. É gratificante você ver a criança melhorar, acompanhá-la diariamente...”

Na verdade, se o profissional não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação ou na trajetória de intervenção de programas para debelar um problema sanitário mais coletivo, ele não somente perderá contato com elementos potencialmente estimuladores de sua criatividade, como tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção, ou seja, pela recuperação do paciente ou pela promoção da saúde de uma comunidade.²¹

No ato de supervisionar, a equipe de saúde atua não somente no processo da intervenção terapêutica como também interage com sua realidade social. Esta participação contínua amplia a compreensão da equipe de saúde sobre os pacientes, seus interesses, suas relações familiares, suas necessidades, estreitando as relações. Esta nova relação supera a lógica do saber técnico, exigindo mudanças de comportamento, de atitudes, tanto do profissional quanto do paciente possibilitando modificações na qualidade da atenção. “...um paciente com co-infecção e diversos abandonos anteriores, com tratamento prolongado há anos; hoje esse paciente toma os medicamentos direitinho, fica esperando todos os dias pronto e arrumado, de banho tomado, com o café pronto, esperando chegarmos para tomar a medicação e depois tomar o café dele, isso nos tranqüiliza, ele

esta assumindo, é uma carência afetiva, ele gosta que vamos lá, também batemos papo...

Evidencia-se que o paciente sentiu-se valorizado no tratamento atual, o que tem permitido maior adesão e participação do mesmo no processo, o que não ocorreu em situações anteriores.

Destaca-se a importância de considerar o doente com tuberculose, como um ser inserido em uma sociedade complexa e contraditória da qual fazemos parte e de que também somos responsáveis.

É nesta direção que a proposta de execução do tratamento supervisionado deve ser valorizada, pois cria novas possibilidades de construir um modo diferente de agir na saúde. Não significa romper com a lógica de intervenção clínica, mas sim aproveitar este novo espaço como uma forma de conhecer a realidade, manter diálogos, estabelecer vínculos, levantar outras necessidades, conhecer as angústias e expectativas do cliente e familiares, buscar ações intercomplementares. “...diante às condições sociais do paciente, tentamos ajudá-lo com a cesta básica, às vezes é pouco, então entre nós mesmos, arrecadamos alguma coisa...até roupas a gente arruma...”

Este depoimento exemplifica a capacidade resolutiva da equipe frente a um problema específico, cuja solução foi encontrada através do envolvimento dos agentes.

Percebe-se que em virtude deste novo “conviver” estabelecido através da estratégia do tratamento supervisionado, alguns técnicos conseguem estabelecer relações entre a doença, seus fatores determinantes, construindo um novo olhar sobre questões ligadas à saúde das pessoas, na busca de ações que possibilitem a integralidade da atenção. Esta afirmação é demonstrada através das falas: “... observamos o problema cultural das pessoas, desemprego, há situações que nos deixam deprimidas, porque ficamos de mãos atadas, há coisas que não dá para resolvermos... agora com a cesta básica eles têm pelo menos isso para comer. O problema social é muito grande e deprimente, ninguém acredita, quem não vê não acredita...”

“...o tratamento supervisionado foi importante para equipe...o fato de sair do Centro de Saúde e ir para a comunidade, possibilita ver outros aspectos, onde ele mora, como é a vida dele, como que as relações, você conhece a pobreza, a miséria, o sofrimento que essas pessoas vivem e até começa a entender como é difícil para eles saírem desta situação, entenderem a importância da doença...então para eles as coisas não tem a mesma importância que para nós...até mesmo para as pessoas entenderem que isto não é paternalismo...é responsabilidade do profissional da saúde ter esse entendimento, nós temos que ter e não o paciente...as vezes ele não vai alcançar isso, mas nós temos que estar acima disso...”

Estas questões emergem como fundamentais para o entendimento, não somente do ciclo biológico da doença mas também do processo gerador da tuberculose. Conhecer melhor na realidade social qual o paciente se insere, entender como ele vive, condições de habitação, nutrição, ocupação/ profissão e renda familiar, pode possibilitar a compreensão da participação do homem em determinada cadeia epidemiológica, estudando as razões vinculadas à estrutura social que os fazem dela participar.¹³

Este novo olhar que se revela através da ação de supervisionar o tratamento do paciente com tuberculose, tem possibilitado à equipe de saúde ampliar seu conhecimento a respeito do estilo de vida do paciente, entender suas dificuldades, estabelecer vínculo e sentir-se responsável não só pelo seu tratamento mas também para com a pessoa humana, permitindo ainda maior envolvimento no planejamento da assistência prestada à população e comunidade. Ainda ocasiona responsabilização do caso, exigindo tomada de decisões, intervenções e muitas vezes articulação com outros setores. *“...buscamos ajuda do serviço social, psicólogos, outras unidades de saúde, vigilância epidemiológica, coordenação do programa, outras especialidades médicas, do Conselho da Criança e do Adolescente, encaminhamos para retirada de documentação porque muitos foram moradores de rua e perderam seus documentos ou não os têm...”*

Devido a magnitude dos problemas de saúde e complexidade que envolve o paciente de

tuberculose, outros setores são convocados, dentro e fora do âmbito dos serviços de saúde. Esta articulação entre profissionais intra e extra setoriais poderá resultar em maior interação entre os mesmos e ampliar o processo de reflexão acerca da diversidade de problemas que envolvem o paciente e seus familiares, conduzindo deste modo, a busca de soluções dentro de um universo mais amplo de opções.

Porém, não deve-se perder de vista que dentro do quadro complexo em que se inserem os problemas de saúde, nem sempre o setor saúde dispõe de recursos para dar uma resposta efetiva na solução dos mesmos.¹⁷ Na atualidade caracteriza-se como um desafio aos planejadores de saúde adotar estratégias que contribuam para melhoria da qualidade dos serviços ofertados e garantam o acesso igualitário e a equidade em saúde, condições necessárias para construção do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, sabe-se que a construção social de um novo sistema de saúde, que privilegie as ações de promoção implicará em mudanças no paradigma e na prática sanitária.

Considerações finais

O processo de implantação do tratamento supervisionado no município de Ribeirão Preto, vem se construindo com alguns avanços e dificuldades, revelando-se porém, capaz de transformar a prática de atenção ao paciente com tuberculose.

O princípio norteador da proposta, caracterizado pelo ato de supervisionar a ingestão medicamentosa, continua sendo a finalidade central da intervenção. Promover a cura dos pacientes pode significar mudanças nos indicadores e conseqüente impacto epidemiológico. No entanto, o processo desponta como capaz de ampliar os espaços e formas de intervenção, no âmbito individual e coletivo, permitindo o desenvolvimento de ações que resultem em redução na transmissão da tuberculose, seja através do controle dos comunicantes, seja privilegiando ações educativas no âmbito familiar.

Acresce-se a estes aspectos, que o comparecimento diário do profissional ao domicílio

do paciente, permite conhecer a realidade na qual vive o paciente, modificando as relações e atitudes. Este convívio freqüente, pressupõe o estabelecimento de vínculo, promovendo mudanças na qualidade da atenção, ampliando o compromisso e responsabilização do profissional perante o paciente e seu tratamento.

É importante ressaltar que existem fatores extrínsecos, que independem a capacidade de interação dos profissionais. Uma parte de nossa clientela é alcoólatra, usuário de droga, doentes de AIDS, não tem residência fixa, fatores estes, dificultadores para o estabelecimento de vínculo e da adesão ao tratamento.

Além dos aspectos que envolvem diretamente o paciente (uso de drogas, álcool, AIDS) ainda se deparam com problemas de maior abrangência, de caráter econômico, cultural e social. “...tem pacientes que vivem em situação muito difícil...hoje eu fui na casa de um paciente que estou assistindo a tomada de medicação...não tinha nem arroz para fazer...” “...assim fornecemos uma cesta básica, que além de amenizar sua fome melhora a adesão ao tratamento...”

Este depoimento retrata necessidades de saúde, socialmente determinadas e definidas, e refletem a própria estrutura da sociedade. Intervir sobre estes aspectos exige o reconhecimento da complexidade da situação de saúde no Brasil e dependem de intervenções que envolvem articulações de amplo alcance, com participação de outras instâncias decisórias (política, econômica e sócio-cultural). Por isso é preciso ampliar os espaços de participação, e conceber iniciativas pactuadas entre Sociedade, Municípios, Estados e Governo Federal ²²

Finalmente, deve-se enfatizar que o tratamento supervisionado não pode estar descolado deste contexto maior das políticas de saúde. Sem dúvida, sabe-se que esta estratégia não contempla a totalidade da situação de saúde, concentrando sua atenção no controle da tuberculose. Porém, apesar de caracterizar-se como uma intervenção de espectro mais limitado, direcionado ao tratamento medicamentoso, estabelece novas possibilidades de ampliar os espaços e formas de intervenção no

processo saúde-doença em âmbito individual e coletivo.

Sua prática desenvolve a capacidade de articulação com outros setores, promove uma aproximação com a realidade social dos pacientes, possibilitando ampliar a capacidade de interação e atuação dos agentes, através de estabelecimento de vínculo, acolhimento, responsabilidade, na perspectiva de garantir maior qualidade e adesão do paciente ao tratamento.

O tratamento supervisionado no controle da tuberculose, desponta no espaço da saúde como capaz de gerar mudanças na prática dos agentes envolvidos, configurando um novo modo de agir em saúde.

Referências bibliográficas

- 1-PEARSON, L.;JEREB,J.A.;CRAWFOR,J.T.; DAVIS,B.J.;DOOLEY,S.W.; ARWIS,W.R. Ann. Intern. Med. v.117,n.3,p.191-6, 1992.
- 2-FREIRE,D.N. Tuberculose. In: AMATO NETO,V.; BALDY,J.L.S. **Doenças transmissíveis**. 3. ed. São Paulo, cap.71,1991.p.845-68.
- 3-OPS/OMS. Reunion regional de directores nacionales de programas de control de la tuberculosis. **Informe final**. Ecuador, 1997.
- 4-BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Controle da tuberculose** : diretrizes do plano de ação emergencial para municípios prioritários. Brasília,1997.
- 5-TEIXEIRA, G. **DOTS**: A retomada de uma estratégia. Rio de Janeiro,1998. 5p. /mimeografado
- 6-KOCHI, A. **Tuberculosis control** : is DOTS the health breakthrough of the 1990s?. World Health Forum, Geneva, 1997. vol.18, number 3/4.

- 7-SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde, Centro de Vigilância Epidemiológica, Divisão de Tuberculose. **Tratamento supervisionado de Tuberculose**. São Paulo, 1997. 7p. /mimeografado/
- 8-SUAREZ,G.P. Uma brecha no Peru. In: KOCHI, A
. **Is DOTS the health breakthrough of the 1990s?**. Geneva, 1997. v. 18, p. 235-236.
- 9-NEHER, A .; BREYER G.; SHRESTHA B.; FELDMANN K. **Directly observed intermittent short-course chemotherapy in the Kathamandu valley**. Germany, 1996.
- 10-SBARBARO,J.A. Directly observed therapy: who is responsible? **Clin. Chest Med.**, v.18, n . 1, p.131-133, march1997.
- 11-SOUFFRANT, G. Harlem's Model Tuberculosis Center. In: UPHAM,G.; BROWDERICK, A. **Tuberculosis & HIV**. New York, 1995.n.6, p.22-23.
- 12-MINAYO, M.C.F. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1993. 269p.
- 13-RUFFINO NETTO, A.; PEREIRA, J.C. Saúde-doença e sociedade: a tuberculose – o tuberculoso. **Rev. Medicina**, v.15 ,n1- 2, p.5-11, 1982.
- 14-MENDES, E.V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde . In: MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. HUCITEC, 1996. Cap.4, p.233-300,
- 15-VILLA, T.C.S. **A Enfermeira nos Serviços de Saúde Pública do Estado de São Paulo (1967-1983)**. Ribeirão Preto, 1992. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- 16-MERHY, E.E. **O capitalismo e a saúde pública**. Campinas, Papirus, 1985
- 17-MENDONÇA, G.F. Educação em Saúde: um processo participativo. In: BRASIL. Ministério da Saúde .**Ação Participativa: avaliação de experiências**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.11-19.
- 18-PAIM, J.S.; TEIXEIRA, M.G.L.C. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do sistema único de saúde(SUS). **Informe Epidemiológico do SUS**. V. I , n. 5, p. 27-57, out.1992.
- 19-SILVA, L. J. Da vacina à aspirina: considerações acerca das ações coletivas em saúde pública. **Saúde e Sociedade** , v. 5, n.2, p.3-16,1996.
- 20-VAUGHAN, J.P.; MORROW,R. H. **Epidemiologia para os municípios**. Manual de gerenciamento dos distritos sanitários, São Paulo. HUCITEC,1992.
- 21-CAMPOS, G.W.S. Análise crítica da contribuições da saúde coletiva e a organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S.(org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo, Lemos Editorial, 1997. p.113-124.
- 22-BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano nacional de controle da tuberculose**. Brasília, 199