

Intersectorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família

Lenilde Duarte de Sá¹

Anna Luiza Castro Gomes²

Jordana de Almeida Nogueira³

Tereza Cristina Scatena Villa⁴

Káren Mendes Jorge de Souza⁵

Pedro Fredemir Palha⁶

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

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

¹ Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Associado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: lenilde_sa@yahoo.com.br.

² Enfermeira, Doutoranda em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Professor Assistente, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: annaenf@gmail.com.br.

³ Enfermeira, Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto, Universidade Federal da Paraíba, PB, Brasil E-mail: ja_nogueira@yahoo.com.br.

⁴ Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br.

⁵ Doutoranda em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil. E-mail: karensouza@usp.br.

⁶ Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil. E-mail: palha@eerp.usp.br.

Endereço para correspondência:

Lenilde Duarte de Sá

Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Campus Universitário I

CEP: 58050-900 João Pessoa, PB, Brasil

E-mail: lenilde_sa@yahoo.com.br

Intersectorality and Bonding in Tuberculosis Control in Family Health

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

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

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

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

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

Introdução

A tuberculose (TB) é considerada um dos graves problemas de saúde pública que afeta a população, estando distribuída pelos cinco continentes do globo. O fato de existir tratamento e cura não tem impedido que haja expressivo crescimento dos indicadores de morbimortalidade, o que representa grande desafio para as autoridades sanitárias no Brasil e no mundo. Embora tenham sido desenvolvidas políticas e estratégias para o controle da doença, o empobrecimento, a urbanização, a favelização, as intensas migrações e a pandemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) têm comprometido mundialmente o combate contra a TB⁽¹⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no ano 2008, ocorreram, mundialmente, 9,4 milhões de novos

casos de TB (140/100.000 hab). Para o mesmo ano, há estimativa de 11 milhões de casos prevalentes (170/100.000 hab) e taxa de mortalidade de 21/100.000 hab⁽²⁾.

No Brasil, para o ano 2008, foi estimada a ocorrência de 89 mil casos novos da doença, incidência de 46 casos/100.000 hab e prevalência de 29/100.000 hab em todas as formas de TB⁽²⁾. A Região Nordeste, no ano 2008, ocupou o segundo lugar em percentual de casos de TB por região brasileira, concentrando 28,46% dos casos e apresentando coeficiente médio de incidência de 35 casos por 100.000 hab⁽³⁾.

Em 2006, a OMS propôs plano de controle para a TB, que assinalava a importância da participação e apoio dos doentes de TB e das comunidades na luta contra a

doença. O citado plano integrava questões relacionadas à defesa de causas, comunicação, mobilização social e declaração para os doentes sobre os direitos de atenção à tuberculose⁽⁴⁾.

O reconhecimento do controle da TB, envolvendo a participação da comunidade, encontra-se articulado ao debate sobre promoção da saúde, fortalecido nas últimas décadas, com base nas propostas de cidades saudáveis, das políticas públicas saudáveis e da intersetorialidade. A ação intersetorial é compreendida como "uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor, que se tenha formado para atuar em um tema, visando alcançar resultados de saúde de maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável, do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só"⁽⁵⁻⁶⁾.

A existência efetiva de políticas sociais intersetoriais e de compromisso irrestrito com a vida e a dignidade humana podem ser consideradas como medidas capazes de reverter os atuais indicadores de saúde, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade de vida da população⁽⁵⁾. No Brasil, a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2001, expressou a necessidade de "implementar políticas intersetoriais de promoção da saúde por meio do conceito de municípios saudáveis", pautando a organização da atenção à saúde por meio da Estratégia Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Recente estudo, desenvolvido para avaliar o desempenho das equipes de saúde da família (ESF), no controle da TB, em um município da região metropolitana do Estado da Paraíba, considerando a dimensão de vínculo, verificou que, apesar de esse município ter implantado o *Directly Observed Treatment, Short-course* (DOTS) e do mesmo ter sido descentralizado para todas as Unidades de Saúde da Família (USF), há problemas que fragilizam o controle da doença pela instância local. Parte desses problemas situa-se no âmbito das micropolíticas de saúde, que envolve o processo de trabalho das equipes e a relação dos profissionais com o doente de TB e a sua comunidade. A outra parte está representada pela articulação entre a equipe e os demais sujeitos do processo de cuidado, ou seja, a sociedade em geral e os gestores de políticas públicas de saúde⁽⁷⁾.

Estudo realizado em São José do Rio Preto, São Paulo, ao analisar a situação epidemiológica da TB em relação às características socioeconômicas do referido município, no período de 1998 a 2004, confirma a determinação da doença, no cenário estudado, pelas condições de vida da população⁽⁸⁾, o que fortalece a importância de intervenções intersetoriais, integrais e voltadas para a pessoa, a família e a comunidade, como observado em outro estudo, cujo

objetivo foi analisar o papel do profissional da enfermagem no controle da tuberculose, sob a perspectiva da equidade, no âmbito dos países da América Latina⁽⁹⁾.

Reconhecendo que o controle da TB necessita de ações integradas e permanentes no campo da Atenção Primária à Saúde (APS), bem como da melhoria das condições de vida e a redução da desigualdade social, considerando as diretrizes e estratégias preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), este estudo teve como objetivo analisar o desempenho das ESFs no controle da TB, segundo a relação entre vínculo e o desenvolvimento de ações intersetoriais, em município da Região Metropolitana de João Pessoa, Paraíba.

Método

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, realizado em município pertencente ao 1º Núcleo Regional de Saúde do Estado da Paraíba (BR). O enfoque qualitativo propõe a subjetividade como fundante do sentido, no qual as relações sociais são evidenciadas como resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida por meio do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum⁽¹⁰⁾. Em consonância com as características dessa abordagem, para o processo de análise do material empírico, elegeu-se a técnica de análise do discurso, uma vez que é indicada nas pesquisas qualitativas, pelas possibilidades de relacionamento dos materiais que envolvem valores, juízos necessários e preferíveis como argumentos, ou como meios capazes de revelar a visão de mundo e, portanto, a posição ideológica do sujeito discursivo⁽¹¹⁾.

O município cenário do estudo está habilitado na modalidade de Gestão Plena de Sistemas desde 2003 e possui vinte e oito ESFs, que são responsáveis pela operacionalização do DOTS. Conta ainda com duas policlínicas, uma maternidade - onde é realizada a vacina BCG, um laboratório central municipal, responsável pelas baciloscopias de diagnóstico e controle e cinco postos de coletas de escarro.

O estudo foi realizado entre 24 de abril e 8 de maio de 2007, e foram convidados os profissionais que integravam as dezesseis equipes que estavam responsáveis pelo acompanhamento dos usuários em tratamento para TB no município, naquela época. Apenas trinta e sete profissionais participaram.

Para a construção do material empírico, utilizou-se a técnica do grupo focal (GF), que compreende a coleta de dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial, sugerido pelo pesquisador, ocupando, como técnica, posição intermediária entre a observação participante e a entrevista em profundidade⁽¹²⁾.

Considerando que na técnica de GF os grupos devem ser pequenos e homogêneos, não ultrapassando o número de 12 componentes por grupo⁽¹³⁾, contando com a colaboração de dois observadores, foram realizados sete grupos focais: dois grupos com enfermeiros (com sete e seis participantes em cada um) (E), dois grupos com auxiliares e técnicos de enfermagem (com seis e sete participantes em cada um) (AE) (TE), um grupo com agentes comunitários de saúde (ACS) (seis participantes) e um grupo com médicos (cinco participantes) (M). Os grupos se concentraram no Centro de Formação de Recursos Humanos (Cefor) do município, a partir das 15h e duraram, em média, uma hora e quarenta minutos. O agendamento foi pactuado previamente com as coordenações locais da Atenção Básica e do Programa de Controle da Tuberculose.

As discussões nos grupos focais foram norteadas por roteiro previamente elaborado, sendo os depoimentos dos participantes registrados pelos observadores em planilhas, elaboradas pelas pesquisadoras, e gravados, conforme autorização concedida pelos participantes. Como disparador para a discussão, foram apresentadas três situações envolvendo ações de ESF, no cuidado ao usuário com TB, que precedeu a apresentação dos participantes, explanação dos objetivos da pesquisa, justificativa do uso dos gravadores, explicação sobre o sigilo dos depoimentos e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A categorização dos depoimentos foi realizada mediante a técnica da análise do discurso⁽¹¹⁾ e obedeceu às seguintes etapas: transcrição dos depoimentos na íntegra, impressão e leitura dos textos, identificação dos temas relacionados ao objeto e objetivos do estudo; recorte, decomposição dos textos que apresentem temas recorrentes pelos diferentes sujeitos da investigação; agrupamento dos textos que se refiram aos temas coincidentes, permitindo a formação de blocos de significados, os quais orientam a construção de subcategorias que, por sua vez, explicam a grande categoria empírica identificada neste estudo: os desafios das equipes de saúde da família no controle da tuberculose considerando as ações intersetoriais.

Os participantes foram decodificados com letras e números, de forma a garantir seu anonimato, bem como atender os requisitos propostos pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos. O projeto que deu origem a este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, em 28 de março de 2007, sob Protocolo nº936/2007.

Resultados e Discussão

Ações intersetoriais e vínculo no controle da tuberculose: os desafios das equipes de saúde da família

Os depoimentos dos profissionais das ESFs do município confirmaram o potencial da estratégia Saúde da Família para reorganizar o serviço de saúde, na perspectiva da APS, na medida em que essa apresenta potência para mudança do modelo assistencial, principalmente por facilitar o acesso das pessoas aos serviços de saúde. Além desse aspecto, foram apontados os seguintes avanços em relação ao controle da TB: a presença de equipe multiprofissional, disponível em 40 horas semanais, desenvolvendo ações de prevenção, cura, reabilitação e realizando visitas domiciliares; a identificação precoce das pessoas sintomáticas respiratórias, a prioridade de atendimento do doente de TB nas USFs, a disponibilidade de medicamentos e a oferta de exames de baciloscopia. Uma técnica de enfermagem relatou: *... hoje em dia ele [o doente de TB] já tem a medicação mais fácil. É mais próximo, tem a comodidade. É, ficou mais fácil porque antigamente ele ia pro hospital. Teve casos que o paciente se internava, passava seis meses no hospital. Hoje em dia a medicação já está dentro do posto* (TE 9).

Nessa situação em particular, parece haver reconhecimento do compromisso político do gestor - um dos pilares da estratégia DOTS - quanto à garantia da medicação específica para tratamento da TB, muito embora ocorra a escassez de opções farmacológicas quando a pessoa com TB apresenta efeitos colaterais à medicação específica ou, ainda, porta outras doenças associadas, como evidenciado no depoimento a seguir: *... você não tem um xarope, você não tem um antibiótico para curar uma patologia associada, não tem uma vitamina para dar a esse paciente para ele dar uma levantada* (M 3). Os problemas citados têm dificultado a continuidade do tratamento e, conseqüentemente, o controle da doença como afirma o agente comunitário de saúde: *... agora há pouco ele desistiu [de tratar a TB]. Semana passada eu fui buscar ele novamente e conversei com ele. Ele disse para mim que realmente estava com muita força de vontade de terminar dessa vez. Mas, só que há falta de alimento para ele. Assim, ele tava sentindo muita agonia cada vez que tomava a medicação* (ACS 1).

O depoimento acima denuncia também a situação socioeconômica desfavorável, vivenciada por muitas pessoas que desenvolvem a TB. Verifica-se que o estado de pobreza contribui para o abandono do tratamento, o que se constitui, atualmente, um dos mais graves

problemas relacionados ao controle da doença. O doente tem acesso à medicação para tratar a doença, mas a sua condição financeira não favorece a aquisição do alimento. Nesse caso, a fome acentua o desconforto gástrico, levando, muitas vezes, o usuário a desistir do tratamento, pois o cuidado ao doente de TB exige, muitas vezes, atividades de suporte social, além da terapia diretamente observada⁽¹⁴⁾.

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. A condição de sobrevivência de grande parte dos doentes é relatada pelos ACSs: *... é precária, porque o que eu sei é que o paciente de tuberculose tem direito a uma cesta básica, de uma alimentação digna. [...] Mas, eles não têm porque está todo mundo sem emprego lá (ACS 5). Ele não tinha condições nem de comprar comida, porque, assim, se for fazer a visita lá, vai ver que a situação não é boa (ACS 4).*

Reconhecendo a situação de pobreza das pessoas com TB, as ESFs, sensibilizadas, adotam estratégias para minimizar o sofrimento desses indivíduos e garantir a continuidade do tratamento, como mostram os seguintes relatos: *(...) ele não tinha dinheiro pra vir fazer o exame [...]. E assim, a gente é quem já ajudava ele... e acabou que a gente deu mesmo o dinheiro pra ele vir fazer... [o tratamento] (TE 10). Cada qual [profissional]... traz um alimento pra incentivar mais eles, porque na realidade, quando a gente chega na casa do paciente é de fazer pena... (TE 3). Pegou os agentes que já ganham pouco, não é? Mas graças a Deus, o dinheiro deu. As enfermeiras que ficaram com a parte maior e as médicas. Elas [as enfermeiras] e a gente ficou trabalhando até tarde fazendo a salada, entendeu? (ACS 4).*

Ações como essas mostram solidariedade por parte das ESFs, porém, é preciso considerar que tais atitudes são focalizadas e não respondem a necessidades mais amplas, ligadas ao problema da TB, que, além de envolver os esforços das ESFs, requer a atuação de múltiplos atores, mediante a organização de trabalho em rede, no qual as responsabilidades são compartilhadas em ações conjuntas. Desse modo, verifica-se que alguns problemas relacionados à desarticulação desses atores podem obstaculizar o controle da doença em nível local, como mostram os seguintes relatos: *... como é que a gente vai fazer se eles [os gestores] não dão condições nenhuma à gente? (ACS 4). Infelizmente nós temos uma comunidade que não quer, totalmente desinteressados. Eles são agressivos, totalmente desinteressados (M 4). Há, nesse sentido, a necessidade de desenvolver políticas que tornem viáveis medidas intersetoriais que promovam a saúde e o bem-estar das pessoas que são, acima de tudo, cidadãos, aos quais os direitos vêm sendo negados⁽¹⁵⁾.*

Considera-se, ainda, a importância da inclusão da

sociedade civil na luta contra o crescimento da TB como recurso legítimo do exercício do controle social, por meio da participação em conselhos de saúde, nas três esferas do governo. A participação da sociedade contribui para a definição de políticas de saúde que viabilizem a promoção de qualidade de vida e o direcionamento da aplicação de recursos. Lembra-se, aqui, a influência da Declaração de Amsterdã, em 2000, recomendando aos países participantes que, para o controle da doença, seria necessário monitorar e avaliar programas de controle da TB, bem como apoiar as parcerias com as organizações não-governamentais (ONG) e com a comunidade. Desse modo, destaca-se que a falta de participação da comunidade contribui para a morosidade dos gestores na liberação de recursos, na implantação e na implementação de políticas de controle da TB⁽¹⁶⁾.

Outra situação marcante e de cunho social que fragiliza o combate à disseminação da TB é a comorbidade com o alcoolismo. A dependência do álcool surge como a condição mais importante de saúde mental no Brasil, onde cerca de 8% da população adulta masculina necessita de algum cuidado médico, face ao uso nocivo de álcool⁽¹⁷⁾. Como exemplo da gravidade da associação da TB com a dependência do álcool, é apresentado o seguinte relato: *... mas, assim, quando começou a se sentir melhor, com um mês, aí ele voltou de novo pras drogas, pro álcool. Quando eu ia fazer visita, ele tava jogado nas calçadas, tudo. A agente de saúde fazia supervisão todos os dias, foi ameaçada verbalmente, agredida fisicamente, aí eu comuniquei isso à coordenação, tudo porque eu não sabia mais o que fazer! Na verdade, eu não sei o que fazer. Ele abandonou novamente (E 1).*

Considerando a atual política de descentralização das ações de controle da TB, para a estratégia Saúde da Família e sua responsabilidade na organização da linha de cuidado ao doente de TB, destaca-se que as ações intersetoriais fortalecem o vínculo – dimensão da APS – entre a equipe de saúde da família, o doente de TB, sua família e a comunidade, pois potencializam a construção de laços interpessoais e articulam esforços, refletidos na cooperação mútua entre setores diversos para a promoção da saúde.

Nos casos de TB, associados ao uso de álcool, as ESFs podem fazer parcerias. Dentre outros setores, podem ser integrados o grupo dos Alcoólicos Anônimos (AA), as pastorais e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que adotam a abordagem da atenção à saúde mental e estratégias de acolhimento e vínculo com pessoas em abuso de drogas. O papel articulador das ESFs, junto à rede de saúde mental, assim como aos demais segmentos e setores de apoio social, tem se configurado como importante estratégia para o enfrentamento do abandono

do tratamento da TB, favorecendo, desse modo, o controle da disseminação da doença⁽¹⁸⁾.

O controle da TB não depende apenas da ação das ESFs, como afirmou uma médica: ... *a responsabilidade não é só da equipe. É um trio: é a equipe, é o paciente com a família, porque se a família não tiver envolvida, ele também não vai estar, e a gestão* (M 3). No entanto, ampliando a pertinente observação da profissional de saúde, se faz importante ressaltar que a responsabilidade pelo controle da TB vai além do envolvimento dos atores citados. A realidade tem mostrado que a falta de políticas intersetoriais e a tímida participação da sociedade ameaçam a eficácia da estratégia DOTS e o que preconiza o Pacto pela Saúde 2006. Portanto, insiste-se na inclusão da sociedade civil para que as equipes de saúde possam desenvolver estratégias de trabalho com a participação ativa do doente, das famílias e de seguimentos organizados da comunidade, de modo a incluí-los como atores sociais no controle da TB⁽¹⁹⁾.

Por oportuno, considera-se que o controle da TB está condicionado pelas ações relacionadas aos campos das micro e das macropolíticas. Nesse sentido, considera-se a existência de dois campos para as políticas de saúde: em um estão concentradas as micropolíticas de saúde e, no outro, as suas articulações, fluxos e circuitos, que se convencionou chamar de "sistema de saúde", ou seja, o campo das macropolíticas⁽²⁰⁾. Na perspectiva da cogestão em saúde, isto é, da ampliação da autonomia e da corresponsabilidade entre os sujeitos envolvidos com o cuidado à saúde, pode-se considerar como sujeitos no controle da TB a pessoa acometida pela doença e sua família, os trabalhadores da saúde, os demais setores da sociedade e o governo com suas políticas de saúde.

São consideradas como ações inerentes ao campo das macropolíticas e necessárias à qualidade da assistência à pessoa com TB e que, portanto, ultrapassam a competência das ESFs: o compromisso político em prover as USFs de condições físicas e materiais para o pleno funcionamento, a organização dos serviços da APS; a articulação com os serviços de referência; a promoção de qualificação de recursos humanos na temática; a desprecarização das relações de trabalho e a legitimação da autonomia das categorias profissionais que compõem as ESFs; o desenvolvimento de ações intersetoriais que viabilizem a inclusão social da pessoa com TB e a participação da comunidade nesse processo; o apoio familiar ao doente e, por fim, a promoção de condições dignas de vida e a valorização do autocuidado⁽⁷⁾.

No contexto das ações de controle da TB, destaca-se, também, a articulação com o setor educacional, tanto no que diz respeito à qualificação dos profissionais para melhor lidar com a pessoa acometida pela TB como,

também, para a potencialização das ações de educação em saúde, necessárias para fortalecer, na perspectiva da APS, o controle social.

Com relação à qualificação, os profissionais envolvidos neste estudo revelaram, em sua maioria, a dificuldade para participar de qualificações sobre TB, o que os limita tecnicamente para desenvolver as ações preconizadas pelo Programa de Controle de Tuberculose (PCT): ... *mas, eu nunca recebo essa questão da notificação da médica. E eu já conversei com ela. Uma das dificuldades que ela e outros médicos falam é que é muito difícil ter capacitação para eles* (E 4). *A minha auxiliar, ela nunca teve capacitação* (E 1).

É importante considerar o papel dos Estados da Federação na assessoria técnica e na qualificação de recursos humanos para os municípios, de modo a melhorar a atuação dos profissionais no combate à TB. A gravidade da situação é reconhecida pela médica quando afirma: ... *então isso repercute lá na ponta e de uma forma grave [...]. Hoje mesmo eu tenho responsabilidade de capacitar esses agentes comunitários. Eu acho que é da secretaria, está certo? Tem que uniformizar! Aqui é assim: alguém dá uma ordem, noutro dia já tem outra ordem!* (M 2).

Com base nas últimas falas, verifica-se a necessidade de maior compromisso e investimento dos gestores em processos de formação que levem à transformação de práticas e à superação da pandemia que é a tuberculose, mediante alterações positivas de situações epidemiológicas. Apesar de o Ministério da Saúde (MS) ter colocado em prática um plano nacional que enfatiza a qualificação dos recursos humanos⁽²¹⁾, reconhece-se que esse ainda é insuficiente diante do quantitativo de profissionais que lidam com a TB, pois as oportunidades são limitadas e esporádicas como mostra o relato a seguir: ... *então a gente observa que não tem muito espaço, por exemplo, tem essas capacitações do Estado. Eles disponibilizam pouquíssimas vagas! Então isso dificulta porque se tivesse todo o município até seria bom, porque todo mundo estaria junto, com suas vivências. Então eu acho que seria ótimo, mas as dificuldades são grandes* (E 3).

Verifica-se que, no município, ainda é incipiente a política de qualificação em TB para os profissionais das ESFs, fato que representa importante ameaça à eficácia da estratégia DOTS, podendo, inclusive, alterar o perfil epidemiológico da doença no município. No entanto, vale ressaltar que apenas favorecer a inclusão desses profissionais nos processos de qualificação, disponibilizando mais vagas, não vai resolver o problema da TB, uma vez que a formação em saúde tem sido pautada no modelo flexeneriano, fragmentado e centrado nos aspectos biológicos.

Sendo assim, se faz necessário instituir processos de formação em saúde em que se estimulem práticas

fundamentadas na humanização, no acolhimento e na responsabilização e voltadas para usuários e serviços de saúde, assim como para o desenvolvimento de projetos de produção de autonomia no cuidado e na produção da vida, como objetos de aprendizagem e montagem dos perfis de trabalho individual e coletivo⁽²²⁾. Isso significa que os processos de formação, além de considerarem as competências específicas de cada profissional, devem ser orientados para a produção do cuidado em equipe e fundamentados na concepção da educação permanente em saúde (EPS), sustentada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e proposta para implementar processos com capacidade de impacto no ensino, na gestão setorial, nas práticas de atenção e no controle social em saúde⁽²³⁾.

Com relação às ações de educação em saúde, os depoimentos mostram que as mesmas ações não têm sido priorizadas no processo de trabalho das ESF: *... eu vou ser bem sincera: a gente não tem frequência de fazer palestras porque a nossa rotina é muito difícil* (E 6).

O fato de a educação em saúde não ser priorizada revela contradições. A primeira diz respeito ao não cumprimento de uma das atividades recomendadas pelo MS para a atuação das ESFs no controle da TB⁽²⁴⁾. A segunda relaciona-se à questão da educação em saúde estar implicada em uma das dimensões apontadas pela APS para promover a saúde das pessoas, para a comunidade, ou seja, a dimensão da orientação para a comunidade⁽²⁵⁾. A terceira contradição está intrinsecamente articulada às demais, uma vez que a falta de educação em saúde influencia as necessidades de saúde das pessoas, das famílias e da comunidade. Como exemplo, comentou uma ACS: *... lá onde eu moro, na minha área mesmo, eles se informam mais, eles querem saber mais sobre a doença. Então, para eles é importante a informação. Porque as pessoas ficam curiosas em saber para poder se cuidar também* (ACS 6).

Reconhece-se, portanto, que a educação em saúde constitui requisito fundamental para a promoção do cuidado às pessoas com TB, e para o combate do estigma relacionado a essa doença, ainda fortemente presente na sociedade. O depoimento de uma enfermeira valida essa necessidade: *... o usuário [com TB] de Santa Rita tem 27 anos, veio na segunda-feira - faz oito dias - com o irmão dele para que eu fizesse alguma coisa escrita para entregar ao chefe dele afirmando que ele não tinha nenhum problema grave, pois o chefe não queria assinar a carteira. Ele trabalha em um supermercado. Então, os colegas estavam com receio de chegar perto dele e ele queria alguma coisa assim, ou seja, que eu fizesse algo escrito para que as pessoas acreditassem que a doença não o impedia de trabalhar, de ele ter contato com os colegas, a convivência, entende?* (E 2).

Inserir de forma ampliada a participação da sociedade civil no controle da TB, uma doença em que o cuidado às pessoas que as porta encerra os aspectos da interdisciplinaridade, concorre para que sejam materializados no respeito à vida dessas pessoas os sentidos e significados de alteridade e da solidariedade. Dessa forma, é possível sensibilizar a sociedade civil para que compreenda que o controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde⁽²³⁾.

Conclusão

Entre os problemas que impactam negativamente sobre o controle da TB, no município, foram revelados: a escassez de ações voltadas à promoção de ações intersetoriais, a pouca participação da comunidade no combate à doença, a falta de qualificação técnica dos profissionais em relação à temática da TB e a condição social desfavorável da grande maioria das pessoas acometidas pela doença.

Os resultados elucidaram contradições e incoerências entre a prática das ESFs e o discurso oficial das políticas de saúde, entretanto, o estudo destaca o potencial da Estratégia Saúde da Família para organizar as ações de prevenção, controle, diagnóstico e tratamento da TB, segundo o referencial da APS. Na perspectiva de conceito ampliado de saúde e considerando o cuidado integral, pode-se dizer que a escassez de ações intersetoriais para o combate à TB fragiliza a produção do vínculo entre doentes e ESFs, pois interfere na resolutividade das necessidades demandadas por essas pessoas e na credibilidade dessas na equipe responsável pelo cuidado, haja vista que a problemática requer assistência eficaz.

Em síntese, faz-se necessária a adoção de medidas intersetoriais, orientadas pelos princípios do SUS, bem como a articulação de saberes, poderes e interesses diversos, para enfrentar problemas complexos como a TB, priorizando, sobretudo, ações que promovam a organização dos serviços, tendo como eixo teórico estruturante a APS, e a qualificação de recursos humanos na perspectiva da cogestão e da ampliação da autonomia dos sujeitos envolvidos no cuidado.

O estudo revelou, também, que, apesar das limitações técnicas de alguns profissionais, da precarização do processo de trabalho nas USFs, da insuficiência de recursos financeiros e das inadequações da estrutura física das USFs, para promover ações junto à comunidade, existe o esforço e o compromisso das ESFs em garantir o êxito do tratamento das pessoas acometidas pela TB, a partir

do estabelecimento de vínculos com os doentes. Desse modo, acredita-se que a implementação de medidas intersetoriais e o incentivo à cogestão e 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.

Referências

1. Kristski AL, Villa TCS, Trajman A, Lapa e Silva JR, Medronho RA, Ruffino-Netto A. Duas décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas. *Rev Saúde Pública*. 2008;41(1):9-14.
2. World Health Organization. Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report. Geneva: WHO; 2010 [acesso 11 jun 2010]. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/update/en/index.html
3. Barreira D. Programa Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: MS; 2009 [acesso 20 out 2009]. Disponível em: www.cve.saude.sp.gov.br/htm/tb/eventos/forum/04TB09_Brasil_DBarreira.pdf
4. World Health Organization [internet]. A Estratégia Stop TB. 2006. [acesso 05 março 2008]. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/2006/stoptb_strategy_por.pdf.
5. Westphal MF. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Rev Ciênc Saúde Colet*. 2000;5(1):39-51.
6. Rede Unida [internet]. 2007 [acesso 10 jun 2007]. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br>
7. Gomes ALC, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):365-72.
8. Santos MLSG, Vendramini SHF, Gazetta CE, Oliveira SAC, Villa TCS. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the online]*. 2007;15(spe):762-7. doi: 10.1590/S0104-11692007000700008.
9. Oblitas FYM, Loncharich N, Salazar ME, David HML, Silva IVD. Nursing's role in tuberculosis control: a discussion from the perspective of equity. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]*. 2010;18(1):130-8. doi: 10.1590/S0104-11692010000100020.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 7ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2000.
11. Fiorin JL. Elementos da análise de discurso. 7ª ed. São Paulo: Contexto-Edusp; 1999.
12. Morgan DL. Focus group as qualitative research. 2. ed. California: Sage Publications; 1997.
13. Cruz O Neto, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos focais e pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
14. Gonzáles RIC, Monroe AA, Arcêncio RA, Oliveira MF, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Indicadores de desempenho do DOT no domicílio para o controle da tuberculose em município de grande porte, SP, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na internet]*. 2008; 16(1):95-100. doi: 10.1590/S0104-11692008000100015.
15. Sá LD, Nogueira JA, Silveira RMG, Villa TCS, Gomes ALC, Nobrega RG, Ruffino Netto A. Humanização do cuidado no SUS e os direitos dos doentes de tuberculose. In: Villa TCS, Rufino Netto A. Tuberculose: pesquisas operacionais. Ribeirão Preto (SP): FUNPEC Editora; 2009.
16. Santos-Filho ET, Gomes ZMS. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(Supl 1):111-6.
17. Zago MA. A pesquisa clínica no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2004;9(2):353-74.
18. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm*. [periódico na internet]. 2007;16(4):712-8. doi: 10.1590/S0104-07072007000400016.
19. Oliveira SAC, Ruffino Netto A, Villa TC, Vendramini SHF, Andrade RL de P, Scatena LM, et al. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na internet]*. 2009 [acesso 01 out 2009]; 17(3):361-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000300013&script=sci_arttext&tlng=pt
20. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2006.
21. Santos J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(1):89-94.
22. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface – Comunic Saúde Educ*. 2007;11(23):427-38.
23. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: Physis: *Rev Saúde Colet*. 2004;14(1):41-65.
24. Ministério da Saúde (BR) Manual técnico para o controle de tuberculose. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

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

Recebido: 21.10.2009

Aceito: 25.8.2010

Como citar este artigo:

Sá LD, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Souza KMJ, Palha PF. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar-abr 2011 [acesso em: ____/____/____];19(2):[09 telas]. Disponível em: _____

URL

dia
mês abreviado com ponto
ano