

Tuberculosis: límites y potencialidades del tratamiento supervisado¹

Elisangela Martins de Queiroz²

Mónica Cecilia De-La-Torre-Ugarte-Guanilo³

Kuitéria Ribeiro Ferreira²

Maria Rita Bertolozzi⁴

Se objetivó analizar potencialidades y límites de la estrategia del Tratamiento Supervisado (DOTS) para la tuberculosis bajo la percepción de los usuarios en tratamiento y de los trabajadores de la salud de una Supervisión Técnica de Salud del Municipio de Sao Paulo. Se entrevistaron 4 usuarios y 17 profesionales de salud de nueve Unidades Básicas de Salud, entre abril y junio de 2006, después del consentimiento libre e informado. Las declaraciones fueron decodificadas según la técnica de análisis de discurso. Como marco teórico se adoptó la Teoría de la Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad. Las potencialidades encontradas fueron la creación de vínculo entre profesional/usuario y los incentivos al tratamiento, los que favorece la adhesión. Los límites fueron el reducido involucramiento de los profesionales en el DOTS y el conciliar el horario de trabajo del usuario con la supervisión. Se reitera que la adhesión al tratamiento trasciende el ámbito biológico, siendo fundamental que los trabajadores de la salud reconozcan a los usuarios como portadores de necesidades, que no se restringen a la supervisión de la ingesta de los medicamentos.

Descriptores: Tuberculosis; Terapia por Observación Directa; Cooperación del Paciente; Enfermería.

¹ Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), proceso nº 2009/12977-3.

² Estudiantes de Maestría, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil.

³ Estudiante de Doctorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil.

⁴ Enfermera, Doctor, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil.

Correspondencia:

Maria Rita Bertolozzi
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César
CEP: 05403-000, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: mrbertol@usp.br

Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado

Objetivou-se analisar potencialidades e limites da estratégia do tratamento supervisionado (DOTS) para a tuberculose, sob a percepção de usuários em tratamento e de trabalhadores de saúde de uma supervisão técnica de saúde do município de São Paulo. Entrevistaram-se 4 usuários e 17 profissionais de saúde de nove unidades básicas de saúde, entre abril e junho de 2006, após consentimento livre e esclarecido. Os depoimentos foram decodificados segundo a técnica de análise de discurso. Adotou-se a teoria da determinação social do processo saúde/doença como referencial teórico. Foram potencialidades: criação de vínculo entre profissional/usuário e incentivos ao tratamento, o que favorece a adesão. Foram limites: restrito envolvimento dos profissionais no DOTS e conciliar horário de trabalho do usuário com a supervisão. Reitera-se que a adesão ao tratamento transcende o âmbito biológico, sendo fundamental que os trabalhadores de saúde reconheçam os usuários como portadores de necessidades, não se restringindo apenas à supervisão da tomada de medicamentos.

Descritores: Tuberculose; Terapia Diretamente Observada; Cooperação do Paciente; Enfermagem.

Tuberculosis: limitations and strengths of Directly Observed Treatment Short-Course

This study analyzed the limitations and strengths of the Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS) for tuberculosis from the perspective of patients and healthcare providers in a Technical Health Supervision unit in the city of São Paulo, SP, Brazil. Four patients and 17 healthcare providers from nine Primary Care Units were interviewed from April to June 2006, after signing free and informed consent forms. The reports were decoded according to the speech analysis technique. The Theory of the Social Determination of the Health-Disease Process was adopted as the theoretical framework. The strengths were: establishment of bonds between healthcare providers and patients and the introduction of incentives, which promotes treatment adherence. Limitations included: restricted involvement of DOTS' healthcare providers and reconciling patients' working hours with supervision. Treatment adherence goes beyond the biological sphere and healthcare providers should acknowledge patients' needs that go beyond the supervision of medication taken.

Descriptors: Tuberculosis; Directly Observed Therapy; Patient Compliance; Nursing.

Introducción

Esta investigación integra la línea de investigación referente al estudio de la categoría analítica *adhesión*. Es relevante porque se constituye en desdoblamiento del estudio⁽¹⁾ que concibe la adhesión al Tratamiento Supervisado (DOTS) de la tuberculosis (TB) como una dimensión que extrapola los aspectos clínicos y biológicos, avanzando de la múltiple factorialización del proceso salud-enfermedad para su determinación social.

Es indudable la importancia epidemiológica de la TB; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2007, había en el mundo 13,7 millones de enfermos. Entre los 22 países que concentran 80% de los casos,

Brasil ocupa la 14ª posición, con cerca de 114 mil enfermos⁽²⁾.

En 1993, la OMS declaró la TB en estado de emergencia y recomendó a los países adoptar la estrategia DOTS, para mejorar su control y garantizar el alcance de las metas establecidas con relación al éxito del tratamiento (85%), a la detección de casos (70%) y a la reducción del abandono⁽³⁾. En Brasil, con la implantación del DOTS, en 1997, se mejoraron los indicadores de cura de la TB, de abandono y de costo del tratamiento, cuando comparados al tratamiento autoadministrado⁽⁴⁻⁵⁾. En el siguiente año, el DOTS fue implantado en el Estado de Sao Paulo y, hasta

2004, en 69% de las 36 ciudades prioritarias, la cobertura creció ⁽³⁾.

Sin embargo, es evidente que tal éxito no es homogéneo. Por ejemplo, se cita la ciudad de Sao Paulo, donde la cobertura del DOTS, en 2008, llegó a 50% para los bacilíferos, pero, para otros grupos fue más baja, 45,8% para los sin residencia fija, 21,4% para detenidos y 22,8% para portadores del HIV⁽⁶⁾. La concentración de la TB es mayor en regiones de exclusión social y, además tiene mayor incidencia en grupos en situaciones vulnerables; así, los desafíos son: la coinfección TB/HIV y la multiresistencia a las drogas, por el tratamiento inadecuado y abandono del mismo.

El DOTS presenta potencialidad para mejorar el control de la TB, sin embargo, problemas en su operacionalización dificultan el alcance de los objetivos. En ese sentido, este estudio buscó comprender como se concretiza la estrategia en la Supervisión Técnica de Salud en el Itaim Paulista, en la región este de la ciudad de Sao Paulo, una de las que presenta importante incidencia de TB. Se consideró la hipótesis de que el DOTS tiene potencialidades que facilitan la adhesión al tratamiento y que sus límites, ocurridos en su operacionalización, pueden contribuir para el abandono; eso ocurre cuando es dada mayor importancia a la supervisión de la ingesta del medicamento, en detrimento de considerar ese momento para reconocer las necesidades de salud.

Objetivos

Identificar potencialidades y dificultades del DOTS, junto a la Supervisión Técnica de Salud del Itaim Paulista, a partir de la percepción de los trabajadores que actúan en el control de la TB en Unidades Básicas de Salud (UBS) de la región y de los usuarios en tratamiento; y, proponer alternativas de perfeccionamiento para su operacionalización.

Métodos

El estudio, de abordaje cualitativo, fue realizado en nueve de las 14 UBS de la Supervisión Técnica de Salud del Itaim Paulista, donde la cobertura del DOTS era de 100%. Tres UBS fueron excluidas por no haber usuarios en DOTS y dos, por imposibilidad de programar entrevistas. El total de usuarios en DOTS era de 50, después de las exclusiones, que fueron 39. El estudio constituye una rama de un proyecto matriz, realizado en cinco regiones de la ciudad de Sao Paulo.

Tuvo como sujetos, a los trabajadores de la salud y usuarios en tratamiento. Después de la autorización de

la Secretaría de Salud del Municipio de Sao Paulo y de la Supervisión Técnica de Salud del Itaim Paulista, los trabajadores fueron contactados por teléfono y convidados a participar del estudio, desde que fuesen supervisores o coordinadores del DOTS en las UBS, así, 17 integraron la muestra. A su vez, fue solicitado a los trabajadores que indicasen y convidasen usuarios en tratamiento, mayores de 18 años, para participar del estudio; 4 aceptaron el convite.

Se buscó garantizar la presencia de por lo menos un sujeto por UBS y el número de los que participarían del estudio no fue definido a priori, pero determinado por la saturación de los datos, con base en la representatividad y calidad de los declaraciones recogidas en entrevistas, más que en su cantidad⁽⁷⁾. La saturación fue identificada cuando las representaciones de los profesionales sobre los límites y potencialidades del DOTS se tornaron redundantes. Con relación a los usuarios, hubo el cierre por agotamiento, ya que, todos los sujetos disponibles (que aceptaron participar) fueron incluidos⁽⁷⁾.

Las entrevistas fueron realizadas después de la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado, entre Abril y Junio de 2006, en las UBS, preservando la privacidad de los sujetos. Se utilizaron dos guiones de entrevista semiestructurada, comprobados en investigación anterior⁽¹⁾, uno para trabajadores de salud y otro para usuarios. Las cuestiones buscaron captar la caracterización de los sujetos y sus percepciones sobre TB, dificultades y facilidades del DOTS y determinantes de la adhesión/abandono al tratamiento. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas.

Para el análisis del material empírico, se utilizó la Teoría de la Generación de Sentido del Texto, que permite la comprensión de frases temáticas⁽⁸⁾. Ese proceso reveló los temas que constituyen las percepciones de los sujetos del estudio a respecto de las cuestiones centrales: TB; impacto de la enfermedad en la vida de los usuarios; DOTS y adhesión al tratamiento. La discusión fue fundamentada en la Teoría de la Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad. Así, la interpretación de las percepciones se asentó en la visión histórica del proceso salud-enfermedad, que contempla a la vida humana como no estática, a las percepciones de los sujetos provenientes del lugar que ocupan en la sociedad y las formas como viven, y los procesos biológicos como parte de la vida en sociedad. Así, salud y enfermedad son tomadas como parte de una totalidad mayor, que es la vida⁽⁹⁾.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Secretaría de Salud del Municipio de Sao Paulo, bajo el Protocolo de número 092/05.

Resultados

Los sujetos

Con relación a los usuarios, dos eran del sexo femenino y dos del masculino; con promedio de edad de 45 años; vivían con familiares; estudiaron en promedio 7,7 años y, sus madres, 3,7 años. Uno refirió tener TB pulmonar, una ocular y dos no supieron cual era el tipo de la enfermedad que los acometía. Tres realizaban el primer tratamiento y uno ya se había tratado hace 13 años; tres se encontraban en el tercer mes de tratamiento, uno en el cuarto. En lo que se refiere a la ocupación, uno estaba formalmente empleado, otro realizaba trabajos eventuales y los otros estaban desempleados. Todos refirieron contar con auxilio

financiero de los familiares. El local donde ocurría la supervisión de la ingesta de la medicación era acordado entre el usuario y el profesional: un era supervisado en el domicilio y los otros tres en la UBS.

Los profesionales de salud entrevistados fueron siete enfermeras, cuatro auxiliares, un técnico de enfermería y cinco agentes comunitarios de salud (ACS). La edad promedio fue de 36,9 años y de trabajo con TB, 5,9 años.

Percepciones de los sujetos

Las figuras 1 y 2 muestran la síntesis de las percepciones de los usuarios y profesionales, respectivamente, con relación a las categorías de análisis: Percepción sobre la Tuberculosis, Impacto de la enfermedad en la vida de los usuarios, DOTS y Adhesión al Tratamiento.

Categoría	Percepciones
Tuberculosis	Enfermedad que acarrea estigma, es peligrosa, causa sufrimiento de orden físico y mental, siendo comparada al Sida.
Impacto de la enfermedad en la vida de los usuarios	Perjudica lo cotidiano debido al prejuicio, al rechazo, causando aislamiento de la sociedad y de la familia; provoca miedo de transmitir la enfermedad a las personas próximas, sentimiento de inutilidad y dependencia financiera en consecuencia de la necesidad de paralización de las actividades laborales. Causa cambios en la rutina debido: al horario fijo para tomar la medicación y se alimentar; a limitación de hábitos antes realizados, como consumir bebida alcohólica.
DOTS	Aspectos positivos: mejoría de las señales y síntomas, recibimiento de alimento, facilidad para programar consultas y buena atención en la UBS. Aspectos negativos: tener que abandonar el trabajo en consecuencia de la necesidad de comparecer a la UBS para la toma de la medicación. Para la mayoría, la supervisión era algo normal, momento en que se sintieron cuidados al recibir orientación sobre el tratamiento. Para otros, se relacionó con vergüenza, incomodidad y sentimiento de no ser digno de confianza delante del profesional de salud.
Adhesión al tratamiento	Se debe la voluntad de mejorar la condición física para retomar actividades y planos de vida abandonados en consecuencia de la enfermedad y, al incentivo de la familia y de los profesionales de la UBS. Por otro lado, no conseguir detener el consumo de bebidas alcohólicas y cigarro, contribuye para el abandono del tratamiento.

Figura 1 - Percepciones de los usuarios en DOTS según categorías de análisis. São Paulo, Brasil, 2006

Categoría	Percepciones
Tuberculosis	Genera estigma, aislamiento y prejuicios. Es <i>cosa mala, enfermedad traicionera</i> , debido a la mejoría de los síntomas, que lleva a creer que se está curado. Se relaciona con la pobreza, desempleo y deficiencias en la alimentación. Los que no tiene <i>esclarecimiento</i> la temen, lo que genera prejuicio.
Impacto de la enfermedad en la vida de los usuarios	Causa choque, sorpresa y sentimiento de condenación a muerte. Torna los usuarios, en tratamiento, preocupados, <i>angustiados</i> , deprimidos, desanimados, sin perspectiva y esperanza de volver a ser lo que eran, y aislados, hasta mismo de la familia, por el miedo del prejuicio y de transmitir la enfermedad.
DOTS	Algunos se sintieron incomodados con la supervisión, otros, cuidados y más comprometidos. Los profesionales son los responsables más importantes en el desarrollo del DOTS porque el usuario se encuentra fragilizado. El control de la adhesión es hecho mediante verificación de la cartela de medicamentos vacía. Potencialidades: los incentivos, el apoyo familiar, la actuación de los ACS, establecer vínculo con el usuario y concebir su singularidad y necesidades de salud. Límites: tiempo y número insuficiente de funcionarios; inseguridad del usuario en relación al tratamiento; suministro irregular de incentivos; difícil comunicación entre la UBS y la supervisión de salud; conciliación entre supervisión y necesidad del usuario de trabajar; falta de preparación; desinterés y, desmotivación de profesionales.
Adhesión al Tratamiento	Se relaciona: a la voluntad de cura para concretizar planos; a las orientaciones dadas; al vínculo; al comprometimiento del profesional; al recibimiento de cesta básica; a la asistencia que considera las dimensiones cultural y social de los usuarios; a las reacciones adversas; a la cantidad de comprimidos; a la mejoría de las señales y síntomas; a la deficiencia de conocimiento sobre la TB; a la necesidad de trabajar; al etilismo, al tabaquismo y al consumo de drogas ilícitas; al tratamiento largo; al querer continuar recibiendo auxilio-enfermedad; a la imposibilidad de seguir las orientaciones suministradas en lo que se refiere a la alimentación, por no disponer de condiciones financieras; a la falta de incentivo familiar; y, por no querer vivir. El etilismo es tolerado objetivando la adhesión.

Figura 2 - Percepciones de los profesionales de salud según categorías de análisis. São Paulo, Brasil, 2006

Discusión

A pesar de que bastante limitado el número de usuarios entrevistados, el perfil se asemeja al de diferentes estudios^(1,4,10-14): concentración en el intervalo de edad productivo, necesidad de apoyo financiero de los familiares para vivir y precaria inserción o hasta mismo la no inserción en el mercado de trabajo. Se verificó, también, el hecho de tener pocos años de estudio, un poco más que sus madres, lo que puede mostrar el carácter histórico de la exclusión social. Es un hecho que la ocurrencia de la TB se asocia a la forma como la sociedad está organizada y a la posición que las personas ocupan en ella^(1,14). Ese perfil deja explícita la vulnerabilidad, expresada en las condiciones precarias de vida y de trabajo que, a su vez, interfieren en el acceso a los recursos, entre los cuales, los de salud, y aquellos que se refieren a la información⁽¹⁵⁾; esto, se constituye en un limitante del DOTS, ya que, puede alejar al usuario del servicio de salud, dificultado el tratamiento⁽¹⁴⁾.

El análisis de los declaraciones evidenció que la TB, según usuarios y profesionales, estigmatiza, como apuntan otros estudios^(10,13-14,16). La enfermedad ocasiona sufrimiento físico y mental, genera impactos negativos en la vida de los usuarios, alejándolos del trabajo, fuente de sustento y representación de independencia, lo que dificulta la superación de la situación de exclusión. Genera culpa, miedo de sufrir prejuicio, contaminar a los otros, no querer vivir, y puede ser causa de separación de la familia. La presencia de la TB parece asociarse fuertemente al debilitamiento de la autoestima del usuario^(10,13,16). Eso revela su carácter complejo y exige del profesional conocimiento y sensibilidad para un abordaje que vaya más allá del biológico, contemplando las cuestiones de orden social implicadas con la enfermedad.

En relación al DOTS, según las declaraciones, es *difícil y trabajoso*, pero es efectivo. Los aspectos positivos identificados en la categoría DOTS también aparecen en la categoría Adhesión al Tratamiento como aspectos que la favorecen.

A respecto del DOTS, los profesionales identificaron como potencialidad, el usuario sentirse más comprometido por su tratamiento⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, lo que está de acuerdo con las directrices de la estrategia, que presuponen compartir las responsabilidades entre profesional y usuario para el éxito del tratamiento⁽¹⁹⁾. Los usuarios participaron de la definición del local y frecuencia de la supervisión del DOTS, mostrando que algunas necesidades son consideradas, lo que es fundamental en el proceso de adhesión^(14,17).

A pesar de eso, los profesionales se consideraron los principales responsables por el tratamiento, dado que el

usuario se encuentra fragilizado debido a la TB, y adoptaron posturas que llevan a la asimetría de poder (como el hecho de exigir cartela de medicamentos vacía), las cuales no contribuyen para el fortalecimiento de la autonomía, de la ciudadanía y del empoderamiento del usuario⁽²⁰⁾, que es lo que se espera en el cuidado en salud. Así, es necesario que ocurra, en el proceso de atención, la solidaridad, que no debe ser substituida por la compasión, ya que esta última hace callar, no da margen a la vocalización de las necesidades y, así, contribuye para la manutención de la sumisión⁽¹⁾, hecho muchas veces constatado en la práctica de los servicios de salud.

Se consideró como potencialidad, la presencia del ACS, ya que ese trabajador está más próximo de la realidad del usuario. Así, el comprender la complejidad de la enfermedad en ese medio, puede apoyar al usuario, contribuyendo para su adhesión al tratamiento^(14,17). También, los profesionales destacaron que el apoyo de los familiares es aspecto positivo del DOTS, ya que evita el aislamiento del usuario. A ese respecto, tanto profesionales como usuarios manifestaron que eso contribuye para la adhesión al tratamiento. Sin embargo, los usuarios entrevistados experimentaron aislamiento de sus familiares. De hecho, el sentirse cuidado y respaldado técnica, emocional y financieramente, delante de enfermedad que estigmatiza, refleja en querer curarse^(1,5).

Para los usuarios, la principal potencialidad del DOTS y estímulo a la adhesión, es la obtención de la cura, que posibilita retorno a las actividades antes realizadas, principalmente el trabajo, y el retorno a la convivencia social, en particular con los familiares. La percepción de que la condición de incapacidad tuvo fin, trae de vuelta la dignidad perdida en una sociedad que valoriza al hombre que se encuentra dentro del proceso de producción, no importando si está en situación de exploración, como ocurre en la mayoría de los casos. La cura también es deseada por los familiares, que pueden tener su renta disminuida durante el tratamiento⁽²¹⁾.

Entre tanto, la mejoría de los síntomas también es aspecto que contribuye para la no adhesión al DOTS, según los profesionales y corroborado en la literatura, ya que con la mejoría de la condición física, el usuario puede pensar que está curado y abandonar el tratamiento⁽¹²⁾. Los usuarios de este estudio que ya se encontraban, por lo menos, en el tercer mes de tratamiento afirmaron que, a pesar de que hubiese sido difícil lidiar con los síntomas de la TB y reacciones de los medicamentos en el inicio, no pensaron en abandonar el tratamiento por saber que mantenerlo es lo que podría garantizar la cura. Siendo así, son fundamentales las acciones relacionadas a la orientación del usuario, de su familia y de la comunidad,

esclareciendo que la mejoría no significa cura y que el abandono puede generar resistencia a los medicamentos.

Volviendo a las percepciones de los usuarios, el hecho de considerar potencialidades del DOTS (comida, buena atención y facilidad en la programación de consultas) muestra su grado de exclusión social y las fallas en el acceso al sistema de salud, ya que uno de los fundamentos de la Atención Básica (AB) es ser puerta de entrada preferencial en el Sistema Único de Salud (SUS)⁽²²⁾.

El vínculo, una potencialidad del DOTS, según profesionales y usuarios, es el principio que rige la AB⁽²²⁾ y puede ser comprendido, en este estudio, como la relación de amistad y confianza establecida entre profesional-usuario al largo del tratamiento. Es una consecuencia del contacto diario que permite al profesional percibir otras necesidades del usuario, no relacionadas a la TB, y al usuario compartir dudas, problemas y fortalecerse frente a la enfermedad^(1,13,17).

De esa forma, el presente estudio permite apuntar la importancia del profesional en relación a la escucha calificada de las demandas del usuario. En el contexto en que viven esas personas, saturado de exclusiones, sentirse cuidado, acogido, lamentablemente, no es usual. Entretanto, esas acciones deben ser valorizadas y practicadas por los profesionales, ya que contribuyen para la formación del vínculo, al pertenecer de los usuarios a la sociedad y al enfrentamiento de lo cotidiano, como identificado en otros estudios^(1,14). Esas acciones pueden también, garantizar el ejercicio de los derechos y ciudadanía, lo que muchas veces está ausente en la vida de los portadores de TB^(1,14). El DOTS permite la inclusión, promueve momentos de cambio, de compartir las experiencias y necesidades de la vida, lo que ayuda en la recuperación de la identidad de los usuarios, mismo que no substituya la necesaria emancipación de las personas en el ejercicio de la ciudadanía⁽¹⁾.

Sobre la supervisión de la ingesta del medicamento, la misma es percibida tanto como potencialidad y como límite, como apunta la literatura^(1,14). En este estudio, se verificó que este acto no se limita a la observación, es momento de cuidar y sentirse cuidado. La mayoría de los usuarios refirió no sentirse incomodo y hasta mismo gustar de la supervisión, ya que es momento de cambio, compartir y formación de vínculo, conforme apuntado. Así, ella no perjudica su derecho de libertad y autonomía frente a la vida. Por otro lado, a pesar de que en menor proporción, se apuntó incomodidad con la supervisión, debido a la sensación de incredulidad que causa. La percepción de incomodidad puede ser superada, en la medida en que el profesional comparta con el usuario

las justificaciones en que se basa el DOTS y destaque la importancia de la supervisión en la protección individual y del colectivo.

Dando continuidad a la discusión de los resultados encontrados, el hecho de los profesionales y usuarios considerar que los incentivos al tratamiento (comida y cesta básica) son aspectos positivos del DOTS y que contribuyen para la adhesión, puede estar relacionado a la situación socioeconómica de los usuarios. El auxilio-enfermedad, recurso de carácter auxiliar en la recuperación del usuario, fue apuntado por los profesionales como aspecto que puede limitar la adhesión al DOTS, debido a que, por la necesidad de continuar recibiendo el auxilio, el usuario prolonga el tiempo de tratamiento. Conforme mencionado, todos los usuarios dependían de ayuda financiera de familiares, así, los incentivos eran importantes para componer el aporte nutricional y complementar la renta familiar. Por otro lado, a pesar de que la comida y de la cesta básica contribuyen para la adhesión, la irregularidad en su entrega fragiliza el vínculo construido entre profesional-usuario^(1,13-14,17), en la medida en que el profesional hace mención al incentivo que no depende directamente de él, para su concretización.

Sobre los aspectos negativos, la conciliación del DOTS con el trabajo del usuario fue apuntada por los dos grupos de sujetos del estudio, como una dificultad. Dada la importancia del trabajo, es esencial que los profesionales sean flexibles en el horario de supervisión, buscando una dinámica armónica con las actividades laborales^(14,17,23). Sobre las reacciones adversas (náuseas, vómitos, ansiedad) que repercuten en la adhesión, las mismas deben ser objeto de análisis por parte de los profesionales, y pueden ser solucionadas en la UBS⁽²⁴⁾, cabiéndole al profesional tener conocimiento para intervenir sobre ellas. Uno de los aspectos limitantes del DOTS, apenas mencionados por los profesionales, fue la cantidad de pastillas a ser ingeridas; esa situación puede ser superada con la dosis fija combinada, adoptada en Brasil en 2009⁽²⁴⁾.

Además discutiendo sobre las dificultades en relación al DOTS, las citadas por los profesionales se refirieron a lidiar con problemas administrativos y de organización del servicio (referencia y contra-referencia, atraso de los incentivos al tratamiento y de resultados de exámenes, deficiente comunicación entre UBS y Supervisión de Salud). En el Estado de Sao Paulo, las actividades administrativas del Programa de Control de TB - PCT son realizadas por la coordinación municipal de manera centralizada⁽⁵⁾, por eso, hay necesidad de articulación entre la coordinación central y las UBS, una vez que la ausencia de esa articulación puede perjudicar

la motivación del profesional, la credibilidad de la UBS delante del usuario y dificultar el flujo de informaciones sobre la enfermedad, necesarias a la planificación de acciones de control.

Otros aspectos negativos, identificados por los profesionales, fueron la falta de preparación y desinterés de sus pares en actuar en el DOTS, limitado período de tiempo para supervisión de la ingesta de medicamentos (compite con las demás actividades de rutina de la UBS) y número insuficiente de funcionarios de la UBS; todas ellas son cuestiones que también contribuyen para la no adhesión del usuario. Estos son elementos importantes porque determinan la calidad de la asistencia y de la interacción profesional-usuario e influyen en el establecimiento del vínculo^(12-13,16,25). Los profesionales sugieren encuentros con trabajadores de diferentes UBS, discusión de casos y entrenamientos compatibles con las posibilidades de operacionalización en la región de las UBS. Además de eso, es necesario apuntar que los procesos de educación permanente pueden contribuir para el perfeccionamiento continuado de los profesionales, de modo que se sientan estimulados a practicar las intervenciones en salud y a enfrentar las dificultades de la desvalorización del trabajo en salud. Sobre eso se resalta que a pesar de no justificarse, ciertas posturas de los profesionales pueden traducirse como: bajos salarios, procesos de trabajo desgastantes, condiciones de trabajo precarias, lo que repercute en la asistencia⁽¹⁾.

A partir de este punto, se discute la categoría adhesión al DOTS. Se destaca que muchos aspectos discutidos en las categorías anteriores convergen para determinar la adhesión. Además de estos, para los usuarios, la no adhesión al DOTS se relaciona con la imposibilidad de parar de fumar y/o ingerir bebida alcohólica, mismo considerando que esas prácticas repercuten negativamente en el proceso terapéutico; esos limitantes ya son considerados en las recomendaciones del Ministerio de la Salud a los profesionales de salud⁽²⁴⁾. Delante de esa situación, por orientación del PCT, algunos profesionales refirieron orientar a los usuarios a tomar la medicación, mismo consumiendo bebida alcohólica. También, los profesionales acrecientan el uso de drogas ilícitas como límite del DOTS. Considerando los perjuicios del uso de esas sustancias, es necesario que el trabajador converse con el usuario, objetivando comprenderlo, para identificar sus necesidades y mostrarle su disponibilidad de apoyo. Eso revela que la articulación con otros sectores es importante⁽²³⁾, principalmente, con servicios/asociaciones que se dediquen al tratamiento de la drogadicción, del tabaquismo y alcoholismo, además de la comunidad y familiares del usuario⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Según los profesionales, también desfavorece la adhesión, la impotencia del usuario para seguir las orientaciones ofrecidas (por ejemplo, con relación a una alimentación adecuada), lo que es debido a su situación de exclusión. Ellos también relacionan la adhesión al DOTS con las representaciones, creencias, valores y conocimiento del usuario, de la familia y comunidad a respecto de la TB, hallazgo que está de acuerdo con otros estudios^(12,17). Mismo que esa percepción amplíe la visión limitada del DOTS, la de observar la ingesta del medicamento como único elemento para el éxito del tratamiento, se percibe que todavía existe una visión multifactorial del mismo.

La múltiple factorialización de las condiciones causadoras de la TB quedó evidente en este estudio, al apuntar que la suma de elementos de la vida y del trabajo causan impacto positivo o negativo en el desarrollo del DOTS. Esos elementos se presentaron disociados de la forma como la sociedad está estructurada, y sus determinaciones no son consideradas parte de un proceso. Eso muestra la supremacía del modelo apoyado por la epidemiología clásica, el cual es, generalmente, el eje de la enseñanza en el área de la salud, con repercusiones en la forma como los trabajadores entienden la realidad y, así, en la forma como interviene en el proceso salud-enfermedad.

Consideraciones finales

Fue posible verificar en este estudio, la importancia de considerar a la TB como enfermedad que extrapola la esfera biológica, ya que está asociada a las condiciones de vida y trabajo de los individuos. Además de eso, se percibió la importante responsabilidad del profesional que acompaña el DOTS, a quien le cabe tener, no solamente, habilidades/capacidades/conocimientos técnicos, pero también administrativas, de relacionamiento y una visión de mundo integral y dinámica, que se refleje en sus acciones, y considere a la TB parte de un proceso determinado por la forma como se estructura la sociedad.

El desafío que impone el enfrentamiento de la TB, tanto en el ámbito político como asistencial, es considerar la importancia del contexto del usuario para el éxito del tratamiento, suministrando recursos que faciliten ese proceso. Así, son acciones esenciales, aquellas intersectoriales que, a pesar de que puedan parecer que escapan del ámbito de la "salud", siendo poco practicadas, promueven la participación de la sociedad y el vínculo, y son condiciones para que el SUS de hecho funcione con la calidad requerida.

A pesar de que la recusa, de algunos usuarios en participar del estudio, hubiese sido un limitante, los

hallazgos del mismo nos indican algunas posibilidades de perfeccionamiento del DOTS, entre las cuales: fomentar la discusión sobre la TB en la comunidad; fomentar el cambio de experiencias entre los usuarios en DOTS; incrementar la capacitación de los profesionales con relación al vínculo; perfeccionar la comunicación entre la UBS y la coordinación de salud de la región; y, establecer comunicación con organizaciones/proyectos que objetiven la inclusión social.

Desear controlar la TB implica en pensar en el tratamiento como algo dinámico, que trasciende aspectos individuales. Implica en concebir que la enfermedad no surge con el resultado positivo de la baciloscopia, pero en las condiciones en que vive el usuario. La Enfermería puede contribuir en ese sentido, dada la importante participación en lo cotidiano de los servicios de salud.

Referencias

1. Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da TB na perspectiva da estratégia do Tratamento Diretamente Observado (DOTS) no Município de São Paulo - SP [tese de livre docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005. 230 p.
2. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2009. Geneva: WHO; 2009. 304 p.
3. Villa TCS, Assis EG, Oliveira MF, Arcênio RA, Gonzáles RIC, Palha PF. Cobertura do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) da TB no Estado de São Paulo (1998-2004). Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):98-104.
4. Falcão AB. Estudo Comparativo do tratamento supervisionado da tuberculose com o auto-administrado. Bol Pneumol Sanit. 2006;14(1):21-5.
5. Ruffino Netto A, Villa TCS, organizadores. TB: Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e Peculiaridades. Ribeirão Preto: Wdesign e Associados; 2006. 210 p.
6. Coordenadoria de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (BR). Boletim TB Cidade de São Paulo. São Paulo; 2009. 10 p.
7. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saude Publica. 2008;24(1):17-27.
8. Fiorin JL. Elementos de análise do discurso. São Paulo: EDUSP; 1989. 93 p.
9. Fonseca RMGS, Bertolozzi MR. A epidemiologia Social e a assistência à saúde da população. In: Egry EY, Antunes MJM, Chompre RR, Almeida MCP, Silva IA da. A Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva: a experiência brasileira. Série Didática de Enfermagem no SUS 1999;1(1):34-45.
10. Lima MB, Mello DA, Morais AP, Silva WC. Estudo de casos sobre o abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). Cad Saude Publica. 2001;17(4):877-85.
11. Speciale C. Significados do Tratamento Diretamente Supervisionado ("DOTS") para pacientes com tuberculose do Programa de Saúde da Família da Supervisão Técnica de Vila Prudente/ Sapopemba, São Paulo - SP. [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007. 99 p.
12. Paixão LMM, Gontijo ED. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. Rev Saude Publica. 2007;41(2):205-13.
13. Terra MF. O Tratamento Diretamente Supervisionado ("DOTS") como estratégia para a adesão ao tratamento da tuberculose: significados segundo profissionais de saúde da supervisão técnica de saúde do Butantã, São Paulo - SP. [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.
14. Queiroz EM, Bertolozzi MR. TB: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(2):453-61.
15. Ayres JRCM, França-Júnior I, Calazans GJ, Saletti-Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. 176 p.
16. Lima AL, Souza FBA, Ferreira GL. Tubérculos: atitudes do cliente frente à doença. Bol Pneumol Sanit. 2005;13(2):83-90.
17. Terra F, Bertolozzi MR. Tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da TB? Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(4):659-64.
18. Oliveira SAC, Ruffino-Netto A, Villa TCS, Vendramini SHF, Andrare RLP, Scatena LM. Health services in tuberculosis control: family focus and community orientation. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009;17(3):361-7.
19. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (BR). Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Tuberculose. Manual do Tratamento Supervisionado. São Paulo: CVE; 2004.
20. Kleba ME, Wendausen A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. Saude Soc. 2009;18(4):733-43.

21. Costa JG, Santos AC, Rodrigues LC, Barreto ML, Roberts JA. Tuberculose em Salvador: custos para o sistema de saúde e para famílias. Rev Saude Publica. 2005;39(1):122-8.
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60 p.
23. Paz EPA, Sá AMM. The daily routine of patients in tuberculosis treatment in basic health care units: a phenomenological approach. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009;17(2): 180-6.
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. [acesso 08 set 2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf
25. Bertazone EC, Gir E, Hayashida M. Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005;13(3):374-81.

Recibido: 12.12.2010

Aceptado: 24.5.2011

Como citar este artículo:

Queiroz EM, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Ferreira KR, Bertolozzi MR. Tuberculosis: límites y potencialidades del tratamiento supervisado. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar.-abr. 2012 [acceso: ____/____/____];20(2):[09 pantallas]. Disponible en: _____

URL

día | mes abreviado con punto | año