



Artigo Original

VÍNCULO E ACESSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS COM TUBERCULOSE*

BOND AND ACCESS REGARDING FAMILY HEALTH STRATEGY: PERCEPTION OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS

VÍNCULO Y ACCESO EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: PERCEPCIÓN DE USUARIOS CON TUBERCULOSIS

Jordana de Almeida Nogueira¹, Luana Carla Santana Oliveira², Lenilde Duarte de Sá³, Cybelle Alves da Silva⁴, Daiane Medeiros da Silva⁵, Tereza Cristina Scatena Villa⁶

Este estudo toma como recorte dois componentes da Atenção Primária a Saúde: "acesso" e "vínculo", com o objetivo de analisar as ações de controle da tuberculose no contexto de Equipes de Saúde da Família. Pesquisa qualitativa, realizada em município da região metropolitana de João Pessoa-PB, Brasil, que envolveu cinco usuários em tratamento de tuberculose. Os depoimentos foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e o material empírico obtido foi analisado utilizando a técnica de Análise de Conteúdo. Para obtenção do diagnóstico da tuberculose predominou a busca por serviços especializados. Nas unidades de saúde da família em que o acesso esteve facilitado, favoreceu-se uma postura promotora de vínculo com os usuários de tuberculose e familiares, destacando-se os profissionais enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Ressalta-se a necessidade de mudanças no planejamento e/ou organização local que facilitem o acesso e fortaleçam a relação equipe/usuário e deste modo concretize um cuidado integralizado.

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

This study focuses on the Primary Health Care 'access' and 'bond' component, aimed at analyzing tuberculosis control actions in the context of the Family Health Team. It is a qualitative research performed in the metropolitan region of Joao Pessoa, PB, Brazil, that involved five patients with tuberculosis. Testimonies were collected through semi-structured interviews and organized through content analysis, through modality thematic. To obtain tuberculosis diagnosis the patients prefer specialized services. In places where access was easier, the approach for promoting bond with patients and their families was favored, highlighting the nurses and community health workers. Some changes were necessary in planning and / or local organization to facilitate access and strengthen the relationship between team / patient. Thus increasing practices based on comprehensiveness will be possible.

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

El estudio toma dos componentes de la Atención Primaria de Salud: "acceso" y "vínculo", con objetivo de analizar las acciones de control de la tuberculosis en los Equipos de Salud de la Familia. Estudio cualitativo, llevada a cabo en João Pessoa-PB, Brasil, en que participaron cinco personas con tuberculosis. Las declaraciones fueron colectadas a través de entrevista semiestruturada, y organizadas mediante análisis de contenido. Para obtener el diagnóstico de la tuberculosis se buscó, predominantemente, los servicios especializados. En las unidades de salud de la familia donde el acceso ha sido facilitado, se privilegió la promoción del vínculo entre los pacientes y sus familiares, especialmente de profesionales enfermeros y trabajadores comunitarios de salud. Hay necesidad de cambios en la planificación y/o una organización local para facilitar el acceso y fortalecer la relación entre equipo/usuario y así lograr atención integral.

Descritores: Tuberculosis; Atención Primaria de Salud; Programa de Salud Familiar; Enfermería.

*Extraído do projeto intitulado "Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho das equipes de saúde da família no controle da TB em dois municípios da região metropolitana da Paraíba", aprovado e financiado pelo MS/CNPq/FAPESQ, nº 78/2007, coordenado pelo Grupo de Estudo e Qualificação em Tuberculose da Universidade Federal da Paraíba.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: jal_nogueira@yahoo.com.br

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPB. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: luanacarla_jp@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: lenilde_sa@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPB. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: cybelle_17@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Discente do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFPB. Brasil. E-mail: daianemedeiros19@hotmail.com

⁶ Enfermeira. Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br.

INTRODUÇÃO

Um dos desafios da Atenção Primária à Saúde (APS) no controle da tuberculose (TB) consiste em expandir a cobertura das ações e cuidados, por meio de serviços acessíveis, equitativos e de melhor qualidade⁽¹⁾ centrados na família e na comunidade.

O modo de organização das ações de controle da TB, tradicionalmente ofertadas em serviços e equipes especializadas, não tem conseguido impactar favoravelmente sobre os indicadores epidemiológicos da doença. O Brasil ocupa a 19ª posição entre os 22 países que concentram 80% dos casos em todo o mundo. Em 2010 foram notificados no país, 70.601 casos novos da doença, com incidência de 37,99 por 100 mil habitantes⁽²⁾.

Estes indicadores reafirmam a política de descentralização dos serviços e reforçam a necessidade de adotar mecanismos indutores de desenvolvimento dos sistemas locais. A horizontalização das ações de controle da TB, disponibilizando-as para todos os serviços de saúde, sustenta-se na reorganização e reordenamento dos recursos do sistema para satisfazer esta demanda.

Nesta direção, se aposta no fortalecimento das relações da Estratégia Saúde da Família (ESF) e as áreas programáticas para o controle da TB. A ESF é considerada uma potente modalidade da APS, cuja lógica de produção do cuidado deve orientar-se, entre outros, pelo cumprimento das dimensões de "acesso" e "vínculo"⁽³⁾. O contato permanente com o território, a incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis, pode vir a ampliar o acesso aos recursos diagnósticos/terapêuticos e promover a construção de vínculos entre profissionais e pessoas com TB⁽⁴⁻⁵⁾.

O acesso diz respeito à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de

um determinado grupo. Numa compreensão ampliada, pode ser definido como o grau de ajuste entre as características da oferta (disponibilidade dos recursos de saúde) e as peculiaridades da população. Logo o processo de busca e obtenção da assistência à saúde, resulta da combinação de múltiplos fatores de distintas dimensões, que podem ser classificados como de ordem geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica^(3,6).

Na atenção aos casos suspeitos e/ou com diagnóstico de TB, a garantia do acesso e utilização dos serviços da APS, está relacionada tanto com a capacidade do usuário de entrar no sistema quanto à resolubilidade dos cuidados recebidos. Envolve a localização da unidade; horário e dias de funcionamento; agilidade na obtenção de consulta; oferta de procedimentos diagnósticos; provisão regular de medicamentos; acompanhamento regular dos casos e respectivos contatos; tratamento supervisionado; atenção no domicílio⁽⁴⁾.

O vínculo pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção, cuja utilização ao longo do tempo requer o estabelecimento de laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre usuários e profissionais de saúde⁽³⁾. A atenção deve produzir-se de relações de escuta, diálogo, respeito, na qual usuário e família possam entender a significância do cuidado e sua corresponsabilidade neste processo⁽⁵⁾.

Destaca-se que o caráter estigmatizante e as condições sociais, habitualmente desfavoráveis das pessoas com TB, exigem compromisso e envolvimento das equipes da ESF, pois o impacto causado pela doença pode interferir nas dimensões física, social, psicológica, econômica e espiritual⁽⁵⁾. Estudos realizados no Brasil sobre a avaliação das dimensões da APS no controle da TB mostram que a realidade social e econômica dos municípios, o compromisso político do gestor e o

envolvimento dos profissionais com o controle da doença, determinam o acesso e influenciam o modo como se estabelece a relação entre as equipes da ESF e os usuários com TB^(4,5,7,8,9). Assim, no contexto da APS, este estudo justifica-se quando pretende discutir sob o olhar de usuários com TB, os aspectos que envolvem a busca e obtenção do cuidado e que influenciam a formação do vínculo.

São questões norteadoras do estudo: Quais os serviços procurados pelos usuários por ocasião do adoecimento? No contexto da APS, as equipes da ESF favorecem um primeiro contato das comunidades com o serviço? O acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos vem sendo assegurado pelas equipes da ESF? Os usuários identificam a unidade de saúde da família como sua fonte regular de atenção?

Considerando a relevância da TB no âmbito da APS e reconhecendo que as ações de controle da doença assumem diferentes conformações em função das singularidades dos sujeitos e dos seus cenários, este estudo teve por objetivo analisar as ações de controle da TB segundo as dimensões "acesso" e "vínculo", na perspectiva de usuários atendidos por equipes da ESF.

MÉTODO

Pesquisa de natureza qualitativa, realizada em município de pequeno porte localizado na região metropolitana de João Pessoa-PB, eleito pelo Ministério da Saúde como prioritário ao combate da tuberculose. No âmbito da APS, o município conta com 36 equipes da ESF, distribuídas em cinco Distritos Sanitários de Saúde, sendo responsáveis pela cobertura de 92% da população.

Colaboraram com este estudo usuários em tratamento de TB, maiores de 18 anos, residentes em área urbana, não pertencentes ao sistema prisional. Por ocasião da pesquisa, realizou-se previamente um levantamento na base de dados do Sistema de

Informação de Agravos de Notificação (Sinan), para identificação dos casos notificados no último trimestre de 2008 e primeiro trimestre de 2009. Constavam no banco trinta e dois registros, dentre os quais, dezenove encontravam-se em situação de encerramento, dois casos cujo desfecho foi o óbito, um registro sem informação do endereço, três casos procedentes de área rural e um caso procedente do sistema prisional. Portanto foram incluídos cinco participantes.

De posse da identificação destes usuários, estabeleceu-se contato com as unidades de saúde da família responsáveis pelo acompanhamento dos mesmos, averiguando-se a disponibilidade das equipes em intermediar o encontro com os usuários. Os profissionais enfermeiros e/ou agente comunitário de saúde (ACS) se responsabilizaram pelo agendamento (dia e horário) e pelo acompanhamento do pesquisador ao domicílio.

Utilizou-se como recurso para coleta de dados a técnica de entrevista semi-estruturada, realizada nos meses de maio e junho de 2009. As questões norteadoras centraram-se no acesso aos serviços de saúde (diagnóstico, tratamento) e nas relações estabelecidas entre usuários e equipes.

Cada entrevistado recebeu informações sobre a natureza e os objetivos do estudo, assim como a permissão para participação mediante assinatura do consentimento informado. As entrevistas foram gravadas após aquiescência dos participantes, com duração média de 40 minutos. As informações foram posteriormente transcritas.

O material empírico obtido foi analisado com base na Técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática⁽¹⁰⁾, compreendendo as etapas de pré-análise (leitura flutuante dos dados transcritos das gravações), exploração do material (seleção das falas dos sujeitos a partir das categorias ou núcleos temáticos), tratamento dos resultados obtidos e a sua interpretação. Após a

leitura fluente do material empírico e a composição do *corpus*, que se constituiu a partir de seus critérios de validação, exaustividade, representatividade e pertinência, conformou-se a seguinte unidade temática: "O Acesso e as relações de vínculo dos indivíduos com tuberculose e estratégia saúde da família: debilidades, fortalezas e a disparidade entre o acompanhamento terapêutico preconizado e ações desenvolvidas".

O projeto que deu origem a este trabalho foi enviado ao Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, atendendo às orientações éticas e legais, inerentes ao protocolo de pesquisa envolvendo seres humanos, contido na resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado em 29/08/07, com protocolo de nº 1248. A participação dos sujeitos da presente pesquisa foi respaldada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para manter o anonimato dos participantes da pesquisa, na apresentação dos relatos, foram utilizados os seguintes nomes fictícios, selecionados mediante alguma peculiaridade observada nos mesmos: Senhora Alegria, Senhor Perseverança, Senhor Paz, Senhora Humildade e Senhor Simpatia. Com o mesmo objetivo de garantia de sigilo, os nomes das pessoas citadas nos discursos foram substituídos por nomes de flores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, ressaltam-se algumas características dos participantes: Senhora Alegria, 34 anos, do lar, ensino fundamental incompleto, renda familiar mensal de aproximadamente R\$ 100,00, história familiar progressiva de TB; Senhor Perseverança, 66 anos, aposentado, estudou até a 5ª série do ensino fundamental, renda familiar de dois salários mínimos, dois episódios anteriores de TB em um intervalo de 30 anos, diagnóstico de hepatite, história de etilismo e tabagismo; Senhor Paz, 57 anos, aposentado e feirante, sem escolaridade, renda familiar de dois salários

mínimos, tabagista há 20 anos, etilista desde os 12 anos; Senhora Humildade, 45 anos, do lar, sem escolaridade, artesã, renda familiar de menos de um salário mínimo, tabagista por 30 anos, história de depressão desencadeando o alcoolismo, história progressiva de abandono ao tratamento de TB, duas internações devido à doença; Senhor Simpatia, 42 anos, desempregado, sem escolaridade, sobrevive de auxílio do governo e ajuda dos familiares, etilista e tabagista.

A breve caracterização elaborada acima mostra a fragilidade sócio-econômica que a grande maioria dos usuários com TB apresenta. Observa-se que todos os sujeitos do estudo têm em comum baixo nível de escolaridade, história de etilismo, precariedade econômica, sendo que todos se mantêm com menos de três salários mínimos por mês. O quadro aqui brevemente ilustrado concorre para que se reafirme a assertiva de que o controle da TB é um marcador social importante das precárias condições de sobrevivência.

O acesso e as relações de vínculo dos indivíduos com tuberculose e Estratégia Saúde da Família:

debilidades, fortalezas e a disparidade entre o acompanhamento terapêutico preconizado e as ações desenvolvidas

A procura de um serviço de saúde pela população e sua permanência na rede de atenção dependem do modo como os usuários são recebidos e da capacidade desses serviços na resolução dos seus problemas de saúde⁽¹¹⁾. Tal processo envolve uma relação de interdependência entre as ações que constituem a oferta por parte dos profissionais de saúde do sistema (quem oferece a atenção), como o recebimento dos serviços pela população, pelos usuários com TB⁽³⁾.

Na perspectiva de estender a atenção e o cuidado dos casos suspeitos de TB para as Unidades de Saúde da Família (USF) seria esperado que este serviço fosse acionado como porta de entrada do sistema no

momento do aparecimento dos sintomas. No entanto observa-se que este procedimento não foi adotado pela totalidade dos participantes. *Fui direto para o Hospital Clementino Fraga, porque se tivesse que internar, já resolvia o caso ... Eu sentia um cansaço, uma dor no peito ... falei com o doutor, ele me deu os comprimidos para tosse e mandou bater o Raio X* (Senhor Perseverança). *Procurei o Hospital São Luiz, depois de oito dias internada, me transferiram para o Clementino Fraga, onde eu passei um mês e quatro dias* (Senhora Humildade). *Procurei a equipe da ESF, mas fui encaminhado ao Hospital São Luiz onde passei oito dias internado. Depois fui encaminhado para o Hospital Clementino Fraga onde fizeram exames (Raio X, exame de escarro)* (Senhor Simpatia).

Evidencia-se nos relatos que se adota como prática a procura espontânea por serviços especializados. Aciona-se a unidade de referência estadual para tratamento de doenças infectocontagiosas (Complexo Hospitalar Clementino Fraga) ou outros serviços. Por outro lado, observa-se em um dos casos, que a procura inicial pela USF não garantiu continuidade da assistência, sendo o usuário encaminhado à unidade especializada.

A dinâmica apresentada aponta atuação paralela dos serviços especializados, em que a ESF não funciona como porta de entrada para atenção especializada, sendo esta acessada diretamente pelo usuário. Ainda, chama atenção, que a urgência dos sinais e sintomas (cansaço, tosse, dor no peito), e a perspectiva de resposta aos problemas identificados (necessidade de internação) determinaram a escolha pelo serviço especializado.

Estudo realizado em Campina Grande-PB, que se propôs a investigar as condições de acessibilidade ao diagnóstico e tratamento da TB, mostrou que 51% dos usuários não procuraram a USF por ocasião do diagnóstico da doença⁽⁹⁾. Estes achados corroboram com estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, o qual verificou que 34,5% dos usuários com TB foram encaminhados pelo pronto atendimento ou hospital, sendo inexpressiva a contribuição da atenção básica na identificação de 9,8% dos casos⁽¹²⁾.

Estudo realizado no Distrito Federal, que analisou a demanda por serviços de média complexidade e sua relação com a atenção básica, verificou que o problema de saúde que conduz as pessoas aos serviços depende da morbidade, gravidade e percepção individual. Entre os usuários investigados, 65% preferem serviços especializados, quando consideram seu estado grave; 23,7% não acessam a USF por acharem que não resolve o problema e/ou não oferece os serviços que precisa; 16,3% por acharem o atendimento lento e 13,9% pelo fato de não serem atendidos no mesmo dia. As situações de procura pela atenção básica mais frequentes foram por consultas e exames de rotina (40%), medicação (21,3%) e realização de exame preventivo de câncer ginecológico (16,5%)⁽¹³⁾.

Considera-se que o julgamento sobre a necessidade de atendimento, que induz a demanda aos serviços de saúde, é influenciado por fatores sociais (perfil sócio-demográfico), culturais (entendimento do processo saúde-doença, crenças, valores) e clínicos (surgimento e agravamento dos sinais e sintomas). Estes aspectos, associados às características da oferta (acesso, horário de funcionamento, tempo de espera, meios diagnósticos, acolhimento) podem influenciar a decisão pela busca de um determinado serviço.

Por sua vez, no município estudado, o deslocamento da atenção para os níveis de maior densidade tecnológica⁽⁴⁾, ocasiona uso desnecessário de tecnologias ou mesmo incorrem em duplicidade de procedimentos. Os centros de referência, destinados a atender os casos cujo manejo exigiria maior especialização (co-morbidades, TB extrapulmonar), acabam absorvendo a responsabilidade de orientações e exames diagnósticos, os quais poderiam facilmente ser executados pelas equipes da ESF. *Me deram (potinho) lá no Clementino Fraga para eu escarrar. Ela [referindo-se enfermeira] mandou acordar bem cedo e entregar [o material] na portaria do hospital* (Senhor Paz). *A moça do Clementino Fraga passou a chapa e os escarros. Explicaram para eu escarrar em jejum e levar pro*

Clementino. Nem a boca eu lavei e escarrei (Senhor Perseverança). Fiz exame de escarro ... entreguei o potinho no Clementino (Senhor Simpatia).

Os relatos denunciam posturas contraditórias com as diretrizes da ESF, cujo pressuposto contempla três sentidos diferentes e complementares: o de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; o de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nestas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com os centros de referência⁽¹⁴⁾. Leva, consciente ou inconscientemente, à sobrevalorização, seja material ou simbólica do uso de tecnologias de produto, em detrimento dos serviços intensivos em tecnologias leves. Influencia atitudes e reforça a idéia de que os serviços especializados são mais resolutivos levando a uma inversão do sistema⁽¹⁵⁾.

A ampliação da realização de baciloscopia para a rede de serviços de saúde visa prioritariamente detectar usuários com TB e iniciar precocemente o tratamento dos casos. Ademais, as USF devem ter funcionários capacitados para orientar o paciente, com informações simples e claras em relação à coleta do escarro. Tal ação, além de facilitar o acesso ao uso dos serviços de saúde, agilizar o diagnóstico, reduzir a disseminação da doença, favorece o acolhimento, fator chave para o estabelecimento do vínculo entre profissionais e usuários, o que contribui de forma significativa para o aumento da procura pelo atendimento e utilização dos serviços de APS⁽¹⁵⁾.

Embora a USF não tenha sido eleita preferencialmente pelos participantes do estudo como porta de entrada para os exames diagnósticos, observa-se inversamente no discurso, o reconhecimento deste serviço como facilmente acessível e disponível para atender suas necessidades. *O ACS (agente comunitário de saúde) aqui da área foi chamado pela filha da minha cunhada que explicou tudo a ele, aí ele foi ao posto pegou a requisição e os potinhos ... pediu para escarrar, assim que me levantasse, tirasse aquele catarro lá de dentro, escarrasse dentro do potinho e levasse*

para o posto, aí eu comecei o meu tratamento lá no posto mesmo (Senhora Alegria).

Neste caso, é inegável que a dinâmica que se estabelece entre clientela e serviço, ou entre demanda e oferta, é realimentada pelo grau de resolubilidade dos serviços de saúde e pelo grau de satisfação dos usuários⁽¹⁶⁾. O reconhecimento pela equipe de saúde, do ambiente ao qual os sujeitos estão inseridos, suas necessidades e singularidades⁽⁸⁾, favorece o estabelecimento de vínculos de responsabilidade e confiança entre profissionais e famílias e permite uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções a partir dos problemas e demandas identificadas.

Nota-se que o estabelecimento de vínculos entre equipe da ESF e usuários, família e comunidade, pode ser considerado como um recurso terapêutico e como um dos meios mais adequados para a prática de uma clínica com qualidade⁽⁵⁾.

Propõe-se que a reorganização dos serviços de saúde, tenha como pressuposto a produção do cuidado, um processo de trabalho centrado no usuário e em relações acolhedoras capazes de produzir vínculo, em um processo produtivo que aposte em tecnologias relacionais para a assistência aos usuários, nas quais a construção do vínculo fundamenta-se na escuta sensível, orientações preventivas e terapêuticas, confiança, corresponsabilização e valorização da pessoa e não do problema⁽¹⁷⁾.

Embora se evidencie lacunas de acesso ao diagnóstico e deficiências na produção de vínculo entre usuários e equipes da ESF, identificou-se como potencialidade que a descentralização do tratamento e acompanhamento dos casos de TB vem se estabelecendo no município estudado. Os casos diagnosticados na unidade especializada são referenciados para as USF, na perspectiva de garantir a continuidade da assistência e construção do vínculo. Quando o usuário entra em contato com o serviço de

saúde, conecta-se a este por meio de fluxos, por onde transitam ofertas, demandas, anseios, expectativas, satisfação de necessidades e é nesse diálogo que se realiza a relação de cuidado⁽¹⁷⁾. Os seguintes relatos reiteram as considerações supracitadas: *Quando eu chego lá, eu não quero saber de fila, eu entro logo na sala de Rosa, e vou falar com ela, aí ela resolve o problema da gente. Ontem mesmo, eu fui procurá-la no posto. Ela [enfermeira] sempre dá um jeitinho pra gente falar o médico (Senhora Alegria). Quando eu chego lá [USF] já está aberto, se chegar às quatro e meia, já têm gente atendendo. Eu não pego ficha não, quando eu chego me atendem logo. A enfermeira marca logo a próxima consulta (Senhor Paz).*

A regularidade no fornecimento dos medicamentos também foi uma das potencialidades identificadas nos discursos dos usuários com TB. *Vai fazer quatro meses que eu faço meu tratamento e eu sempre pego na USF [referindo-se aos medicamentos]. Nunca tive dificuldade, às vezes eu vou antes do dia agendado a Rosa me dá logo meus comprimidos (Senhora Alegria). Não faltaram medicamentos nenhuma vez (Senhor Paz). Só um dia e, que fiquei sem tomar, estava faltando o medicamento na USF, aí ela [enfermeira] foi pegar na secretaria (Senhora Humildade).*

Nesta situação em particular, parece haver um reconhecimento do compromisso político do gestor, quanto à garantia da medicação específica para tratamento da TB. No Brasil, os esquemas terapêuticos são padronizados, custeados pelo governo federal e distribuídos aos municípios. Logo um eficaz sistema de gestão de abastecimento de drogas, fornecimento ininterrupto e sustentado pela qualidade das drogas anti-tuberculose, é fundamental para controlar a doença. Presume-se que o acesso gratuito a medicamentos para TB seja um dos fatores que corroboram para adesão dos pacientes ao tratamento.

No entanto verifica-se que geralmente as medidas terapêuticas empregadas pelas equipes da ESF restringiram-se ao fornecimento do medicamento e tratamento auxiliar dos sintomas identificados durante as consultas: *Eu só vou pegar os remédios lá, uma vez por mês, eu pego o remédio para 30 dias (Senhor Paz). Ela [referindo-se a enfermeira] pergunta o tipo de remédio que estou tomando, se estou*

tomando direitinho. Examina, tira a pressão, pesa, olha a minha altura. Só pergunta dos comprimidos mesmo (Senhor Simpatia).

Espera-se que o trabalho das equipes não se restrinja apenas à dispensação dos medicamentos, mas invista em ações que possam dar sustentabilidade ao tratamento dos casos. Seria esperado que os usuários com TB além de terem suas dúvidas atentamente escutadas e respondidas, fossem considerados no seu silêncio. As dificuldades, medo e/ou vergonha de se expressar, o constrangimento gerado pela relação de poder estabelecida pelo detentor de conhecimento/profissional, resulta na participação passiva do seu cuidado, anulando na prática os ideais de co-responsabilidade e autocuidado consciente.

De forma mais abrangente e contextualizada, todos os profissionais de saúde devem apreciar fatores de risco de outras doenças, além das envolvidas no sofrer concreto do usuário com TB, assim como investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento. Incluir no cotidiano de trabalho das equipes da ESF, "rotinas e processos de busca sistemática das necessidades de saúde e desenvolver habilidade para reconhecer a adequação das ofertas ao contexto específico no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde"^(18:1414) seria a marca maior do sentido de integralidade .

Destaca-se, portanto, a necessidade de qualificar os profissionais de saúde para que em conformidade com os direitos dos usuários do SUS se comprometam com a implantação e/ou aprimoramento de uma proposta de saúde mais justa, igualitária e consolidem-se como agente de transformação das práticas⁽¹⁹⁾.

Os entrevistados foram questionados acerca da realização de visitas domiciliares por parte dos profissionais, assim como a frequência das mesmas. Todavia, observa-se que não é uma prática adotada regularmente pelas equipes da ESF. *Eu que vou lá (USF) quando eu preciso. Desde o mês retrasado que ela [referindo-se a ACS] não vem aqui. Ela vinha saber como eu estava, procurava saber*

como é que estavam meus filhos, mas agora não vem mais, não vem mais ninguém, era para ela visitar as casas todo mês (Senhora Humildade). *Nunca vieram aqui não* (Senhor Paz). *A mim não, visita meu irmão. Já veio aqui (ACS), quem trouxe os remédios foi ela. Ela esteve aqui umas três ou quatro vezes* (Senhor Perseverança).

Interroga-se em que circunstância vem sendo realizada a visita domiciliária e o modo como as equipes da ESF vêm utilizando o território na perspectiva de promover a apropriação dos serviços pelos usuários. Em se tratando do acompanhamento dos casos de TB, o cuidado domiciliar caracteriza-se como condição essencial ao regime supervisionado, no entanto não deve restringir-se a intervenção terapêutica. Espera-se que nestes encontros sejam criados espaços de intersubjetividades^(5,8), de diálogo, de expressão de desejos e dificuldades, que favoreçam a participação das equipes na dinâmica familiar. Pressupõem relações próximas e claras, sensibilização ante o sofrimento do outro, reconhecimento das necessidades dos usuários, fortalecimento de vínculo e ampliação de intervenções menos burocráticas no espaço de vida do indivíduo/família⁽²⁰⁾.

Tais considerações mostram-se presentes nos discursos a seguir, os quais divergem dos anteriores. *Toda semana ele (ACS) e Rosa (enfermeira), dão uma passadinha aqui para saber como a gente está, como está a situação da saúde, encaminha a gente para fazer os exames* (Senhora Alegria). *Vem, Girassol (ACS), uma vez por mês. Ela (ACS) pergunta se eu estou tomando o remédio. A gente gosta dela, para mim é beleza demais* (Senhor Simpatia).

Transparece nos depoimentos a satisfação com a atenção e cuidados recebidos, com destaque aos profissionais enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Observa-se que a aproximação com a realidade destes usuários favorece a convivência dos profissionais com a dinâmica do processo de adoecimento e cura e contribui para fortalecimento de relações de confiança e compromisso entre os envolvidos no processo terapêutico.

Outro ponto apresentado refere-se à indisponibilidade de formas de incentivo ao tratamento,

como auxílio-deslocamento ou cestas básicas, como afirmam os sujeitos: *Recebo só o medicamento* (Senhor Simpatia). *Até agora não, nunca. Agradeceria muito de coração* (Senhor Perseverança). *Tem muita gente desempregada, que paga aluguel, eu moro aqui nessa casa e pago 90 reais de aluguel, uma cestinha básica é uma ajuda para quem faz o tratamento, tem muita gente que desiste do tratamento porque esse comprimido é muito forte, quem não tem o que comer dentro de casa, quando se sentir melhor desiste, porque o remédio é ruim* (Senhora Alegria).

Os depoimentos supracitados reafirmam a situação sócio-econômica desfavorável das pessoas acometidas pela TB. Verifica-se que o estado de pobreza contribui para abandono do tratamento, o que se constitui, atualmente, um dos mais graves problemas relacionado ao controle da doença. O usuário com TB tem acesso à medicação para tratar a doença, mas a sua condição financeira não favorece a aquisição do alimento.

Iniciativas que contemplem a suplementação alimentar dos usuários com TB vêm sendo recomendadas, como estratégia de pactuação terapêutica e melhoria do estado nutricional destes indivíduos. Na prática, alguns municípios oferecem cesta básica/vale alimentação, como um incentivo à adesão terapêutica destes usuários^(4,12). O acesso a estes insumos promove o envolvimento e responsabilização dos familiares com o cuidado e supervisão medicamentosa, uma vez que indiretamente se beneficiam com tais recursos.

Ainda que se reconheça que a disponibilização de benefícios se caracteriza como um instrumento facilitador para a adesão terapêutica, é preciso considerar que tais recursos são paliativos e não respondem a necessidades mais amplas ligadas ao problema da TB. A pobreza e a TB assumem uma relação bidirecional, pois tanto a pobreza pode estar relacionada às condições precárias de saúde, como essas podem produzir a pobreza, limitando as oportunidades de trabalho e de subsistência, formando, assim, um ciclo vicioso.

Ações inerentes ao campo das macropolíticas são necessárias, com ênfase na universalização dos direitos e combate à miséria, de modo que dentro de um contexto desejado de redução das desigualdades sociais, seja possível controlar a doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que entre os usuários investigados predominou a procura por serviços especializados por ocasião do diagnóstico da tuberculose. O primeiro contato com estes serviços foi motivado pela gravidade e intensidade dos sintomas apresentados e pelo encaminhamento dos profissionais das equipes da ESF. Acredita-se que a oferta de atenção básica, apesar de extensa, não tem sido capaz de ampliar o acesso efetivo dos usuários, que continuam levando a maior parte dos problemas de saúde para os serviços de maior densidade tecnológica (Unidades de Referência/Hospitais)

Por outro lado, nas unidades de saúde da família em que o acesso esteve facilitado, favoreceu-se uma postura promotora de vínculo com os usuários com TB e familiares. Nesse aspecto, o ACS e enfermeiro foram destacados como membros da equipe de saúde com quem estes usuários desenvolvem maior vinculação.

A visita domiciliária, recurso que possibilita conhecer de forma singular a realidade em que vivem os sujeitos e principal artifício para vivenciar o processo terapêutico dos usuários com TB, ocorre irregularmente. No entanto, excepcionalmente para os usuários que se beneficiam regularmente com a visita domiciliária, parece estabelecer um fortalecimento da relação terapêutica e continuidade do cuidado.

A descentralização é uma condição necessária para melhorar o acesso, a adequação da resposta social, a participação, a qualidade, a sustentação e a equidade no campo da saúde, além de facilitar a construção do vínculo, uma vez que aproxima o serviço de saúde do

usuário com TB, proporcionado o profundo conhecimento da realidade das comunidades e do modo de andar a vida dos seus indivíduos. Sendo assim o estudo ressalta a necessidade de mudanças no planejamento e/ou organização local que facilitem o acesso e fortaleçam a relação ESF/usuário com TB, e deste modo concretize nos serviços de APS um cuidado integralizado.

REFERÊNCIAS

1. Macinko J, Almeida C, Oliveira E, Sá P. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Mgmt.* 2004; 19:303-17.
2. World Health Organization. WHO report 2009: global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing. Geneva: WHO; 2010.
3. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
4. Marcolino ABL, Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Moraes RM, Sá LD, Villa TCS, et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB. *Rev Bras Epidemiol.* 2009; 12(2):144-57.
5. Sá LD, Gomes AL, Nogueira JA, Villa TCS, Souza KMJ, Palha PF. Intersectorality and bonding in tuberculosis control in family health. *Rev Latino-Am Enferm.* 2011; 19(2):387-95.
6. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(Supl 2):190-8.
7. Scatena LM, Villa TCS, Ruffino-Netto A, Kritski AL, Figueiredo TMRM, Vendramini SHF et al. Acesso ao diagnóstico de tuberculose em cinco municípios do Brasil – análise multivariada. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(3):389-97.

8. Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcêncio RA, Gonzalez RIC, Villa TCS, et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(2):176-82.
9. Figueiredo TMRM, Villa, TCS, Scatena LM, Cardozo Gonzales RI, Ruffino Netto A, Nogueira JA, Oliveira AR, Almeida SA. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(5):825-31.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
11. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(6):1487-94.
12. Arcêncio RA, Arakawa T, Oliveira MF, Scatena LM, Ruffino Netto A, Villa TCS. Barreiras econômicas na acessibilidade ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto - São Paulo. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(5):1121-7.
13. Pires MRGM, Gottens CMFM, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por media complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(suppl 1):1009-19.
14. Pereira MPB, Barcellos C. O território no programa de saúde da família. *Rev Bras Geografia Médica Saúde.* 2006; 2(2):47-55.
15. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(1):12-7.
16. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família no Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(1):90-9.
17. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(4):898-906.
18. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(5):1411-6.
19. França ISX, Pagliuca LMF. Acessibilidade das pessoas com deficiência ao SUS: fragmentos históricos e desafios atuais. *Rev Rene.* 2008; 9(2):129-37.
20. Mendonça FAC, Sampaio LRL, Linards AG, Silva RM, Sampaio LL. Acolhimento e vínculo na consulta ginecológica: concepção de Enfermeiras. *Rev Rene.* 2011; 12(1):57-64.

Recebido: 02/08/2011
Aceito: 24/04/2012