



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Ciências Biológicas da Saúde
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado

Vivian Albuquerque Abreu dos Santos

As ações dos enfermeiros no tratamento supervisionado da tuberculose e suas possíveis interpretações, Comunidade da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil.

AGOSTO
2013

Vivian Albuquerque Abreu dos Santos

As ações dos enfermeiros no tratamento supervisionado da tuberculose e suas possíveis interpretações, Comunidade da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil.

Dissertação apresentada como requisito final para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Área de concentração: Tuberculose, Saúde Coletiva e Enfermagem.

Orientadoras: Prof^a Dr^a Fabiana Assumpção de Souza
Prof^a Dr^a Fatima Teresinha Scarparo Cunha

Rio de Janeiro,
Agosto, 2013

S237 Santos, Vivian Albuquerque Abreu dos.
As ações dos enfermeiros no tratamento supervisionado da tuberculose e suas possíveis interpretações, Comunidade da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil / Vivian Albuquerque Abreu dos Santos, 2013.
79, lxxix f. ; 30 cm + 3 CD-ROM.

Orientadora: Fabiana Assumpção de Souza.
Coorientadora: Fatima Teresinha Scarparo Cunha.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

1. Tuberculose. 2. Saúde coletiva - Rocinha (Rio de Janeiro, RJ). 3. Promoção da Saúde. 4. Enfermagem. I. Souza, Fabiana Assumpção de. II. Cunha, Fatima Teresinha Scarparo. III. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. IV. Título.

CDD – 616.995

VIVIAN ALBUQUERQUE ABREU DOS SANTOS

As ações dos enfermeiros no tratamento supervisionado da tuberculose e suas possíveis interpretações, Comunidade da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil.

Dissertação apresentada como requisito final para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Área de concentração: Tuberculose, Saúde Coletiva e Enfermagem.

APROVADA EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Fabiana Barbosa Assumpção de Souza – Orientadora
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)

Prof^a Dr^a Fatima Teresinha Scarparo Cunha – Orientadora
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)

Prof^a Dr^a Luzia da Conceição Araújo Marques – Examinadora
(Universidade Estadual do Rio de Janeiro)

Prof. Dr. Nilson Alves de Moraes – Examinador
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)

Prof^a Dr^a Liliana Angel Vargas – Suplente
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)

Rio de Janeiro

2013

"I'm a young soul in this very strange world."

New Soul – Yael Naim

“Uma mente que se abre para uma nova ideia
jamais voltará ao seu tamanho original.”

Albert Einstein



DEDICATÓRIA ESPECIAL

Àquela que é mãe por inteiro.
Por todo amor dedicado até o dia de hoje.
Por todas as boas condições oferecidas de uma vida digna.
À minha querida Gloria.

*"You took my hand
And then you shoved me
'Til opportunity let me in
You pushed me right up to the top
You made me what I am today."*
(“You made me what I am”, Jackson Five)

*"Você pegou minha mão
E então me puxou
Até a oportunidade aparecer
Você me empurrou até o topo
Você fez de mim o que sou hoje."*
(“Você me fez o que sou hoje”, Jackson Five)

Ao meu avô Joaquim, que sempre participou da minha educação e estará sempre presente em minha vida, in memoriam.

DEDICATÓRIA

À minha família, que sempre apoiou minhas decisões, principalmente acadêmicas. Por me nutrir com energia positiva mesmo a distância. E por toda a valorização do meu trabalho.

Aos amigos que, a distância, estimularam e me deram força para que este trabalho fosse realizado com sucesso.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Às Professoras Fabiana e Fátima, que sempre acreditaram no meu potencial e capacidade de produzir conhecimento no ambiente da Academia.

Obrigada por confiarem na minha potencialidade desde o 5º período da Graduação e por me terem proporcionado oportunidades a que, infelizmente, poucos têm acesso até hoje.

Agradeço a vocês pelos momentos de orientação e pelo respeito pelo tempo que precisei para descobrir as reais motivações que me levaram a trilhar os caminhos desta pesquisa.

É com muita gratidão e honra que as tenho como orientadoras. E, graças a vocês duas, estou me tornando Mestre.

AGRADECIMENTOS

Deixo aqui meus sinceros agradecimentos àqueles que contribuíram de alguma forma para o desenvolvimento deste estudo.

Aos Professores que compõem a banca de defesa desta dissertação, pela crítica construtiva — em um primeiro momento, na qualificação — e, conseqüentemente, pelos desafios que me propuseram e que tive que enfrentar, o que certamente me levou ao crescimento intelectual.

Em especial, aos Professores Liliana e Nilson, que me cativaram e foram motivo de inspiração desde o primeiro período da Graduação em Enfermagem.

Aos Professores Elaine Assolini e Pedro Palha, por proporcionarem a realização da disciplina de Análise de Discurso e dispensarem tempo e dedicação para ensinar esse campo bastante instigante do conhecimento.

A todos os trabalhadores que, de alguma forma, colaboraram nas etapas desta pesquisa; professores, funcionários dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs), gerentes e enfermeiros das Clínicas da Família.

Ao Rodrigo, que esteve presente em todas as etapas desta dissertação e colaborou com a sua compreensão em momentos difíceis. Obrigada pelo auxílio na entrega do material.

RESUMO

SANTOS, Vivian Albuquerque Abreu dos. *As ações dos enfermeiros no tratamento supervisionado da tuberculose na Rocinha: uma questão de interpretação*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

A tuberculose (TB) ainda é considerada uma das doenças negligenciadas cujo processo saúde-doença tem estreita relação com o desenvolvimento histórico social no qual a posição de classes e a reprodução social são determinantes do adoecimento dos sujeitos. Os avanços nas políticas públicas de saúde permitiram alguns avanços; porém, no quesito qualidade ainda deixam a desejar, requerendo estudos a respeito da doença. A descentralização das medidas de controle da tuberculose para a Atenção Básica remete a alguns questionamentos. No caso desta pesquisa, buscou-se, portanto, compreender as ações dos enfermeiros no Tratamento Diretamente Observado (TDO) na Comunidade da Rocinha, Rio de Janeiro. A escolha do local deve-se ao seu coeficiente de incidência da doença, sendo o mais alto na cidade do Rio de Janeiro, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde. Trata-se de um estudo qualitativo sustentado pelo método de análise de discurso de matriz francesa, que visa a compreensão de como um objeto simbólico produz sentidos para o analista, colocando a interpretação em questão. Foram entrevistados 11 enfermeiros das Clínicas da Família localizadas na Comunidade. Para gerenciamento da análise, foi utilizado o *software* Atlas.ti 6.0 como instrumento de armazenamento e organização das entrevistas transcritas. Os resultados surgiram a partir de recortes correlacionados de linguagem e situação. Assim, foi possível a constituição do corpus através da construção de montagens discursivas que obedeceram aos critérios decorrentes de princípios teóricos da análise de discurso, face aos objetivos da análise, e que permitiram chegar à sua compreensão. Foram observadas as possíveis relações de poder existentes entre cuidadores e entre quem cuida e quem é cuidado. Não há uma relação dialógica entre os sujeitos envolvidos no serviço de saúde. À guisa de conclusão deste estudo, entendemos que aos profissionais de saúde cabe o desafio de eles se abrirem às relações e aos canais de comunicação, nos quais a interação com o outro será sempre um dispositivo para a produção de cuidado.

Palavras-chave: Tuberculose. Promoção da saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is still considered a neglected disease which process is closely related to the historical development in which social class position and social reproduction are determinants of illness of subjects. Advances in public health policies allowed some progress, but the quality still leaves something to be desired, requiring studies about the disease. The decentralization of TB control measures for Primary Care refers some questioning. In this research, we sought therefore to understand the actions of nurses in Directly Observed Treatment (DOT) in the community of Rocinha, Rio de Janeiro, The venue is due to the incidence rates of the disease, being the highest in city of Rio de Janeiro, according to data from the Municipal Health. This is a qualitative study supported by the method of discourse analysis of the French headquarters, which seeks to understand how an object produces symbolic meanings to the analyst, putting the interpretation in question. We interviewed 11 nurses of the Family Clinic located in the Community. For managing the analysis, we used the Atlas.ti 6.0 software as a tool for storing and organizing the interviews transcribed. The results emerged from clippings related language and situation. Thus, it was possible the constitution of the corpus through the discursive construction of assemblies that met the criteria derived from theoretical principles of discourse analysis, given the objectives of the analysis and that allowed her to reach understanding. Showed the potential power relations between and among caregivers and caregivers who care. There isn't a dialogical relationship between those involved in the health service. At the conclusion of this study, it is the challenge to health professionals about being open to relationships, communication channels, where interaction with others is always a device for producing care.

Keywords: Tuberculosis. Health Promotion. Nursery.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise de Discurso
AP	Área de Planejamento
APS	Área de Planejamento Sanitário
CAP	Coordenação das Áreas de Planejamento
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DOTS	Estratégia de Tratamento Diretamente Observado
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HU	Unidade Hermenêutica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPP	Instituto Pereira Passos
OMS	Organização Mundial de Saúde (WHO em inglês)
ONG	Organização Não Governamental
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNT	Serviço Nacional de Tuberculose
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TS	Tratamento Supervisionado
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Percorrendo os caminhos do tratamento da tuberculose.....	17
1.2 Construções do objeto de estudo.....	25
2 OBJETIVOS.....	30
2.1 Objetivos gerais.....	31
2.2 Objetivos específicos.....	31
3 JUSTIFICATIVA.....	32
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	34
4.1 A situação epidemiológica da tuberculose no Brasil e no mundo.....	35
4.2 A situação epidemiológica da tuberculose no Estado do Rio de Janeiro.....	37
4.3 A situação epidemiológica da tuberculose no Município do Rio de Janeiro..	37
4.4 A comunidade da Rocinha.....	37
4.5 O tratamento da tuberculose.....	40
4.5.1 O Tratamento Diretamente Observado (TDO).....	41
5 MATERIAL E MÉTODOS.....	44
5.1 Amostra proposital.....	45
5.2 Caracterização do local de estudo.....	45
5.3 Instrumento de coleta de dados.....	46
5.4 Aspectos éticos.....	46
5.5 A captação e o tratamento dos dados.....	46
5.6 Análise dos dados.....	47
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
6.1 As ações dos enfermeiros diante do TDO da tuberculose.....	50
6.2 Quem participa do TDO?.....	55

6.3 Interpretando o modo de pensar dos enfermeiros sobre o TDO.....	58
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS.....	66
APÊNDICES.....	72
ANEXO.....	78

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória na pesquisa começou durante a graduação em Enfermagem e sempre me interessei pelos assuntos *tuberculose* (TB) e *saúde coletiva*.

Nesse sentido, na universidade a minha participação em Projetos de Extensão foi muito importante, e neles trabalhei junto a duas comunidades do Rio de Janeiro. Porém, algumas questões me angustiavam, como as da pobreza, do acesso aos serviços de saúde e das moradias precárias nesses locais, dentre outras.

Ao cursar o ensino prático no 5º período da graduação, tive a oportunidade de estar próxima à Professora Fabiana, responsável pelo ensino clínico no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle à época. Por estar ligada à área da pesquisa, ela convidou alguns alunos a participar de um grupo de pesquisa — como foi o meu caso —, a partir de um processo seletivo interno. De fato, logo eu me interessei pelo convite, pois entrevi a chance de compreender aqueles pontos de “angústia intelectual”. Assim, submeti o meu anteprojeto a uma avaliação e ele foi selecionado.

O objetivo da Professora Fabiana era que integrássemos um Projeto de Pesquisa multicêntrico, intitulado *Diagnóstico da Tuberculose — Avaliação dos serviços de saúde em municípios de diferentes regiões do Brasil*, o qual foi desenvolvido pelo Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose/REDE-TB, coordenado pelos Professores Tereza Cristina Scatena Villa¹ e Antonio Ruffino Netto², que agregou pesquisadores de algumas universidades brasileiras, inclusive da UNIRIO, gerando outros projetos de pesquisa de forma integrada. No caso do Rio de Janeiro, as Professoras Fabiana Assumpção e Fátima Scarparo desenvolveram o estudo *Movimentos Sociais e Tuberculose: análise do retardo no diagnóstico*. A partir deste, três subprojetos foram originados.

O subprojeto desenvolvido por mim foi sobre as percepções dos representantes das Organizações Não Governamentais (ONGs) de luta contra a tuberculose. O estudo foi submetido ao Edital de Bolsas de Pesquisa na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e, uma vez que fui

¹ Professora Titular na área de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

² Professor Titular da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

contemplada com a bolsa de Iniciação Científica, o estudo foi desenvolvido. No ano seguinte, com a apresentação do relatório parcial do projeto, fui novamente contemplada; porém, dessa vez, para uma bolsa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do CNPq (PIBIC/CNPq).

Em minha trajetória de dois anos, os assuntos *tuberculose*, *políticas públicas de saúde* e *saúde coletiva* tornaram-se cada vez mais explorados. Nesse período, também participei das reuniões do Fórum de ONGs TB do Rio de Janeiro, a partir das quais vínculos foram estabelecidos com representantes de ONGs, lideranças de outros movimentos sociais voluntários (de base comunitária, como associações) e de outros setores da sociedade civil que ali atuavam. Com essas experiências, cresceu minha motivação para continuar estudando a tuberculose, sobretudo os trabalhos em defesa de milhares de pessoas em risco e/ou afetadas pela doença.

Ao fim de dois anos, os resultados do estudo proporcionaram alguns frutos, tais como aceites em congressos nacionais e internacionais, jornadas e *workshops*, entre outros eventos, obtendo sucesso nas avaliações a que o estudo foi submetido. E o citado projeto de pesquisa do Rio de Janeiro também teve como produto final o capítulo de um livro da Rede Nacional de Pesquisa em Tuberculose (VILLA, RUFFINO NETO, 2011). Além disso, neste momento (maio de 2013), dois artigos estão sendo submetidos à apreciação de periódicos nacionais, estando ambos na etapa “em avaliação”.

A trajetória bem sucedida como bolsista de iniciação científica foi o que me motivou a inscrever-me no processo seletivo do mestrado em Enfermagem da UNIRIO.

Continuar estudando a tuberculose é muito promissor para mim, especialmente porque a previsão é a de a pesquisa ser realizada junto à população da Rocinha, comunidade considerada a de maior coeficiente de incidência da enfermidade no Rio de Janeiro.

O estudo torna-se ainda mais relevante sob a perspectiva do profissional de enfermagem, dado que este lida diretamente com as pessoas em risco de contrair a doença e/ou com aquelas que infelizmente já foram afetadas por ela.

INTRODUÇÃO

1.1 Os caminhos do tratamento da tuberculose

Há séculos a tuberculose acompanha o desenvolvimento da humanidade. Há, inclusive, relatos evidenciados da doença em ossos humanos pré-históricos encontrados em países da Europa Ocidental datados de oito mil anos a.C. Considerada “moléstia social”, a tuberculose tem sido estudada como doença desde a Grécia antiga e ainda assim o tema não se esgotou.

Houve registros do bacilo de Koch em coluna vertebral e de ossos em esqueletos egípcios de 2.500 a.C. Documentos antigos de hindus e chineses também descreviam formas de um tipo de doença que acuminava os pulmões de maneira muito parecida com a tuberculose.

Na primeira parte de seu livro, Bertolli Filho (2001, p. 28) descreve o que representou a tuberculose — palavras que, em função dos desdobramentos de sua descoberta clínica, talvez valham até os dias de hoje:

Nenhuma outra patologia incitou tanto os estudiosos — médicos, juristas, administradores públicos, religiosos, escritores de ficção e pesquisadores em geral — quanto a tuberculose. Enfermidade mortal que só no século XX foi responsabilizada por cerca de um bilhão de mortes, a tísica³ favoreceu, na linha histórica, a elaboração de um campo conceitual próprio que, estendido aos seus tributários, promoveu sucessivos conflitos de perspectivas e interesses, resultando no mosaico de interpretações sobre a doença e o doente.

Pelo fato de acometer indistintamente as classes mais e as menos favorecidas, a doença ficou conhecida publicamente. Sabe-se que o bacilo de Koch foi ilustre em seu quadro epidemiológico entre faraós, altos sacerdotes e monarcas cristãos, a quem “por superstição religiosa atribuíram-se poder da cura” (ROSEMBERG, 1999). Houve também célebres tísicos (como eram chamados os portadores de tuberculose) que contraíram a doença entre as mais variadas funções da classe dominante: reis, imperadores, escritores, poetas, cientistas, filósofos e até mesmo santos católicos. Grandes nomes do meio intelectual sofreram com a tuberculose (BERTOLLI FILHO, 2001).

³ “Os termos ‘consunção’ e ‘tísica’, importados da Índia, significam emagrecimento ou depauperação do corpo; além da categoria ‘fimata’, eles foram compreendidos pela academia hipocrática como sinônimos de ulceração ou supuração dos pulmões” (BERTOLLI, 2001, p. 31).

Porém, o *como* e o *por quem* a TB se tornou pública é que fez a diferença entre os extratos sociais acometidos pelo bacilo.

Como disse Marx, a história da humanidade é a história das classes dominantes. Por isso, em relação à tuberculose, sabemos muito mais dos dramas e comportamentos dos doentes mais destacados e sua repercussão social na época considerada. Dos milhões de desvalidos que morreram consumidos pela tuberculose, tanto no passado como na modernidade, praticamente nenhuma notícia se tem relativamente aos seus sofrimentos e dramas. Nada de lirismo, pobre não tem possibilidades de ser romântico. (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 50.)

O bacilo alastrou-se pela Europa entre o final do século XVIII e o início do XIX em plena Revolução Industrial, estabelecendo um contraste entre o crescimento da economia inglesa e a situação de saúde da população europeia. Foram muitos os afetados. Entre eles, trabalhadores que se concentravam nos grandes centros urbanos, além de adultos e crianças que trabalhavam em condições subumanas. Em números, houve uma média de oitocentas mortes a cada 100 mil habitantes; na capital londrina, o coeficiente de mortalidade foi de 1.100 por 100 mil habitantes. Por sua capacidade de dizimar famílias inteiras, chegou-se a pensar que pudesse se tratar de uma doença hereditária. Porém, aquele não era um acontecimento individual que acometia as famílias, e, sim, algo assustador, que ameaçava toda a sociedade (BERTOLLI FILHO, 2001).

O período da revolução industrial foi marcado pela queda definitiva de uma antiga ordem político-social e pela conformação de uma nova ordem, burguesa, avessa a paixões exaltadas e articulada à ideia de produtividade (PORTO, 2007). Ou seja, naquele momento, para ser contratado, era necessário que o trabalhador fosse visivelmente e de fato forte e saudável, capaz de produzir capital para o patrão ou para o Estado.

No entanto, a doença não ficou restrita às camadas mais desfavorecidas que estivessem em risco para o bacilo. Paralelamente, outros grupos da sociedade também eram acometidos. E aqueles que conseguiram enfrentar os padecimentos da doença remodelaram a representação social da moléstia, transformando-a em um “mal romântico”, especialmente entre intelectuais e artistas, inclusive brasileiros.

Como a tuberculose proliferava em todo o mundo, a literatura romântica também foi tomada pelo tema. A devastadora doença atingiu principalmente jovens entre 21 e 35 anos de idade. Entre nós, Castro Alves, um dos mais famosos poetas da segunda metade do século XIX, compôs os seguintes versos, referindo-se ao mal que o atingira aos 23 anos:

Eu sei que vou morrer... dentro do meu peito
um mal terrível me devora a vida.
Triste Assaverus, que no fim da estrada
só tem por braços uma cruz erguida.
Sou o cipreste qu'inda mesmo florido
Sombra da morte no ramal encerra!
Vivo – que vaga entre o chão dos mortos,
Morto – entre os vivos a vagar na Terra.

Porto (2007) define o termo “romântico” como característica de uma sensibilidade peculiar de um determinado período histórico, que desde o princípio do século XVIII “assume o matiz de 'atraente', de ato de deleitar a imaginação”, vindo a “associar-se com outro grupo de conceitos, como 'mágico', 'sugestivo', 'nostálgico', e, sobretudo com palavras que exprimem estados de alma inefáveis, essência da romanticidade”.

Sontag (1984, p. 39 apud PORTO, 2007, p. 44), aliada ao contexto social em que esses sujeitos estavam inseridos, coloca “a ideia da tuberculose como manifestação exterior de um caráter interiormente ‘interessante’ [...] associada à derrocada definitiva de um tipo de sociedade”. Com a queda do Antigo Regime e o estabelecimento da ordem burguesa, “o valor e a posição social não são [mais] estabelecidos de antemão, tendo de ser afirmados. Sua afirmação passava a depender, entre outras possibilidades, do cultivo de novas atitudes diante da doença” (MONTENEGRO, 1971 pg. 39).

Além de a “tísica” ser considerada um mistério e um fator estigmatizante dos extratos menos favorecidos, a sensação dos doentes era a de estar sob uma “sentença de morte”, uma vez que o tratamento e a cura eram incertos. A partir do século XIX, a doença e seus vitimados tornaram-se elementos interessantes *para* e *exaustivamente* vistoriados *pela* medicina. Consequentemente, os indivíduos

afetados pela doença tornaram-se objeto e instrumento de análise da sociedade e de suas estruturas como um todo. A era romântica dava espaço agora ao universo médico e acadêmico cujo intuito era o de investir em voltar-se para novas descobertas terapêuticas.

Com promessas de ser possível recuperar a saúde dos portadores de TB, que estava frágil e debilitada, os médicos prescreviam a terapêutica de novos ares, que consistia em procurar o ar puro do campo ou das montanhas. Mas o fato é que a recomendação foi interpretada no sentido de a doença representar perigo de contágio aos que estavam saudáveis, o que levou à perseguição de alguns vitimados.

Ao prescrever novos ambientes para novos ares, deslocam-se forçosamente os indivíduos afetados para locais distantes e isolados. Começa, então, a partir daí, certa distinção entre as pessoas sadias e as enfermas. Para exemplificar, nos Estados Unidos, ao final do século XIX, como prática de mudança de atitudes coletivas, foi criada uma lei exigindo que todos os cidadãos norte-americanos contaminados pela doença utilizassem um sino pendurado no pescoço para alertar os sadios sobre o estado deteriorado de seus pulmões (JONES, 1967).

As novas leis sanitárias surgiram principalmente na Inglaterra, na tentativa de inibir o trânsito dos afetados pela tuberculose, levando-os a fazer forçadas e sucessivas viagens para que literalmente inspirassem esses “novos ares”.

A partir do final do século XIX nasce a era sanatorial de atendimento aos que sofriam da doença “fimatosa”. Os sanatórios eram instituições localizadas no alto das montanhas, cuja premissa era a da “cura nas alturas” — isso porque não havia casos de tuberculose nos habitantes dessas regiões. Ao longo dos anos, tal pensamento foi fortemente apoiado por sociedades que em sua maioria se tornaram capitalistas e segregadoras em prol do combate à Peste Branca⁴. Isso fez com que outros países, da Europa e das Américas, começassem a centrar recursos para a criação de refúgios nas montanhas,

⁴ A tuberculose era denominada Peste Branca na década de 1880. Definida como “moléstia social” e desafiadora da ordem social, tornou-se arrasadora no contexto econômico (BERTOLLI FILHO, 2011, p. 13).

[...] alegando que a tísica fazia grande número de vítimas entre os extratos mais pobres da população. Neste contexto, as concepções vigentes desde o final do século passado instruíram entendimentos alarmantes sobre a Peste Branca e suas vítimas. A moléstia expandia-se em definição, concretizando-se ao mesmo tempo como causa e produto dos desarranjos que feriam o tecido coletivo. (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 56.)

A partir de estudos clínicos da época, houve quem dissesse que a doença significava a contradição dos valores da sociedade e que a retirada dos afetados (seu afastamento e enclausuramento) poderia mudar o cenário, diminuindo a transmissão e melhorando a ordem pública. A preocupação da ordem pública tornou-se um “dever social” dos cidadãos, que cobravam do Estado e da burguesia — que sustentavam a sociedade — a construção de lugares próprios para os doentes: os sanatórios populares. Tal atitude gerou campanhas sanitárias para possíveis elaborações de políticas de controle da doença. Acreditava-se que a cidade estava em desordem pública e urbana, uma vez que não era possível saber, de fato, quem estava ou não contaminado pela doença. Para isso, começou-se a divulgar a tuberculose, mas de forma negativa, ligada à questão da morte e como doença comportamental: “Quem não se cuida, morre”.

Assim foi imposto o isolamento social dos indivíduos contaminados. E, para o tratamento ser feito, era preciso forçar a clausura, como também a desvinculação de entes familiares por longos períodos — conseqüentemente, houve uma rotulação daqueles que foram afastados, surgindo as definições de “tísico”, “fimatoso” e “tuberculoso”. O procedimento foi adotado inclusive no contexto das políticas sanitárias brasileiras (BERTOLLI FILHO, 2011). É importante salientar que o confinamento forçado nas montanhas não teve sua história restrita ao cenário europeu e à América do Norte (em especial aos EUA).

No entanto, a história no Brasil teve um perfil diferenciado. Uma minoria fez a tal “reforma sanitária da tuberculose” para evitar o contato com os desvalidos. Como o conhecimento médico-científico estava concentrado nos grandes centros urbanos, a manifestação no setor sanitário se deu basicamente em ambientes como esses, localizados nas partes mais bem-aventuradas financeiramente, em especial nas capitais dos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo. A lógica instituída desde a Revolução Industrial continuava presente — a lógica de mercado, de produção de

capital. Entretanto, os afetados eram os pobres da cidade e os trabalhadores da zona portuária, e isso afastava os possíveis negociantes estrangeiros que chegavam de outros continentes para as práticas mercantis de importações/exportações de produtos do país.

Entre nós, a Peste Branca não teve o mesmo impacto de outras doenças contagiosas, e recebeu menos recursos do Estado para o seu controle e combate. Em razão da apatia por parte do governo diante da tuberculose, outros grupos da sociedade viram-se no papel de ter que construir instituições para o enfrentamento da doença e o amparo aos doentes. O silêncio das autoridades brasileiras pôde ser quebrado, então, no início do século XX pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz, autor de um projeto de lei que previa a notificação de todos os casos de TB no Brasil e a criação de serviço especializado para tratar a doença.

Ainda assim, não houve apoio de uma parte significativa da população, e a consequência dessa omissão deu-se na década de 1920, com maior cobrança às instâncias dos poderes públicos devido ao fato de haver poucas instituições destinadas à assistência às pessoas pobres afetadas pela tuberculose.

Dez anos depois, instaura-se o Estado Novo, sob o comando do Presidente Getúlio Vargas, que, por seus interventores, assume

A tutela da sociedade, fazendo a apologia de que o Estado constituía-se na única instância com legitimidade e capacidade suficientes para garantir a concretização dos interesses coletivos. A área da Higiene Pública foi, de imediato, um dos setores mais visados pela administração “revolucionária”, sobretudo porque a reforma sanitária realizada em 1925 conferiu autonomia ao sistema regional de saúde, instituindo os Centros de Saúde e os localizando como “eixo central” do movimento preventivista e de tratamento dos enfermos no Estado de São Paulo. (BERTOLLI FILHO, 2001.)

Ao longo das últimas décadas do século XX, surgiram muitas dúvidas e estudos para entender o bacilo. Nessa trajetória, houve quem acreditasse na diferença racial como fator determinante para o risco de alguém adoecer por tuberculose. Porém, BERTOLLI (2001) conta que “certo doutor”, por meio de suas pesquisas, identificou que tanto os homens de cor clara quanto os de cor escura “desconheciam as regras elementares de higiene e de prevenção do contágio kochiano”. Em outras palavras, concluiu-se que a raça nada tinha a ver com o

contágio e a disseminação da doença, o que colocou em questão os condicionantes culturais e socioeconômicos e os estudos em saúde coletiva vigentes até então.

Em contrapartida, ainda se pensava no isolamento terapêutico como alternativa para o estudo da doença em relação à sua forma clínica e no contexto social no qual o indivíduo afetado estava inserido (fosse este favorável ou não).

A chamada 'educação em saúde' manifesta-se aí como medida preventiva na ordem urbana voltada para reforma dos comportamentos individuais. Era utilizada como instrumento disciplinador, e seus elementos serviam como análise de 'hábitos' e 'comportamentos' individuais que construam o tecido coletivo. (BERTOLLI FILHO, 2001.)

A nova tarefa do Estado era comandada pelos grupos da sociedade acadêmica que utilizavam a educação em saúde como meio de disseminar aos cidadãos as "boas práticas" de saúde. Tal atividade implicava manter a existência do proletariado industrial, produzindo riqueza para o país. Nessa lógica de mercado, era necessário manter saudável a mão de obra para o trabalho.

Sob o lema de "preservar, recuperar e aumentar a capacidade do trabalhador", a Saúde Pública, atrelada ao Estado, contribuiu decisivamente para a construção do "Homem Novo", coerente com a proposta de modernização econômica e social encaminhada por Getúlio Vargas. (BERTOLLI FILHO, 2001.)

Em linhas gerais, foram criadas seções, departamentos e serviços voltados para as ações propagandistas do setor sanitário em prol do controle da tuberculose. No entanto, ao invés de educar, os novos setores reforçavam ainda mais a imagem negativa da doença. Na propaganda estava presente o sentido de mostrar o resultado mortal de se ter uma vida "desregrada" e fora dos padrões de uma sociedade saudável. As ligas contra a tuberculose, criadas nas grandes cidades brasileiras por especialistas da academia, também acentuaram a reprodução do símbolo tísico — simbolismo da cruz significando a morte. Assim, por meio de protocolos e leis instituídas por protocolos e manuais de controle da doença, salientava-se o seu estigma.

Paralelamente a essa prática, o Estado intervinha também em tentativas de políticas públicas para o controle da tuberculose no país. Em meados do século XX, foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) cuja responsabilidade era

estudar meios de ações profiláticas e assistenciais voltadas para a patologia, uma vez que a vacina já havia sido descoberta anos antes e fora introduzida no Brasil. Enquanto isso, aqueles que estavam afetados pelo bacilo continuavam em nosocômios, ocupando o papel de submissão por terem aderido ao tratamento medicamentoso experimental imposto por práticas médicas até então.

Foi preciso quase uma década após a criação do SNT para que se viabilizasse o tratamento ambulatorial da TB. A nova prática permitia o retorno dos doentes em tratamento ao convívio familiar, o que favorecia a redução do estigma ainda colocado pela sociedade, que mantinha resistência em relação às reais explicações para a causa da doença.

Contudo, na década de 1970, o Brasil avançou muito em suas políticas públicas de saúde ao implantar a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), que, à época, ampliou as ações de combate à tuberculose, descentralizando as atividades de diagnóstico e tratamento para as Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Para o doente de TB, isso significava não mais precisar passar meses preso em uma instituição nosocomial: agora ele poderia ser livre, ainda que aderisse a um esquema terapêutico prolongado.

Entretanto, epidemiologicamente, o cenário da tuberculose não era dos mais favoráveis. Isso se devia à permanência daqueles que estavam em risco em um contexto inadequado, tais como aglomerações e péssimas condições de habitação, com pouca iluminação e circulação de ar, além da baixa resolutividade dos serviços de saúde no que se refere ao controle da doença. Em outras palavras, as pessoas continuavam adquirindo o bacilo de Koch, desenvolvendo e transmitindo a doença; além disso, muitas vezes o bacilo se tornava resistente à terapêutica em razão da não aderência do paciente ao tratamento.

Para dirimir a cadeia de transmissão da TB, em 1996 o Ministério da Saúde efetivou um Plano Emergencial de Combate à Tuberculose, estabelecendo como metas desenvolver ações de controle em 80% nas UBSs, detectar 90% dos casos esperados e atingir 85% de cura dos casos. Porém, esse objetivo não foi alcançado e em 1998 a estratégia DOTS foi lançada no país (ver item 1.4 desta dissertação).

As novas metas, vigentes até os dias atuais, fizeram com que o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), em acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), traçasse uma nova estratégia de ações para o controle da doença no país. E dentre as atividades propostas para serem desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde, estão as seguintes: busca de casos, diagnóstico precoce, tratamento diretamente observado, disponibilidade de medicamentos específicos em estoque suficiente para cada doente em tratamento, ações educativas junto à clientela das UBSs e comunidade em geral, visita domiciliar sempre que necessário, atividades de programação e avaliação das ações, entre outras (BRASIL, 2011).

Chega-se, então, ao ponto que se quer discutir nesta dissertação. O objetivo é compreender as ações de educação voltadas para a população no que diz respeito ao controle da doença e a como lidar com a situação em que o indivíduo está inserido (seja ela de risco ou adoecimento). As novas práticas trazem o usuário do sistema de saúde para mais próximo do serviço. Considerando que isso — as ações de educação em saúde — seja um cuidado valorizado de “uma categoria que enfatiza o diálogo, a reflexão e a crítica responsável sobre as questões que nos inquietam e nos desassossegam em nossas atividades, na pesquisa e nos serviços” (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2010).

Na verdade, trata-se menos de buscar conhecer um dado aspecto da realidade do que de procurar entendê-lo (GADAMER, 1996 apud AYRES, 2004).

1.2 Construções do objeto de estudo

Entendemos *sujeito* como um ser que parte da noção de particular para o geral, no qual o indivíduo em sua singularidade é interpelado por todo um contexto externo que o cerca através da história. É o que o torna sujeito. Ele problematiza seu lugar ao ver o outro como constitutivo do sujeito e da vida social. Em outras palavras, o sujeito é constitutivo e constituinte de uma realidade social.

No sentido da garantia à saúde, vemos o sujeito sob a perspectiva de sua possibilidade de participar ativamente das decisões da (própria) vida e do governo de seu povo (de outrem); ou seja, vemos o sujeito que assume seu papel de cidadão

e ator social que reconhece os direitos e deveres individuais e coletivos diante dos direitos assegurados pelo Estado, e tem por direito a liberdade de ir e vir.

Como exemplo prático, podemos pensar no caso de um indivíduo que é diagnosticado como infectado pelo bacilo da TB, e lhe é oferecido o tratamento diretamente observado (TDO) — tipo de tratamento oferecido única e exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, esse regime de tratamento é a única opção orientada por Protocolos e prescrita por enfermeiros e médicos das unidades de saúde, dado que a estratégia preconiza o acompanhamento do tratamento durante os seis meses em que o usuário necessita tomar os medicamentos, em uma Unidade Básica de Saúde ou no próprio domicílio (onde o agente comunitário de saúde levará o medicamento até o usuário). Nota-se que “Para todo caso de tuberculose (novo ou retratamento) deve-se realizar o tratamento diretamente observado, pois não é possível prever os casos que irão aderir ao tratamento” (FRIEDEN; SBARBARO, 2007).

Do nosso ponto de vista, o ato de tomar a medicação sob a supervisão crítica de um profissional de saúde fere o princípio da autonomia e liberdade desse sujeito, colocando-o numa situação de passivo, de quem necessita de alguém que o supervisione. Por parte do profissional de saúde, o fato de ele aceitar essa forma de atuação traduz uma desconsideração pela liberdade do sujeito usuário do SUS.

Reconhecemos que, por meio do tratamento diretamente observado (TDO), o profissional de saúde tem maior controle sobre o tratamento do “paciente” e pode saber se ele está realmente “obedecendo” à terapêutica instituída. Porém, a atitude de supervisionar cotidianamente o tratamento fere o princípio da bioética acerca do *respeito à autonomia do usuário*, pois traduz dois fatos: o de que o profissional não o reconhece como sujeito capaz de decidir o que é melhor para si e o de que o profissional tem um pré-conceito quanto à continuidade do tratamento, partindo da premissa de que o usuário o irá abandonar. Não por outro motivo, aqui colocamos aspas antes e depois da palavra *paciente*, pois discordamos do termo. Não podemos, entretanto, criar um novo, pois ele é utilizado por muitos profissionais de linha tradicional, os quais acreditam que o sujeito do cuidado é sempre paciente — no sentido literal da palavra — e assim ele é referido na literatura. A ele não é dada

a liberdade de pensamento e vontade, tampouco escolher o que lhe é mais adequado segundo seus próprios valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças pessoais. Assim, o sujeito adoecido está submetido a um conjunto de saberes que “outros” conceberam como programas, normas e manuais. Acresce-se a isso o fato de que o usuário não se sente representado nem pelo movimento social nem pelos conselhos de saúde.

E os profissionais, os que atuam nessas instituições de tratamento, muitas vezes tampouco participaram da elaboração das normativas presentes em manuais e protocolos, mas ainda assim as reproduzem — de um modo mecânico e centrado num determinado saber técnico.

Campos (2005) diz que, ao falarmos em pessoas e relações interpessoais, referimo-nos a desejos, poderes, saberes e singularidades. No entanto, na prática, não é isso o que acontece em muitos casos. Para reverter tal situação, é necessário levar o sujeito ao centro da discussão sobre o seu tratamento, evidenciando suas reais necessidades. Pensar o direito de ter acesso aos serviços de saúde é permitir ao usuário participar ativamente da decisão sobre a melhor tecnologia médica a ser por ele utilizada, de modo a garantir também o acesso a outras práticas terapêuticas, o que seguramente envolve relações de poder (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2010).

Quanto à “permissão” do usuário do sistema de saúde no que tange à liberdade de escolha de sua terapêutica, supõe-se que a sociedade somente deveria interferir no que diz respeito à autoproteção de seus membros. O único propósito pelo qual o poder poderia ser exercido corretamente contra a vontade do indivíduo deveria ser o de prevenir danos a outros indivíduos ou à própria coletividade. Isso porque é moralmente injustificável impor a indivíduos autônomos restrições às suas ações em nome de benefícios para eles próprios.

Em outras palavras, persiste a ideia de que o “paciente” pode não conseguir sustentar, sozinho, a responsabilidade de adesão ao tratamento — tarefa então compartilhada pelas comunidades, pelos profissionais da saúde e pelo governo brasileiro.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o TDO uma medida central para melhor aderência e cura em programas de controle da tuberculose. No

entanto, estudos mostram que a OMS orienta claramente a adoção de uma série de medidas — além do TDO — destinadas a promover a adesão ao tratamento. As medidas incluem colocar o paciente no centro de atividades de controle da tuberculose, assegurando a confidencialidade e consideração de suas necessidades, a organização de serviços para que ele receba o tratamento o mais próximo possível do seu domicílio; e a identificação de potenciais problemas com antecedência, mantendo registros de endereços precisos e tomando ações contra inadimplentes. Logo, é improvável que a implementação do TDO, isoladamente, sem medidas de apoio, seja eficaz na promoção da adesão (VOLMINK; MATCHABA; GARNER, 2000).

Este estudo se preocupa com o sujeito afetado pela tuberculose e com os profissionais que realizam seus cuidados, compreendendo que na vida cotidiana do profissional estão presentes qualidades sensíveis e intelectuais; suas ideologias, seus gostos e afetos, sua forma de cuidar, elementos que podem ser traduzidos também por meio de suas necessidades de cuidado (PEREIRA; BÚRIGO; CARVALHO, 2010).

Nessa linha, Agnes Heller (1989, p. 17) expressa que a vida cotidiana é heterogênea e hierárquica, principalmente no que tange ao conteúdo e à importância de nossos tipos de atividades.

A questão centra-se, então, na compreensão das ações realizadas pelo enfermeiro junto ao usuário que depende do tratamento diretamente supervisionado para a tuberculose. Nesse sentido, o profissional torna-se de certa forma responsável pelo outro — sem conferir peso ao sentido literal da palavra *cobrança*, e sim no fato de haver o reconhecimento dele no outro.

Arendt (2004) faz uma reflexão sobre a ideia de responsabilidade coletiva que nos ajuda a pensar sobre as relações dos sujeitos no trabalho em saúde, em especial no que se refere à responsabilização do profissional como pertencente a um grupo (o coletivo) como responsabilidade coletiva, deixando de lado a culpabilização do sujeito do cuidado (ou o comportamento individual).

O objeto deste estudo é o universo das ações dos enfermeiros durante o tratamento supervisionado da tuberculose na Rocinha.

Assim, as questões que norteiam o tema a ser abordado são: Quem institui o TDO no momento do diagnóstico de TB? Em algum momento, o usuário participa desse tipo de decisão? De que forma? Quais são as ações educativas de saúde realizadas durante o TDO?

OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender as ações dos enfermeiros durante o tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na comunidade da Rocinha.

2.2 Objetivos específicos

- Investigar quem participa do TDO no momento do diagnóstico de TB.
- Identificar se o usuário participa da decisão sobre o tipo do tratamento para TB.
- Identificar as ações realizadas pelos enfermeiros durante o TDO.
- Compreender as percepções dos enfermeiros sobre as ações do TDO.

JUSTIFICATIVA

Com esta pesquisa pretende-se reconhecer o *ethos* humano — que inclui repensar o modo como nós, enfermeiros, tratamos a questão da produção dos sentidos dados aos valores na sociedade contemporânea (PINHEIRO; FERLA; SILVA, 2007) — e as implicações de se repensar a questão quando um sujeito dotado de valores, desejos, consciência, racionalidade e subjetividade é posto em tratamento supervisionado para controlar uma doença como a que está em questão neste trabalho — a tuberculose. Ou seja, aqui também se pretende refletir sobre os valores daquele que cuida e é responsável por esse processo.

A importância do estudo está em compreender as ações dos enfermeiros durante o TDO (Tratamento Diretamente Observado), dado que o direito ao tratamento da TB só é politicamente efetivo se houver diálogo entre profissional e usuário. Ou seja, essa compreensão só se torna possível quando o profissional de saúde reconhece em si o outro, constituindo-se através dos próprios sujeitos, e estabelecendo diálogos com eles.

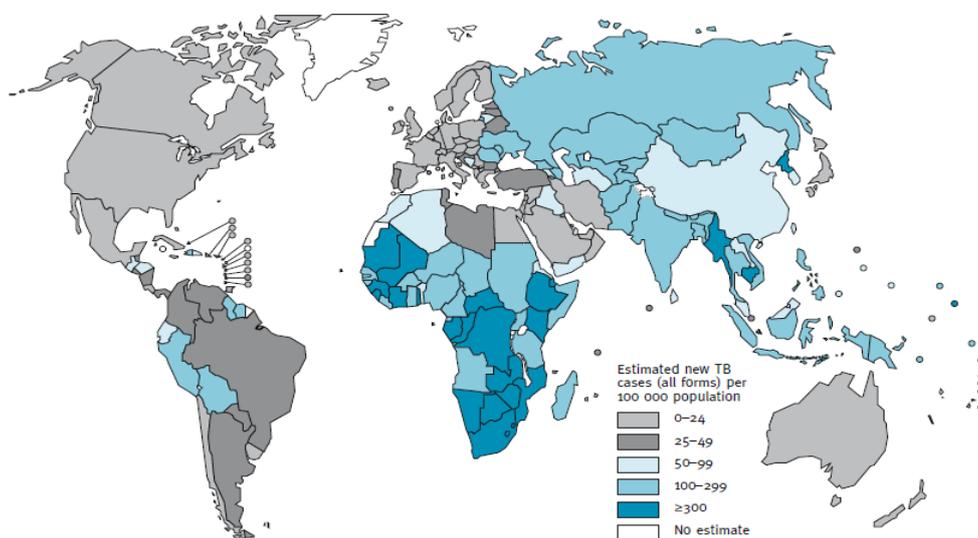
REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A situação epidemiológica da tuberculose no Brasil e no mundo

O governo brasileiro reconhece a tuberculose como um sério problema de saúde pública. Apesar de a população apresentar casos de TB em todos os níveis sociais, os mais pobres são os que enfrentam os maiores riscos devido à superlotação das moradias em determinadas áreas e às más condições — dessas moradias, bem como às de trabalho e transporte. A isso se acresce o fato de esse grupo geralmente apresentar um sistema imune mais débil do que o da população das classes média e alta devido à subnutrição, além de outros fatores socioeconômicos que concorrem para o quadro (UGARTE-GIL, 2009).

De acordo com a OMS, as estimativas da carga global de doenças causadas por TB em 2009 foram de 9.400 mil casos incidentes, 14 milhões de casos prevalentes, 1,3 milhões de mortes entre as pessoas HIV-negativas e 1,8 milhões de mortes entre as pessoas HIV-positivas. A maioria dos casos estava nas regiões sudestes da África e da Ásia e regiões do Pacífico Oeste (35%, 30% e 20%, respectivamente), como vemos na Figura 1 (WHO, 2010).

Figura 1 – Estimativa da taxa de incidência da tuberculose por país, 2009



Fonte: WHO, 2010.

O Brasil ocupa a 19ª posição dentre os 22 países priorizados pela OMS que abrangem 80% da carga mundial de tuberculose pulmonar, sendo o 108º em incidência no mundo (RIO DE JANEIRO, 2011).

Os dados nacionais indicam tendência descendente constante na incidência de TB. A taxa da queda é de aproximadamente 3% ao ano para os casos bacilíferos positivos (casos com baciloscopia de escarro positiva) (BRASIL, 2007). Em 2010, ocorreram 71 mil casos de TB notificados, e a taxa de incidência foi de 37,9/100.000 habitantes. Segundo o Ministério da Saúde, ocorreu uma queda na taxa de incidência de 2009 para 2010 de mais de três mil casos por cem mil habitantes (BRASIL, 2011).

Essa queda se tornou expressiva a partir de 1993, quando a OMS declarou a TB como uma emergência mundial e passou a recomendar a estratégia DOTS (sigla em inglês para Estratégia de Tratamento Diretamente Observado) como resposta global para o controle da doença. A estratégia propõe “a integração do cuidado de saúde primária e adaptação contínua de reformas dentro do setor de saúde”, sendo constituída por cinco metas:

Detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução (DOTS ou Tratamento Diretamente Observado – TDO); fornecimento regular de medicamentos; sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento; compromisso do governo colocando o controle da TB como prioridade entre as políticas de saúde. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1997.)

Segundo o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil de 2011, O TDO (Tratamento Diretamente Observado) é um elemento-chave da estratégia DOTS, e visa ao fortalecimento da adesão do indivíduo ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura.

A distribuição da TB está concentrada em 315 dos 5.564 municípios do país, correspondendo a 70% da totalidade dos casos. O Estado do Rio de Janeiro se destaca no quadro nacional por apresentar, anualmente, a maior taxa de incidência de TB do país. Em 2010, a taxa de incidência no estado foi de 71,8 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2010).

4.2 A situação epidemiológica da tuberculose no Estado do Rio de Janeiro

Com extensão territorial de 43.780,157 Km², o Rio de Janeiro é o menor estado da Região Sudeste. Conforme contagem populacional realizada por censo em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população fluminense totaliza 15.993.583 habitantes, com densidade demográfica de 365,3 habitantes por Km².

O Rio de Janeiro obteve, ao longo dos anos, um aumento populacional extraordinário. E, atualmente, é o terceiro estado mais populoso do Brasil, com mais de 15,9 milhões de habitantes distribuídos em 92 municípios (IBGE, 2010).

O estado está dividido em nove regiões geográficas. A maior concentração populacional ocorre na região metropolitana — mais de 74% do total —, e esta se divide em duas regiões: a Metropolitana I (Rio de Janeiro e Baixada Fluminense, subdividida em cinco microrregiões) e a Metropolitana II (Niterói, Maricá, São Gonçalo, Itaboraí, Silva Jardim, Tanguá e Rio Bonito).

A maioria da população (96,7%) reside em áreas urbanas, o que faz do Rio de Janeiro um dos estados mais urbanizados do Brasil. Os serviços de saneamento ambiental atendem 87% das residências fluminenses. A taxa de mortalidade infantil é de 18,9 óbitos a cada mil nascidos vivos, ficando abaixo da média nacional, que é de 23,6 (IBGE, 2010).

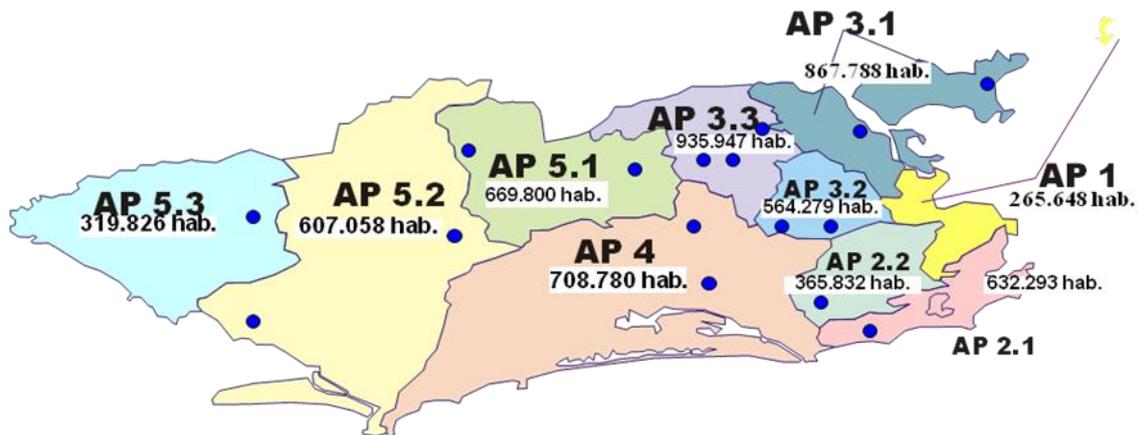
4.3 A situação epidemiológica da tuberculose no Município do Rio de Janeiro

A Cidade do Rio de Janeiro, capital estadual, é a mais populosa do estado, com 6.323.037 habitantes.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) na cidade vem melhorando expressivamente. Contudo, é preciso enfatizar o fato de o município reunir grupos populacionais extremamente desiguais e que convivem lado a lado, não raro no mesmo bairro, frequentemente submetidos a condições de vida diametralmente opostas. Nessas circunstâncias, índices e taxas construídos para o município como um todo escondem as desigualdades ao expressar valores médios e omitir as quantidades máximas e mínimas das curvas de distribuição dos valores. (BRASIL, 2005, p. 28.)

A Resolução nº 431, de 14 de abril de 1993, da Secretaria Municipal de Saúde, considerando o que estabelece a Lei Orgânica do Município e o Plano Diretor Decenal da Cidade do Rio de Janeiro, criou na cidade Áreas de Planejamento Sanitário (APS).

Figura 2 – Mapa do município do Rio de Janeiro dividido por áreas de planejamento



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2006.

O mapa acima apresenta como o Rio de Janeiro é dividido por APs (Áreas de Planejamento) – Figura 2 (BRASIL, 2005).

O intuito desta divisão, na cidade, é viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde com a implantação do SUS no Município do Rio de Janeiro de forma descentralizada.

Nesse sentido, pela extensão territorial e concentração populacional, as dez Áreas de Planejamento (APs) geradas são constituídas por 32 regiões administrativas, que agregam 157 bairros. E estas APs são coordenadas, geridas através de contratos de gestão por APs, pelas CAPs – Coordenações das Áreas de Planejamento / Coordenadoria Geral de Saúde.

As Coordenações das Áreas de Planejamento (CAPs) configuram uma unidade intermediária e mediadora entre o nível central e as unidades prestadoras de serviços do SUS em seu território e, em algumas circunstâncias, delas com a população usuária desses serviços, ou com as lideranças e conselheiros de saúde da área. As CAPs enfrentam diversas dificuldades de ordem financeira, técnico-administrativa e política, as quais obstaculizam e limitam suas ações, tornando-as, grande parte das vezes, mais uma instância burocrática envolvida na resolução de problemas emergenciais. Assim, as Áreas de Planejamento estão longe de se constituir Distritos Sanitários segundo a concepção proposta na 8ª Conferência Nacional de Saúde. (BRASIL, 2005, p. 21.)

Seguido do alto número dos casos de dengue, no Município do Rio de Janeiro e na Região Metropolitana estão concentrados os maiores índices de casos de TB do estado, fazendo com que ele se destaque no panorama brasileiro.

4.4 A Comunidade da Rocinha

A comunidade em estudo está situada na Zona Sul do Município do Rio de Janeiro, na Área Programática 2.1, e apresenta altos índices de tuberculose, com a taxa de incidência de trezentos novos casos por 100 mil habitantes. A taxa encontrada na Rocinha é considerada a maior do país, com a média de 46/100.000 habitantes. Em 2009 lá foram notificados 334 casos de tuberculose e 19 casos de coinfeção TB/HIV (RIO DE JANEIRO, 2009).

A Rocinha é considerada bairro desde 1993. A população recenseada na comunidade em 2010 pelo Instituto Pereira Passos (IPP) foi de 69.161 habitantes, com densidade domiciliar de 2,9 habitantes/domicílio. Nesse estudo, foi verificado também que lá predominam os apartamentos (36,6% do total) e que o principal acesso às casas é feito por escadarias (33,5%) e becos (34,2%).

Nas atividades de controle da TB, é importante observar o número de pessoas em um mesmo domicílio. Na Rocinha foi verificado que 69% dos domicílios têm até três moradores; 25,8% do total têm três moradores; e 18,4% têm um morador. Segundo o mesmo recenseamento, a maior parte dos moradores possui o ensino fundamental, 7,36% não possuem nenhuma escolaridade, e o rendimento médio da população é de R\$ 583,00. A taxa de desemprego na Rocinha é de 10,7%, bem maior que a média do Município do Rio

de Janeiro, que é de 6,8% (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 2009).

Em 2010 e em janeiro de 2011 foram inauguradas na comunidade três Clínicas de Saúde da Família, com 25 equipes no total. Grande parte dos agentes comunitários de saúde passou a compor as equipes das novas clínicas, e o diagnóstico e o tratamento dos casos de tuberculose se tornaram responsabilidade dessas equipes.

Para tentar garantir, na prática, a cobertura de toda a comunidade, a Rocinha foi subdividida em 15 áreas — denominadas zonas de trabalho —, onde as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) realizaram um completo levantamento epidemiológico, identificando o padrão de distribuição da tuberculose e as áreas que oferecem risco para outras doenças — tais como valas e lixões, áreas pouco ventiladas, as de maior aglomeração e de menor incidência de luz solar.

Os agentes comunitários desempenham atividades como: a coleta de escarro no domicílio para o exame (baciloscopia), essencial para o diagnóstico e a alta dos pacientes; o agendamento de consultas médicas e exames complementares; o monitoramento do comparecimento às consultas médicas; o encaminhamento dos contatos para avaliação; e a regular visita domiciliar para observação da tomada dos medicamentos (TDO).

4.5 O tratamento da tuberculose

O tratamento diretamente observado constitui uma mudança na forma de administrar os medicamentos, porém não há mudanças no esquema terapêutico: o profissional treinado passa a observar a tomada da medicação do paciente desde o início do tratamento até a sua cura.

O Ministério da Saúde (2011) preconiza que a escolha da modalidade de TDO a ser adotada deve ser decidida conjuntamente entre a equipe de saúde e o paciente, considerando a realidade e a estrutura de atenção à saúde existente. Preconiza também ser desejável que a tomada observada se dê diariamente, de segunda a sexta-feira. No entanto, se para o doente a opção de três vezes por

semana for a única possível, a necessidade da tomada diária, incluindo os dias em que o tratamento não será observado, deve ser exaustivamente explicada a ele.

Para fins operacionais, ao final do tratamento, para definir se este foi observado, convencionou-se que o doente deverá ter tido no mínimo 24 tomadas observadas na fase de ataque e 48 tomadas observadas na fase de manutenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

4.5.1 O Tratamento Diretamente Observado (TDO)

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é um dos componentes da Estratégia DOTS (WHO, 2009) e pode ser entendido como um conjunto de boas práticas para o controle da TB.

O TDO é o elemento focado nesta pesquisa e em outros numerosos estudos operacionais e quantitativos. Aqui nos centraremos na percepção dos enfermeiros sobre as atividades educativas desenvolvidas junto aos usuários sob o DOT no tratamento da tuberculose.

Segundo o Manual de Recomendações de TB no Brasil, o TDO é um elemento-chave da estratégia DOTS e visa ao fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura. A escolha da modalidade do TS a ser adotada deve ser decidida conjuntamente entre a equipe de saúde e o paciente, considerando a realidade e a estrutura de atenção à saúde existente. Devem ser consideradas as seguintes modalidades de supervisão: domiciliar, na Unidade de Saúde (Estratégia de Saúde da Família – ESF; Unidade Básica da Saúde – UBS; Serviço HIV/AIDS), no sistema prisional e de modo compartilhado — quando o doente recebe a consulta médica em uma unidade de saúde e faz o TS em outra — mais próxima do seu domicílio ou trabalho (BRASIL, 2010).

Esse tipo de tratamento representa uma mudança na forma de administrar os medicamentos, embora não haja mudanças no esquema terapêutico: o profissional treinado passa a observar a tomada da medicação do indivíduo desde

o início do tratamento até a cura. A justificativa do programa é de que as taxas de cura inferiores à meta preconizada de 85% e de abandono superiores a 5% demonstram a necessidade de aumentar a qualidade na cobertura do tratamento diretamente observado no país.

Aliado ao processo de descentralização das ações de TB, ao acesso universal à assistência, às mudanças na forma de financiamento e ao contexto social no qual as atividades de controle da TB são operacionalizadas, destaca-se que as atividades de tratamento da doença têm-se voltado predominantemente para uma abordagem centrada no sujeito (RAVIGLIONE, 2007).

Considerando esse contexto, a nova estratégia STOP TB define os objetivos para o alcance das Metas para o Desenvolvimento do Milênio (MDG) com destaque para o objetivo nº 8, que enfatiza que a incidência, a prevalência e a mortalidade global da TB poderiam ser revertidas à metade até 2015 se comparadas aos dados de 1990 (RAVIGLIONE, 2007).

O STOP TB foi estabelecido no ano 2000 para eliminar a tuberculose como problema de saúde pública. Ao todo, são cem parceiros, incluindo as organizações governamentais, não governamentais e o grupo de pacientes. O programa é operado a partir de uma secretaria organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em Genebra, na Suíça, e o STOP TB tem como papel acelerar o progresso no acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose.

Nesse sentido, o desfecho do tratamento a partir da cura da doença continua sendo um dos grandes desafios do controle da TB, dado que o tratamento incompleto pode levar ao desenvolvimento da resistência aos fármacos disponíveis e à morte. Um regime de tratamento longo e complicado está correlacionado negativamente à habilidade do paciente de completar o tratamento (POPE; CHAISON, 2003).

Até a última década as pesquisas programáticas partiam da premissa de que, para alcançar sucesso, os programas de TB não poderiam levar os pacientes a assumir a responsabilidade individual de completar o tratamento, até porque o alcance do tratamento completo é uma prioridade programática, e não necessariamente uma prioridade do doente. Os fatores de risco do indivíduo não

podem ser modificados por programas de TB, mas mudanças sistêmicas na organização da oferta e prestação do tratamento podem ser controladas pelo programa. Assim, programas de TB começaram a propor intervenções com a intenção de tornar o tratamento mais conveniente e de menor custo (POPE; CHAISON, 2003).

Há evidências de que a adesão ao tratamento está mais relacionada às intervenções que incluem a sensibilidade às necessidades do paciente (educação médica, apoio social, assistência aos sem-teto, usuários de drogas e doentes mentais, oferecimento de transporte e cestas básicas) durante a implantação do TDO do que à supervisão médica (VOLMINK, MATCHABA; GARNER, 2000).

Portanto, a discussão sobre o tratamento da TB vai além dos aspectos estritamente biomédicos da doença.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo caracteriza-se por buscar compreensão particular daquilo que estuda; o foco de sua atenção recai no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

A abordagem qualitativa propõe a subjetividade como fundante do sentido e como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo, não se preocupando em quantificar, mas em lograr, explicar os meandros das relações sociais consideradas essenciais e resultantes da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida por meio do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Os métodos qualitativos produzem explicações contextuais para um pequeno número de casos, com uma ênfase no significado (mais que na frequência) do fenômeno. Incluem entrevistas (estruturadas, semiestruturadas e abertas), observação (externa ou participante) e análise de material escrito. Neste caso, como tratará de entrevistas abertas, será permitido que motivações e intenções (reflexividade dos entrevistados) sejam captadas, interpretadas e/ou compreendidas.

Para tal, foi necessário resgatar as filiações, o referencial teórico-metodológico da análise de discurso (AD) e ir ao encontro de um modelo epistemológico fundamentado na interpretação, uma vez que a *AD está inscrita no paradigma indiciário* (GINZBURG, 1989), no qual a língua se torna opaca e nada é claro nem transparente.

5.1 Amostra proposital

A amostra é constituída por 11 enfermeiros das equipes da ESF que atuam no oferecimento do TDO aos usuários em tratamento da tuberculose na Rocinha.

5.2 Caracterização do local de estudo

A pesquisa foi realizada nas três unidades de saúde localizadas na Rocinha. Uma das clínicas está em uma avenida principal, sendo no asfalto; as outras duas estão localizadas no interior da comunidade.

5.3. Instrumento de coleta de dados

Em um estudo com abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os enfermeiros que atuam junto aos usuários matriculados no oferecimento do TDO (APÊNDICE B).

5.4. Aspectos éticos

Atendendo à Resolução CNS nº 466 de 2012 - diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, este projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO, sendo aprovado sob o número 29.771. Posteriormente, foi submetido ao CEP da Instituição coparticipante, a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da Cidade do Rio de Janeiro, sob o parecer de número 161A/2012 (ANEXO 1).

Cada entrevistado participou da pesquisa somente mediante a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), sendo garantido o anonimato dos sujeitos participantes — nesse sentido, ao longo do texto as falas foram identificadas com a palavra “sujeito” seguida de algarismos arábicos que representam a ordem das entrevistas.

5.5. A captação e o tratamento dos dados

Para contemplar os objetivos, foram coletados dados de fontes primárias, por meio de entrevistas com perguntas abertas — porque, nestas, o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem haver respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO; ASSIS e ORG, 2005).

Nesta análise qualitativa utilizou-se o método da AD, visando à interpretação do sentido das falas dos sujeitos entrevistados. O processo de análise discursiva não trabalha com a forma e o conteúdo do texto, mas pretende buscar os efeitos de sentido que se podem apreender mediante interpretação, na medida em que enfoca a posição discursiva do sujeito, legitimada socialmente pela união da linguagem, da história e da ideologia (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

As entrevistas foram registradas em áudio no período de setembro a dezembro de 2012. Foi preciso agendar as entrevistas com os gerentes ou com uma enfermeira de referência para que o atendimento ao público não fosse prejudicado. No total seriam 25 enfermeiros, portanto 25 entrevistas; porém, foram captadas apenas 11 entrevistas, em razão da incompatibilidade de horários e pelo fato de alguns enfermeiros estarem no serviço há menos de seis meses. As entrevistas foram realizadas em seus consultórios de atendimento, dado que os participantes relataram ser esse o melhor local para fazê-lo e porque ali se sentiam mais à vontade.

5.6. Análise dos dados

O método da Análise de Discurso de matriz francesa visa a compreender a produção dos sentidos a partir da relação estabelecida dos sujeitos com os sentidos, da linguagem com o mundo, de sua formação social (ORLANDI, 2009).

A tentativa de interpretação do texto na sua primeira dimensão (objeto de significação) gera uma análise interna ou estrutural do texto, na qual utilizamos aportes teóricos e metodológicos. Quando avaliamos um texto como objeto de comunicação, necessariamente há uma implicação analítica do contexto histórico-social que o envolve e que, de alguma maneira, lhe atribui um sentido. Empreende-se, assim, uma análise externa do texto, podendo-se analisar intenções, motivações pessoais do autor que o produziu ou daqueles que dele se apropriam (BARROS, 2004).

Após a transcrição integral das entrevistas, o material foi armazenado em uma Unidade Hermenêutica (HU) do *software* Atlas ti 6.0, onde foi possível organizar e destacar falas que possivelmente produziram sentido e constituir, assim, o corpus do estudo.

Considera-se que a melhor maneira de atender à questão da constituição do corpus é construir montagens discursivas que obedeçam [a] critérios que decorrem de princípios teóricos da análise de discurso, face aos objetivos da análise, e que permitam chegar à sua compreensão. Esses objetivos, em consonância com o método e os procedimentos, não visam à demonstração, mas

a mostrar como um discurso funciona produzindo (efeitos de) sentido. (ORLANDI, 2009, p. 63.)

O destaque em **negrito** e sublinhado nos referidos recortes das entrevistas transcritas nos auxiliou no trabalho da análise do funcionamento do discurso, marcando as pistas — os indícios — do processo de significação.

A Análise de Discurso foi fundamental na interpretação desses dados, pois buscou a exaustividade vertical, em profundidade, levando às consequências teóricas relevantes, e não tratou os “dados” como meras ilustrações. “[...] Todo discurso se estabelece sobre um discurso anterior, apontando para outro [...]” (ORLANDI, 1987, p. 86).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

“O diabo pode citar as Escrituras quando isso lhe convém.”

(Provérbio, retomado por William Shakespeare em seu

O Mercador de Veneza, ato I, cena III.)

6.1 As ações dos enfermeiros diante do TDO da tuberculose

Com base no contrato de gestão, o funcionamento do programa Estratégia de Saúde da Família requer dos profissionais que nele trabalham um turno de atividades voltadas aos grupos de promoção da saúde. Foi nessa atividade — realização de grupos (que podem ter como tema a tuberculose) - que encontramos o universo de depoentes para esta pesquisa.

Os enfermeiros entrevistados foram questionados sobre as atividades educativas em saúde junto a pessoas adoecidas e/ou em risco por tuberculose com a seguinte pergunta: “Você consegue realizar alguma atividade educativa em saúde com essas pessoas?”.

Algumas respostas, especialmente, chamaram nossa atenção.

“Não [silêncio]. A gente tem *uma demanda de atendimento muito grande* [...], e *aí a gente acaba se prendendo às atividades educativas da nossa linha de cuidado*. [...] Estamos falando sobre a prática educativa. Então, agora eu estou tentando *pele menos uma vez* fazer uma ação na área. Em outubro a gente vai fazer uma sobre saúde da mulher porque a gente percebeu que muita gente marca o preventivo e não vem colher.” [Sujeito 2, grifos nossos.]

Em algumas equipes da Estratégia de Saúde da Família das Clínicas, o atendimento aos casos de pessoas com TB está dividido entre enfermeiros e médicos. O discurso dos entrevistados nos revela que, ao priorizar uma atividade — como no caso da *prevenção de câncer de colo de útero* —, o sujeito que é cuidado fica compartimentalizado, ou seja: o enfermeiro (ou médico) se responsabiliza por *uma* atividade e não assume o coletivo de sujeitos como foco. Para que isso ocorra, é necessário mobilizar também um conjunto de saberes, e, se o *coletivo* não é o foco, o processo de trabalho se dissocia daquele concebido pelo programa Saúde da Família como o cuidado que se dá sob o princípio da integralidade.

Outra resposta à mesma pergunta também aponta para isso:

“Não. Mas são os agentes comunitários de saúde que fazem algumas

ações. Quando, é... *teve aí alguma ação*, há pouco tempo atrás, distribuíram cartazes. Penduraram na Rocinha toda e foi uma ação em conjunto aqui e com todo mundo. *Acho que foi uma ideia da CAP. Não sei de quem a ideia foi. Mas eu não faço nenhuma, assim eu... não faço nenhum grupo de tuberculose, nada disso.*” [Sujeito 5, grifos nossos.]

A fala do enfermeiro aponta para o risco de adoecimento por TB da população sob seus cuidados em uma área endêmica da doença — a Rocinha. Transparece, em suas palavras, que esse profissional não se mobiliza para pensar e/ou propor ações para enfrentar o problema da TB, o que o leva a designá-lo aos Agentes Comunitários de Saúde – ACSs.

Outros enfermeiros responderam apenas “não” à pergunta sobre a realização de atividades educativas em saúde, uma vez que em seus registros há poucos usuários afetados pela doença. Aliás, esse fato nos instiga frente aos indicadores da tuberculose na Rocinha.

Os sujeitos revelam em seus discursos concepções de prática educativa sobre as questões da tuberculose que se filiam a determinadas posições, o que não é intrínseco ao seu fazer como enfermeiros da ESF. A ênfase que os profissionais de saúde conferem às atividades realizadas na ESF acaba por colocar em polo oposto a concepção de “ação” — o que envolve sujeitos em interação. Realizar uma ação se traduz, nesse discurso, a realizar uma atividade — como “colocar cartazes, realizar grupos” — que exclui os sujeitos enfermeiro e paciente, sendo que eles deveriam estar em interação, diálogo, resistências e consensos.

O comportamento de reproduzir o cotidiano é traduzido por Pinheiro e Luz (2003) como uma característica de engessamento de saberes e práticas, o que significaria uma insuficiência do artefato teórico-prático na formulação e implementação das políticas públicas de saúde. Nesse sentido, a maneira como os enfermeiros desempenham tais atividades significa a “não construção” de práticas eficazes, aquelas capazes de produzir respostas positivas às demandas dos usuários no cotidiano dos serviços.

Para as autoras, existe uma tríade de “demanda, necessidade e oferta” que se configura como nexos constitutivo e constituinte da noção de cuidado, o qual põe como ator central o usuário do sistema de saúde. Desse ponto de vista, para que o usuário consiga usufruir dessas ações, é necessária a sua materialização no cotidiano das instituições de saúde. Contudo, isso não acontece na prática dos enfermeiros das unidades estudadas. Lá, eles estabelecem um critério de equipe para desenvolver certas atividades, deixando de lado uma prática educativa voltada para o tema da tuberculose em um coletivo.

Retomamos, então, a questão desse tipo de reprodução do cotidiano ao discutir um tipo de discurso autoritário. A análise do discurso nos revela uma realidade na qual os sujeitos tendem a elaborar paráfrases, ou seja: eles repetem a mesma fala, acrescentando ou modificando levemente um conteúdo já citado. Com isso, o objeto do discurso dos entrevistados fica dominado pelo seu próprio dizer, como se a “prática” (objeto e categoria) desaparecesse.

“Na verdade a promoção da saúde assim voltada pra tuberculose é mais complicado porque é mais visando à prevenção da doença, porque a gente vai colocar a prevenção num lugar como é na Rocinha [...] então isso é mais difícil em relação à promoção da saúde voltada para a tuberculose.” (ENF3)

Sequências discursivas como a desse sujeito revelam um apagamento em si com relação à posição que ocupam. *Em outras palavras, o enfermeiro — um agente responsável por desenvolver ações tanto de prevenção de doenças (o que é uma incompletude à noção de saúde) quanto, e principalmente, de promoção à saúde — não cumpre com o que se espera de seu papel.* Assim, ao interpretar o apagamento, ele nega o conceito de prevenção da doença. Esse discurso leva ao aparecimento de “outra noção de ideologia passível de explicitação a partir da noção mesma de discurso e que não separa linguagem e sociedade na história” (ORLANDI, 1994).

Com isso, o sujeito que fala se retira do lugar de sujeito constituinte da história e se apaga como tal, como agente do cuidado, passando a um **lugar de anonimato** em que o ser constitutivo e constituinte do cuidado não existe mais. O

enfermeiro não compreende o cuidado como uma ação de razão pública da integralidade em saúde e do direito de cidadania (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2010).

“Na verdade, a promoção da saúde, assim, voltada pra tuberculose, é mais complicada porque é mais visando à prevenção da doença, porque a gente vai colocar a prevenção num lugar como é na Rocinha, *que é um lugar totalmente úmido, cheio de becos, entendeu? Tem ainda lixo, muito lixo. As casas são, assim [...], casas que não são totalmente adequadas.* Então é difícil. Como a gente vai olhar pra prevenção? A gente vai pedir para mudar? Então isso é mais difícil em relação à promoção da saúde voltada para a tuberculose [...]” [ENF 3, grifos nossos.]

De acordo com Camargo Junior (2005), a conceituação biomédica da doença pode ser caracterizada, sinteticamente, por um conjunto de juízos de caráter instrumental, orientado normativamente pela noção de *controle técnico* dos obstáculos naturais e sociais a interesses práticos de indivíduos e coletividades, tendo como base material o *conhecimento e domínio de regularidades causais no organismo* (corpo/mente/meio) e, como forma de validação, uma série bem definida de *critérios a priori* para o controle das incertezas.

Em um de seus artigos, Ayres (2007) discute o termo *saúde* e o explicita:

Entendo que o que se recusa no paradigma biomédico — no plano de sua operação nas práticas de atenção à saúde, é preciso que fique claro — é o modo como o discurso da doença monopoliza os repertórios disponíveis para o enunciado dos juízos acerca da saúde, a ponto de jogar na sombra todos os discursos da saúde que não se estruturam pelo raciocínio causal-controlista. Ou seja, não é que falte saúde na discursividade biomédica, ou aspectos positivos na sua conceituação. O problema é a *profunda assimetria entre a legitimidade que se confere aos discursos causal-controlistas e outras construções discursivas relacionadas às experiências vividas de saúde e de doença.* [Grifos nossos.]

Não há nesta dissertação uma conotação negativa na interpretação das (não) realizações das ações entre sujeitos cuidadores e cuidados. A forma como

eles veem e se posicionam no mundo se situa em *como* os sujeitos dizem. Esses profissionais estão falando do lugar de onde vêm e das condições de produção de seus discursos naquele momento. São sujeitos formados pela história (particular e coletiva) e são, a todo o momento, movidos por ideologias. Significa dizer que sua ação não ocorre por falta da importância conferida às atividades voltadas para a tuberculose. Para eles — por meio de suas histórias, de suas formações — é importante valorizar aquilo que se pode controlar. Como exemplo disto, destaca-se:

“Em outubro a gente vai fazer uma ação sobre saúde da mulher porque a gente percebeu que muita gente marca o preventivo e não vem colher” (Sujeito 2)

Há, ainda, o discurso daquele que se restringe a orientar o sujeito adoecido na sala do consultório, acreditando ser essa atividade suficiente para a educação em saúde daquela população:

“Na hora da consulta, sim. Na verdade só em consulta que a gente faz, tira as dúvidas do paciente, orienta.” (ENF3)

Mais uma vez, Ayres (2007) sugere — em suas ideias e também em referência a outro autor — que a saúde é (re)conhecida a cada vez, enquanto e porquanto se vive. São, portanto, da esfera da razão prática, e não da razão instrumental, suas pretensões e exigências de validade discursiva. Não se trata de encontrar os meios adequados aos fins almejados, mas de decidir, a partir de possibilidades concretamente postas, que fins devem ser almejados e que meios se devem escolher para atingi-los. A experiência da saúde envolve a construção compartilhada de nossas ideias de bem viver e de um modo conveniente de buscar realizá-las na nossa vida em comum. Trata-se, assim, não de construir objetos/objetividade, mas de configurar sujeitos/intersubjetividades (AYRES, 2001).

O que o material da AD pode nos oferecer é o encontro dessas teorias. O sujeito participante da pesquisa é interpelado pela ideologia; havendo, portanto,

necessariamente, um apagamento da inscrição da língua na história para que se produza efeito. Isto é, para que esse sujeito produza sentidos (por meio de sua fala), ele é afetado pela história. Consideramo-lo como sujeito discursivo porque ele é visto e pensado como ocupante de uma posição. Orlandi (2009), fazendo referência a Foucault, afirma que não se trata de uma forma de subjetividade, mas de um “lugar” que se ocupa para se ser sujeito do que se diz.

6.2 Quem participa do TDO?

O segundo bloco de perguntas a ser analisado focou a questão da tomada de decisão do enfermeiro diante do Tratamento Diretamente Observado, tendo-lhe sido perguntado: “Você participa do processo de tomada de decisão sobre o tratamento de tuberculose após baciloscopia de BAAR positiva? Quem institui o TDO na sua equipe?”

Retomando a questão da formação do *corpus* que constitui o espaço discursivo da análise, Orlandi (1987) traz em um de seus textos que “[...] o recorte é uma unidade discursiva: fragmento correlacionado de linguagem e de situação” (p. 139). A delimitação desse *corpus* segue critérios teóricos e pretende a exaustividade vertical, ou seja, a relação com os objetivos da análise e sua temática. Não se trata os dados como meras ilustrações, mas sim como fatos da linguagem com sua memória, sua espessura semântica e sua materialidade linguístico-discursiva. De acordo com a autora:

Assim, a construção do *corpus* e a análise estão intimamente ligadas: decidir o que faz parte do *corpus* já é decidir acerca de propriedades discursivas. [...] não visa à demonstração, mas a mostrar como um discurso funciona produzindo (efeitos) de sentido. (ORLANDI, 2009, p. 63.)

É válido reforçar que o enfermeiro é respaldado pelo Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, no qual encontramos a linha de cuidados da tuberculose e seu manejo, tais como: indicar e prescrever o Esquema Básico, acompanhar o tratamento de todos os casos de TB e identificar precocemente a ocorrência de efeitos adversos, entre outras atividades (RIO DE JANEIRO, 2012).

Com esta análise se quer compreender os processos de produção de sentidos. Para isso, é preciso interpretar o discurso desses sujeitos, seu modo de ver o mundo. Para Michel Pêcheux, não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia: o indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia, e é assim que a língua faz sentido (PÊCHEUX, 2008).

As seguintes falas nos trazem para essa discussão:

“A médica, a médica que faz a medicação.” (ENF1)

“Os dois. Os dois. Eu já abri caso, e a gente começa a orientação e o médico da equipe também.” (ENF2)

“Assim... as outras vezes ela iniciou. A última que a gente teve também foi para a pesquisa. A gente iniciou. Lá já preenchemos a notificação e tudo. Mas foi feito juntamente com eles.” (ENF4)

“Ou eu ou o médico da equipe faz esse primeiro atendimento, né? Dá a notícia que o cara está com tuberculose. Tem que notificar e aquela coisa toda, isso é tanto eu como o médico.” (ENF5)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) proporciona ao enfermeiro a possibilidade de integrar-se ao desenvolvimento de ações não só de prevenção de doenças, mas também de promoção de saúde. Essas ações se materializam em atividades, dentre as quais se podem destacar: assistência individual ou coletiva, atividades comunitárias de educação para a saúde e responsabilidade sobre os programas de saúde (RIO DE JANEIRO, 2012). A última atividade é uma das principais a serem discutidas neste tópico.

Não significa dizer que, sendo responsável por um programa de saúde (como o da tuberculose), o enfermeiro deva assumir totalmente a responsabilidade sobre o tratamento supervisionado do doente. Porém, esse profissional deve reconhecer e se apropriar da relevância pública das ações e dos

serviços de saúde que permeiam o SUS de modo a se apropriar da vigilância em saúde.

As falas coletadas revelam uma possível atividade centrada nos Protocolos de Atenção à Saúde. Foi observado que os discursos dos enfermeiros entrevistados baseiam-se em “orientar” as pessoas diagnosticadas por tuberculose e notificar os casos. Nessa linha, as sequências discursivas revelam a falta de domínio do profissional sobre a doença associada aos determinantes sociais, o que nos leva a entender que os enfermeiros encaram a tuberculose como algo meramente técnico e atribuem a responsabilidade sobre os casos aos profissionais médicos.

“Nesse primeiro dia (o do diagnóstico), ahmm, é... *eu converso com ele como mais ou menos a gente trabalha*. Tuberculose é uma doença de seis meses e que tem que fazer o tratamento tararará... digo: da bactéria e da importância dele tomar o remédio todos os dias, converso com eles sobre os contatos que tem. *Tudo na conversa da primeira consulta.*” (ENF5)

“Já aconteceu do paciente... A médica instituir a medicação e depois ele passar imediatamente comigo pra eu poder conversar um pouco sobre o que é a doença, porque às vezes o paciente, quando ele recebe o diagnóstico, né?, ele começa a medicação.” (ENF10)

Os sentidos produzidos por essa sequência discursiva se distancia do conceito de sujeito presente no “pensamento sanitário”. É revelada a falta de “sintonia com os principais valores e pressupostos que o orientam hegemonicamente na atualidade” (AYRES, 2001, p. 65). O autor em questão revisa a filosofia contemporânea para definir sujeito e parte do princípio de que existe uma

[...] ideia de permanência, de mesmice que reside no âmago desse sujeito-identidade, esse que é igual a si mesmo através dos tempos, que ‘faz a si mesmo a partir de uma natureza dada’, moldada por um ‘devir voluntário’, uma ‘conquista pessoal’. (Id. Ibid.)

O outro caminho é “a ideia de *produção* em que se apoia o sujeito-agente da história. O ser histórico é o ser produtor, aquele que introduz ou melhora coisas ou ideias para o progresso da vida humana” (Id. Ibid.).

Isso vai ao encontro do conceito de sujeito pragmático, que a Análise de Discurso apresenta como aquele que é como cada um de nós e, “face às diversas urgências de sua vida, tem por si mesmo uma imperiosa necessidade de homogeneidade lógica”. Significa dizer que esse sujeito é marcado “pela existência de uma multiplicidade de pequenos sistemas lógicos portáteis, que vão da gestão cotidiana da existência até as grandes decisões da vida social e afetiva” (ORLANDI, 2009, p. 33).

6.3. Interpretando o modo de pensar dos enfermeiros sobre o TDO

Neste tópico da análise, retoma-se o discurso como fatos que nos permitem observar as relações entre a ideologia e a língua, lugar em que se podem analisar os efeitos do jogo da língua na história e os efeitos desta na língua. Esses mesmos fatos também nos permitem compreender como um material simbólico produz sentidos e como o sujeito se constitui (ORLANDI, 2009).

“Se você tem uma equipe aderida, aí você faz um bom trabalho, entende? Agora, se você não tem uma equipe aderida, que *compra a ideia* e que quer isso, e que não acha importante a estratégia DOTS...” (ENF9)

“Então o que a gente tem que fazer é comprar a briga e 70% dos ACS *compraram essa briga* comigo e estão comigo nesse projeto. Estão *comprando a minha ideia*. Então tem ACS que acha que não tem que ser dessa forma, porque eles não são babás de ninguém e começa a haver questionamentos que não têm respaldo.” (ENF9)

As falas revelam a necessidade, por parte do enfermeiro, de fazer com que os ACS adiram aos procedimentos e determinações que estão no Programa de Controle da TB.

As dificuldades em produzir essa adesão estão na aceitação e incorporação das práticas dos ACS. De acordo com a sequência discursiva acima, do ENF9, pode-se interpretar, por meio da AD, o apagamento das relações entre classes quando se trata do enfermeiro e dos ACS, às exigências do trabalho hierarquizado (quem manda e quem obedece), e cuja cobrança — sobre eles, por meio de resultados, indicadores e metas — recai sobre o enfermeiro que “vende” a ideia da aceitação de que o Programa de TB é estruturado de um determinado modo que não possibilita mudanças. (distribuir estas muitas ideias em várias frases).

O discurso evidencia a falta de relações dialógicas, aquelas que poderiam influir nos processos de gestão sobre a constituição dos sujeitos que trabalham com o programa da tuberculose.

“[...] aí chegando aqui eu tive que começar a me especializar no que eu estava trabalhando, que é a Estratégia. E aí me deram esse presente que é a tuberculose. Aí, quando eu cheguei, o posto tinha dois meses de aberto, e a gente estava implantando as linhas de cuidado. Aí *me deram a responsabilidade da tuberculose*. Eu não sabia nada, não entendia nada, nada de tuberculose. Aí comecei a estudar, fui a congressos, simpósios, palestras e etc. E aí eu assumi isso e continuo até hoje trabalhando na linha de cuidado [...]” (ENF9)

“Depois que você *conseguir trabalhar a cabeça* dos profissionais técnicos, que também *não é fácil*, falar sobre a importância do SINAN; aí, você também *tem que trabalhar o ACS*. O ACS, *ele precisa comprar a ideia* da estratégia DOTS, porque eu não fico colada no ACS 24 horas por dia. Ele pode estar falando pra mim que está fazendo o DOTS e na verdade ele está deixando a medicação com o paciente.” (ENF9)

Ao mesmo tempo, as falas dos entrevistados remetem a discursos existentes sobre o Tratamento Diretamente Observado, colocando-o como algo inovador.

Ao inaugurar o discurso de “compra” de uma nova ideia, a do TDO, tem-se a ilusão de que o discurso produzido por este enfermeiro (ENF9) possa ser a origem do que se está dizendo, quando, na realidade, esse discurso está retomando sentidos preexistentes. Na AD, denomina-se de esquecimento número 1 (ou esquecimento ideológico) aquele que reflete o sonho adâmico: o de estar no inicial absoluto da linguagem. Ser o primeiro homem, dizendo as primeiras palavras que significam apenas e exatamente o que queremos (ORLANDI, 2009).

O estudo trata das ações dos enfermeiros com sujeitos em tratamento da tuberculose e, neste bloco, especificamente da percepção que esses profissionais têm a respeito do TDO. A AD não procura o sentido “verdadeiro”, mas o real do sentido em sua materialidade linguística, histórica e significativa (ORLANDI, 2009).

“Não existe a escolha do tratamento; o que é passado para o paciente é que o tratamento é o TDO. Aí vamos ver a questão de levar o medicamento até a casa dele.” (ENF9)

“Normalmente a gente não fala que pode ser autoadministrado, não, que... até porque a gente tenta induzir o DOTS, né?” (ENF4)

O corpus desta análise coloca em questão os comportamentos condicionados por estruturas dominantes e, com isso, a impossibilidade de o sujeito em questão, o doente, participar do seu próprio tratamento. Isso porque lhe é imposto algo sem que ele possa decidir se o deseja ou não. E, caso haja alguma situação que o impeça de fazer o tratamento prescrito, o que acontece são permissões a partir da negociação com o profissional. Em outras palavras, “há desencontros entre as expectativas, os interesses e os valores dos sujeitos em interação” (AYRES, 2010).

Aqui se revela um tipo de prática autoritária, na qual a perspectiva de cidadania ativa e de protagonismo está longe do esperado. Ainda há dúvidas sobre o comportamento do sujeito em tratamento de tuberculose, e, nesse sentido, parece haver sempre uma lacuna de suspeita de abandono do tratamento.

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objeto do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no “processo de cura”, mas no processo de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente”. (AMARANTE, 1996, p. 53.)

Amarante entende que *inventar saúde* implica mais do que intervir com técnicas. A invenção está ligada à noção de reprodução social do paciente — o que quer dizer que, para a invenção se dar, deve-se partir do princípio de “reconhecimento do paciente como pessoa que tem direitos, que também argumenta sobre a necessidade de se preparar para fazer valer os próprios direitos, construindo um mundo melhor” (GASTÃO, 2003, p. 54).

Façamos um paralelo entre as palavras de outro autor que se fundamenta em Deslandes para abordar dois pontos críticos. O primeiro é o de “superar o que [se] considera uma falsa *dicotomia entre tecnologia e fator humano* na compreensão da organização da assistência à saúde”. E Deslandes, por sua vez, apoia-se em Merhy, apontando para “as tecnologias leves como um exemplo de que materialidade técnica e interação humana podem e devem ser pensadas de forma integrada.” O segundo ponto é:

[...] ver, para além da necessidade de desenvolvimento da *capacidade comunicativa* nos serviços, a urgência de aprimorar algo que a autora sintetiza como uma espécie de ‘capacidade expressiva’ do usuário. Em outras palavras, [Deslandes] defende que a comunicação que se busca aperfeiçoar ainda está excessivamente apoiada em exigências de validade interpretadas pelos profissionais e técnicos da saúde, e não pelos próprios interessados. (AYRES, 2010.)

Engessam-se as relações entre os sujeitos — o que cuida e o que é cuidado — de tal forma que o doente em questão passa a ser denominado “usuário que está em TDO”.

Gastão (2003) nos fundamenta ao dizer que uma enfermidade (no caso, a tuberculose) perturba, transforma e até mata sujeitos, contudo apenas raramente liquida com todas as demais dimensões da existência de cada um. O autor sustenta a ideia de que toda vez que as interrelações são deixadas de lado, a clínica da doença é empobrecida, “perdendo até mesmo a capacidade de resolver problemas estritamente clínicos”.

Aplicando dispositivos teóricos, retoma-se Ayres, sustentado por Husserl em sua afirmação: “sobrepuseram, aos esquemas objetivistas, o sujeito concreto em sua incontestável singularidade, historicamente engajado e comprometido com os problemas da vida, do mundo, de seu próprio projeto existencial e da construção de sua humanidade” (AYRES, 2010):

De fato, não apenas Habermas, mas outros filósofos contemporâneos, como Herbert Mead, Martin Heidegger, Hans-Georg Gadamer ou Paul Ricoeur, entre outros, têm demonstrado que a construção da identidade de cada um de nós e a comunicação entre nós são, na verdade, os dois lados de uma mesma moeda. Seremos tão mais individuados e legítimos quanto mais livremente nos comunicarmos, e a liberdade de nossa comunicação, por sua vez, está diretamente relacionada à nossa capacidade de dar legítima expressão às diversas identidades singulares em interação. (AYRES, 2004.)

O que se sugere com esta pesquisa é desconstruir ações engessadas e reconstruir alternativas entre saberes (de inter-relações) e de práxis — o que Gastão (2003) propôs como “uma clínica reformulada e ampliada”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou compreender as ações dos enfermeiros durante o tratamento diretamente observado da tuberculose no período estudado de 2012.

Cabe reforçar que há modos diferentes de leitura, dependendo do contexto em que esta se dá e dos objetivos que se quer alcançar. Logo, outras interpretações também são possíveis.

Porém, entre o que se interpretou a partir das condições de produções dadas nesta análise há três destaques: “As ações dos enfermeiros diante do TDO da tuberculose”, “Quem participa do TDO?” e “Interpretando o modo de pensar dos enfermeiros sobre o TDO”.

Há um apagamento do enfermeiro como tal, na medida em que ele desconsidera o usuário do serviço de saúde como um todo e realiza atividades voltadas apenas para sua área de conhecimento e/ou responsabilidade de grupo de promoção da saúde. Há, ainda, uma possível existência de relações de poder, que coloca o enfermeiro sob pressão, fazendo-o deixar de lado sua responsabilidade coletiva em relação ao sujeito que é cuidado. O mesmo acontece por parte de quem cuida, que também se torna compartimentalizado.

Observamos também que quem institui o TDO é o profissional de saúde, sendo referenciado ao médico, cabendo ao enfermeiro a operacionalização técnica do manejo da tuberculose, de forma a não permitir que o sujeito a ser cuidado possa escolher a melhor maneira para o seu tratamento. Há indução ao tratamento diretamente observado, pondo em questão seu possível abandono e seu comportamento.

O terceiro e último destaque reforça o enunciado sobre as relações de poder existentes — neste momento, entre enfermeiro e agente comunitário de saúde. Não há relação dialógica entre esses profissionais, sendo que se estabelece um fluxo vertical e hierarquizado, em que a cobrança está presente — fato que recai no que foi dito anteriormente a respeito de exigências de bons resultados de indicadores de saúde.

Nessa perspectiva, deve-se considerar o sentido holístico de necessidades de saúde, no qual se favoreça uma escuta mais ampla e sensível na interação

com o outro. Isso interfere tanto nas relações cuidador–cuidador quanto nas relações cuidador–quem recebe cuidado.

Como conclusão, torno às palavras de Eni Orlandi (2009) para o desfecho desta análise: “podemos dizer que esse discurso que apresentamos ao leitor abre uma perspectiva de trabalho em que a linguagem não se dá como evidência, oferece-se como lugar de descoberta”.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. *O homem e a serpente*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- ARENDR, H.A. *Responsabilidade e julgamento: escritos morais e éticos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- _____. “O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios”. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.
- _____. Uma concepção hermenêutica de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.
- _____. Integralidade do cuidado, situações de aprendizagem e o desafio do reconhecimento mútuo. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T.C. (Org.) *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010, v. 1, p. 123-153.
- BARROS, J.D. *O campo da história: especialidades e abordagens*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BERTOLLI FILHO, C. *História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. *Reorganizando o SUS no município do Rio de Janeiro*. Brasília, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Situação da tuberculose no Brasil e no mundo*. Brasília, 2007.
- _____. 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*, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. *Situação da tuberculose no Brasil*. Brasília, 2011.

- CAMARGO JUNIOR, K.R. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 15, p. 177-201, 2005.
- CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- _____. *Saúde Paideia*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
- CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, out.-dez. 2006.
- CASTRO ALVES. *Espumas flutuantes*. São Paulo: Ateliê Editorial, 1998.
- CHAULK C.P.; KAZANDJIAN, V.A. Directly observed therapy for treatment completion of pulmonary tuberculosis: consensus statement of the public health tuberculosis guidelines panel. *JAMA*, n. 279, p. 943-948, 1998.
- CHAULK C.P., GRADY M. Evaluating tuberculosis control programs: strategies, tools and models. *Int J Tuberc Lung Dis*, n. 4 (Suppl 1), p. S55-S60, 2000.
- FRIEDEN, T.R.; SBARBARO, J.A. Promoting adherence to treatment for tuberculosis: the importance of direct observation. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 85, n. 5, p. 407-409, maio, 2007.
- HELLER, A. *Cotidiano e história*. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1989.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo populacional 2010*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/default.php>>. Acesso em: 11 jan. 2011.
- JONES, B.M. *Health-Seekers in the Southwest*. Norman: University of Oklahoma Press, 1967.
- MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MONTENEGRO, T.H. *Tuberculose e literatura: notas de pesquisa*. 2ª ed. Rio de Janeiro: A Casa do Livro, 1971.
- NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 44-57, set.-dez. 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Organización Panamericana de la Salud. *Reunión regional de directores nacionales de programas de control de la tuberculosis: informe final*. Ecuador, 1997.

ORLANDI, E.P. *A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso*. 2ª ed. Campinas: Pontes, 1987.

_____. *Análise do discurso: princípios e procedimentos*. 8ª ed. Campinas: Pontes, 2009.

PÊCHEUX, M. *O discurso: estrutura e acontecimento*. Tradução: E.P. Orlandi. 5ª ed. Campinas, SP, Pontes Editores, 2008.

PEREIRA, I.B.; BÚRIGO, A.C.; CARVALHO, V.F. “Formação, multiprofissionalidade e cuidado”. In PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. (Orgs.) *Por uma sociedade cuidadora*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ; Abrasco, 2010. 448 p. (Série Cidadania do Cuidado)

PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; SILVA JUNIOR, A.G. Integrality in the population's health care programs. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar.-abr. 2007.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes versus modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003. p. 9-36.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. da (Orgs.) *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.

POPE D.S.; CHAISON R.E. TB treatment: as simple as DOT? *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, v. 7, n. 7, p. 611-615, 2003.

PORTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Revista Saúde Pública*, v. 41, n. 1, p. 43-49, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. Instituto Pereira Passos. Secretaria Extraordinária de Desenvolvimento. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos. 12 ago. 2009. Disponível em:

<http://www.rio.rj.gov.br/ipp/Documentos/ata_conselho_2009-08-12.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2011.

RAVIGLIONE M. C. The new stop TB strategy and the global plan to stop TB, 2006-2015. *Bull World Health Organ*, v. 85, n. 5, p. 327, 2007.

RAVIGLIONE M. C. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Programa Nacional de Controle de Tuberculose. *Dados Rocinha, Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 2009.

_____. Programa de Controle de Tuberculose. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. *Informe Epidemiológico*. Rio de Janeiro, 2011.

_____. *Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde*. 2ª ed. revista e corrigida. Rio de Janeiro: SMSDC, COREN, 2012.

ROSEMBERG, J. Tuberculose: aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, n. 7, v. 2, p. 5-5 29, 1999.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO (SMSDC/RJ). Anexo Técnico I: Informações sobre a Área de Planejamento 3.3. 2006.

SOUZA, K.M.J. de. *Discursos sobre a tuberculose: significância por e para sujeitos*. Tese de Doutorado defendida em 17/09/2012 em Enfermagem em Saúde Pública. Universidade de São Paulo – EERP, Ribeirão Preto, 2012.

UGARTE-GIL, C.A. Tuberculosis: un enfoque de derechos humanos. *Acta Méd. Peruana*. Lima, v. 26 n. 1, jan.-mar. 2009.

VILLA, T.C.S.; RUFFINO NETTO, A. *Diagnóstico da tuberculose: avaliação dos serviços de saúde em municípios de diferentes regiões do Brasil*. 1ª ed. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC, 2011.

VOLMINK, J.; GARNER, P. Systematic review of randomised controlled trials of strategies to promote adherence to tuberculosis treatment. *BMJ*, v. 315, p. 1.403-1.046, 1997.

VOLMINK, J.; MATCHABA, P.; GARNER, P. Directly observed therapy and treatment adherence. *Lancet*, v. 355, n. 9.212, p. 1.345-1.350, 2000. Erratum in: *Lancet*, v. 356, n. 9.227, p. 434, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control: Stop TB Communicable Disease*. Geneva, 2002.

_____. *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing*. Geneva: World Health Organization, 2008.

_____. *Global Tuberculosis Control 2004: epidemiology, strategy, financing*. Geneva: World Health Organization, 2009.

_____. *Global Tuberculosis Control 2010*. Geneva: World Health Organization, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de pesquisa: A prática do enfermeiro junto aos usuários matriculados no tratamento supervisionado da tuberculose na comunidade da Rocinha, Rio de Janeiro.

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa institucional pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, em parceria com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Isto porque você possui os critérios de inclusão do estudo (ser enfermeiro que atua junto aos usuários matriculados no oferecimento do tratamento supervisionado da tuberculose).

Esta pesquisa tem por objetivo geral: investigar junto aos enfermeiros a sua prática profissional diante dos usuários matriculados no tratamento supervisionado da TB na Rocinha. Os objetivos específicos são: identificar se os enfermeiros participam de treinamentos voltados para lidar com a realidade dos usuários portadores de TB; investigar quem é responsável por instituir o TS no momento do diagnóstico de TB; averiguar se em algum momento o usuário participa do tipo de decisão sobre o tratamento para TB; identificar as ações de saúde, principalmente educativas, realizadas pelos enfermeiros durante o TS; e analisar se o enfermeiro percebe que houve algum tipo de mudança após as ações realizadas.

Para contemplar estes objetivos, aplicaremos a você um questionário com 11 perguntas que leva cerca de 30 minutos para ser respondido integralmente. O questionário tem perguntas sobre informações da sua prática como enfermeiro(a) diante do tratamento supervisionado da tuberculose. O entrevistador é treinado para a aplicação deste questionário. As entrevistas serão gravadas em aparelho MP3 e depois transcritas, sendo garantido o sigilo e o anonimato dos participantes. Será utilizado o *software* Atlas.ti 6.0, o qual fará o agrupamento de todos os documentos primários (*Primary Documents*) em um único projeto, denominado Unidade Hermenêutica (HU), cujas informações são passíveis de exploração e interpretação. A base teórica permitirá a definição de categorias

(*codes*), as quais, posteriormente, serão utilizadas na análise de discurso. Os dados serão armazenados na HU por cinco anos. Após este período, os arquivos serão excluídos e deletados. Os resultados obtidos serão apresentados em relatórios de pesquisa para divulgação em futuros artigos científicos, sendo garantido o retorno dos benefícios obtidos através das pesquisas para as pessoas e as comunidades onde forem realizadas.

Essa pesquisa não trata de eventuais danos para os sujeitos entrevistados. Todos os custos são de total responsabilidade do pesquisador.

Todas as informações obtidas e os resultados serão guardados de forma que as pessoas que não estejam trabalhando no estudo não terão conhecimento. Além deste requisito, também nos comprometemos a não identificar os participantes da pesquisa (sigilo e anonimato), e o seu consentimento pode ser retirado a qualquer tempo.

O(a) senhor(a) não é obrigado a participar deste estudo se não o desejar. Em caso de dúvidas, fale com o investigador principal do estudo.

Este termo de consentimento explica o estudo que estamos realizando. Por favor, leia com atenção e faça perguntas sobre qualquer coisa que o (a) senhor(a) não tenha entendido. Caso não tenha perguntas neste momento, o(a) senhor(a) poderá fazê-las posteriormente. Procure estar ciente de todas as suas opções antes de assinar este termo.

Atenciosamente,

Vivian A. Abreu dos Santos
Mestranda da Universidade Federal do Estado do
Rio de Janeiro – UNIRIO
Contato: (21) 8442-3866 ou vivianabreu85@gmail.com

Professora Fabiana B. A. de Souza

Orientadora

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Endereço: Rua Xavier Sigaud, 290 sala 507

Urca – Rio de Janeiro – RJ

Contato: (21) 2542-7154

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova

Contato: (21) 3971-1463

<http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/> / cepsms@rio.rj.gov.br /

cepsmsrj@yahoo.com.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de pesquisa: A prática do enfermeiro junto aos usuários matriculados no tratamento supervisionado da tuberculose na comunidade da Rocinha, Rio de Janeiro.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores, eu, firmado abaixo, _____, residente a (endereço) _____ concordo em participar do estudo intitulado (título da pesquisa).

Eu fui completamente orientado pela mestrandia Vivian Albuquerque Abreu dos Santos a respeito da natureza, propósito e duração da pesquisa.

Pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disso, ela me entregou uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li e compreendi. Tive plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo e informar à equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente de que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e por pessoas delegadas pela instituição envolvida.

Estou recebendo uma cópia assinada deste termo investigador.

Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Participante:

Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Responsável:

Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B – Entrevistas semiestruturadas – Questões para os enfermeiros que realizam o TDO

Projeto de pesquisa: A prática do enfermeiro junto aos usuários matriculados no tratamento supervisionado da tuberculose na comunidade da Rocinha, Rio de Janeiro.

Unidade de Saúde: _____

Codínome: _____

Bloco 1

- 1- Você sempre, ou em algum momento, trabalhou com questões voltadas para a tuberculose?
- 2- Há quanto tempo trabalha na Estratégia Saúde da Família e está envolvido com questões relacionadas à tuberculose?
- 3- Recebe treinamentos específicos para o manejo da doença e seu tratamento?
- 4- Estão incluídos nestes treinamentos, se houver, dispositivos para lidar com a realidade dos usuários matriculados no tratamento supervisionado?
- 5- Acredita que estes treinamentos, se houver, são positivos ou negativos em relação à sua formação como profissional?

Bloco 2

- 6- Quando você recebe uma pessoa diagnosticada por Tuberculose, quem institui o TDO? Você? Ou a pessoa já está inscrita automaticamente no TDO?
- 7- Em algum momento esta pessoa participa da decisão do tipo de tratamento? Como você acha que deveria ser?

Bloco 3

- 8- Como é a sua percepção sobre o conhecimento daquele que está no TDO? O que pode melhorar (se houver falhas)?
- 9- Como é a sua prática, dentro do ESF, para lidar com os usuários inscritos no TDO da TB?
- 10- Você realiza atividades educativas em saúde? Como são?
- 11- Como é a sua abordagem com aqueles que se encontram em risco social (pobreza, falta de escolaridade, usuário de álcool e/ou drogas etc.)?
- 12- Em caso de atividades educativas, você percebe que há mudanças no comportamento daquele que recebe o TDO?

ANEXO

ANEXO – Aprovação CEP



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 161A/2012

Rio de Janeiro, 20 de agosto de 2012.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenadora:</p> <p>Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores:</p> <p>Fabio Tuche Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p>Membros:</p> <p>Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira José M. Salame Livia Beiral Forni Maria Alice Gunzburger Costa Lima Martine Gerbauld Nara da Rocha Saraiva Sônia Ruth V. de Miranda Chaves Vitoria Regia Osorio Vellozo</p> <p>Secretária Executiva:</p> <p>Brigida Araújo de Carvalho Silva Renata Guedes Ferreira</p>	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 43/12.</p> <p>TÍTULO: A prática do enfermeiro junto aos usuários matriculados no tratamento supervisionado da tuberculose na comunidade a Rocinha, Rio de Janeiro.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Vivian Albuquerque Abreu dos Santos.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza, CMS Rinaldo de Lamare e CMS Drº Albert Sabin.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 10/08/2012.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).


Salesia Felipe de Oliveira
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
IRB nº: 00005577

*Recebido em 28/08/2012
Vivian Albuquerque
Abreu dos Santos.*