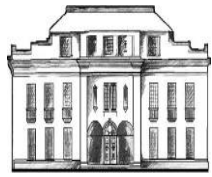




**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA**



SHIRLEY RIBEIRO DOS SANTOS LINHARES

**TUBERCULOSE: A VIVÊNCIA DO TRATAMENTO DE USUÁRIOS E A
EXPERIÊNCIA DA ASSISTÊNCIA DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

**Rio de Janeiro
Julho, 2015**

SHIRLEY RIBEIRO DOS SANTOS LINHARES

**TUBERCULOSE: A VIVÊNCIA DO TRATAMENTO DE USUÁRIOS E A
EXPERIÊNCIA DA ASSISTÊNCIA DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

**Dissertação apresentada a Escola de
Enfermagem Anna Nery da
Universidade do Rio de Janeiro como
requisito parcial à obtenção do título
de Mestre em Enfermagem.**

Orientadora:

Prof.^a Dra. Elisabete Pimenta Araújo Paz

Rio de Janeiro

Julho, 2015

**TUBERCULOSE: A VIVÊNCIA DO TRATAMENTO DE USUÁRIOS E A
EXPERIÊNCIA DA ASSISTÊNCIA DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Shirley Ribeiro dos Santos Linhares

Dissertação submetida à Banca Examinadora Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Aprovada por:

Profª Drª Elisabete Pimenta Araújo Paz – **Presidente**
Professora Associada da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

Profª Drª Ana Maria Salimena - **1ª Examinadora**
Professora Associada da Faculdade de Enfermagem - UFJF

Profª Drª Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas - **2ª Examinadora**
Professora Associada da Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ

Suplentes:

Profª Drª Marilda Andrade
Professora Associada da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa- UFF

Profª Drª Maria Helena do Nascimento Souza
Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ

**Rio de Janeiro
Julho, 2015**

Dedico este trabalho ao meu pai, José Ribeiro dos Santos (in memoriam), que na sua simplicidade me ensinou a compreender que há inúmeras possibilidades de ser-no-mundo e, então, com sua simplicidade, me mostrou o valor e a importância de escutar o outro.

A minha mãe, Elenilza Mendes dos Santos, que com seu modo de ser-com sempre atenciosa, participante, incentivadora e amorosa, me ensinou o valor de ser perseverante e dedicada para realizar meus projetos e conquistar meus ideais.

Ao meu marido Fabrício de Souza Linhares, por compreender e incentivar meu aprimoramento profissional mesmo que tenha, algumas vezes, sido excluído da nossa convivência diária devido ao meu estado reflexivo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me proporcionado força e perseverança ao longo da minha vida e por estar sempre guiando meus passos.

Aos meus pais, José Ribeiro (in memorian) e Elenilta Mendes. Obrigada pelo amor, cuidado e apoio dispensados incondicionalmente e por serem exemplos de dedicação e vida, pois sem os seus suportes eu nada seria.

Ao meu amado esposo Fabrício pela cumplicidade e incentivo; pelo carinho e cuidado que me tornam a cada dia livre para buscar meu próprio caminho; por representar a paz e um amor que eu preciso para ser feliz.

À minha orientadora Elisabete Pimenta Araújo Paz por acreditar e investir nas minhas possibilidades, pela oportunidade de crescimento, pelo incentivo, disponibilidade e dedicação dispensada durante a realização deste trabalho. Minha sincera admiração e agradecimento por este período que caminhamos juntas.

Aos participantes desta pesquisa, pelo seu acolhimento e pela disposição em doar seu tempo e sua vivência. Agradeço aos colegas de trabalho das Unidades de Saúde estudadas, que aceitaram participar deste trabalho. Obrigada pela colaboração. Sem vocês esse caminho não seria possível.

“É o mistério que permanece. Não a explicação”.
Neil Gaiman, Sandman

RESUMO

LINHARES, Shirley Ribeiro dos Santos. **Tuberculose: a vivência do tratamento de usuários e a experiência da assistência de profissionais da Estratégia Saúde da Família.** Rio de Janeiro, 2015. DISSERTAÇÃO (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Estudo sobre o cotidiano assistencial e vivencial do tratamento da Tuberculose na Estratégia Saúde da Família. Teve como objetivos compreender o cotidiano assistencial dos profissionais de saúde e a vivência dos usuários no transcurso do tratamento da tuberculose e analisar o significado do tratamento da tuberculose na vivência dos usuários e na experiência do profissional. Pesquisa qualitativa que utilizou o método fenomenológico de investigação e conceitos da fenomenologia de Martin Heidegger. O cenário da pesquisa foram cinco unidades de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro. Participaram setenta e nove pessoas, sendo cinquenta e dois profissionais de saúde e vinte e sete usuários em tratamento. O acesso ao ser de portadores e profissionais se deu pela entrevista fenomenológica com a questão norteadora: Como é o seu dia-a-dia assistindo/ vivenciando o tratamento contra a tuberculose? Elaborou-se uma Unidade de Significado para profissionais: A experiência do tratamento de usuários portadores de tuberculose com quatro subcategorias. Em relação aos portadores de tuberculose obteve-se como categoria: A vivência do tratamento do portador de tuberculose passa por diferentes etapas que alteram seu modo de ser e estar no mundo e quatro subcategorias. A hermenêutica desvelou que profissionais e usuários estão dispostos no modo-de-ser da inautenticidade que domina os serviços de saúde. O temor de morrer de tuberculose é o existencial que primeiro domina o cotidiano dos doentes e faz com que o portador se entregue ao tratamento e orientações profissionais como a única medida capaz de restabelecer sua saúde e conseqüentemente sua condição como ser-aí-com no mundo. Apesar da inautenticidade vivenciada no cotidiano assistencial, nele reside a possibilidade de se efetivar o cuidado autêntico onde profissionais e portadores possam deixar emergir, ainda que de modo fugaz, o ser-aí-com de cada um, onde se concilie conhecimento técnico-científico que proporciona os elementos objetivos do tratamento às dimensões subjetivas das pessoas. Assim, o cuidado autêntico poderá superar a tradição ôntica e desvelar a dimensão ontológica para o caráter originário do ser que é *cura*.

Palavras chaves: Tuberculose; Pesquisa Qualitativa; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

LINHARES , Shirley Ribeiro dos Santos. **Tuberculosis: the experience of treatment of users and the experience of the professional assistance of the Family Health Strategy** . Rio de Janeiro , 20152. Dissertation (Master of Nursing) - School of Nursing Anna Nery, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, in 2015.

Study on the health care and experiential daily TB treatment in the Family Health Strategy. We aimed to understand the routine of health professionals and the experience of users in the course of tuberculosis treatment and analyze the meaning of tuberculosis treatment in the experience of users and experience of the professional. Qualitative research that used the phenomenological method of research and concepts of Martin Heidegger phenomenology. The setting of the research were five primary care units in the city of Rio de Janeiro. Participated seventy-nine people, including fifty-two health care professionals and twenty-seven users in treatment. Access to be carriers and professionals was made by phenomenological interview with the guiding question: How is your day to day watching / living the TB treatment? Developed is a Meaning Unit for professionals: The experience of treatment of patients with tuberculosis users with four subcategories. Regarding tuberculosis patients was obtained as a category: The experience of the person with tuberculosis treatment goes through different steps that alter their way of being in the world and four subcategories. The hermeneutics unveiled professionals and users are arranged in the order-to-be of inauthenticity that dominates health services. The fear of dying from tuberculosis is the existential that first dominates the daily lives of patients and makes the carrier is delivered to the treatment and professional guidelines as the only measure capable of restoring their health and therefore their status as being-there-with the world . Despite the inauthenticity experienced in their everyday life, there lies the opportunity to carry the authentic care where professionals and patients can leave emerging, albeit fleetingly, the being-there-with each, where reconciles technical and scientific knowledge It provides the objective elements of the treatment to the subjective dimensions of people. Thus, the authentic care can overcome the ontic tradition and unveil the ontological dimension to the originating status of being that is healing.

Key words: Tuberculosis; Qualitative Research; Family Health Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Coeficiente de incidência de Tuberculose. Brasil, 2005-2014.....	20
Figura 2: Taxa de incidência de tuberculose por Unidade Federativa, 2014.....	21
Figura 3: Proporção de casos novos de TB segundo unidade de notificação e atendimento de Atenção Primária nas capitais brasileiras, 2013	23
Figura 4: Território da Unidade de Saúde da Família A - Bairro: Ramos	43
Figura 5: Território da Unidade de Saúde da Família B - Bairro: Ramos	44
Figura 6: Território da Unidade de Saúde da Família C - Bairro: Ramos	45
Figura 7: Território da Unidade de Saúde da Família D - Bairro: Penha	46
Figura 8: Território da Unidade de Saúde da Família E - Bairro: Penha Circular	47

LISTA DE SIGLAS

TB – Tuberculose
MTB – Mycobacterium tuberculosis
AP – Área de Planejamento Sanitário
CAP – Coordenação das Áreas Programáticas
BCG – Bacilo de Calmett Guérin
EEAN – Escola de Enfermagem Anna Nery
ESF – Estratégia Saúde da Família
APS – Atenção Primária à Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
BAAR – Baciloscopia Direta de Escarro
OMS – Organização Mundial da Saúde
PCT – Programa de Controle da Tuberculose
MS – Ministério da Saúde
PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SINAN – Sistema de Informação de Agravos e Notificação
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PSF – Programa Saúde da Família
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB – Plano Nacional de Atenção Básica
ONGs – Organizações não Governamentais
WHO – World Health Organization
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
DOTS – Directly Observed Treatment Short-course
TDO – Tratamento Diretamente Observado
HIV – Human Immunodeficiency Virus
CNPS – Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome
CDC – Centers for Disease Control
RNTA – Royal Netherlands Tuberculosis Association
UBS – Unidade Básica de Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
SR – Sintomático Respiratório
TSA – Teste de Sensibilidade
HEPA – High Efficiency Particulate Arrestance

SUMÁRIO

I – Introdução	13
1.1 Aproximação com a temática	13
1.2 Objetivos do Estudo	17
1.3 Justificativa e Relevância do Estudo	17
II – O solo de tradição da tuberculose como problema de saúde	19
2.1 A situação da Tuberculose no mundo e no Brasil	19
2.2 A Tuberculose como doença.....	24
2.3 A Estratégia Saúde da Família e o Programa de Controle da Tuberculose	28
III – Referencial Filosófico	33
3.1 A fenomenologia como o caminho para investigação	33
3.2 Fenomenologia, uma ciência filosófica	34
3.3 A fenomenologia de Heidegger.....	36
IV – Percurso Metodológico	40
4.1 Caminho Metodológico.....	40
4.2 O método Fenomenológico de Heidegger	41
4.3 Locais de realização do estudo.....	42
4.4 Participantes da Pesquisa.....	47
4.5 Etapas do encontro da pesquisadora com os participantes.....	48
4.6 O método de investigação fenomenológico para o desvelamento do ser	50
V – Unidades de Significação	53
Caracterização dos Participantes.....	53
UNIDADE 1- No cotidiano assistencial abre-se a experiência do tratamento de usuários portadores de tuberculose para os profissionais	54
1.1 O cotidiano do profissional é influenciado pelo discurso técnico da normatização em saúde que valoriza o tratamento e a medicação.....	54
1.2 O cuidado prestado pelos profissionais no tratamento a pessoas com tuberculose é orientado pela preocupação em estabelecer vínculo com o portador com a quebra da cadeia de transmissão.....	56
1.3 No cotidiano assistencial do tratamento ao portador de tuberculose, os profissionais vivenciam dificuldades como a baixa adesão às orientações sobre o tratamento medicamentoso e a violência social presente nas comunidades	58

1.4 Os profissionais referem que o vínculo que constroem com os doentes e a participação do Agente Comunitário de Saúde são algumas facilidades na adesão da pessoa ao tratamento da tuberculose 60

UNIDADE 2 – A vivencia do tratamento pelo usuário passa por diferentes etapas que alteram seu modo de ser e estar no mundo..... 61

2.1. Receber o diagnóstico da tuberculose evidencia a fragilidade da vida e a possibilidade da morte 61

2.2 Vivenciar o tratamento da TB é uma grande dificuldade, principalmente devido aos efeitos negativos causados pela ingestão da medicação 63

2.3 O tratamento supervisionado da tuberculose é vivenciado pelos usuários com dificuldades nos serviços de saúde. Enfrenta-se o descontentamento com a obrigatoriedade do comparecimento, com a longa espera pelo atendimento, com a desatenção e a não confiança de que seguirão tomando a medicação 65

2.4 Para os portadores de tuberculose o sucesso do tratamento não depende somente de sua força de vontade, mas de como acessam os serviços e os profissionais 67

VI – Análise Compreensiva..... 69

Considerações Finais 77

Referências 79

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery 90

Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 93

Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 96

Anexo D – Roteiro da Entrevista 97

I - INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com a temática

A problemática Tuberculose (TB) é parte importante de minha trajetória profissional, além de representar uma séria questão de saúde pública, considerada emergência mundial (WHO, 1993).

Por isso, a compreensão das características que fazem da TB um problema que afeta milhares de pessoas atualmente, bem como o cotidiano do trabalho das unidades de saúde, requer mais do que conhecimento de sua epidemiologia, das condições de vida e do espaço geográfico e social em que vivem as pessoas por ela acometidas, mas também da dinâmica relacional que faz com que os usuários e profissionais alcancem ou não sucesso no processo comum de tratar e curar (HINO et al, 2011; SOUZA, SILVA, 2010).

A minha motivação para esta proposta de estudo surgiu de minha trajetória profissional como enfermeira assistencial. Há 5 anos exerço atividades como enfermeira exclusivamente na área de Saúde Pública, realizando atividades de assistência, supervisão técnica e ensino de enfermagem na orientação de estudantes de graduação que cumprem suas atividades de formação em unidades primárias e, neste conjunto de atividades, optei em priorizar aquelas voltadas à prevenção, diagnóstico e tratamento às pessoas portadoras de doenças transmissíveis, em especial a tuberculose e as DST, não deixando de realizar ações de promoção à saúde e a prevenção destes problemas endêmicos no Rio de Janeiro.

Apesar de atuar como enfermeira generalista na Estratégia Saúde da Família (ESF), tenho especialização em Saúde da Família e Pneumologista Sanitária, o que fez com que ao longo desses anos eu atuasse fortemente no atendimento e manejo dos casos de tuberculose. Tenho aprendido muito com os usuários que representam a fonte originária da doença e, portanto, têm a propriedade para expressarem o que é ser doente, lutarem para vencer a doença e ainda se manterem emocionalmente equilibrados para dar conta de seu papel na família e na sociedade.

Na minha prática assistencial procuro adotar atitudes que favoreçam a aproximação com os usuários que buscam os serviços e os que precisarão iniciar o

tratamento. Tais atitudes dizem respeito a uma orientação individualizada sobre o que é TB, sinais e sintomas da doença, forma de tratamento, opções de horários para o atendimento com outros profissionais da equipe, entre outras. Essas atitudes são de fundamental importância para estabelecer vínculos de confiança e de corresponsabilização pelo tratamento, pois cada um é respeitado em sua individualidade.

Durante estes cinco anos como enfermeira tenho observado que o acesso ao serviço, a oferta do tratamento, a disponibilidade da medicação e Tratamento Diretamente Observado (TDO), não tem sido suficiente para a manutenção do tratamento até a cura. Percebi que a pessoa ao ter a necessidade de realizar algum tratamento perde o controle sobre seu estado de saúde, sente-se temerosa frente às recomendações profissionais e à possibilidade de não recuperar o controle sobre si mesmos.

Observo no cotidiano de trabalho das ESF algumas dificuldades técnicas relacionadas à condução do tratamento da tuberculose, que está no âmbito da adoção de condutas diagnósticas e terapêuticas por parte dos profissionais, tais como a demora na instituição do tratamento oportuno após confirmação bacteriológica da doença, dificuldade na identificação de sintomáticos respiratórios e de contatos do caso índice, falhas no seguimento laboratorial durante o manejo do tratamento, entre outras (SANTOS *et al*, 2012; PALHA *et al*, 2012).

Entre os aspectos relacionados ao sistema de saúde são descritos fatores como: dificuldade de acesso; inadequado acolhimento do usuário e baixo nível de suspeição diagnóstica de TB, correspondendo ao aumento do período entre a primeira visita ao serviço de saúde e o início do tratamento que podem ser determinados pela forma de organização dos serviços de saúde e da atenção ao doente de TB (BERALDO *et al*, 2012, MACHADO *et al*, 2011; SCATENA *et al*, 2009; PAZ, SÁ, 2009; FIGUEIREDO *et al*, 2009).

O acesso é a primeira etapa do percurso realizado pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde. Estudos apontam que uma das condições básicas para o êxito do tratamento de TB é o acesso fácil do usuário ao serviço de saúde (SANTOS *et al*, 2012; PALHA *et al*, 2012).

Os Serviços de Saúde com frequência apresentam uma série de obstáculos que dificultam o primeiro contato do doente, tais como o horário de atendimento dos mesmos, o acesso às consultas e tempo gasto na sala de espera. Estudos

revelaram que a avaliação do horário de funcionamento do serviço foi positiva, porém evidenciou-se a expectativa de estender o horário de atendimento, inclusive para outros turnos (SANTOS et al, 2012; PALHA et al, 2012).

Cabe considerar que um outro aspecto que corrobora a manutenção das altas taxas da tuberculose é a rotatividade dos profissionais nas equipes de ESF, o que compromete a criação do vínculo. Percebo também a fragilidade do relacionamento interpessoal profissional de saúde-doente, muitas vezes causadas pela dinâmica de trabalho das equipes e pela pressão de demanda por atendimento *versus* a insuficiência de profissionais. Tais situações podem se constituir em barreiras que contribuem, de maneira geral, para o mau desempenho dos serviços, baixa efetividade do tratamento, altos índices de abandono e também no afastamento do profissional com o portador e sua família, um importante parceiro no manejo desta doença (PALHA et al, 2012; MONROE et al, 2008; ARAKAWA et al, 2011; CAMPOS; FONSECA, PESSINI, 2012).

Neste processo de assistir e cuidar cabe valorizar que a tuberculose enquanto doença situada na pessoa tem características inerentes ao modo de ser de cada indivíduo, mas também se relaciona com aspectos sociais que conferem à pessoa importante vulnerabilidade frente ao adoecer e o tratar. A relação com o serviço e os profissionais é fundamental neste processo. Esta relação profissional-doente tem sido abordada em vários estudos e apontada como uma das dificuldades operacionais do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), requerendo alternativas capazes de produzirem mudanças nos indicadores desfavoráveis com ela relacionados (ALVES et al, 2012; NOGUEIRA et al, 2012; PONCE et al, 2011; SOUZA et al, 2010).

Acredito que para o sucesso do tratamento somente a oferta da medicação e de consultas não são suficientes, quando se precisa conhecer quais as necessidades de saúde do indivíduo que passa pelo período do adoecimento por tuberculose. É necessário ouvir, deixar que cada pessoa fale de seus anseios, medos e preocupações, captar o sentido do ser com o qual estamos nos relacionando no cotidiano dos serviços de saúde. Somente assim, com este conhecimento, o profissional conseguirá estabelecer um vínculo e ajudá-lo em seu próprio cuidado individual e coletivo.

Nesta linha de pensamento há que se destacar o caráter estigmatizante que cerca a tuberculose e as condições sociais da população, habitualmente

desfavoráveis, que exigem compromisso e envolvimento das equipes da ESF, pois o impacto causado pela doença pode interferir nas dimensões físicas, sociais, psicológicas, econômicas e espirituais, influenciando a forma como os profissionais nos serviços lidam com este problema (PAZ, SÁ, 2009).

A cada atendimento, cada supervisão que participei foram surgindo indagações, sobre os motivos que levam o profissional a oferecer um cuidado fortemente centrado na doença e como o usuário se percebe cuidado. Que vivências, sentimentos, comportamentos e atitudes experimentadas no contexto de tratar e ser tratado poderiam favorecer ou não o tão almejado objetivo de curar estas pessoas? Neste contexto, refletir sobre esse cuidado e seus resultados me faz questionar o significado do tratamento tanto para quem o oferta como para quem o recebe, e como os vários modos de agir em relação a si mesmo e ao outro podem dar sentido ao processo de vivenciar a tuberculose.

Minhas reflexões me levam a pensar que o grande desafio é associar as normas técnicas e rotinas do PNCT com a individualidade humana, o que nem sempre é possível na dinâmica das unidades primárias de saúde, sempre cheias de pessoas com problemas, com demandas para serem prontamente atendidas, com profissionais atarefados ou que parecem não entender a singularidade do sofrimento de ter tuberculose, por verem muitos casos se repetirem.

Percebo que há momentos em que a técnica se sobrepõe e muitas vezes esbarra nas diferenças pessoais, e se a subjetividade não for levada em conta provavelmente ocorrerá o insucesso, porque na rotina das unidades primárias não existem muitas chances de compreender como se processam as dificuldades para as pessoas doentes.

Diante da complexidade que envolve o viver/estar com TB e o assistir ou cuidar na ESF, considero que estes elementos estão interligados. Nesta interligação as relações que se estabelecem podem ser decisivas para o sucesso ou não do enfrentamento de uma doença de grande impacto clínico e social como a tuberculose, que ainda estigmatiza quem a tem. Com esta preocupação, ao ingressar em 2013 no mestrado da UFRJ buscando aprofundar as questões que me inquietavam, optei por desenvolver uma investigação alicerçada na fenomenologia de Martin Heidegger, o filósofo que discutiu o modo de ser do homem no seu cotidiano existencial.

Feita esta escolha e apoiada em minha vivência profissional de cuidar de pessoas com este agravo, delimito como objeto de estudo o cotidiano assistencial e vivencial do tratamento da Tuberculose na Estratégia Saúde da Família.

1.2 Objetivos do Estudo

1- Compreender o cotidiano assistencial dos profissionais e a vivência dos usuários no transcurso do tratamento da tuberculose;

2- Analisar o significado do tratamento da tuberculose na vivência dos usuários e na experiência do profissional.

Diante da realidade abordada emergiu como questão norteadora para os profissionais: Como é o seu dia-a-dia assistindo portadores de tuberculose? Para as pessoas que foram diagnosticadas com tuberculose a questão norteadora foi: Como é o seu dia a dia vivenciando o tratamento contra a tuberculose?

1.3 Justificativa e Relevância do Estudo

A tuberculose é hoje foco de intensas preocupações em âmbito mundial, tanto que foi declarada em 1993 uma emergência pela Organização Mundial da Saúde, sendo a maior causa de óbitos evitáveis em adultos.

Além das más condições de vida de ampla parcela da população e da epidemia de infecção pelo HIV, as falhas nos sistemas de saúde e nos programas de controle têm sido apontadas como fatores importantes para o agravamento da situação desta doença, demandando esforços urgentes para melhorá-la uma vez que o elevado número de casos e de óbitos representam uma alta carga para a sociedade e para o sistema de saúde (ALMEIDA, BARBOSA, ALMEIDA, 2013).

A tuberculose não pode ser vista apenas como números de casos, mas como desafio permanente para saúde pública, devido a uma variedade de condições como os altos índices de incidência, cura abaixo do desejável, abandono de tratamento, óbitos passíveis de serem evitados e o crescimento da resistência bacteriana aos quimioterápicos.

Ela afeta não apenas o vigor físico, mas também o estado emocional do doente e a dinâmica familiar dos que estão diagnosticados como portadores de TB. É preciso considerá-la a partir de outros significados sociais, em razão dos

sentimentos de medo, sofrimento ou constrangimento desde o momento em que a pessoa se descobre com tuberculose (CLEMENTINO et al, 2011; PORTO, 2007).

A cura da tuberculose não depende apenas do acesso aos serviços, profissionais e medicamentos tuberculostáticos, pois requer dos profissionais mais do que orientação e apoio. É importante considerar que no processo de restabelecimento há que se ter especial atenção com a humanização do tratamento, a responsabilização dos profissionais e da família durante o processo de acompanhamento e a atenção às vulnerabilidades que podem produzir doença.

Diante do desafio para o sistema de saúde tanto em âmbito nacional quanto internacional, essa doença se tornou elemento de investigação, ampliando-se a discussão para a qualidade do serviço ofertado como parte essencial de seu controle. Assim, julga-se necessário realizar estudos que abordem a relação profissional/usuário com foco nas ações assistenciais da tuberculose e a percepção do usuário sobre o tratamento, com o objetivo de investigar a relação estabelecida entre as necessidades apresentadas pela população e os serviços oferecidos para o combate e controle da tuberculose.

Diante do cenário de melhora sem cura clínica que predispõe ao abandono e dos baixos resultados de cura do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no município do Rio de Janeiro, destaca-se a necessidade de desenvolver pesquisas que possam discutir as dimensões subjetivas, bem como sua relação no processo saúde-doença na perspectiva do aumento da adesão pelos serviços de atenção primária, haja vista que os problemas organizacionais podem comprometer o desenvolvimento e a sustentabilidade dessas ações nesse nível de atenção.

Além disso, o presente estudo destaca um tema que é considerado como prioridade de pesquisa pelo Ministério da Saúde (MS). Sua relevância está em contribuir com o desenvolvimento de estratégias para melhorar a adesão ao tratamento desta patologia na perspectiva dos portadores assistidos pelos serviços de atenção primária e dos profissionais que neles atuam, considerando que nos serviços e no seio familiar temos um espaço relacional que pode determinar o sucesso ou insucesso dos objetivos de cura ou controle da doença.

II - O SOLO DE TRADIÇÃO DA TUBERCULOSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE

2.1 A situação da Tuberculose no mundo e no Brasil

A Tuberculose é uma doença infecciosa crônica milenar causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (MTB). É a terceira causa de mortes por doenças infecciosas e a primeira entre pacientes com HIV (Human Immunodeficiency Vírus) no país, persistindo ainda como um grande problema para a saúde pública (BRASIL, 2008b, 2011b).

Em 1993 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a tuberculose como sendo uma “Emergência Global de Saúde”. Em vários países as taxas de prevalência e de mortalidade específica pela tuberculose ultrapassavam os limites de controle, passando então a ser considerada uma enfermidade reemergente (WHO, 1993).

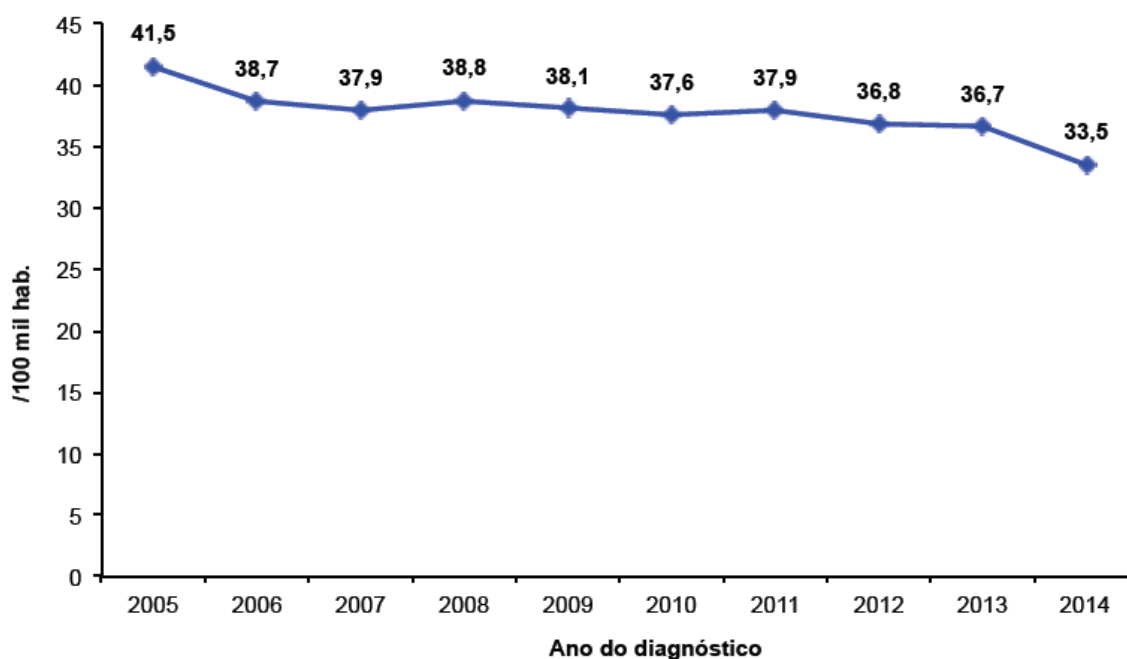
Estima-se que em 2013 cerca de 9,4 milhões de pessoas tiveram tuberculose no mundo, o equivalente a 126 casos por 100.000 habitantes. A maior parte da estimativa de casos em 2013 ocorreu na Ásia (56%) e na Região Africana (29%), e as menores proporções na região do Mediterrâneo Oriental (8%), Região Europeia (4 %) e região das Américas (3%). Entre 1 e 1,2 milhões de casos são de pessoas vivendo com HIV/AIDS. A África é responsável por 78% dos casos de coinfeção tuberculose/ HIV no mundo (WHO, 2014).

A distribuição mundial da doença vem se concentrando desde os anos 2000 em 22 países responsáveis por 82% da carga de todos os casos de tuberculose, sendo os cinco primeiros a Índia (2,3 milhões), a China (1.1 milhões), a África do Sul (0,6 milhões), a Indonésia (0.5 milhões) e o Paquistão (0.5 milhões). Destaca-se que Índia e China sozinhas representaram 24% e 11% dos casos mundiais, respectivamente. O Brasil está em 17º lugar nesse ranking (BRASIL, 2015; WHO, 2014).

Globalmente o número absoluto de casos incidentes vem diminuindo lentamente desde o ano 2000. Entre 2000 e 2013, a taxa média de declínio por ano foi de 1,5% e essa tendência de queda precisa ser sustentada para garantir que a meta dos ODM seja cumprida em 2015 (WHO, 2014).

No Brasil em 2014 foram diagnosticados 67.966 casos novos de tuberculose. Ao longo dos anos observa-se redução do coeficiente de incidência, passando de 41,5/100 mil hab. em 2005 para 33,5 por 100 mil hab. em 2014, o que corresponde a uma redução média de 2,3% ao ano nesse período (Figura 1) (BRASIL, 2015).

Figura 1 – Coeficiente de incidência de Tuberculose. Brasil, 2005-2014.



Fonte: Boletim Epidemiológico, v. 46, Nº 9 – Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose.

Apesar da redução do coeficiente de incidência da tuberculose, ainda existem desafios para a redução do número de casos da doença, visto que o Brasil ainda registra cerca de 68 mil casos novos por ano. Além disso, os valores encontrados entre os Estados são muito heterogêneos e variaram em 2014 de 11,0 a 68,4/100 mil hab, nos estados de Goiás e Amazonas, respectivamente (BRASIL, 2014).

A distribuição dos casos 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 possuir 20 municípios prioritários e apresentar anualmente umas das maiores taxa de incidência de TB do país, com mais de 60,9 casos por 100.000 habitantes no ano de 2014 (SESRJ, 2013a; BRASIL, 2015).

Em relação aos casos novos da doença, a taxa de incidência nacional de TB é de 33,5/100.000 habitantes; destaca-se o Estado do Rio de Janeiro como um dos

estados que supera a média nacional (figura 2), perdendo apenas em número de casos novos para o estado do Amazonas (BRASIL, 2015).

Figura 2 – Taxa de incidência de tuberculose por Unidade Federativa, Brasil 2014.

Unidade da Federação	Coefficiente de incidência (/100 mil hab.)	Unidade da Federação	Coefficiente de incidência (/100 mil hab.)
Rondônia	30,5		
Acre	43,8		
Amazonas	68,4		
Roraima	24,8	Minas Gerais	17,4
Pará	39,2	Espírito Santo	24,8
Amapá	23,0	Rio de Janeiro	60,9
Tocantins	11,2	São Paulo	36,9
Região Norte	44,4	Região Sudeste	36,2
Maranhão	24,9	Paraná	18,7
Piauí	15,4	Santa Catarina	26,2
Ceará	37,0	Rio Grande do Sul	42,4
Rio Grande do Norte	29,7	Região Sul	29,6
Paraíba	22,1	Mato Grosso do Sul	30,7
Pernambuco	48,5	Mato Grosso	43,2
Alagoas	30,6	Goiás	11,0
Sergipe	23,8	Distrito Federal	11,7
Bahia	30,7	Região Centro-Oeste	21,4
Região Nordeste	31,6	Brasil	33,5

Fonte: Boletim Epidemiológico, volume 46, número 9, 2015. Dados referentes ao ano de 2013.

Em 2012 o Estado apresentou um total de 14.039 casos confirmados de TB, sendo que 11.149 se referem a casos novos da doença. Quanto ao Município do Rio de Janeiro, no ano de 2012, foram notificados 7.433, casos da doença, o que corresponde a 52,94% do total do Estado. O município tem uma taxa de incidência de casos de 91,2/100.000 habitantes, superior a taxa de incidência do Estado do Rio que foi para o mesmo ano de 68,7/100.000 habitantes (SESRJ, 2013 a,b).

O município do Rio de Janeiro, em termos de área geográfica, é subdividido em 10 Áreas de Planejamento Sanitário (APs. 1.0; 2.1; 2.2; 3.1; 3.2; 3.3; 4.0; 5.1; 5.2; 5.3). Cada AP possui uma Coordenação das Áreas Programáticas (CAP), que são unidades intermediárias e mediadoras entre o nível central e as unidades prestadoras de serviços do SUS em seu território (BRASIL, 2005).

A Área Planejamento 3.1 do Município do Rio de Janeiro é composta por três subsistemas: Ilha do Governador, Leopoldina Norte e Leopoldina Sul, totalizando 886.551 habitantes com cobertura de 50,8% da Estratégia Saúde da Família. Esta CAP 3.1 notificou 1060 casos novos de TB em 2013, o que corresponde a uma taxa de incidência de 90,6/100 mil. A porcentagem de abandono foi de 23,60% - superior à meta de 5% estabelecido pelo PNCT, e cura de 60,87%, inferior a meta de 85% também estabelecida pelo programa (SMSRJ, 2014a).

O principal indicador utilizado para avaliar as ações de controle da TB nas esferas nacional, estadual e municipal é o percentual de cura dos casos novos bacilíferos de tuberculose pulmonar. As metas recomendadas pela OMS são de detectar 70% e curar pelo menos 85% dos casos para reduzir a incidência em 5,0% a 10,0% ao ano, sendo que o abandono não deve ultrapassar 5% (BRASIL, 2015).

Apesar da queda da incidência no país, o Brasil ainda não conseguiu alcançar a meta dos indicadores estipulada pela OMS. Um dos indicadores prioritários para o controle da tuberculose e que consta no Plano Plurianual do Governo Federal (2012-2015) é ampliar a taxa de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, passando de 74,3% em 2009 para 85% até 2015 (BRASIL, 2013).

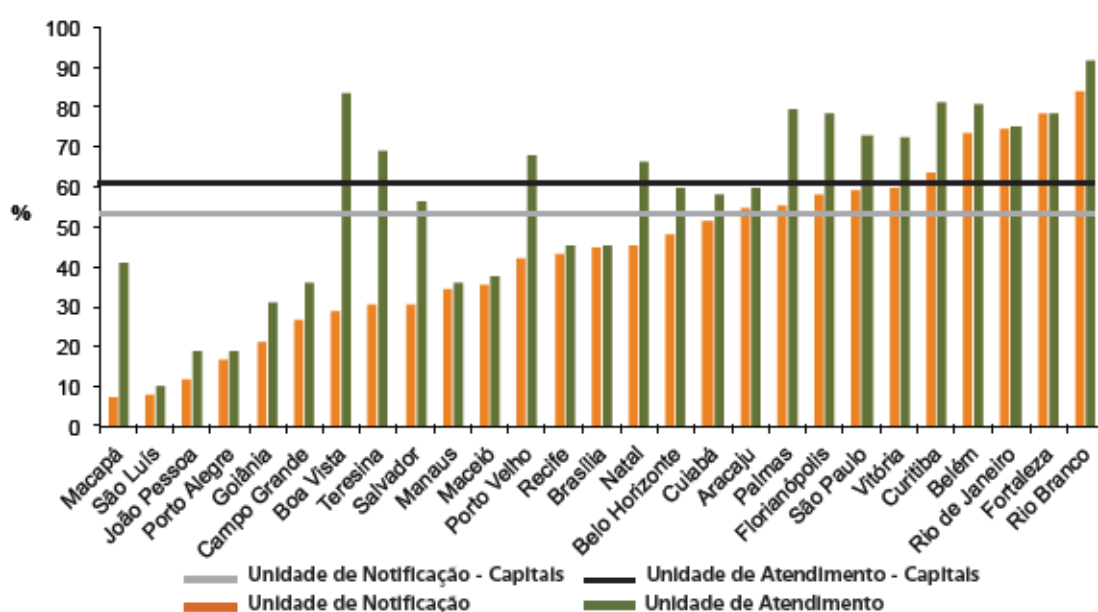
Em 2013 a proporção desse indicador no Brasil foi de 72,5% e alguns estados alcançaram valores acima do observado para o Brasil, com destaque para o Rio Branco (88,2%), Palmas (87,5%) e Teresina (83,3%). Por outro lado, observa-se que a proporção de abandono de tratamento dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera ainda se encontra acima de 5,0% em diversos estados, principalmente em Porto Alegre (24,9%), Porto Velho (19,4%) e em João Pessoa (18,6%) (BRASIL, 2015).

Em 2001 as ações e serviços de controle da Tuberculose foram descentralizados para a Atenção Primária, que é a porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde, uma vez que pressupõe contato próximo e vínculo com a população do território, deve assegurar as condições de identificar Sintomáticos Respiratórios¹, fazer o diagnóstico da tuberculose pulmonar bacilífera e realizar o tratamento com esquema básico (BRASIL, 2012a).

¹ Indivíduos com tosse por tempo igual ou superior a três semanas (BRASIL, 2011b pág 24).

Em 2013, 53,1% dos casos novos de tuberculose das capitais brasileiras foram notificados e 61,3% foram acompanhados por estabelecimentos de atenção primária em saúde (Figura 3), com destaque para Rio Branco-AC, com 83,8% dos casos notificados pela Atenção Primária e 91,4% dos casos acompanhados (BRASIL, 2015).

Figura 3 - Proporção de casos novos de tuberculose segundo unidade de notificação e atendimento de Atenção Primária nas capitais brasileiras, 2013.



Fonte: Boletim Epidemiológico, volume 46, número 9, 2015.

Para o desenvolvimento da atenção integral, a Atenção Primária deve construir em conjunto com o usuário um plano terapêutico que contemple seus anseios, suas angústias e especificidades, além de desenvolver parcerias com outros atores sociais que atuam no território. Por esses e outros benefícios, como a proximidade do local da residência do usuário, recomenda-se que os pacientes com tuberculose sejam assistidos nas Redes de Atenção Primária à Saúde (APS), pois o conhecimento da realidade local pode contribuir na orientação das práticas assistenciais e políticas de controle da tuberculose, direcionando os esforços para as áreas de maior vulnerabilidade para a coletividade.

A tuberculose apesar de ser uma doença passível de prevenção e de cura, cujo tratamento é gratuito, ainda constitui fonte de preocupação no cenário brasileiro

e mundial, sobretudo pela sua determinação social, pela vinculação estreita de sua ocorrência às condições de vida da população (BARBOSA, COSTA, 2014).

2.2. A Tuberculose como doença

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada por MTB, que se dissemina através de gotículas de saliva contendo bacilos expelidos por um doente de tuberculose pulmonar ao tossir ou espirrar. Essas gotículas, quando inaladas por pessoas sadias, geralmente em ambientes fechados provocam a infecção tuberculosa (BRASIL, 2008b; 2010a).

A extrema pobreza, moradia e alimentação inadequadas, baixa escolaridade estão entre os principais fatores sociais associados à infecção e ao adoecimento, mostrando que o adoecimento por tuberculose está relacionado também às condições de vida da população (SALAZAR et al 2009; CHIRINOS, MEIRELLES, 2011; GUIMARÃES et al, 2012; FURLAN, OLIVEIRA; MARCON, 2012; TRIGUEIRO et al, 2014).

A disseminação é plena enquanto o doente de tuberculose pulmonar bacilífero não tiver iniciado o tratamento. Com o esquema terapêutico recomendado, a transmissão é reduzida gradativamente para níveis insignificantes em 15 a 30 dias. Calcula-se que, durante um ano, um doente bacilífero sem tratamento infecte de 10 a 15 pessoas em uma comunidade, dependendo da proximidade e intensidade do contato e das condições do ambiente (BRASIL, 2008b, 2010a).

A intensidade do contato é uma das condições que fazem com que a tuberculose esteja associada à população de baixa renda. Nesta camada social, famílias numerosas convivem muito proximamente em casas pequenas, mal ventiladas e úmidas, favorecendo a transmissão do bacilo (BRASIL, 2008b; TRIGUEIRO et al, 2014).

A infecção pelo MTB, frequentemente, inicia-se no parênquima dos lobos pulmonares após a inalação de núcleos secos de gotículas (núcleo de Wells) com diâmetro de até 5μ e com 1 a 2 bacilos em suspensão. A detecção das lesões primárias ocorre em média de 4 a 12 semanas após a infecção, sendo que grande parte dos casos novos de doença pulmonar ocorre em torno de 12 meses após a infecção (BRASIL, 2010a).

A Tuberculose primária ocorre quando o indivíduo se infecta pela primeira vez (primo-infecção), e pode evoluir tanto a partir do foco pulmonar, quanto do foco ganglionar ou, então, em consequência da disseminação hematogênica (extrapulmonar), o que acontece em 5% dos primos-infectados, em geral nos primeiros dois anos após a infecção. A Tuberculose pós-primária ocorre no organismo que tem sua imunidade desenvolvida, tanto pela infecção natural quanto produzida pelo Bacilo de Calmett Guérin, componente da vacina BCG-ID (BRASIL, 2010a).

Das pessoas que são infectadas pela primeira vez, 5% adoecerão tardiamente em consequência do recrudescimento de algum foco já existente no seu organismo (reativação endógena). Também pode ocorrer a reinfecção exógena, ou seja, o paciente adoecer por receber nova carga bacilar do exterior. Estes dois mecanismos não podem ser distinguidos clinicamente (BRASIL, 2010 a,b).

A chance da pessoa se infectar e de que esta infecção evolua para a doença, depende de múltiplos fatores, destacando-se dentre estes, a idade avançada, as condições socioeconômicas e algumas co-morbidades, tais como *diabetes mellitus*, alcoolismo, silicose, uso prolongado de corticosteroides, neoplasias, uso de drogas, infecção pelo HIV (BRASIL, 2010 a,b).

Nem todas as pessoas que tiveram contato com o bacilo da tuberculose se tornam infectadas. A infecção tuberculosa, sem doença, significa que os bacilos estão presentes no organismo, mas sem causar doença. Entre os infectados e que evoluíram para doença o quadro clínico apresenta sinal ou sintomas bem característicos (BRASIL, 2010b).

São observados normalmente, comprometimento do estado geral, febre baixa vespertina com sudorese, inapetência e emagrecimento. Quando o pulmão é comprometido, a pessoa pode queixar-se de dor torácica e tosse produtiva, acompanhada ou não de escarros hemoptóicos. A tosse produtiva é o sintoma mais frequente da forma pulmonar (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2011b).

Noventa por cento dos casos de TB em adultos são da forma pulmonar. Entre os menores de 15 anos este percentual cai para 75%, podendo, entretanto, se localizar em outras partes do organismo como rins, ossos e meninges, dentre outras (BRASIL, 2010 a,b).

A detecção tardia, o abandono do tratamento e a ignorância dos casos por parte da vigilância epidemiológica são fatores que interferem para o aumento da

doença. Nos últimos anos vem se discutindo o desenvolvimento de novas estratégias para o controle da TB baseadas em novos métodos diagnósticos e terapêuticos, mas principalmente no investimento de tecnologias das relações, que envolvem acolhimento, vínculo e atendimento integral (SCATENA, 2009; PONCE, 2011).

Para o diagnóstico e controle da tuberculose o método prioritário e mais largamente utilizado nos serviços de saúde é a Baciloscopia Direta de Escarro (BAAR). O BAAR é um método simples, rápido, barato e muito utilizado mundialmente, configurando o principal método diagnóstico da tuberculose. Permite detectar o indivíduo bacilífero, principal fonte de transmissão da doença. É indicada para todos os pacientes sintomáticos respiratórios e que apresentam alterações pulmonares na radiografia de tórax (RIE et al, 2010; BRASIL, 2011b).

Também é utilizado no acompanhamento do tratamento do doente inicialmente positivo. O controle da evolução bacteriológica deve ser de preferência mensal e, obrigatoriamente, ao término do segundo, quarto e sexto mês de tratamento (RIE et al, 2010; BRASIL, 2011b).

A cultura do escarro é o método diagnóstico considerado padrão-ouro para confirmação da tuberculose. Possui elevada sensibilidade e especificidade para o diagnóstico da tuberculose. O crescimento do bacilo em meio de cultura permite a identificação de MTB por meio de testes bioquímicos ou moleculares e, a partir da cultura, pode-se também realizar o Teste de Sensibilidade (TSA) para diferenciação de cepas sensíveis e resistentes aos medicamentos disponíveis para o tratamento (RIE et al, 2010; BRASIL, 2011b).

A cultura do escarro, embora considerada como método padrão-ouro para o diagnóstico de TB, é pouco utilizada no processo de tomada de decisão clínica com relação ao tratamento inicial devido à demora em obter o resultado. O diagnóstico é definido em um período que pode variar de 4 a 8 semanas porque é lenta a reprodução do bacilo, o que favorece a propagação e gravidade da doença. O diagnóstico e o tratamento precoces interrompem o seu ciclo de transmissão (BRASIL, 2011b). Além disso, é um método mais caro que a baciloscopia e necessita de infraestrutura em biossegurança o que dificulta sua realização em locais com poucos recursos (RIE et al, 2010)

Assim, indica-se a cultura do escarro para suspeitos de tuberculose pulmonar negativo a baciloscopia e para o diagnóstico de formas extrapulmonares e também

para o diagnóstico de tuberculose em pacientes HIV positivos e em crianças. É indicada também junto com o TSA nos casos de suspeita de resistência bacteriana aos medicamentos, ao final do segundo mês de tratamento quando a baciloscopia se mantém positiva, nos casos de retratamento após falência ao esquema básico ou reinício após abandono ou cura, e ainda para outros grupos considerados de risco para TB resistente como os moradores de rua, contatos de TB pulmonar resistente, pessoas com privação da liberdade, pessoas internadas em hospitais ou albergues (BRASIL, 2011b; KRITSKI, 2010).

A radiografia de tórax é um exame auxiliar no diagnóstico da tuberculose e é indicado na avaliação dos contatos do caso índice. Nos pacientes com BAAR positiva tem a função de identificar outra doença pulmonar associada que necessite de tratamento concomitante, além de permitir avaliação da evolução radiológica. Outros exames como a tomografia computadorizada de tórax, broncoscopia e técnicas de biologia molecular, pelo seu maior custo e complexidade encontram-se disponíveis somente em centros de maior complexidade (BRASIL, 2011b).

Em junho de 2008 a OMS recomendou o uso de testes moleculares para o diagnóstico de TB resistente, porém são necessários estudos de custo-efetividade e custo-benefício para avaliar o impacto no sistema de saúde em que será utilizado, antes da incorporação de tais tecnologias na rotina clínica (BRASIL, 2011b; KRITSKI, 2010; RIE et al, 2010;)

A tuberculose é uma doença curável em praticamente 100% dos casos sensíveis aos fármacos, desde que seja instituída a terapia adequada, de modo ininterrupto e, preferencialmente, com supervisão da ingestão dos medicamentos, priorizando os doentes bacilíferos para eliminação das fontes de infecção (BRASIL, 2011b; 2010a,b; 2008b).

Os profissionais conseguem instituir o tratamento para as pessoas doentes, mas não conseguem mudar os fatores sociais que determinam a doença, porque ela também se encontra ligada a fatores estruturantes que estão fora da esfera da governabilidade da saúde, por isso é fundamental garantir não somente o acesso ao diagnóstico e tratamento, mas que haja ações conjuntas com outros órgãos do campo social que promovam a melhoria das condições de vida dos doentes e da população como um todo (COSTA NETO, 2003).

Neste sentido, ainda que se mantenha o aperfeiçoamento dos meios diagnósticos e dos medicamentos, essas situações não estão sendo suficientes para

garantir a cura dos doentes, porque devem estar associadas às perspectivas sociais e individuais das pessoas acometidas. Estas características podem fazer diferença quando se pensa na longitudinalidade deste acompanhamento e dos resultados esperados pelas equipes de saúde.

2.3. A Estratégia Saúde da Família e o Programa de Controle da Tuberculose

A criação do SUS no Brasil, impulsionada pelo Movimento da Reforma Sanitária, trouxe como um dos pontos centrais de suas proposições a necessidade da mudança no modelo de atenção à saúde ofertada até então no país. A partir desse momento a APS foi se consolidando como a porta de entrada do indivíduo no sistema de saúde (ALMEIDA, GIOVANELLA, NUNAN, 2011).

A APS é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e também um modelo de mudança da prática clínica assistencial dos profissionais de saúde. Orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção e atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002; CHOMATAS et al, 2013, OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

A opção pela APS como primeiro nível de assistência se deve ao impacto positivo na saúde das populações, proporcionando melhores indicadores de saúde, maior acesso dos usuários no sistema, tratamento mais efetivo dos agravos, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços (STARFIELD, 2002; OPAS, 2011).

No Brasil foi adotada a designação Atenção Básica², para divergir da concepção assumida por muitos países que consideram a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica. Busca

² No decorrer da dissertação, utilizarei a expressão Atenção Primária à Saúde, porque são nomes estabelecidos mundialmente, referência fundamental para as reformas sanitárias particularmente após a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata no ano de 1978.

preservar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata reforçando a condição de reorientadora do modelo assistencial para um sistema universal e integrado de atenção à saúde (BRASIL, 2011a; OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi uma estratégia adotada para reorganização da APS no SUS; ele propõe a reorganização das práticas de saúde que levem em conta o reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território, priorizando ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada (BRASIL, 2012a; OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Privilegia o atendimento integral, numa compreensão global do ser humano, cujas práticas de saúde estão no âmbito individual e coletivo, centrada na família e comunidade, levando os profissionais de saúde a entrarem em contato com as condições de vida e saúde das populações, permitindo assim uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 2012a; CHOMATAS et al, 2013; OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

O início do Programa Saúde da Família se deu após a implantação em 1991 do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde. Este programa tinha como finalidade reduzir as taxas de mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas com forte participação de moradores destas regiões como facilitadores da mudança de comportamentos não produtores de saúde junto a seus pares, pela adoção de medidas simples e de alto impacto na saúde (LOURES, SILVA, 2010; FERREIRA et al, 2009).

Desta forma, o PACS é um antecessor do PSF por associar alguns de seus elementos fundamentais que auxiliaram na construção do programa, como o enfoque na família e não no indivíduo e o agir de maneira preventiva de acordo com as demandas e recursos da comunidade (FERREIRA et al, 2009).

Em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) com o propósito de mudança do modelo da atenção à saúde que passou a ter as famílias como núcleo do cuidado em saúde, tendo como fundamentos a territorialização, a integralidade da assistência e a continuidade das ações de saúde ao longo do tempo, trabalhando

a promoção da saúde, a prevenção dos agravos com o objetivo de reorganizar o trabalho em saúde a partir do primeiro nível de atenção e melhorar a qualidade de vida do povo brasileiro (ANDRADE, BEZERRA, BARRETO, 2009; BRASIL, 2012a).

Com o forte incentivo do governo federal para que os municípios implantassem as equipes de saúde da família, os bons resultados sanitários advindos das ações promovidas pelas equipes, aliado a promulgação da Portaria 648 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, o PSF ganha o status de Estratégia Saúde da Família (ESF) (MARIN, MARCHIOLI, MORACVICK, 2013; MACHADO et al, 2007).

A ESF traz a proposta de um modelo de organização do trabalho voltado para a articulação entre a assistência e as práticas de saúde coletiva fundamentada em ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua. Ainda que tenha esta visibilidade de política reorientadora do modelo de saúde, muitos são os desafios para que essas ações sejam realizadas com qualidade em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde (MARIN, MARCHIOLI, MORACVICK, 2013; MACHADO et al, 2007; BRASIL, 2006).

Fundamentada na territorialização e na adscrição da clientela, a ESF deve centrar sua atenção na família, percebida em seu ambiente físico e social, o que possibilita a compreensão ampliada do processo saúde-doença e a necessidade de práticas assistenciais que vão além das ações curativas. A territorialização e a adscrição possibilitam que os profissionais estabeleçam vínculo com a população, permitindo o compromisso e a corresponsabilidade e estimulando a organização da comunidade para o exercício do controle social (BRASIL, 2012a).

Segundo Viegas e Penna (2013, p. 134) “a ESF constitui-se em um importante desafio ao prever uma ruptura com o modelo assistencial biomédico e a construção de uma nova prática, centrada no usuário”. O processo de trabalho na ESF deve ser fundamentado em ações multidisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais, por meio do diagnóstico de saúde do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, com a finalidade de garantir a efetividade das ações (BRASIL, 2012a).

Ao optar por este modelo de organização da APS, com uma equipe multiprofissional, cujos objetivos de trabalho transcendem e ultrapassam as fronteiras das Unidades de Saúde, há o reconhecimento da necessidade de mudança das práticas de saúde dirigidas à comunidade para acompanhar um caso

de tuberculose, que exige outra forma de assistir, outro processo de trabalho, pois não se trata de apenas um indivíduo, mas de uma família que precisa ser assistida e acompanhada ao longo dos anos (CURTO et al, 2010; CARDOZO-GONZALES, 2011; ALVES et al, 2012).

Em 2001, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose introduziu novas possibilidades de intervenção ao doente de TB e suas ações passam a ser de responsabilidade de todos os municípios, privilegiando as unidades de saúde de Atenção Primária com a inclusão da ESF, por apresentar uma concepção de atenção focalizada na família e na comunidade, visando aumentar a detecção dos casos, diminuir a proporção de abandono e aumentar a cura, uma vez que a distribuição da doença também é determinada por processos sociais intrinsecamente relacionados às características do espaço onde ocorrem. Não obstante a inclusão das unidades de ESF, as atividades do PCT também serão desenvolvidas em ambulatórios tradicionais com modelo de organização vertical e equipe especializada (BRASIL, 2002; BRASIL, 2008b; CURTO et al, 2010; CARDOZO-GONZALES, 2011).

Com o intuito de interromper a cadeia de transmissão da TB, os membros das equipes das ESF devem incorporar em sua rotina de trabalho a busca ativa de sintomáticos respiratórios, solicitação de exames (BARR, radiografia de tórax, TSA e cultura); notificação; instituir o tratamento em tempo oportuno; acompanhamento do paciente (consultas mensais); exame de contatos e busca de faltosos (BRASIL, 2011b).

Os profissionais de saúde devem buscar o envolvimento da comunidade de forma integral e contínua, construindo vínculo de corresponsabilidade entre eles e a população. A participação comunitária no controle da doença deve ser fortemente estimulada, pois pode contribuir para redução do estigma e da discriminação, melhorar o acesso dos pacientes aos serviços de saúde e apoiar os usuários na adesão ao tratamento, pois aguardar que os usuários venham até o serviço de saúde com queixas respiratórias é insuficiente para interromper a cadeia de transmissão da TB (ALVES et al, 2012; CURTO et al, 2010; FAÇANHA et al, 2009; WHO, 2000).

Estudos que avaliam o envolvimento das equipes da Atenção Primária no controle da tuberculose apontam que a qualificação destas equipes para assumirem as responsabilidades com as ações de controle da TB representa um dos desafios

para a expansão sustentável da estratégia Directly Observed Treatment Short-course (DOTS) e para o alcance das metas de detecção e cura (PALHA et al, 2012; PAZ, SÁ, 2009; MONROE et al, 2008;). No entanto, outros estudos descrevem que a sobrecarga de trabalho dos profissionais da ESF interfere de forma negativa na criação de vínculo com o usuário e comprometem a qualidade da assistência prestada ao usuário (OLIVEIRA, NATAL, 2007; MONROE et al, 2008).

A alta rotatividade e a formação acadêmica dos profissionais das ESF foram descritas em alguns artigos como fatores que contribuem para a manutenção da visão fragmentada e centralizada da ESF; as condutas e ações que visam o controle da TB são vistas pelas equipes como normativas, dificultando a criação do vínculo (MEDEIROS et al, 2010; OLIVEIRA et al, 2009; MARCOLINO et al, 2009; FIGUEIREDO et al, 2009).

Neste contexto a ESF se depara com outros desafios para a execução das ações propostas nas políticas públicas, como o atuar no processo de adoecimento, considerando os determinantes sociais que impactam diretamente no aumento do número de casos e o cuidado voltado para o núcleo familiar, que resulte em melhoria dos indicadores de cura dos portadores de tuberculose.

III - REFERENCIAL FILOSÓFICO

3.1. A fenomenologia como o caminho para investigação

Aliar os aspectos normativos e técnicos do PNCT com as singularidades que envolvem a pessoa com tuberculose é um desafio para o sucesso do Programa de Controle da tuberculose que vai além da oferta de diagnóstico oportuno, da instituição do tratamento medicamentoso, da supervisão diretamente observada da ingestão da medicação e da adesão do indivíduo ao tratamento e orientações dos profissionais para manutenção da saúde, pois este está relacionado com a dinâmica de atendimento das unidades de saúde e a interação profissional-doente.

Considerando que o tratamento de uma doença curável como a tuberculose agrega elementos que se referem ao modo como as unidades de saúde desenvolvem o PCT e ao modo como a pessoa enfrenta a doença em sua vida, esse precisa ser analisado sob a ótica da existência humana. Essa consideração me levou a decidir por desenvolver um estudo sobre a vivência comum do tratamento da tuberculose sob a perspectiva da fenomenologia hermenêutica de Martin Heidegger como uma alternativa viável à consecução dos objetivos da investigação (PAZ, SÁ, 2009; SOUZA, SILVA, 2010).

A fenomenologia ganha cada vez mais espaço junto à pesquisa em saúde e em Enfermagem, principalmente quando o conhecimento científico é insuficiente no que se refere ao conhecimento da problemática experienciada pelas pessoas, e quando o discurso a ser adotado é o discurso compreensivo e não o explicativo. O método fenomenológico é valioso por dar destaque às experiências vividas pelas pessoas e quando se busca compreender o sentido que funda o comportamento do ser humano na convivência social (MONTEIRO et al, 2006; MOREIRA, 2002).

Nesse sentido busquei através da fenomenologia de Martin Heidegger desvelar o significado do *ser* com tuberculose em seu cotidiano assistencial, pois o tratamento da TB se dá preferencialmente nas Unidades de Atenção Primária, como as da ESF. É para elas que se dirigem os sintomáticos respiratórios, aqueles que por apresentarem sintomas respiratórios que não têm melhoras com outros tratamentos - ou que suspeitam que estão doentes do pulmão, e nessa busca podem confirmar suas suspeitas encontrando nestes espaços os profissionais que vão tratá-los após confirmação do diagnóstico. Com esta compreensão foi possível apreender esta

dinâmica e seus sentidos comuns no mundo assistencial onde todos nos relacionamos.

3.2. Fenomenologia, uma ciência filosófica

A Fenomenologia, expressão que se caracteriza como sendo a reflexão de como as coisas aparecem para a consciência, é o estudo de tudo aquilo que se mostra para a consciência. Surgiu na Alemanha no final do século XIX e início do século XX, tendo como idealizador Edmund Husserl (1859-1938) que propôs uma ciência de rigor, preocupada com a essência dos fenômenos (BELLO, 2006).

Fenomenologia deriva de duas palavras gregas: *phainomenon* (aquilo que se mostra a partir de si mesmo) e *logos* (ciência ou estudo). Etimologicamente quer dizer estudo do fenômeno, compreendendo fenômeno como *aquilo que se mostra* e não somente aquilo que *parece* ou *aparece*. A fenomenologia pode ser entendida como a reflexão sobre um fenômeno ou sobre aquilo que se mostra (BELLO, 2006).

Husserl se opôs ao pensamento psicologista que dominava a Europa no final do século XIX onde se defendia que a lógica compreendia as normas que explicariam todo o pensamento, comportamento e o conhecimento humano. Pela crítica ao psicologismo, ele pensa “a propriedade atos de pensar, perceber a partir do seu conteúdo de sentido, ou seja, do pensado e percebido” (ZILES, 2007, p. 2017).

A fenomenologia procura uma superação da oposição entre o sujeito e o objeto, entre a consciência e o mundo. É considerada uma ciência de rigor, um método filosófico que surgiu por questionamentos ao empirismo positivista, que apesar de não intencionar substituí-lo, representava outra opção de busca do saber, de compreensão acerca da teoria do conhecimento e da essência deste conhecimento (MARCONDES, 2010).

No projeto filosófico de Husserl o fenômeno pode ser entendido como todas as formas de se estar consciente de algo ou alguma coisa, incluindo-se os sentimentos, os pensamentos, os desejos e as vontades. Para Husserl, a fenomenologia tem por objetivo a busca pelo rigor do conhecimento que se constrói no mundo. Este mundo se dá a conhecer pela consciência e o conhecimento só tem sentido se estiver relacionado às coisas humanas (MOREIRA, 2002).

Para ele o mundo é interpretado e surge intencionalmente à consciência. A intencionalidade é uma característica da consciência de ser dirigida a um objeto que está fora dela, dando-lhe um sentido, um significado. Portanto, toda consciência é consciência de alguma coisa, que traz como vetor a intencionalidade para a tarefa de constituir a realidade (BUENO, 2003).

Quando se fala em fenomenologia é importante compreender que termos tais como sentido, significado e fenômeno são correlatos, mas precisam ser separados de tudo que conhecemos enquanto real, enquanto realidade. Assim, o sentido está para a fenomenologia relacionado à revelação de essências, não é algo extraído do mundo, de caráter objetivante, nem a realidade ou parte dela. A fenomenologia como ciência descritiva não busca explicações sobre o quê dos objetos da investigação filosófica, mas sim “como eles são” (MARCONDES, 2010; NASCIMENTO, 2009).

A fenomenologia como método filosófico deve ser pautada em termos de uma atitude transcendental ou fenomenológica, que diverge da atitude natural ou cotidiana. Nas atitudes transcendentais, tomadas como ponto de partida da pesquisa filosófica, há a suspensão de todo e qualquer juízo postulado sobre o mundo e sobre tudo o que nele há, configurando assim uma atitude de contemplação não interessada, ao contrário da atitude natural, voltada às relações objetivas e concretas, que assume como existente “o mundo comum em que vivemos (...) tal como se oferece a nós” (ABBAGNANO, 2007 p. 101).

A atitude natural, entretanto, não é excluída do âmbito da fenomenologia, uma vez que a fenomenologia se mostra como um caminho para o esclarecimento das intencionalidades que na atitude natural operam. Por outro lado, a fenomenologia possibilita uma visão não parcial do todo dos fenômenos e busca clarificar a parcialidade configurada nas ciências positivas e na própria atitude natural (SOKOLOWSKI, 2004).

Ela volta-se como método para uma filosofia da ciência, se propondo enquanto campo aberto de investigação, a transcender o campo da subjetividade, a redescobrir as coisas de algum modo coberto pela teorização excessiva e abstrata, investigando os fenômenos e seus vários modos de presentificação, fundamentada na experiência originária. Ela não se preocupa com suas origens causais e sua natureza fora do próprio ato da consciência ficando isenta de qualquer crença e juízo explorando o fenômeno tal como é dado à consciência (MOREIRA, 2002).

A fenomenologia de Husserl influenciou diversos pensadores europeus, tais como: Martin Heidegger, Alfred Schutz, Jean Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty (SILVA, LOPES, DINIZ, 2008). Porém Martin Heidegger foi seu assistente na universidade de Freiburg; é considerado um dos mais importantes pensadores filosóficos por propor uma fenomenologia existencial, uma ontologia do SER, o estudo do ser e do seu sentido.

Desta forma, a fenomenologia descreverá aquilo que se oculta no que comumente se apresenta. Ou seja, o ser, que constitui o sentido e fundamento do fenômeno, é que deve ser explicitado. Sendo assim, Heidegger, afirma:

A fenomenologia é o modo-de-acesso ao que deve se tornar tema da ontologia por determinação demonstrativa. A *ontologia só é possível como fenomenologia*. O conceito fenomenológico de fenômeno designa, como o que se mostra, o ser do ente, seu sentido, suas modificações e derivados. (HEIDEGGER, 2011, p. 123, grifo do autor).

3.3 A fenomenologia de Heidegger

Etimologicamente a expressão fenomenologia pode ser entendida como “ciência dos fenômenos” contudo não é assim que essa expressão é assumida por Heidegger. Para ele a expressão fenômeno (phänomen) permite dois sentidos na sua acepção grega original, e somente quando se compreende a inter-relação entre ambos na estrutura do fenômeno é que a compreensão genuína do seu significado pode ser alçada (DARTIGUES, 2010).

O primeiro significado “positivo e originário” corresponderia a “*aquilo que se mostra em si mesmo, a partir de si mesmo*”. Este significado é denominado “positivo” porque será assumido pela ontologia fundamental para conduzir a construção do método fenomenológico. O segundo significado do termo fenômeno passa a ser entendido agora “*como uma modificação privativa*” do primeiro significado e, corresponderia ao ente que se mostra *como* outra coisa que não ele mesmo (DARTIGUES, 2010).

Com a reunião dos elementos “logos” e “fenômeno”, os quais compõem a expressão “fenomenologia”, Heidegger (2011, p.65) a define formalmente da seguinte forma: “deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo”. Na medida em que logos designa o ato de tornar algo manifesto e fenômeno é o que se mostra em si mesmo, ele indica com essa expressão formal a máxima “às coisas mesmas”.

De acordo com Heidegger a fenomenologia incide no como mostrar e no modo de tratar o que nela deve ser investigado no sentido de que o objeto da investigação não incide em entes particulares (HEIDEGGER, 2011). Neste sentido a fenomenologia se distingue de disciplinas que tematizam entes particulares e que são comprometidas com um campo temático já aberto. Não é que a fenomenologia possua um campo temático fechado, mas sim que ela põe em foco o que está encoberto, não desvelado (INWOOD, 2002).

Assim, Heidegger preocupou-se com o estudo do ser. O ser é pressuposto de transcendência porque se move para além dos limites que definem as características dos gêneros, espécies e indivíduos para realizar sua humanidade. A dinâmica de realizar sentido é a força de realização do homem, o sentido do ser nunca acaba (HEIDEGGER, 2011). O homem está sempre abrindo possibilidades de novas experiências, por isso nossa identidade não é acabada, é construída de modo contínuo. Não ser também faz parte do nosso existir e corresponde aos atropelos de nossas realizações, portanto, o conceito de ser é indefinível e decorre de sua transcendência, mas, é evidente por si (HEIDEGGER, 2011).

Ao ser de cada um de nós, Heidegger (2011) denominou *Dasein* (*ser-aí, presença*), abertura para o mundo, modo de ser do homem, ente capaz de questionar e de ser questionado, pensado a partir da relação que estabelece com seu próprio ser.

Dasein não significa, portanto o ente humano, mas o homem pensado em seu relacionamento com seu ser, ser de possibilidades, capaz de transcender limites como nenhum outro. É o modo de ser do homem originário das traduções do alemão das expressões *Da* (aí, aqui) e *Sein* (ser). Assim, *Dasein* significa “existir” ou “estar aí, está aqui”, designa não somente a existência própria do homem, mas também um modo privilegiado de ser. Para o filósofo, apenas o *Dasein* pode desenvolver uma atitude transcendental, atitude esta que o leva racionalmente ao desenvolvimento do conhecimento e o diferencia dos demais entes no mundo (HEIDEGGER, 2011).

Assim como o homem se forma no mundo, ele forma o próprio mundo, no qual a sua existência vem a ter sentido, onde ele, o homem, pode se realizar, exercer seus diferentes modos de ser. O mundo é o atributo do *ser-aí* onde ele realiza as suas possibilidades. Não é possível a existência do homem sem a existência do mundo, pois são inseparáveis; estar no mundo é a única forma de existir do homem, portanto *Dasein* é *ser-no-mundo*, e sendo neste mundo, tem

diante de si as possibilidades de viver sua vida e vivê-la dos mais variados modos em uma relação *com-os-outros* entes e consigo mesmo (HEIDEGGER, 2011).

É no cotidiano que se encontra o ponto de partida para a análise e compreensão do *ser-aí*, pois é nesse cotidiano que ocorre a existência humana no mundo. É no cotidiano que o *ser-aí* pode se mostrar de maneira inautêntica e envolvido com as ocupações, sendo à maneira de todos. O cotidiano expressa o modo como as coisas se dão, como expressa Heidegger (2011, p.44), “antes de tudo e na maioria das vezes”. É no cotidiano que o *ser-aí* se mostra.

A cotidianidade é, na maioria das vezes, o indiferente por ser tão comum e tão próxima de nós. Normalmente, “aquilo que é onticamente” mais próximo e familiar é ontologicamente mais distante, desconhecido e frequentemente ignorado em seu sentido ontológico (INWOOD, 2002, p. 25). É na cotidianidade que as relações com os outros e os modos possíveis de ser do *Dasein* se dão e norteiam ou orientam todo o seu existir (CABRAL, 2009).

Então, é na cotidianidade entenderemos aquilo que é. Significa o estar envolvido com as preocupações do dia-a-dia, existindo na facticidade lançados no mundo sem possibilidades de escolhas, sendo inautêntico e velando o sentido do ser.

A par das considerações expressas como pontos íntimos de inquietude, busquei os significados que os profissionais e usuários imprimem em seus cotidianos comuns, por compreender que na cotidianidade estamos no mundo dos fatos, como entes que se expressam em suas existências *sendo-aí-com-outros*, relacional e temporalmente. Este tempo fenomenológico constituído pelo ser destitui-se de cronologias previsíveis e mensuráveis (HEIDEGGER, 2011).

As ocorrências banais, cotidianas, devido à sua natureza corriqueira são geralmente ignoradas e não interpretadas, vividas de modo normal, nivelando todas as possibilidades de ser, mas é justamente nelas que estabelecemos relações mais ou menos significativas no encontro conosco e com os outros.

Porém é nesse cotidiano que impera o impessoal, o que sufoca a singularidade dos sujeitos. Nele, as coisas são postas como se já fossem por si só compreendidas. Neste modo de existir, o homem cumpre as suas possibilidades dentre as inúmeras em que se acha mergulhado. No cotidiano essa propriedade, impropriedade e impessoalidade levam à *decadência* da pre-sença. O *Dasein* antes de tudo vive no mundo impessoal, mundo das ocupações e das realizações comuns,

das emoções e dos significados do que impropriamente realiza (HEIDEGGER, 2011).

Na impessoalidade do mundo impera o discurso comum reproduzido mecanicamente, pois o homem ao estar no mundo já vive sob um discurso acerca de si e dos outros, portanto um discurso articulado e previamente compreendido, mesmo que Dasein aproprie-se de algo que a princípio seja somente dele. Heidegger (2011) coloca que este repetir sem reflexão é um falatório. O falatório constitui-se um dos modos de expressão do ser superficialmente ditado pelo outro e compartilhado por todos, porque passa a ser um discurso assumido pelo Dasein. Expressa nossa limitação ao compreender o mundo a partir do senso comum e pode dispensar uma escuta, pois o Dasein se contenta com o conteúdo do falatório (OLIVEIRA, CARRARO, 2011).

A rotina de atendimento oferecido aos portadores de tuberculose observado nos serviços de saúde reflete o modo de ser das relações entre quem cuida e quem precisa de cuidados, posto que nos ambientes das unidades de saúde tanto as pessoas que precisam de atenção ou orientação vão ao encontro daquele que julgam ser capazes de ajudar ou curar uma doença. É este relacional e o que advém do encontro e das determinações pessoais, no que diz respeito ao tratamento da tuberculose, que este estudo tem seu foco de interesse.

IV - PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. Caminho metodológico

Buscando sanar as inquietações referentes ao cotidiano assistencial e vivencial do tratamento da Tuberculose na Estratégia Saúde da Família, busquei me aproximar dessa experiência para apreender o sentido do tratamento neste cotidiano comum que é o da saúde. Optando, assim, pela descrição do vivido através de seu modo de ser.

Para isso o tipo de pesquisa que mais se aproximou com meu objetivo de estudo foi a abordagem qualitativa, uma vez que o fenômeno que se pretende estudar apresenta cunho social, valores, opiniões, sentimentos e crenças. Sendo assim, foi feita uma aproximação à abordagem fenomenológica uma vez que se tratou da descrição e compreensão do fenômeno e não apenas explicá-lo (CHIZOTI, 2010).

A abordagem qualitativa, tendo a fenomenologia de Martin Heidegger (2011), como referencial teórico-metodológico, justifica-se na proposta do estudo de compreender aspectos que envolvem o viver e o *con-viver* com a doença.

A opção por Martin Heidegger como referencial teórico para esse estudo emerge da minha compreensão de que esses modos de ser e refletir sobre os sentidos que o cotidiano do tratamento tem para os portadores e profissionais, favorecerá o desvelamento dos aspectos que contribuem para o controle da TB no âmbito da Atenção Primária. Para isso concordo com Carvalho (1991, p.14) quando diz que “compreender não é explicar, mas sim apreender vivências e sentidos originários”.

Zuben (2011) ao discorrer sobre a fenomenologia e ontologia de Martin Heidegger apresenta que:

A fenomenologia terá a atribuição específica de desocultar o sentido primitivo e fundamental do fenômeno, fazendo-o emergir das aparências imediatas e das interpretações segundas que estão a dissimulá-lo. O método fenomenológico passa a ser, assim, um método regressivo. Por meio de sucessivas aproximações do fenômeno, mediante as quais se opera um processo de decantação e depuração dos significados fornecidos pela experiência, procura-se voltar ao nível dos sentidos primitivos e fundadores que constituem o núcleo positivo de onde se originam as significações derivadas (ZUBEN, 2011, p. 95).

Nesse sentido o objeto desta investigação está centrado em questões que envolvem o modo de ser/estar no mundo com tuberculose, portanto não se trata de um fenômeno estático e pontual. É importante que se busque o que está além das aparências que comumente vemos nos ambientes das unidades de saúde, na relação com os portadores de TB e suas famílias e que habitualmente explicamos como comportamentos positivos, negativos ou indiferentes.

4.2 O método fenomenológico de Heidegger

Para Heidegger, (2011, p. 65), fenomenologia significa “deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo”. É a via de acesso para a compreensão do ser dos entes, que se encontra velado ou só se mostra desfigurado, mas que pertence essencialmente ao que se mostra diretamente e na maioria das vezes, a ponto de constituir o seu sentido e seu fundamento.

Deve-se questionar o ente para desvelar o ser. “Questionar é procurar cientemente o ente naquilo que ele é e como ele é”. Deve-se buscar esclarecer o ser das coisas tornando visível o que raramente se mostra: a essência (HEIDGGER, 2011, p.30).

Visando desvelar os aspectos do fenômeno para alcançar sua essência, o pesquisador deve estar aberto às possibilidades, despindo-se de conceitos prévios e que mantenha uma atitude empática e acolhedora diante daquilo que quer conhecer. Deste modo não será influenciado pelo que já conhece ou julga conhecer sobre o fenômeno e estará mais próximo da compreensão acerca do fenômeno (HEIDGGER, 2011).

O método heideggeriano para elucidar o sentido do ser que todos somos, pode ser dividido em dois momentos: o primeiro da compreensão vaga, comum e mediana, que são os significados imediatos da vivência do fenômeno pelos sujeitos que constituirão as Unidades de Significação e o segundo momento que é a hermenêutica, que na investigação fenomenológica é a interpretação, o desvelar do sentido do ser (STEIN, 2005). Por meio da hermenêutica, tem-se a possibilidade de compreender os significados atribuídos pelos participantes à condição existencial de estar no mundo e, chegar à compreensão de suas ações.

4.3 Locais de realização do estudo

Esta investigação sobre o cotidiano do tratamento da tuberculose foi desenvolvida em cinco unidades de Atenção Primária, pertencentes à Área Planejamento 3.1 do Município do Rio de Janeiro. A opção por essa área programática se deu pelo fato dela apresentar alta taxa de incidência de tuberculose de 90,6/100.00, sendo responsável por 1060 casos de Tuberculose em 2013 (SMSRJ, 2014a).

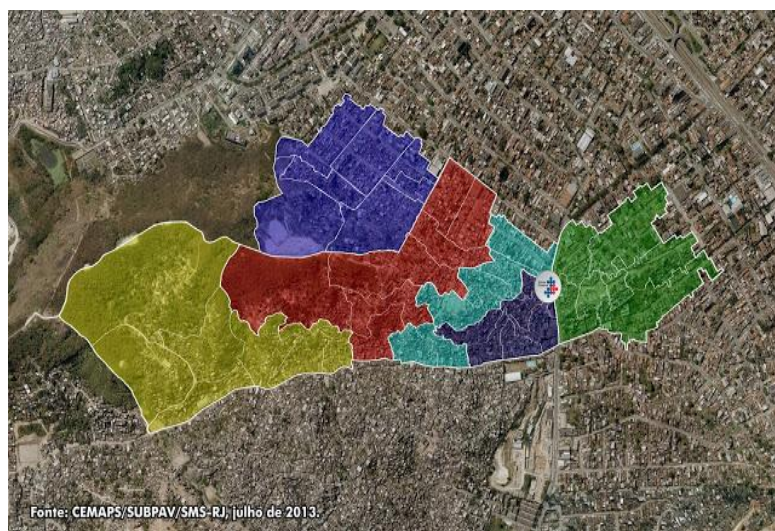
As unidades de Saúde da Família onde foram realizadas as entrevistas com os portadores de tuberculose e profissional localizavam-se nos bairros da Penha, Penha Circular e Ramos pertencentes à CAP 3.1, respectivamente nomeadas unidades A, B, C, D e E.

No bairro de Ramos situam-se três unidades de Saúde da Família conhecidas por sua localização no Complexo do Alemão. A primeira unidade (A) dispõe de 6 equipes de Saúde da Família e é responsável por uma população de aproximadamente 20.700 habitantes. A segunda unidade (B) tem em seu território uma população de 13.800 habitantes e possui 4 equipes de Saúde da família. A terceira unidade (C) possui 12 equipes de Saúde da Família e é responsável por uma população de 41.400 habitantes, conforme (figuras 4, 5,6).

No bairro da Penha localiza-se a unidade D, responsável pela cobertura de uma população de 44.850 mil habitantes e que possui 13 equipes de Saúde da Família. E, na Penha Circular encontra-se a unidade E, que dispõe de 6 equipes de Saúde da Família, sendo responsável por uma população de 24.407 habitantes (figuras 7 e 8).

Todas as unidades oferecem atendimento de saúde preconizado pela PNAB através da Portaria nº 2.488 de 21/10/2011 do Ministério da Saúde, voltados para a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, a saúde da mulher, do idoso, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança e a saúde bucal (BRASIL, 2012a). Dispõem de equipes multiprofissionais para o atendimento da população, sendo que em três se oferece o programa de Residência Médica e de Enfermagem em Saúde da Família da Prefeitura do Rio de Janeiro, e quatro unidades possuem médicos do programa Mais Médicos do governo federal. As ações do PCT são desenvolvidas em cada unidade com fluxo próprio.

Figura 4 – Território da Unidade de Saúde da Família A - Bairro: Ramos

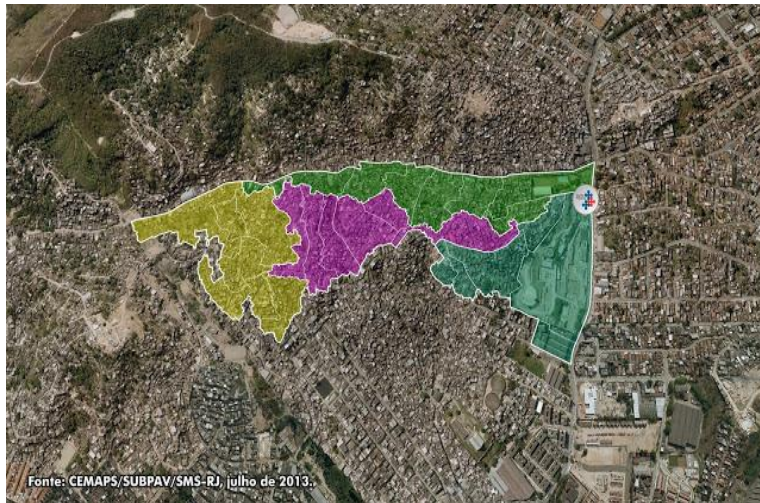


Fonte: <https://picasaweb.google.com/106396411448720843630/AP31?noredirect=1#591206>

Nesta Unidade o Programa de Controle da Tuberculose funciona do seguinte modo: o sintomático respiratório é encaminhado à enfermeira que solicita o exame de BAAR em duas amostras e radiografia de tórax. Para as pessoas com resultados positivos é agendado consulta médica para início do tratamento.

Aqueles que apresentam resultado negativo continuam em investigação médica ou são encaminhadas para o serviço de referência para dar continuidade à investigação diagnóstica. Os atendimentos de rotina aos doentes de tuberculose são feitos pelo médico e enfermeiro mensalmente. A maioria dos usuários realiza o tratamento na modalidade Tratamento Diretamente Observado (TDO). A unidade não dispõe de espaços exclusivos para atendimento dos sintomáticos respiratórios e dos portadores de tuberculose.

Figura 5– Território da Unidade de Saúde da Família B - Bairro: Ramos

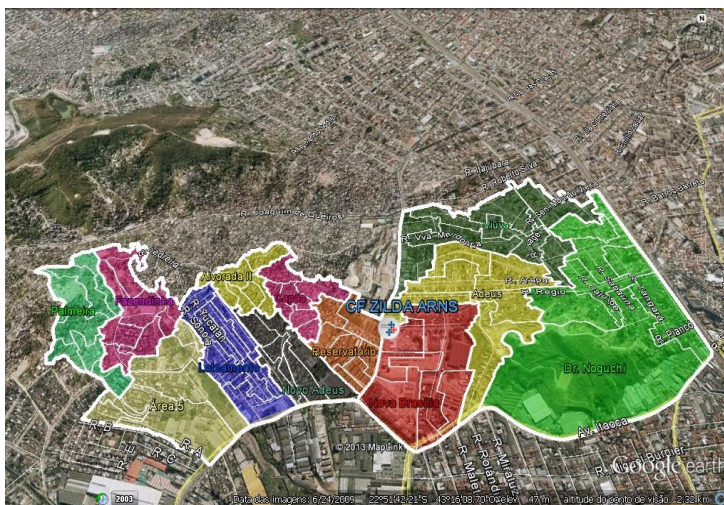


Fonte: <https://picasaweb.google.com/106396411448720843630/AP31?#5912061648420873>

Quando o sintomático respiratório é identificado na comunidade é agendada a consulta com o enfermeiro para solicitação dos exames diagnósticos. Os usuários com diagnóstico confirmado são encaminhados para a enfermeira ou médico, de acordo com a disponibilidade de vaga para atendimento no dia, para início do tratamento, notificação e convocação dos contatos para realização de exames. As consultas de acompanhamento são realizadas mensalmente pelo médico e enfermeiro, alternadamente.

A maioria dos usuários realiza o tratamento na modalidade auto-administrada, ou seja, não se supervisiona a ingestão dos medicamentos. Os usuários pegam na farmácia da unidade a quantidade de medicamentos para uma semana. A opção por esta modalidade de tratamento se deve a instabilidade do território em relação à violência social presente no local. Esta unidade não dispõe de ambientes exclusivos para atendimento dos sintomáticos respiratórios e portadores de tuberculose

Figura 6 – Território da Unidade de Saúde da Família C - Bairro: Ramos



Fonte: <http://smsdc-csf-zildaarns.blogspot.com.br/p/equipe-novo-adeus.html>

Os sintomáticos respiratórios são atendidos na recepção e encaminhados ao profissional de saúde (médico ou enfermeiro) que está atendendo naquele momento. Os sintomáticos respiratórios com resultado de BAAR negativo continuam com a investigação diagnóstica pela equipe. Os casos que apresentam resultado positivo são agendados para a enfermeira ou médico, de acordo com a disponibilidade de vaga do profissional no dia, para início do tratamento e notificação do caso. Na primeira consulta é solicitada ao usuário a listagem dos contatos para avaliação. As consultas de acompanhamento são agendadas mensalmente, alternando entre o médico e enfermeira.

A maioria das equipes realiza o tratamento dos doentes na modalidade TDO (na unidade ou no domicílio), de acordo com a preferência do usuário. Porém é grande o quantitativo de usuários que realizam o tratamento na forma auto-administrada.

Figura 7 – Território da Unidade de Saúde da Família D - Bairro: Penha



Fonte: <http://smsdc-csf-felippecardoso.blogspot.com.br/p/territorio-onde-atuamos.html>

Nesta Unidade o PCT funciona do seguinte modo: cada equipe tem autonomia para estabelecer seu fluxo de atendimento aos portadores de tuberculose. A maioria das equipes atende os sintomáticos respiratórios por demanda espontânea, ou seja, sem necessidade de agendar consulta, momento em que o profissional médico ou enfermeiro solicita o teste GeneXpert (teste molecular para detecção do *Mycobacterium tuberculosis*) em duas amostras. A unidade possui laboratório municipal em suas dependências, que realiza o BAAR e GeneXpert para as unidades de Saúde da Família das CAPs 3.1, 3.2 e 3.3.

Os usuários com diagnóstico negativo continuam nas equipes para investigação diagnóstica. Aqueles que tiverem resultado positivo iniciam o tratamento e acompanhamento pela equipe a que está vinculado.

Esta unidade a exemplo das demais não dispõe de ambientes exclusivos para o atendimento do Programa de Controle da Tuberculose, porém é mais ampla e dispõe de consultórios com duas portas, o que favorece a ventilação. A maioria dos consultórios possui ar refrigerado comum, sem filtro HEPA, e o atendimento é realizado sem o uso da máscara N95 pelos profissionais.

Figura 8- Território da Unidade de Saúde da Família E - Bairro: Penha Circular



Fonte: <https://picasaweb.google.com/106396411448720843630/AP31?noredirect=1#59120600856342>

Na unidade E o Programa de Controle da Tuberculose funciona do seguinte modo: os sintomáticos respiratórios são atendidos por demanda espontânea, momento em que o profissional solicita o BAAR em duas amostras. Em caso de resultado positivo é marcada uma consulta médica para início imediato do tratamento. A notificação e as anotações no livro verde são de responsabilidade do profissional que realizou o primeiro atendimento.

As equipes trabalham com dois regimes de tratamento: a TDO, indicada prioritariamente para os que estão em retratamentos e aqueles que apresentam maiores riscos de abandono, tais como: pessoas que moram sozinhas, alcoolistas, que possuem precário suporte social ou com dificuldade de adesão ao tratamento (WHO, 2008). O tratamento supervisionado é feito na unidade ou no domicílio, de acordo com a preferência indicada pelo usuário.

Com relação ao ambiente para atendimento dos sintomáticos respiratórios e dos portadores de tuberculose, a unidade também não dispõe de espaços exclusivos.

4.4 Participantes da Pesquisa

O projeto de pesquisa obteve aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery sob o Parecer número 839.730 (Anexo A) e do

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sob o parecer número 857.488 (Anexo B).

Participaram deste estudo 79 pessoas, divididas em dois grupos, o Grupo A, de profissionais de saúde e o Grupo B, de usuários em tratamento. O Grupo A foi composto por 52 profissionais de saúde que exercem atividades assistenciais nas unidades de Atenção Primária. Os critérios para participação no estudo foram: ter experiência mínima de um ano no atendimento ao portador de tuberculose em Unidades de Atenção Primária e concordar em conceder a entrevista. Foram entrevistados 25 enfermeiros e 27 médicos.

Excluíram-se do estudo os profissionais que trabalhavam a menos de um ano, os que se encontravam afastados do trabalho por motivo de férias, licença ou outra razão laboral no período da obtenção dos dados.

O Grupo B foi composto por 27 usuários portadores de tuberculose. Participaram do estudo usuários que estavam no último mês de tratamento, cadastrado na unidade de referência e com idade igual ou superior a 18 anos.

Excluíram-se os usuários com diagnóstico de tuberculose multirresistente e usuários que tiveram caracterizado o abandono de tratamento nos últimos quatro meses anteriores à coleta das informações e os que se recusaram a participar do estudo.

4.5 Etapas do encontro da pesquisadora com os participantes

A fenomenologia destaca que os significados que os homens dão aos fatos e às coisas do cotidiano são manifestos pela linguagem. No método em Heidegger temos como essência o discurso, no qual o investigador questiona o depoente e “este responde significando o perguntado” (MONTEIRO et al, 2006, p. 299).

Objetivando compreender a experiência vivida no cotidiano do tratamento da tuberculose utilizei como caminho de obtenção dos depoimentos a entrevista fenomenológica. Ela possibilita que o outro se expresse pela linguagem verbal e não verbal, onde tudo que é falado e manifesto gestualmente devem ser considerados pelo entrevistador. Este procedimento é um modo de acesso aos participantes, que permite ao pesquisador conhecer como compreendem o mundo e a si próprio, sem explicações causais, conceitos e classificações (CARVALHO, 1991).

Visando a aproximação com os participantes solicitei aos gerentes das unidades um período para conhecer a rotina de trabalho das unidades; realizei uma ambiência. Neste período que durou dois dias em cada uma das unidades, observei o cotidiano da assistência e analisar a melhor forma de abordar os portadores de tuberculose cadastrados e os profissionais.

Após a ambiência solicitei aos gerentes das cinco unidades uma reunião com os profissionais para apresentação do projeto, dos objetivos da pesquisa, e solicitar a participação voluntária e autorização para gravar a entrevista. A entrevista só foi realizada após a explicação do seu conteúdo e posterior assinatura do TCLE (Anexo C), atendendo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

Os participantes na sua maioria foram receptivos para marcar as entrevistas permitindo conhecer aspectos que no cotidiano não apareciam através da entrevista. As entrevistas com os profissionais das cinco unidades foram gravadas em MP3 e se deram no próprio ambiente de trabalho, antes das reuniões de equipes. Após as entrevistas solicitei ao médico ou a enfermeira entrevistada que agendasse a minha entrevista com o usuário da sua equipe. Os usuários foram entrevistados no domicílio ou nas unidades, em conformidade com a disponibilidade os usuários.

As entrevistas (Anexo D) foram realizadas nos meses de dezembro de 2014 a março de 2015 e para garantir o anonimato dos entrevistados, estes foram identificados por iniciais, sendo a primeira o grupo de origem, (profissional ou usuário), seguido da ordem da entrevista.

Para desvelar o *ser* dos profissionais, foram utilizados os seguintes questionamentos:

- 1- Fale-me como é sua rotina de atendimento aos portadores de tuberculose.
- 2- Para você o que significa cuidar dos usuários portadores de tuberculose?
- 3- Você identifica alguma facilidade ou dificuldade na assistência prestada aos portadores de tuberculose?

Buscando desvelar o *ser* dos portadores de tuberculose, foram utilizados estes questionamentos:

- 1- O que significa para você estar com tuberculose?
- 2- Fale-me de como era seu dia-a-dia antes do seu tratamento.
- 3- Como você se sente realizando este tratamento?
- 4- O que te ajudou a continuar com este tratamento?

As entrevistas foram encerradas após todos os participantes que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa serem ouvidos.

4.6 O método de investigação fenomenológico para o desvelamento do ser

Após a transcrição de cada entrevista iniciei a escuta dos depoimentos na íntegra e sem interrupções para recordar o encontro na sua totalidade. A transcrição das entrevistas foi uma etapa importante por considerar que neste momento revivia o encontro acontecido sem perder os detalhes de cada um. Depois procedi à leitura atenta de todas por várias vezes, familiarizando-me com as falas e significados nelas contidos.

A leitura pode ocorrer muitas vezes de forma enviesada pelas suposições tradicionais e opiniões sobre o ser, pela força da tradição e dos pressupostos. Desta forma foi necessário a minha redução, uma vez que se objetiva compreender o discurso fundamentado na *existencialidade do ser* e não pelo conhecimento científico já dado (HEIDEGGER, 2011).

Durante a leitura eu procurei me reportar a cada pessoa, lembrando do momento da entrevista, na tentativa de não deixar perder na memória a forma como expressaram suas vivências no cotidiano profissional e no modo como experienciam o tratamento da tuberculose. Após cada leitura repetidas vezes, eu pude perceber, aos poucos, como os participantes da pesquisa foram se mostrando. Impregnar-me daquelas falas e expressões favoreceu meu caminhar em direção aos significados por eles atribuídos acerca de sua vivência singular.

Nesse movimento pela busca dos significados foi necessário separar o que se revela como estrutura ocasional ou acidental. Foi preciso então, neste segundo momento, reduzir novamente o saber técnico que faz parte do conhecimento sobre a tuberculose, seu tratamento, os problemas sociais que advém do caso índice, para evitar que minhas experiências interferissem na apreensão dos significados. Nesse sentido, com leitura atenta dos depoimentos, procurei o essencial dos depoimentos, aquilo que aponta para o que o fenômeno é (BOEMER, 1994).

No “método fenomenológico” em Heidegger, a etapa da análise inicia-se primeiramente com a compreensão vaga e mediana, que é aquela do depoente e, portanto, a de todos, a do senso comum. É ela que viabiliza a interpretação compreensiva que vem a seguir e que desvela o sentido velado nos significados.

Heidegger (2011 p. 44) relata que “da cotidianidade não se devem extrair estruturas ocasionais e acidentais, mas estruturas essenciais [...] estruturas que se mantêm ontologicamente determinantes em todo modo de ser de fato da presença”

Buscou-se, então, o que o *ser-que-prescreve-o-tratamento-da-tuberculose* e o *ser-que-vivencia-o-tratamento*, pois ambos significam como compreendem seu ser “tal como é antes de tudo e na maioria das vezes” (HEIDEGGER, 2011, p. 44). Então, aquilo que foi me impressionando e se mostrava em mais de uma entrevista tanto dos portadores quanto dos profissionais, fui selecionando e organizando em unidades de significado. Tais unidades denotam os significados atribuídos pelos participantes sobre esta experiência compartilhada que é o tratamento da tuberculose (HEIDEGGER, 2011).

Estas unidades representam a compreensão vaga e mediana própria do modo ôntico de ser-no-mundo, modo este que nos mantém em um constante movimento de ocupação. Este é o primeiro momento da análise, quando a compreensão ainda é aquela que responde ao que foi perguntado ao ser do ente (HEIDEGGER, 2011).

O passo seguinte da investigação, após a compreensão dos significados, é a interpretação da questão da pesquisa. Para a compreensão interpretativa do ser, segue-se o segundo momento metódico da análise compreensiva que é a hermenêutica.

Heidegger relata que o percurso metodológico da pesquisa fenomenológica é a hermenêutica e pressupõe-se que, em “uma investigação sobre o sentido do ser, não se pode pretender dar este esclarecimento em seu início” (HEIDEGGER, p. 31).

Partindo da instância ôntica, pretendeu-se questionar o ser, para desvelar a instância ontológica onde se encontra velado pelo ente. Para Heidegger (2011, p. 218), “toda compreensão guarda em si a possibilidade de interpretação, isto é uma apropriação do que se compreende”. A compreensão trata de desvelar o fenômeno (dimensão ontológica) – o que não se mostra diretamente no fato, mas nele está velado, o que aponta a necessidade de des-construção do factual para trazer o sentido do ser à luz.

De acordo com Heidegger, a compreensão é fundamento para a interpretação:

Ao apropriar-se da compreensão, a interpretação se move em sendo compreensivamente para uma totalidade conjuntural já compreendida (...). A interpretação pode haurir conceitos pertencentes ao ente a ser interpretado a

partir dele mesmo, ou então forçar conceitos contra os quais o ente pode resistir em seu modo de ser. Como quer que seja, a interpretação sempre já se decidiu, definitiva ou provisoriamente, por uma determinada conceituação, pois está fundada numa concepção prévia (HEIDEGGER, 2011 p. 211).

Assim, a partir dos depoimentos dos dois grupos de participantes, iniciei a análise interpretativa para desvelar o que está velado no discurso formulado sobre o fenômeno que se quis conhecer. Podemos dizer que a hermenêutica heideggeriana visa interpretar *o que se manifesta aí*, o que se mostra, mas que, na maioria das vezes, não se deixa ver aos nossos olhos e sentidos (GHELMAN, PAZ, 2007).

V - AS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO

A partir das falas dos participantes eu pude iniciar a análise que teve como ponto de partida a compreensão vaga e mediana. Neste primeiro momento metódico ainda não foi possível desvelar o fenômeno, mas sim me aproximar da forma simples como as pessoas compreendem aquilo que o pesquisador questionou. É a compreensão do entrevistado a partir do que ele significa sobre suas experiências.

Este foi o ponto de partida da análise: o cotidiano que aproxima, nivela e distancia todo e qualquer Ser (MALVEIRA, 1998). A análise das falas obtidas durante as entrevistas foram organizadas segundo a frequência com que aparecem nos discursos dos participantes e que sensibilizaram a pesquisadora para uma apreensão geral do ser que estava velado no comportamento do ente, pois o ser está oculto no ente, o que se mostra em comportamentos e atitudes.

Pude organizar duas unidades com respectivas subunidades que apresentam a compreensão geral e imediata que emergiu do questionamento aos profissionais e aos portadores de tuberculose no discurso de cada um dos grupos entrevistados.

A primeira unidade refere-se ao vivido dos profissionais em relação ao tratamento da tuberculose. Esta unidade foi composta de quatro subunidades. A segunda unidade refere-se ao vivido dos portadores de tuberculose em relação ao tratamento e está constituída de quatro subunidades.

A seguir apresento as principais características sociais dos participantes e as unidades de significação elaboradas a partir das entrevistas.

Caracterização dos participantes

A composição do grupo A, segundo as características sociais, apresenta os seguintes resultados: trinta profissionais estão na faixa etária de 20-29 anos, quinze de 30-39 anos e sete de 40-49 anos. Quanto ao gênero, trinta e um eram feminino e vinte e um masculino.

Em relação à escolaridade 12 enfermeiras possuem Especialização na Estratégia Saúde da Família, 7 enfermeiras possuem Especialização em Cuidados Intensivos e 6 não tinham curso de pós-graduação. Do total de 27 médicos, 15 estavam cursando Residência em Medicina de Família, 7 não possuem formação pós graduada e 5 eram do programa Mais Médicos.

Em relação ao grupo B, 7 pessoas estavam na faixa etária de 20-29 anos, 9 na de 30-39 anos, seis de 40-49 anos e cinco na de 50-59 anos. Quanto ao gênero, doze eram do sexo feminino e quinze do sexo masculino. Em relação à escolaridade, 9 informaram ter cursado o ensino fundamental incompleto, 7 possuem o ensino médio incompleto, 6 possuem o ensino médio completo, 3 pessoas estão cursando o ensino superior e 2 com ensino superior completo. Quanto à ocupação obteve-se participação no estudo de desempregados, autônomos, estudantes, profissional de educação física, contador e donas de casa.

UNIDADE I – No cotidiano assistencial abre-se a experiência do tratamento de usuários portadores de tuberculose para os profissionais

1.1 - O cotidiano do profissional é influenciado pelo discurso técnico da normatização em saúde que valoriza o tratamento e a medicação.

“Falar que se tomar o remédio direito, se tratar adequadamente, se não deixar de tomar a medicação, se alimentar... que eles vão ficar curados. É uma doença que tem cura e que mata muito menos atualmente se seguir o tratamento corretamente.” GA1

“O paciente tem que tá muito consciente, né? do que é que ele tem... a gente tem que ser muito claro: "você tem isso, você tem que tratar". Ele tem que entender porque às vezes ele não tem noção do que é a doença” GA2

“Porque muitos não entendem a gravidade... acha que às vezes é só uma “tossezinha”, que vai tomar um remédio e vai passar...em relação a dias[...] e não tem aquele comprometimento de tá todo dia fazendo uso da medicação. A maioria da vezes a dificuldade é quando o paciente não entende, tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro, a gravidade, entendeu?” GA4

“Eu acho que é muito importante essa questão do esclarecer sobre a doença... fazer ele entender o que é a doença que ele tem, como é que ele pegou, principalmente para ele não transmitir... aqui na comunidade que é uma casa colada na outra, as pessoas têm que entender...” GA9

“A gente orienta esse paciente que ele tem que fazer o DOTS, que ele tem que tomar corretamente a medicação, observar os efeitos colaterais dessa medicação, tá orientando ele sobre a cura da tuberculose, que ele aderindo ao tratamento diariamente ele vai ficar curado daquela doença” GA11

“Pela minha experiência, quanto mais o paciente tiver “empoderado” dos... saberes sobre a tuberculose, melhor é aderência. A minha prática tem mostrado isso. Quanto mais eu educar esse usuário melhor ele adere ao tratamento para mim” GA16

“[...] A minha preocupação em si é num primeiro momento oferecer muita informação para ele, de possíveis efeitos colaterais que a medicação vai dar. Isso gera muita angustia no paciente e a gente tenta minimizar já dizendo a ele “olha isso pode acontecer”. [...] A gente orienta toda a questão da transmissão, a importância de seguir o tratamento correto até o final, o risco que todo familiar e que toda pessoa que tem contato com ele hoje se expõe se por acaso ele não conseguir finalizar este tratamento de forma correta [...] A gente orienta também que nos dois primeiros meses o paciente já vê uma melhora muito grande do quadro que ele vinha sentindo antes, mas que ele precisa seguir o tratamento minimamente até os seis meses para a gente poder conseguir tratamento de forma correta. [...]. Esses pacientes se a gente tiver uma orientação bem feita com relação a medicação, sintomas, efeitos colaterais, a gente vai conseguir uma adesão bacana do usuários.”.GA31

“[...] a gente tem que desmistificar a doença, o preconceito e reforçar que ele são normais e que não devem ficar excluídos...” GA37

Esta unidade mostra que os profissionais de saúde enfatizam no atendimento dos doentes as ações assistenciais preconizadas pelo PCT. Deixam claro em suas falas, que o portador de tuberculose deve ter bom acolhimento e ser bem esclarecido sobre a doença. Valorizam as orientações sobre a forma correta do tratamento, pois estão preocupados em evitar a disseminação da doença na comunidade.

De maneira geral esperam ao fornecer orientações sobre a doença e os possíveis efeitos colaterais que podem ocorrer com o uso dos medicamentos específicos neste tratamento, que os usuários assumam o compromisso de cumprir com tudo o que foi falado, não faltarem aos atendimentos e nem deixarem de tomar os remédios diariamente para evitar a transmissão e a mortalidade por tuberculose.

Os profissionais sabem que o tratamento não é simples de ser seguido, principalmente devido ao tempo prolongado e aos efeitos adversos da medicação, mas acreditam que ao fornecerem estas informações manterão a pessoa vinculada ao serviço, estabelecendo um bom caminho para a adesão ao tratamento. Para eles é de extrema importância que além de conhecer a doença, os doentes reconheçam que o correto uso da terapêutica medicamentosa, é essencial para vencer a doença. Porém nem sempre os profissionais conseguem seus objetivos, pois sabem que o portador possui dinâmicas próprias de vida que interferem no seguimento ambulatorial desejado.

O profissional acredita que o usuário precisa conhecer tudo sobre a tuberculose. São tantas as informações e uma delas é a de que ele tem a responsabilidade de não mais “transmitir” a doença se seguir corretamente as suas

orientações. Estes são alguns elementos deste discurso técnico que são capazes de persuadir a pessoa, mas o profissional sabe que não tem garantia de que tudo vá transcorrer como ele imagina.

1.2 - O cuidado prestado pelos profissionais no tratamento a pessoas com tuberculose é orientado pela preocupação em estabelecer vínculo com o portador e com a quebra da cadeia de transmissão.

“Eu acho que eu não saberia fazer outra coisa; se eu tivesse que escolher eu acho que só atenderia pacientes com tuberculose porque eles são muito carentes, tanto financeiramente quanto de atenção, porque normalmente quem tem tuberculose ele tem vergonha de falar, porque as pessoas não gostam de chegar perto porque têm preconceito e tal ...” GA1

“os que eu estava acompanhando eu tinha um vínculo... Chegavam até mim, falavam abertamente dos problemas... sobre as drogas... porque que não tomou medicação naquele dia, porque que estava há tantos dias sem tomar... os problemas com a família e... isso ajudava bastante ter uma relação mais aberta com a gente” GA3

“... como todo mundo precisa de uma atenção, eles também precisam de uma atenção. Acho que até maior porque geralmente são pessoas mais vulneráveis, né?... que precisam de sentir acolhidas, não é só chegar aqui e pegar o remédio e vai e toma o seu remédio em casa” GA6

“É uma população mais vulnerável, então a gente deve olhar aquele paciente como um usuário de muito risco, um paciente que a gente tem que ter toda a atenção, todo o cuidado. Uma queixa dele deve ser melhor olhada, uma falta dele deve ser melhor avaliada, um esquecimento...” GA15

“Porque ele não é só um paciente da tuberculose, ele é uma pessoa que pode ter outras co-morbidades, ele pode ser hipertenso, ele pode ser uma mãe de família, ele pode trazer o seu filho para a puericultura; não ver a pessoa pela patologia” GA16

“Primeiro é que é um grupo de risco e a gente precisa ter um contato maior com eles. E no dia a dia é bom porque a gente cria vínculo, estreita laços, faz busca ativa em relação ao familiar... porque ainda tem o mito de se contaminar através do copo, da toalha, talheres. Então a gente tenta estar um pouco mais próximos deles e ter um contato maior com o familiar. Estar acolhendo para quebrar um pouco do mito e ele ser acolhido também dentro da família, para o familiar não ficar com medo...” GA38

“Para mim é fazer prevenção de saúde. Porque a gente está prevenindo que todo um ambiente seja contaminado. Antes de tudo tem que ter prevenção. Segundo é tratar do indivíduo e tratá-lo como qualquer outra pessoa que merece tratamento e respeito como qualquer outra pessoa” GA42

“Este tipo de cuidado tem muita importância, pois são usuários que transmitem a doença para a comunidade. Por isso é importante que realizamos a busca ativa e o tratamento sem perder este usuário” GA43

“[...] Para a clínica da família é primordial que o atendimento seja bem realizado, pois é uma doença que tem muito tabu, as pessoas ignoram que tem e se têm não querem dizer. Então quando a gente consegue identificar, estamos evitando a disseminação da doença e diminuindo incidência. Para mim é muito gratificante detectar e cuidar, tirar o estigma da doença”.GA45

Os profissionais de saúde demonstram preocupação com as condições sociais e emocionais dos portadores de tuberculose e valorizam a assistência pautada em um bom acolhimento, em escutar os problemas pessoais dos usuários com tuberculose, construindo ou reforçando o vínculo requerido nas práticas de saúde para o sucesso do tratamento.

Relatam que devido as condições sociais desfavoráveis da maioria dos usuários é necessário ter envolvimento e compromisso durante o tratamento, pois o impacto social causado pela doença ainda é muito forte, podendo interferir na condução do tratamento e na disseminação da doença na comunidade. Reconhecem que se houver o vínculo poderão estabelecer laços afetivos e cooperação mútua através da atenção, diálogo e escuta no qual o usuário compreenda o significado da doença, de seu papel na cadeia de transmissão e da importância epidemiológica de seu tratamento.

Os trechos destacados da fala dos profissionais indicaram uma preocupação com a interrupção da transmissão da tuberculose na comunidade e isto ocorre a partir do compromisso que os doentes *devem* assumir ao iniciarem o tratamento. Para isto, precisam entender o que se passou neste adoecer, como se comportar agora que estarão sob tratamento, como fazer a prevenção da transmissão do agente causador da tuberculose entre os familiares. Mais do que tratar a tuberculose, os profissionais sabem que precisam tratar de cada usuário em suas particularidades, pois a doença afeta também a saúde emocional.

O profissional acredita que ao garantir tratamento adequado, oportuno e uma boa interação que se inicia com o fornecimento de toda informação sobre a tuberculose, a transmissibilidade estará sob controle com consequentemente diminuição do aparecimento de novos casos.

1.3 - No cotidiano assistencial do tratamento ao portador de tuberculose, os profissionais vivenciam dificuldades como a baixa adesão às orientações sobre o tratamento medicamentoso e a violência social presente nas comunidades.

“Eu acho que a maior dificuldade que a gente vive é... primeiro: o tratamento da tuberculose é muito longo. Os primeiros efeitos adversos da medicação são muito ruins, que é enjojo e náusea; [...] mexe com o sistema gastrointestinal dele não deixando ele se alimentar direito. E aí o tratamento dura seis meses; o cara tem que tomar o remédio todos os dias e é uma... Muito reclamam de como é que vão fazer para engolir porque não vão conseguir engolir. E aí eu acho que... a dificuldade é essa: é a adesão ao tratamento, é eles quererem vir na clínica mesmo que você mande a medicação pelo agente comunitário.”GA1

“Eu acho que a droga dificulta bastante. A grande maioria, pelo menos dos meus pacientes, são usuários de droga e eles deixam de tomar a medicação por causa da droga, e deixam de vir até aqui também às vezes porque eles usam a droga e não vêm” GA3

“[...] na minha opinião é um dos pacientes mais difíceis de você conseguir manter ele certinho até o final ... é um paciente que já está numa situação de maior vulnerabilidade, pode está com associado ao álcool, ou de uso de drogas, ou que mora numa casa com muita gente e aí as vezes não é bem-vindo naquela casa por estar com tuberculose. Então a maior dificuldade é você conseguir que ele seja uma paciente que esteja acompanhando adequadamente, que ele venha na consulta quando você marca, que ele esteja tomando realmente a medicação, que quando a gente passe lá o encontre no momento que está agendado para passar lá.” GA22

“A dificuldade que eu vejo também está ligada ao diagnóstico, infelizmente o resultado da cultura e do teste de sensibilidade demoram quase 6 meses para ficarem prontos. Acho muito difícil a completar o tratamento e no sexto mês eu dizer que ela terá que tratar novamente porque é resistente. Isso destrói tudo aquilo que levamos para construir durante o tratamento”.GA23

“[...] a gente tem dificuldade de adesão... Hoje para a realidade de atendimento nosso é uma população frágil, de comunidade, grande parte dela exposta ao uso de drogas, eu vejo como minha maior dificuldade o paciente usuário de drogas que em grande parte a gente não consegue que ele mantenha o tratamento até o final. Mesmo informando, falando, a gente sabe que a droga é um tipo de vício hoje difícil de ser combatido e o usuário afunda”GA32

“... dificuldade é a não adesão do usuário ao tratamento, ele não quer vir aqui, não quer fazer exame, toma o remédio, mas tem a autoestima baixa. Aí para de tomar, se der uma melhorada aí para de tomar. A outra barreira é o paciente ser do tráfico, aí vai para a cadeia, em condições insalubres, contrai tuberculose, volta para a comunidade e contamina todo mundo. O conflito da área dificulta o nosso trabalho” GA34

“As dificuldades são inúmeras. É a violência desse lugar, que não deixa a gente se programar para fazer uma VD, nós nunca sabemos quando vai dar tiro. É o usuário que não entende que o tratamento dura seis meses e que ele não pode parar de tomar o remédio só porque melhorou, é a dificuldade de conseguir um CPF para fazer o cadastro do usuário na unidade” GA48

Nesta categoria são relatadas as dificuldades vividas pelo profissional para levar a termo o tratamento. Os trechos destacados indicam que os profissionais sabem que o tratamento é difícil de ser seguido e existe a possibilidade de que com toda orientação que se forneça a pessoa não queira continuar tomando a medicação, seja pela melhora dos sintomas logo nos dois primeiros meses após seu início, ou pelos efeitos adversos que afetam o organismo já debilitado. Mesmo conhecendo todo o desconforto causado pelo medicamento, continuar incentivando ou apoiando os usuários em seu uso é parte de seu ofício assistencial.

Os profissionais apontam ainda como obstáculo ao êxito do tratamento o seu longo tempo e a rotina de obrigações diárias que os portadores de TB devem seguir, principalmente a tomada regular de medicamentos. Quando realizado na modalidade supervisionada é necessário que o ACS leve a medicação na residência. Isto nem sempre é possível devido ao fato de que os mesmos querem se preservar socialmente para os vizinhos, pois a visita diária do ACS indica que há problema no seu domicílio. Também, o fato de deslocarem-se à unidade no mínimo três dias para a ingestão controlada dos remédios pode ser um dos motivos alegados para o insucesso do tratamento, o que vai exigir dos profissionais outras abordagens para que o usuário de fato faça não deixe de tomar regularmente a medicação.

Outro aspecto que gera dificuldades no tratamento é conciliar o comparecimento do ACS à residência do usuário devido à violência crescente no território onde foi realizado este estudo. Muitas vezes com as comunidades subjugadas a uma dinâmica de violência pela guerra entre traficantes, com tiroteios a qualquer hora, não se pode garantir que o agente comunitário se exponha sem perigo de andar pelo território, diminuindo as chances dos ACS entregarem a medicação nos domicílios. Também os usuários apresentam dificuldades pessoais para comparecer à unidade, muitas delas relacionadas à sua dinâmica de vida que não favorecem do lado dos serviços, uma atenção diferenciada e ágil.

O profissional reconhece que a dependência de alguns usuários as drogas psicoativas contribui para diminuir as chances de adesão ao tratamento e

consequentemente o seu êxito, devido à realidade social dos portadores e da comunidade. Estas parecem ser dificuldades incontornáveis, acima da capacidade de resposta dos profissionais e que não favorecem o sucesso que esperam obter quando tratam de pessoas com tuberculose.

1.4 - Os profissionais referem que o vínculo que constroem com os doentes e a participação do Agente Comunitário de Saúde são algumas facilidades na adesão da pessoa ao tratamento da tuberculose.

“O que facilita muito é a gente ter um ACS para poder fazer essa busca e para poder levar a medicação; eu acho que isso é um facilitador... se ele tiver envolvido eu acho que a gente tem sucesso, né? Porque sem ele, assim, o paciente some e quem é que vai atrás? Vai ser ele. Se o paciente não vem buscar medicação quem é que vai buscar... que é que vai levar? Vai ser o ACS” GA2

“... primordial é a boa relação com o paciente, esse é o ponto que gente tem que estar sempre trabalhando porque... para ele ter confiança no seu trabalho, tá retornando, você tá sempre tentando explicar a importância do tratamento... ele ter confiança em você, na equipe, saber que pode contar com você... porque é um tratamento longo, né?! O principal é um bom relacionamento com o paciente, acho que isso que leva a gente... eles irem até o final do tratamento mesmo.” GA7

“Eu acho que o que ajuda é a questão do agente comunitário, porque geralmente o médico, eu pelo menos vejo o paciente menos, o agente comunitário acaba vendo mais. Então quando o agente comunitário tem uma boa relação com o paciente, ajuda ainda mais no tratamento, na adesão, na boa adesão ao tratamento” GA8

“A presença do ACS no território, na vigilância em saúde, o vínculo que a gente consegue fazer com os indivíduos, eu acho que isso tem um impacto ao longo prazo para a adesão ao tratamento e cada caso é um caso novo. É importante ver com quem o usuário se identifica na equipe, com que vincula mais, a gente tem que jogar muito com o vínculo.” GA21

“Acho que a facilidade é o próprio contato com os agentes, eu acho que o agente é o que mais facilita nesta questão do acompanhamento, do tratamento é mesmo o agente comunitário [...] O agente comunitário vai lá e vai atrás do paciente, procura saber se aconteceu alguma coisa... eu acho que isso no nosso serviço facilita bastante [...] o modelo da atenção básica de hoje facilita muito mais a vigilância, facilita a adesão ao tratamento.” GA27

“Facilitação que a gente tem é o vínculo que a gente acaba fazendo naturalmente no dia-a-dia, nas visitas domiciliares, nas consultas por outros motivos. Porque este usuário na maioria das vezes já conhece a equipe por outros motivos além da tuberculose, ou pelo filho na consulta de puericultura, pelos pais no tratamento da hipertensão ou diabetes” GA 38

“Facilidade é estar dentro da comunidade, próximo das pessoas e isso facilita a busca ativa dos faltosos. [...] era muito difícil de realizar busca ativa, tínhamos que pedir pelo amor de DEUS um carro ou mandar um telegrama. Agora aqui não, tiro um turno de VD e vou com o ACS fazer busca ativa nos faltosos” GA42

“Facilidade é estar próxima da comunidade, isso favorece a criação do vínculo, ter o ACS que ajuda na manutenção deste vínculo e ajuda na questão da busca dos faltosos. É ter a disponibilidade da medicação, de nunca faltar, isso favorece a continuidade do tratamento” GA43.

Os profissionais relatam que a participação dos ACS na condução do tratamento é uma estratégia que favorece a adesão ao tratamento pelo conhecimento que estes possuem da comunidade, considerando serem moradores do mesmo território. Espera-se que estes profissionais aproveitem esta condição para reconhecerem as necessidades dos usuários, estreitem laços de troca e diálogo, que favoreçam a participação das equipes no cotidiano destes indivíduos.

A aproximação dos profissionais com a realidade destes usuários pode ajudar a estabelecer uma relação de confiança e compromisso entre os envolvidos no processo de cuidar. Também os profissionais destacam que quando possuem vínculo com os doentes parece que o tratamento flui melhor, pois estabelecem uma relação de confiança que contribui para que o tratamento possa transcorrer na sua totalidade.

Ao manter o vínculo com os usuários, os profissionais de saúde demonstram interesse pela saúde e o bem-estar da pessoa, pois são solidários às suas situações de vida, abaladas pela tuberculose doença e sabem que a adesão ao tratamento depende também do seu envolvimento com a dinâmica de vida destas pessoas.

UNIDADE II – A Vivência do Tratamento pelo Usuário passa por diferentes etapas que alteram seu modo de ser e estar no mundo

2.1 - Receber o diagnóstico da tuberculose evidencia a fragilidade da vida e a possibilidade da morte.

“Quando ela falou para mim que eu tinha essa doença foi horrível, parecia que eu ia morrer e eu só queria morrer, porque eu pensava que era uma doença que não tinha cura, né? Fiquei pensando nos meus filhos e no que os outros ia falar...” GB1

“Para mim foi ruim porque a gente escuta que essa doença mata, que é muito grave, que pega, então no início, me deu muito medo, eu chorei, fiquei desesperada e depois da primeira consulta fui me conformando com a situação” GB2

“Para mim foi horrível, pensei logo na morte, né? Ninguém espera ficar doente ainda mais de uma doença que pode matar, ninguém quer ficar doente ainda mais de uma doença no pulmão que pode acabar com a gente..” GB3

“No começo eu senti medo pra caramba, eu pensei que eu ia morrer... porque eu pensei que eu ficar internado,... sei lá... que ia acontecer alguma pior. Eu já conhecia tuberculose só assim... pelo pior dela.”GB5

“Quando ela falou para mim que eu tinha essa doença foi horrível, parecia que eu ia morrer e eu só queria morrer, porque eu pensava que era uma doença que não tinha cura” GB7

“Eu fui em um monte de lugar e ninguém sabia o que eu tinha, foi só quando eu vim aqui que a doutora falou para mim que podia ser tuberculose. Eu fiz os exames e era isso mesmo. Fiquei triste e feliz ao mesmo tempo, porque eu descobri o que tinha.” GB 17

“Foi um susto né? A gente pensa logo que é uma doença do mal e que a gente vai morrer. Pensei nas minhas filhas, no meu marido... Não desejo para ninguém o medo que eu passei quando eu descobri esta doença”. GB22

“Foi um susto enorme, porque eu pensei que a tuberculose desse só em pessoas menos favorecidas. Eu tenho uma boa dieta, não fumo e nem bebo e pratico atividade física. Minha casa é arejada e não moro em comunidade. Então não sei por que eu peguei esta doença” GB25

“Isso foi um impacto muito ruim na minha vida, porque eu perdi minha mãe com essa doença há 30 anos e pensei que fosse acontecer o mesmo comigo. Por mais que a enfermeira conversasse comigo, dizendo que hoje o tratamento era mais fácil, eu não queria acreditar nela, porque tudo que eu lembrava era da minha mãe doente botando sangue por tudo quanto é lado” GB26

Esta unidade evidencia a fragilidade humana frente ao diagnóstico da tuberculose. Diante do diagnóstico positivo, os doentes são envolvidos por sentimentos de medo e insegurança de que continuarão vivos. Estar com tuberculose é uma experiência difícil de ser compreendida, aceita e vivida, pois a tuberculose ainda é uma doença carregada de significados negativos, que abala profundamente a vida dos usuários.

A TB causa nos indivíduos um impacto próprio do adoecer e o peso subjetivo que a doença tem para cada um parece estar relacionado a momentos de ansiedade com o futuro. Estas emoções são comuns em decorrência do imaginário que a doença traz associada consigo, pois muitos já tiveram algum parente ou conhecido que faleceu devido ao problema da tuberculose.

Existe também a dificuldade em aceitar o adoecimento, particularmente entre as pessoas que apresentam melhores condições de vida, pois para elas a tuberculose é uma doença que a princípio acometeria apenas os carentes sociais. Não esperavam adoecer porque se julgavam protegidas por suas condições orgânicas favoráveis. Assim, independente da condição social, o portador de tuberculose passa pelo conflito interno que é saber-se com a doença e ter de aceitá-la.

2.2 - Vivenciar o tratamento da tuberculose é uma grande dificuldade, principalmente devido aos efeitos negativos causados pela ingestão da medicação.

“Eu sentia vontade de vomitar quando eu tomava o remédio; era muito remédio assim todo dia. Nem dava nem vontade de comer porque eu já tava já com o estômago já... dor no estômago. Mas agora não! Agora o remédio foi diminuindo porque era um remédio forte...” GB1

“No começo foi muito ruim porque eu me senti muito mal, tive diarreia, vomitei muito e minha urina ficou vermelha. O que o remédio causa... o dia-a-dia, não é um tratamento assim muito fácil...” GB4

“Eu me sinto assim... me sinto doente, tomando remédio todo dia. É que todo dia tem que tomar remédios e todo dia acordar com o pensamento que tem que tomar remédio fica meio chato... Agora me sinto super bem pelo que eu passei já desde o começo... estou quase me sentindo 100%.” GB5

“...O remédio, no início quando eu tomava, eu tinha que tomar antes da refeição, que se eu tomasse depois eu botava a refeição pra fora, que era muito forte. Os dois primeiro mês, aquilo era muito forte. Já com esse outros que diminuiu pela metade, eu não tenho problema com eles, não... agora os primeiro...” GB6

“No início quando eu tomava, eu tinha que tomar antes da refeição, que se eu tomasse depois eu botava a refeição pra fora, que era muito forte. Os dois primeiro mês, aquilo era muito forte...” GB7

“...depois que eu comecei a fazer o tratamento para essa doença me atacou o estômago e uma coceira muito grande em todo o corpo. Só consigo tomar se tomar remédio para o estômago e para alergia. No início eu vomitei muito, tinha tontura, mal estar, não conseguia ficar de pé e ainda tinha a coceira ...” GB11

“Estou no quinto no mês desse tratamento que é de seis meses e estou contando os dias para voltar a ter uma vida normal, porque a gente é jovem e sente falta das diversões normais da idade, apesar de já me achar curado, pois não sinto mais nada. Só continuo com esse tratamento por insistência da minha mãe e porque aqui no posto a enfermeira me falou muito sobre o tempo de tratamento e que eu só vou ficar totalmente curado se fizer os seis meses e que se eu abandonar antes desse tempo vou ter uma recaída bem pior.” GB13

“No início, como eu disse, eu não queria aceitar o diagnóstico. Aí eu não bebia todos os dias o remédio porque eu vomitava muito, tive diarreia e dor no estômago. Depois que a enfermeira veio na minha casa como o ACS e me chamou a atenção e conversou comigo, dizendo que a tuberculose tinha cura e que eu era a responsável por não estar melhorando eu acho que aí que caiu a ficha do que eu estava fazendo.” GB26

“No início foi muito ruim, eu sentia muita fraqueza, dor no corpo e febre. Depois que eu comecei a tomar o remédio parece que fiquei pior, tinha dor de barriga e de cabeça todos os dias” GB27

Nesta unidade destacam-se os vários problemas gerados após a instituição do tratamento medicamentoso, pois o esquema terapêutico preconizado, embora eficaz, pode ocasionar efeitos colaterais indesejáveis que alteram de maneira significativa o cotidiano dos usuários. A doença requer que os doentes estejam sensíveis aos farmacoterápicos estabelecidos para tratamento diário e contínuo, em doses corretas e que os utilizem em um tempo que seja suficiente para eliminação dos bacilos. Verificam-se principalmente nos primeiros meses de tratamento a dificuldade do seguimento da terapêutica, especialmente devido a seus efeitos colaterais que, quando superados, podem levar à possibilidade do abandono. Os usuários acham os medicamentos muito fortes, tanto que afetam negativamente outras partes do corpo e sentem outras reações tão ou mais desagradáveis do que as que já conhecem, relacionadas aos sintomas físicos causados pela presença do agente etiológico da tuberculose.

Suportar o esquema terapêutico prolongado é um dos grandes obstáculos enfrentados pelos usuários, que relatam uma variedade de efeitos colaterais como desconforto digestivo, vômitos, náuseas e diarreia. Outros efeitos como prurido, fraqueza e dor no corpo contribuem com a ideia de interromper a ingestão diária dos remédios. Relatam sintomas ligados aos efeitos adversos decorrentes dos medicamentos, sintomas estes que abalam muito mais a pessoa do que a própria doença.

O tratamento da tuberculose não se resume apenas a uma questão de ingestão de medicamentos, pois a doença afeta muito mais do que o corpo biológico. A relação dos doentes com os medicamentos não se restringe ao seu consumo, ainda que se constitua no único recurso disponível para a cura. A possibilidade de vencer a doença pelo uso da medicação, ainda que se sentindo mais enfraquecido, parece ser o caminho necessário para superar tamanha adversidade.

2.3 - O tratamento supervisionado da tuberculose é vivenciado pelos usuários com dificuldades nos serviços de saúde. Enfrenta-se o descontentamento com a obrigatoriedade do comparecimento, com a longa espera pelo atendimento, com a desatenção e a não confiança de que seguirão tomando a medicação.

“às vezes você não pode nem culpar os agentes, no caso as agentes que estão responsável para entregar a medicação. Você sai de casa, ou do trabalho, chega aqui pra pegar o remédio ou até pra tomar o remédio e aí o que que acontece?... Já parte aquele desânimo... aí a menina fala assim “espera aí que eu vou pegar”. Aí chega uma outra pessoa e ela tem que dar atenção aquela pessoa. Aí você fica ali. Com isso é fácil de dá um perdido nela e você ir embora e... pronto [...] não a atendente te largar, te largar só porque ela está dando atendimento ao público. Eu sei que é difícil, mas só dela ta dando uma atenção aquela pessoa ali. Então o que que custa dizer “senhora, só um minutinho, só um minutinho. Essa pessoa aqui tem uma prioridade imensa no meu coração”. Então vai lá... Você chegar aqui no local... no ambiente... já é um ambiente pesado, você já vê várias outras pessoas. Aí... sua mente está assim... aí pô ta vendo não é minha culpa” GB2

“Agora eu é que vou buscar lá na clínica, mas é chato porque nunca é a mesma pessoa que me atende e eu tenho que ficar esperando a menina ir buscar meu remédio. Às vezes tem muita gente na minha frente para falar com ela e eu tenho que ficar esperando...” GB7

“O tratamento da equipe é bom, mas eu acho que eles demoram muito para atender, lá sempre é muito cheio. Eu sempre vou com as consultas marcadas com hora, mas eles nunca chamam no horário, porque marcam então? Do atendimento eles são bons, mas tem que melhorar para a gente não ficar muito tempo lá fora esperando.” GB9

“...tem aquela obrigação de vir todos os dias ao posto e tomar esse monte de remédio, coisa que não é fácil. Mas ter que vir aqui todo dia tomar os remédios é que é chato! É a minha filha que me traz de carro todo dia. O ruim é ter que esperar eles me darem o remédio... e querem me ver tomando... já viu isso? Eles acham que eu sou criança...” GB11

“[...] no começo foi difícil, porque eu tinha que ir todo dia lá à unidade tomar o remédio. Eles não deixavam trazer para casa, isso era chato demais. [...] Eles me ajudaram também explicando o que era a doença, como eu pegava. Mas o que eu não gostei foi isso de ter que ir lá todo dia tomar o remédio. É cansativo, ainda mais eu que não moro perto de lá. GB16

“[...] eles ficam no seu pé para você tomar o remédio. Eu achava isso ruim, mas hoje reconheço que às vezes é necessário. Se não fosse a enfermeira, talvez hoje eu não estivesse bem e terminando o tratamento. Ela me fez perceber que eu também tenho que querer ficar curado. A única coisa ruim é que eles não confiam de deixar o remédio em casa para a semana toda. Ou o ACS vem na sua casa ou você tem que ir lá tomar” GB19

“O que me ajudou a fazer o tratamento até o fim foi eu querer, porque se dependesse dos ACS levarem a medicação na minha casa eu já teria desistido... Eu já tinha avisado para a médica que isso não ia dar certo porque eu saio de casa às 6 da manhã e chego meia noite. Neste horário a

unidade está fechada e ela não queria me dar o remédio por semana. Por fim teve que ter quase uma briga para ela aceitar isso. Se eu tivesse cabeça fraca já teria há muito tempo parado de tomar o remédio. As pessoas às vezes tem que ser flexível com as situações. Não tinha cabimento ela mandar o ACS lá em casa seis horas da manhã.” GB25

Para os usuários, manter-se em tratamento conforme orientado pelo profissional de saúde é quase sempre muito difícil, pois requer da pessoa uma rotina de comparecimento à unidade de saúde para a tomada regular dos comprimidos. Este comparecimento se dá com dificuldades que têm a ver com a forma como os profissionais organizam o atendimento da população. Na primeira fase do tratamento na modalidade supervisionada é necessária sua presença no mínimo de quatro vezes por semana ao serviço, uma vez que a modalidade supervisionada tem se apresentado como uma estratégia de impacto no aumento da adesão dos doentes ao tratamento e a alta clínica.

No entanto, nem sempre é possível aliar o comparecimento à unidade com o trabalho, devido a pouca flexibilidade de horários existentes nos serviços de saúde, que não consideram que o doente possui uma rotina de vida que muitas das vezes não favorece tal frequência de comparecimentos à unidade de saúde.

Outra dificuldade apontada pelos usuários diz respeito à forma como ele percebe a organização do processo de trabalho voltado para os profissionais da equipe que realizam a observação da ingestão da medicação. Os usuários colocam que ficam na dependência do horário da visita do ACS no domicílio para levar a medicação diária e acompanhar sua ingestão. Também, quando a supervisão da ingestão dos medicamentos é realizada na unidade colocaram seu descontentamento quando é preciso esperar longos períodos para serem atendidos e liberados.

O enfoque da fiscalização na tomada da medicação é outra dificuldade apontada, pois o profissional de saúde exige a presença na unidade e a conseqüente observação de que a medicação foi ingerida. O usuário se sente desvalorizado pela falta de confiança dos profissionais em relação à tomada da medicação e excluído do processo de decisão da melhor maneira de encarar um tratamento longo, uma vez que muitos não têm a opção de levar a medicação para a casa.

O constrangimento que sentem ao estarem nas unidades tendo que esperar pelo atendimento e pela medicação pode ser superado na medida em que o

profissional compartilhe com o usuário as justificativas que embasam o TDO e destaque a importância da supervisão na proteção individual e coletiva.

2.4 - Para os portadores de tuberculose o sucesso do tratamento não depende somente de sua força de vontade, mas de como acessam os serviços e os profissionais.

“...no início quando eu estava com medo, eles me ajudaram, os dois, o médico e a enfermeira. Eles falaram que eu não ia morrer e que se eu tomasse os remédios todo os dias até o final eu ia ficar curada. Aí isso me animou, eu... eu já estava pensando que eu ia morrer...” GB10

“Eu acho aqui tudo muito bom, eles logo descobriram o que eu tinha rápido... o serviço daqui muito bom sou bem atendido e acho que foi esse atendimento, junto com o apoio da minha mãe que estão me ajudando a cumprir com o tratamento direitinho.” GB13

“Ter esta doença é muito ruim, tira todas as suas força. Eles me ajudaram também explicando o que era a doença, como eu pegava.” GB16

“Foi a doutora, no primeiro dia ela logo disse que podia ser esta doença e acertou, isso me fez confiar nela! Eu já estava muito desacreditada, já tinha tomado um monte de remédio e nada melhorava e desta vez ela acertou...” GB17

“Foi a equipe, eles ficam no seu pé para você tomar o remédio. Eu achava isso ruim, mas hoje reconheço que às vezes é necessário. Se não fosse a enfermeira, talvez hoje eu não estivesse bem e terminando o tratamento. Ela me fez perceber que eu também tenho que querer ficar curado” GB19

“O que ajudou eu a continuar foram a explicação das doutoras sobre a doença. Eu nem imaginava que a gente pegava pelo ar, que não precisava separar as coisas e acima de tudo a fé em DEUS que eu ia ficar curada” GB21

“Eu acho que o que ajudou foi ver que eles se importam com a gente. Toda vez que eu tive alguns problemas eu podia vir aqui sem estar com a consulta marcada, que eles sempre me atendiam” GB23

“Sinceramente o que me fez continuar foi a médica. Ela que teve o pulso firme comigo e que chamou a minha atenção quando eu precisei. Se não fosse ela me mostrando onde eu estava errando e dizendo que se eu não quisesse, ela não poderia fazer muita coisa para me ajudar, isso que me despertou” GB26

Nesta unidade os usuários expressam a importância do apoio profissional na condução do tratamento, através da demonstração de afeto e confiança durante a terapêutica medicamentosa.

Receber orientações acerca da doença e do tratamento medicamentoso faz parte da rotina de cuidados do profissional de saúde, porém oportunizar que o

doente exponha suas dúvidas, angústias, problemas e necessidades nos espaços das consultas mensais de acompanhamento, e até mesmo na supervisão da ingestão da medicação, permitirá a adesão ao tratamento e a confiança de que serão ajudados a superar os problemas.

Ao compartilhar com o doente o enfrentamento da doença e as dificuldades inerentes ao tratamento medicamentoso, o usuário se torna pró-ativo no seu processo de tratamento, compartilhando com o profissional as decisões sobre a sua saúde. Mesmo quando a pessoa com tuberculose manifesta desejo de interromper o tratamento, isso pode não se concretizar em virtude do estímulo e vínculo criado entre o usuário e o profissional de saúde.

O profissional de saúde deve aproveitar estes momentos para fortalecer o vínculo com o usuário, desmistificar a doença, e apoiá-lo no enfrentamento da doença. Com estas práticas, os usuários sentem-se amparados, devido à atenção dispensada pelos profissionais e reconhecem que não estão sozinhos durante o tratamento da tuberculose.

Apesar da finalidade terapêutica do tratamento, alguns profissionais no desempenho diário de suas atividades percebem a fragilidade do usuário diante o diagnóstico da doença e das dificuldades enfrentadas durante o tratamento medicamentoso e buscam através da escuta atenta adequá-lo à realidade na qual eles estão inseridos.

Esta unidade mostra que “participar das decisões do tratamento” é fundamental para o estabelecimento e manutenção do vínculo com a equipe de saúde, garantindo a continuidade do tratamento. No espaço assistencial onde o profissional demonstra que se preocupa com o usuário as relações parecem ser menos desiguais. A pessoa em tratamento reconhece neste interesse ou preocupação o ponto determinante para superar o peso social e físico da tuberculose.

VI - ANÁLISE COMPREENSIVA

Diante do processo envolvente e estrutural do primeiro momento metódico que foi organizar as unidades que compuseram a compreensão vaga e mediana, eu procurei apreender o modo como os participantes vivenciam o seu cotidiano do tratamento da tuberculose e qual é o sentido que funda esses movimentos existenciais de usuários e profissionais.

Ao terminar o processo de elaboração das unidades de significado, passei para o segundo momento metódico que consiste na compreensão interpretativa, a fim de desvelar o significado que se encontra velada no dia a dia do tratamento da tuberculose. A Fenomenologia tem seu atributo maior fundamentado na linguagem, pois é por meio do discurso que se torna realidade aquilo que tem significado e sentido para o depoente. Assim, o discurso é um existencial originário da abertura e é a partir dele que o pesquisador avança para uma hermenêutica do sentido (MONTEIRO et al, 2006).

A hermenêutica é fundamentalmente a busca do sentido e da interpretação daquilo que se dá a conhecer pela palavra (HERMAN, 2002). Em relação à hermenêutica, Heidegger (2011) diz que a interpretação não é originalmente um método; ela representa o próprio comportamento da existência humana. Para ele, a hermenêutica, refere-se à explicitação fenomenológica da existência humana. Tanto a compreensão como a interpretação são igualmente modos que constituem essa existência.

Ao buscarmos compreender o homem na sua dimensão existencial, a hermenêutica se coloca como uma possibilidade que vai favorecer o acesso ao significado do mundo da vida do ser humano, pois o homem é determinado por sua história e cultura. Sobre a hermenêutica Heidegger fala que:

“A hermenêutica é o procedimento segundo o qual a fenomenologia e a ontologia podem responder às questões relativas ao ser, à verdade e a facticidade do ser-aí; ela representa o meio para o homem acessar e localizar-se no seu viver fático como existência. Considerando-se que a hermenêutica concerne à interpretação que o homem realiza sobre o seu viver fático, pode-se corroborar que ela coincide com as preocupações e questionamentos de cada momento da existência do homem e com os acontecimentos do ser de uma determinada época de vida do ser-aí; ou seja, a hermenêutica está ligada a facticidade, visto que ela corresponde sempre ao ser do viver fático, ao próprio existir questionado sobre o seu caráter de ser” (HEIDEGGER, 2011, p. 49).

Para o desenvolvimento da análise compreensiva apenas o conhecimento lógico, intelectual e objetivo não é suficiente; necessita-se também de um conhecimento pessoal, experiencial, subjetivo e intuitivo (BOEMER, 1994).

Este sentido que guia o ser em seus modos de ser é estruturado a partir da compreensão prévia na esfera ôntica. Compreendo que *ser-que-precreve-o-tratamento-da-tuberculose* e *ser-que-vivencia-o-tratamento-da-tuberculose* estão imbricados na facticidade de seus modos de se apresentarem um ao outro no encontro do espaço assistencial, revelando e velando as facetas do fenômeno interrogado.

No cotidiano assistencial o ser se encontra na disposição do humor. Nesta disposição profissional e usuário se relacionam de forma impessoal na maior parte das vezes porque o modo de ser no mundo é este, reduzindo o ser a ente, não oportunizando a subjetividade da relação entre profissional e usuário que busca o serviço de saúde. Mas a tuberculose ao se manifestar no homem traz uma subjetividade que não é de imediato compreendida pelo ser profissional, seja médico ou enfermeiro, pois sua primeira compreensão é que está diante de uma pessoa doente.

Em relação ao o humor Heidegger (2011, p. 321) diz que é “o estado e a integração dos diversos modos de sentir-se, relacionar-se e de todos os sentimentos, emoções e afetos, bem como das limitações e obstáculos que acompanham essa integração”. Ainda sobre o humor em *Ser e Tempo* vemos que:

“Nas situações ôntico-existenciárias, a pre-sença se esquia ao ser que se abre no humor; do ponto de vista ontológico-existencial, isto significa: naquilo que o humor faz pouco caso, a pre-sença se descobre entregue à responsabilidade do pré. É no próprio esquivar-se que o pré se abre em seu ser” (Heidegger, 2011, p. 189).

O humor é um existencial do homem e determina os modos de se relacionar com as coisas e as pessoas, os entes que se abrem à convivência no mundo e às decisões que precisam tomar. No pensamento heideggeriano sobre o humor ele revela “como alguém está e se torna” e conduz o ser para sua abertura e com ela a possibilidade do conhecimento sobre o que se busca (HEIDGGER, 2011, p.188). O homem no seu cotidiano está sempre mergulhado em algum estado de humor e isto pode interferir nas diversas possibilidades de se relacionar com o outro e consigo mesmo.

No modo de ser do profissional ele lança mão de todos os recursos para que o usuário entenda, absorva e cumpra o programa de tratamento, ajudando-o a superar o inesperado do adoecimento. É preciso tratar a doença e fazer prescrições terapêuticas seguras a partir do diagnóstico confirmado. Ao seguir esta dinâmica, o ser profissional diminui ou afasta a compreensão da subjetividade do outro, por não ter tempo de considerar as dimensões existenciais que possibilitam a *pre-sença* ser no mundo ela própria.

Paz e Sá (2009) confirmaram esta limitação dos profissionais no seu desempenho em cuidar da pessoa com tuberculose, ao demonstrarem no seu estudo que estes, não oportunizam a subjetividade entre quem cuida e quem recebe ou precisa de cuidado, pois estão cuidando do outro no modo da tradição restauradora dos ambientes assistenciais.

O adoecer é uma possibilidade existencial do ser humano no mundo e uma experiência singular, pois remete a alteração de sua naturalidade como pessoa, colocando-a em um mundo diferente, o daqueles que precisam cumprir condutas que possam lhes devolver o que perderam: a saúde. Ainda que a doença seja uma vivência singular, ela também pode ser compartilhada com outras pessoas, pois o homem não é sozinho no mundo e, portanto, ao relacionar-se com outros entes dotados do caráter da *pre-sença*, experimenta o cuidado no modo ocupado, o modo impessoal de cuidar, mas que na relação com os outros entes que compartilham o mundo, pode se apresentar como *pre-ocupação* com a pessoa, a família, os outros entes da convivência espacial.

Heidegger ao tratar da convivência da *pre-sença* no mundo, diz que "... A própria *pre-sença* só é na medida em que possui a estrutura essencial do ser-com, enquanto *co-pre-sença* que vem ao encontro dos outros" (HEIDEGGER, 2011, p.172).

O vir ao encontro no espaço assistencial caracteriza os diferentes modos de o cuidado acontecer. Almeida e Boeira (2008), quando interpretam o conceito de cuidado em Ser e Tempo colocam que:

"Na cotidianidade o Dasein nunca é ele mesmo, mas atende ao que já se faz, porque, assim foi definido pelo Impessoal (das Man). Porém, o texto marca a ambigüidade da escrita de Heidegger, já que, as práticas cotidianas não têm sentido pejorativo, pois é no mundo da ocupação (Besorge) e da solitudine (Fürsorge) que o ser-aí cuida das coisas e dos outros, não existindo neste domínio nenhum traço de alienação e exploração" (ALMEIDA, BOEIRA, 2008, p.2).

Sob o domínio do impessoal os profissionais se mostraram empenhados em tratar o doente; estão destinados a cumprir com aquilo a que foram preparados: diagnosticar, tratar e curar de modo clínico, restaurando a saúde daqueles que a perderam no transcurso da existência, pois foram atingidos pela tuberculose que afeta a naturalidade do viver, das relações sociais, dos afetos e a sua própria originalidade de ser humano. Nisto consiste a manifestação natural do seu ser: na ocorrência de doença não pode prescindir da atitude medicalizante, cumprindo padrões ou protocolos assistenciais. O cumprimento destas orientações técnicas pode dar-se no modo impróprio do cuidar. Segundo Boff (2005), o cuidado se encontra antes, está na origem da existência do ser humano.

O cuidado para Heidegger pode ter dois sentidos: o cuidado impróprio ou cuidado próprio. Na interpretação do conceito impróprio de cuidar de Heidegger temos:

“O cuidado impróprio num primeiro momento seria aquele definido através da bipartição ocupação-solicitude, já que neste caso. o ser-aí não está voltado para o seu próprio ser, mas está inserido no mundo do a-se-fazer, lidar, manejar e usar... utensílios (Zeuge) e amparar, proteger, amar e odiar... pessoas (ALMEIDA, BOEIRA, 2008,p.2)

Na cotidianidade ôntica dos serviços de saúde, médicos e enfermeiros assumem a responsabilidade de cuidar cumprindo um protocolo terapêutico que é resultado de muitas pesquisas científicas e de atualizações do conhecimento, as Normas Técnicas do PCT. A essência deste protocolo é a utilização de uma combinação de medicamentos específicos para eliminação dos bacilos de Koch, contribuindo para redução da mortalidade por tuberculose e a transmissibilidade da doença na comunidade. Vemos como esta tradição se confirma no trecho abaixo:

“A gente orienta esse paciente que ele tem que fazer o DOTS, que ele tem que tomar corretamente a medicação, observar os efeitos colaterais dessa medicação, tá orientando ele sobre a cura da tuberculose, que ele aderindo ao tratamento diariamente ele vai ficar curado daquela doença” GA11

O modo de ser preocupado dos profissionais em agir direcionado para obter a adesão ao tratamento não pode ser considerado um equívoco ou ter um valor negativo nas práticas em saúde, pois este é o “seu modo natural de ser-no-mundo em que está totalmente absorvido pelo mundo e pela co-presença dos outros no impessoal” (HEIDEGGER, 2011, p.237).

Sobre o impessoal Heidegger assinala.

Encontra-se em toda parte, mas no modo de sempre ter escapulado quando a pre-sença exige uma decisão. Porque prescreve todo julgamento e decisão, o impessoal retira a responsabilidade de cada pre-sença. O impessoal pode, por assim dizer, permitir-se que se apoie impessoalmente nele. Pode assumir tudo com maior facilidade e responder por tudo, já que não há ninguém que precise responsabilizar-se por alguma coisa. O impessoal sempre "foi" quem [...] e, no entanto, pode-se dizer que não foi "ninguém". Na cotidianidade da pre-sença, a maioria das coisas é feita por alguém de quem se deve dizer que não é ninguém (HEIDEGGER, 2011, p.180)

Mesmo na limitação ôntica que é se relacionar sob o domínio do impessoal, onde o cuidar do outro se dá à maneira comum da tradição medicalizante, é possível o estabelecimento de vínculo entre os profissionais e usuários decorrentes da supervisão terapêutica, ainda que sua dinâmica de atendimento haja muitas pessoas com quadros clínicos diferentes. A preocupação com o restabelecimento da saúde tanto por parte dos profissionais como por parte dos usuários com tuberculose coloca o ser diante da possibilidade própria de querer ver-se novamente em toda sua integralidade.

“Nesta preocupação pode estar presente a preocupação em sua essência fenomenal, ou seja, que diz respeito à cura, à existência do outro, que ajuda o outro a tornar-se, em sua cura, transparente a si mesmo e *livre para ela*” (HEIDEGGER, 2011, p.174).

Ao falar do cuidado próprio para o usuário com tuberculose, falamos que entregue à sua facticidade, a sua responsabilidade em ter que dar conta de si mesmo, de assumir seu tratamento, de proteger os demais seres do adoecimento. Esta é a sua realidade concreta a sua facticidade, experiência do fato em si, que lança o ser na decisão de ter que ser algo ou fazer algo. Neste movimento fáctico mergulha na angústia que o tira do conforto do seu habitual modo de ser.

A angústia possibilita ao ser encontrar-se consigo mesmo, tomar consciência do seu próprio ser para lançar-se em possibilidades que ele mesmo projetou.

“[...] na angústia a pre-sença se coloca diante de si mesma a partir de seu próprio ser, a ponto de, numa perspectiva fenomenológica, o ente revelado na angústia chegar a se determinar em seu ser [...]” (HEIDEGGER, 2011, p. 247).

A angústia retira a *pre-sença* de seu empenho *de-cadente* no mundo. Neste encontro consigo mesmo o usuário decide como vai passar pelo tratamento. Ele decide pelo cuidado próprio, pois cuidado é o ser do ser-aí. O “ser-aí no mundo

define-se no modo do cuidado” (ALMEIDA; BOEIRA, 2005, p. 4). Podemos perceber nos depoimentos de usuários e profissionais que quando falam de si, do empenho em que lançam no trabalho de cuidar de si mesmo e de pessoas com tuberculose, que o cuidado é relacional, pois o ser-é-com-os-outros. O cuidado se transforma à medida que as pessoas se relacionam no mundo das ocupações assistenciais, pois o cuidado é a primeira possibilidade relacional que se apresenta na temporalidade do viver e de acordo com o tipo de necessidade que se apresentar.

Ao compreender o modo autêntico do cuidado, aquele que possibilita a realização mais própria da humanidade do homem, que ouve o que o outro tem a dizer, dialoga e não domina, abre-se a possibilidade de transcender o cuidado preso somente aos aspectos normativos e instaurar-se um novo modo de assistir. Tem a possibilidade de sair do domínio da *impessoalidade* (sendo-como-os-outros) descobrindo-se na singularidade (sendo-si-mesmo). Desta forma, o cuidado autêntico faz com que o *Dasein* ao se antecipar diante do outro o ajude a assumir seu próprio cuidado e o torne livre para o ser de possibilidades que ele mesmo é (ALMEIDA, BOEIRA, 2005)

A tuberculose tem uma força social que antecede a compreensão do que ela é. Diante do diagnóstico da doença o usuário se sente ameaçado pelo o medo da morte, o primeiro sentimento revelado. A tuberculose tem o caráter de ameaça, pois é temida enquanto doença que pode levar à morte. O “temer abre este ente no conjunto de seus perigos, no abandono a si mesmo [...]” (HEIDEGGER, 2011, p.196).

O temor é, por assim dizer, uma disposição que possibilita o homem inserido nas suas relações com os outros, sentir-se ameaçado e amedrontado em sua tranquilidade cotidiana. Podemos ver no trecho abaixo este abalo no cotidiano.

“Foi um susto enorme, porque eu pensei que a tuberculose desse só em pessoas menos favorecidas. Eu tenho uma boa dieta, não fumo e nem bebo e pratico atividade física. Minha casa é arejada e não moro em comunidade. Então não sei por que eu peguei esta doença” GB25

Como o agir inautêntico está presente na cotidianidade e o voltar-se a si mesmo possui o caráter de ameaça, o ser disponibiliza-se para o temor, um modo impróprio e ôntico em que se teme um ente intramundano que circunda o *Dasein*.

“Para mim foi horrível, pensei logo na morte, né? Ninguém espera ficar doente ainda mais de uma doença que pode matar, ninguém quer ficar doente ainda mais de uma doença no pulmão que pode acabar com a gente..” GB3

“No começo eu senti medo pra caramba, eu pensei que eu ia morrer... porque eu pensei que eu ficar internado,... sei lá... que ia acontecer alguma pior. Eu já conhecia tuberculose só assim... pelo pior dela.”GB5

Os sentimentos que integram a memória discursiva e caracterizam o imaginário da doença foi evidente nas falas que repetem que o adoecer de TB significa morrer ou isolar-se. Os usuários conhecem por suas histórias de vida o que a tuberculose pode causar, que ela pode até matar, portanto é uma ameaça ao ser. A *ameaça* para Heidegger é “tudo aquilo de que se teme” proporciona à abertura do ente aos enfrentamentos que considera perigoso, neste caso, a tuberculose.

No imaginário coletivo, o temor diante da doença se justifica pelo estigma social da doença, pelo desconhecimento de suas causas, tratamento e a associação feita da tuberculose com comportamento desviante das normas sociais.

“Isso foi um impacto muito ruim na minha vida, porque eu perdi minha mãe com essa doença há 30 anos e pensei que fosse acontecer o mesmo comigo. Por mais que a enfermeira conversasse comigo, dizendo que hoje o tratamento era mais fácil, eu não queria acreditar nela, porque tudo que eu lembrava era da minha mãe doente botando sangue por tudo quanto lado” GB26

Os portadores de tuberculose, devido ao medo da doença, sofrem não só pelas manifestações clínicas da doença, mas também pelo risco de morte que a doença representa (SOUZA, SILVA, MEIRELLES, 2010).

Nesse cotidiano do tratamento da tuberculose se estabelece o (não) dito, que apontam duas condições existenciais características do humano: *autenticidade* e *inautenticidade*. O *ser-em-tratamento-da-tuberculose* mostra-se na *autenticidade* quando mediante o diagnóstico da tuberculose está determinado a manter o tratamento, apesar de se sentir doente com ele, e fazer de tudo para superar o desconforto dele decorrente. A *autenticidade* se refere a ser fiel ao próprio eu, ser sua própria pessoa, ser quem ele é, agir por conta própria, pensar por si mesmo (HEIDEGGER, 2011).

Como *ser-aí-no-mundo* o portador de tuberculose está lançado no mundo como um projeto, ele tem de ser ele mesmo, e no modo de ser da disposição, quer dizer encarregado de si. Ele tem a possibilidade de escolher e esta escolha pode

estar adequada ao que se espera dele em relação ao seu tratamento ou recusar-se a assumir os cuidados de saúde por não compreender as implicações da doença para o corpo. O usuário acredita que a tuberculose expõe a sua fragilidade como ser-aí e foge para o modo impróprio de ser.

Ao desejar restabelecer sua saúde ele se abre aos cuidados ofertados pelos profissionais, quer ficar curado porque deseja recuperar a normalidade do dia-a-dia que tinha antes da doença e, para isso, precisa superar suas dificuldades pessoais.

Compreendendo-se como “poder-ser” a *pre-sença* “doa a si mesma as possibilidades de seu ser, assumindo-as ou recusando-as”. Tem a possibilidade de ser-livre do domínio da impessoalidade (sendo-como-os-outros no mundo público) des-cobrando-se na singularidade (sendo-si-mesmo no mundo próprio) (HEIDEGGER, 2011, p.189-90)

Desta forma, Oliveira e Carraro (2011), relatam que o cuidado é o estado fundamental do *ser*, no seu esforço em adquirir autenticidade, portanto, é o primeiro gesto da existência. Através do cuidado, o homem visualiza um estado de liberdade para exercer a possibilidade efetiva de ser cuidado. Portanto, a maneira autêntica do homem viver no mundo revela-se em ações de cuidados, em zelos, preocupações dirigidas a alguém ou à alguma coisa. É um modo existencial de *ser-no-mundo-com-o-outro*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação, que teve como objeto o cotidiano assistencial e vivencial do tratamento da Tuberculose na Estratégia Saúde da Família, partiu de minhas inquietações profissionais relacionadas às dificuldades dos doentes em manterem regularmente o tratamento. Observei como membro da equipe de saúde que apesar do acesso facilitado às unidades primárias de saúde, de disponibilidade diagnóstica e medicamentosa, da oferta dos medicamentos específicos, estas ações não eram suficientes para a manutenção do tratamento segundo a recomendação técnica do PCT, pois a necessidade do doente estava além dos medicamentos usados durante o tratamento.

Busquei compreender qual era o significado de ser portador de tuberculose e como é o cotidiano assistencial ofertado a estes usuários. Como ofertar um cuidado autêntico sem compartilhar de suas vivências? Como ofertar um cuidado além das rotinas preconizadas pelas normas assistenciais do PCT?

Assim, para compreender a vivência do tratamento da tuberculose e a experiência do cuidado assistencial, fui à busca de ouvir os usuários e profissionais de saúde para compreender o que era comum neste adoecimento e no restabelecimento da saúde das pessoas com tuberculose, que é sentido primeiro do ofício assistencial. Quando se presta atenção ao que o outro diz, significa estar atento ao outro e esta atenção pode favorecer as relações entre os profissionais de saúde e os usuários.

A hermenêutica fenomenológica mostrou que o ser-aí se apresenta no mundo, de modo inautêntico, preso a facticidade do que o adoecer lhe possibilita. Passar pelo tratamento da tuberculose abala a condição física e psicológica da pessoa que está doente e também afeta o profissional que objetiva a cura da doença. Na cotidianidade, ser-portador-de-tuberculose é submeter-se as orientações profissionais para alcançar a cura da doença. Ele se submete ao tratamento como a maioria dos doentes se submete às condutas dos profissionais de saúde, pois sua angústia o lança nesta impropriedade: não há outro modo de passar pela tuberculose. É preciso subjugar-la pelos farmacoterápicos. Tudo o que advém do tratamento medicamentoso é sofrimento que precisa ser vivenciado: é facticidade.

O estudo mostrou que no encontro assistencial também reside a possibilidade dos profissionais modificarem este modo de ser indiferente, modo este em que se

compreendem como técnicos da saúde. A primazia do tratamento não deve subjugar a possibilidade do cuidado autêntico, ainda que ele seja uma eventualidade nas rotinas complexas das doenças que chegam aos serviços de saúde, pois quando ocorre a *abertura para o outro*, o cuidado autêntico traz benefícios a ambos, o profissional e a pessoa com tuberculose em suas singularidades.

O profissional se equivoca ao presumir que é detentor de todo o conhecimento sobre o outro e que dispor de conhecimento técnico é garantia da cura. Ele precisa dar conta disto para seguir com sua natureza de “cuidador”, o que ajuda o outro a ser livre para ele mesmo. O modo de ser dos portadores não deve ser desconsiderado pelos profissionais. O cuidado necessário ao portador de tuberculose não deve ser pautado apenas na oferta da medicação, deve envolver escuta, empatia, estar atento ao momento do encontro, o que se diz nas entrelinhas para que portador e profissional possam caminhar juntos no cotidiano do tratamento da tuberculose.

No espaço assistencial dos serviços de saúde, reside a possibilidade do encontro existencial. Nele, profissionais e usuários são capazes de recompor o que se encontra enfraquecido em um encontro autêntico, porque o homem é um *ser para o cuidado* (SÁ, PAZ, 2009).

O estudo desvelou que o significado do tratamento da tuberculose para os usuários e os profissionais que deles cuidam é o caminho da cura clínica. Ambos têm como horizonte a saúde, a plenitude de *ser para a vida* e nela ter a capacidade de viver todas as possibilidades que estão lançadas no mundo. Mostrou-se também que a relação de cuidar e ser cuidado precisa ser vivenciada com atenção, desvelo e consideração. Faz-se necessário conciliar o conhecimento técnico-científico que proporciona os elementos objetivos do tratamento com as dimensões subjetivas das pessoas. Em um solo comum de entendimento, mediante um cuidado que supere a tradição ôntica, a dimensão ontológica pode desvelar o *ser* para seu ser originário que é *cura*.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. 5ªed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ALMEIDA, M.G., BARBOSA, D.R.M., ALMEIDA, D.F.S. Epidemiologia e distribuição espacial de casos notificados de tuberculose multirresistente (TBMR) no Brasil, 2008-2012. **Rev Epidemiol Control Infect**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n.4. p. 117-122, Out- Dez. 2013.

ALMEIDA, R.S; BOEIRA, N.F. O cuidado na primeira seção de ser e tempo. “**Existência e Arte**”- **Revista Eletrônica do Grupo PET** - Ciências Humanas, Estética e Artes da Universidade Federal de São João Del-Rei – Ano IV - Número IV – janeiro a dezembro de 2008. Disponível em: http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/existenciaearte/Edicoes/4_Edicao/rogerio_almeida.pdf. Acessado em 29 jun 2015.

ALMEIDA, P.F; GIOVANELLA, L; NUNAN, B. A. **Atenção Primária Integral à Saúde — Indicadores para avaliação**. Rio de Janeiro, Abril. 2011.

ALVES et al. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 650-7, Jul-Set. 2012.

ANDRADE, L. O. M.; BEZERRA, R. C.; BARRETO, I. C. H. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. et. al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz , 2009.

ARAÚJO, R.F.S. A Cotidianidade do Dasein. **Revista Ética e Filosofia Política**, Juiz de Fora, v.10, n. 2, dez. 2007. Disponível em:< http://www.ufjf.br/eticaefilosofia/files/2009/11/10_2_renata.pdf>.Acesado em 24 mai 2015.

ARAKAWA, T, et al. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, jul.-ago. 2011. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 23 mai 2014.

BARBOSA, I.R; COSTA, I.C.C. Estudo Epidemiológico da Coinfecção Tuberculose-HIH no nordeste do Brasil. **Rev Patol Trop**, v. 43, n. 1, p. 27-38. jan.-mar. 2014.

BASNET, R; Hinderaker, S.G; Enarson, D; Malla, P; Morkve, O.: Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. **BMC Public Health**, 2009, 9:236. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/236>>. Acesso em 27 mar 2014.

BELLO, A. A. **Introdução à Fenomenologia**. São Paulo: Edusc, 2006.

BERALDO, A.A, et al. Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da Tuberculose em Ribeirão Preto (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3079-3086, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/2002**. Disponível Em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html> Acessado em 12 mar 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Programa nacional de Controle da Tuberculose. **Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015**. Brasília, 2006. Disponível em:<http://www.paho.org/bra/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=927&Itemid=423>. Acesso em 02 ago 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2ºed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Educação a Distância Controle da tuberculose: **uma proposta de integração ensino-serviço**. Educação a Distância; coordenado por Maria José Procópio. – Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7ºed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias : guia de bolso**. 8. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011a. Disponível em: <http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_3.pdf>. Acessado em 24 abr 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acessado em 26 set 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Plano Mais Brasil PPA 2012-2015: **Relatório de Comunicação à Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização do Congresso Nacional (CMO) / Alterações do PPA 2012-2015**. Brasília: MP/SPI, 2013. Disponível em: <http://www.transportes.gov.br/images/SPO_REL_ORCAMENTARIO/PPA/Atualizacao_do_PPA_2012_2015.pdf>. Acessado em 05 maio 2015.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Volume 45, Nº 2 – O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/BE-2014-45---2--tb.pdf>>. Acesso em 05 jan 2015.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Volume 46, Nº 9 – Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/27/2015-007---BE-Tuberculose---para-substitui---o-no-site.pdf>>. Acesso em 05 jan 2015.

BOEMER, M.R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 02, n. 01, p. 83-94, jan. 1994.

BOFF, Leonardo. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, Brasília, vol. 1, no 1 p. 28-35, out./mar., 2005. Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/viewFile/6/12>. Acessado em 29 jun, 2015.

BUENO, E.R.A. Fenomenologia: a volta às coisas mesmas. In: PEIXOTO, A.J.(Org.). **Interações entre fenomenologia e educação**. Campinas: Alínea, 2003.

CABRAL, A. M. **Heidegger e a destruição da ética**. Rio de Janeiro: UFRJ; Mauad, 2009.

CAMPOS, C.E.A; FONSECA, A.C.F.F; PESSINI, M.L. Análise dos percursos assistenciais de pacientes com tuberculose por equipes de saúde em três capitais brasileiras. Que lições os profissionais podem tirar? **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 188-196. 2012.

CARDOZO-GONZALES, R. I, et al. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família. **Revista de Enfermagem e Saúde**, Pelotas (RS), v. 1, n. 1, p. 24-32, jan./mar. 2011.

CARVALHO, A.S. **Metodologia da Entrevista**: uma abordagem fenomenológica, 2ªed. Rio de Janeiro: AGIR, 1991.

CHIRINOS, N.E.C; MEIRELLES, B.H.S. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v.20, n.3, p. 599-606, Sept. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300023&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 13 jun 2015.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 11ªed. São Paulo: Cortez, 2010.

CHOMATAS, E, et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 294-303, Out-Dez. 2013.

CLEMENTINO, F.S, et al. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 638-48, out/dez. 2011.

COSTA NETO, C. Tuberculose, Vila Rosário e a cadeia de misérias, angústias e reflexões de um cidadão. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 25-40, jul/dez. 2003.

CURTO, M, et al. Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação a comunidade e participação comunitária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 5, set-out 2010.

DARTIGUES, A. **O que é fenomenologia?** 32ªed. São Paulo: Centauro, 2010.

FAÇANHA, M.C, et al. Treinamento da equipe de saúde e busca ativa na comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. **J Bras Pneumol**, Brasília, v. 35, n. 5, p. 449-454. 2009.

FERREIRA, V.S.C, et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, Apr. 2009.

FIGUEIREDO, T. M. R. M, et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 825-31. 2009.

FURLAN, M.C.R; OLIVEIRA, S.P; MARCON, S.S.Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose no estado do Paraná. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, Número Especial 1, p. 108-14. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_17.pdf>. Acesso em 24 abr 2015.

GHELMAN, L.G; PAZ, E.A.P. O vivido de mães de crianças diabéticas: subsídios para atenção de enfermagem. **REME – Rev. Min. Enf**, Belo Horizonte, v. 11. n. 2. p. 139-143, abr./jun. 2007.

GONTIJO, D.V. Relação profissional-usuário na saúde pública brasileira: algumas contribuições para a reflexão da prática cotidiana. **Rev. Triang.: Ens. Pesq. Ext. Uberaba** – MG, v.1. n.1, p. 20-33, jul./dez. 2008.

GUIMARÃES, el al. Tuberculose, HIV e pobreza: tendência temporal no Brasil, Américas e mundo. **J. bras. Pneumol**, Brasília, v.38, n.4, July/Aug. 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132012000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt>.

HIJJAR, M.A, et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública** 2007;41(Supl. 1):50-58.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 5° ed. trad. rev. Márcia de Sá Cavalcante. Petrópolis: Vozes, 2011.

HERMANN, N. **Hermenêutica e Educação**. Rio e Janeiro: DP&A, 2002.

HINO, P, et al. Padrões espaciais da Tuberculose e sua associação à condição de vida no município de Ribeirão Preto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v, 16. n. 12. p. 4795-4802, 2011. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n12/28.pdf>>. Acesso em 27 mar de 2014.

INWOOD, M. **Dicionário Heidegger**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

KRITSKI, A.L. Emergência de tuberculose resistente: renovado desafio. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 157-158, Apr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132010000200001&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 26 ab 2014.

LOURES, L.F; SILVA, M.C.S. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.4, p. 2155-2164. 2010.

MACHADO, A.C.F.T, et al. Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro. **J. bras. pneumol**, São Paulo, v. 37, n. 4, Aug. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132011000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Jun 2014.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.335-342, março/abril. 2007.

MACIEL, E.L.N. et al. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. **Int J Tuberc ung Dis**, v.14, n. 11, p. 1403–1410. 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20937179>>. Acesso 03 mai 2014.

MALVEIRA, E.A.P. **A Enfermagem no cuidado de saúde à criança em unidades básicas: uma abordagem fenomenológica**. 1998. 166f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

MARCOLINO, A. B. L. et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux- PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 2, p. 144-157. 2009.

MARCONDES, D. **Iniciação à história da filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein**. 13ªed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

MARIN, M.J.S; MARCHIOLI, M; MORACVICK, M.Y.A.D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 22,

n. 3, p. 780-788, Sept. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300026&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 24 abr2014.

MEDEIROS, C.R.G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1521-1531, 2010.

MONROE, A.A, et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2. 2008. Disponível em:<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200008&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 14 oct. 2013.

MONTEIRO, C.F.S. et al. Fenomenologia Heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de Enfermagem. **Esc. Anna Nery R. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 297-300, Ago. 2006.

MOREIRA, D.A. **O Método Fenomenológico na Pesquisa**. São Paulo. Pioneira Thomson, 2002.

NASCIMENTO, V.R. A filosofia hermenêutica para uma jurisdição constitucional democrática: fundamentação/ aplicação da norma jurídica na contemporaneidade. **Rev. Direito GV**. v. 05, n.1, jan/jun. 2009.

NOGUEIRA, J.A. et al. Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose. **Rev Rene**, Ceará, v. 13, n. 4. p. 784-93. 2012. Disponível em:<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1073>>. Acesso em 05 mai 2014.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS: **construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate**. Brasília: OPAS; 2011.

OLIVEIRA, M.AC; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 24 abr 2014.

OLIVEIRA, M.F.V.; CARRARO, T.E. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 376-389, mar./abr. 2011.

OLIVEIRA, L. G. D.; NATAL, S. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Tuberculose no município de Niterói/RJ. **Revista Brasileira de Pneumologia Sanitária**, v. 15, n. 1, p. 29-38. 2007.

OLIVEIRA, S. A. C. et al. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 17, n. 3. maio-jun. 2009.

PALHA, P.F. et al. Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 342-8. 2012.

PAZ, E.P. A; SÁ, A.M.M. Cotidiano do tratamento a pessoas doentes de tuberculose em unidades Básicas de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n. 2, abr, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de abr 2014.

PONCE, et al. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.5, Set-out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000500021&script=sci_arttext&lng=pt>. Acessado em 12 out 2013.

PÔRTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl.1, p.43-49, set. 2007.

RIE, A.V, et al. Xpert(®) MTB/RIF for point-of-care diagnosis of TB in high-HIV burden, resource-limited countries: hype or hope? **Expert Rev Mol Diagn.** 2010; 10(7):937-46. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1586/erm.10.67>>. Acessado em 26 abr 2014.

RUFFINO-NETTO, A; VILLA, T.C.S. **Tuberculose: implantação do dots em algumas regiões do Brasil histórico e peculiaridades regionais**. Instituto do Milênio REDE TB, 2006.

SALAZAR, J.L.L, et al. Factores de riesgo socioeconómicos de la tuberculosis pulmonar en el municipio de Santiago de Cuba. **MEDISAN** [online], v. 13, n.1, 2009 Jan; 13(1). Disponível em:<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san07109.htm>. Acessado em 27 nov 2014

SANTOS, T.M.M.G. et al. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de Tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro. v. 20, n. 3, p. 300-5, jul/set. 2012.

SCATENA, L. M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 389-397. 2009.

SREERAMAREDDY, C.T et al. Time delays in diagnosis s of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. **BMC In fect Dis**, v. 9, p. 91-101. 2009. Diponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19519917>>. Acesso em 04 mai 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em 09 ago 2014.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SES RJ). **Tuberculose: RJ ainda é o estado do Brasil com maior incidência**, 2013a. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/imprensa-noticias/18288-alta-densidade-demografica-e-condicoes-de-vida-fazem-do-rj-o-estado-do-brasil-que-apresenta-maior-incidencia-de-tuberculose.html>>. Acessado em 21 set 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Secretaria de Estado de Saúde apresenta plano de ação contra Tuberculose e AIDS**, 2013b. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/imprensa-noticias/18537-secretaria-de-estado-de-saude-lanca-plano-de-acao-contratuberculose-e-aids.html>>. Acessado em 17 nov. 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO. Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento 3.1. Relatório **de Gestão 2013 da CAP 3.1**, 2014a.

SILVA, J.M.D.O.E.; LOPES, R.L.M.; DINIZ, N.M.F. Fenomenologia. **Rev. Bras. Enferm**, v.61, n.2, p.254-7, 2008.

SOKOLOWSKI, R. **Introdução à fenomenologia**. Trad. Alfredo de Oliveira Moraes. São Paulo: edições Loyola, 2004.

SOUZA, el at. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paula, v. 44, n. 4, p. 904-11. 2010. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>. Acessado em 20 oct. 2013.

SOUZA, S.S; SILVA, D.M.G.V. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n.4, p. 636-43, Out-Dez. 2010.

SOUZA, S.S; SILVA, D.MV; MEIRELLES, B.H.S. Representações sociais sobre a tuberculose. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 23-28, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100004&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 20 June 2015.

STEIN, E. **Seis estudos sobre “Ser e Tempo”**. Petrópolis: Vozes, 2005. 149 p.

TRIGUEIRO, D.R.S, et al. A influência dos determinantes individuais no retardo do diagnóstico da tuberculose. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1022-1031, Dez. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000401022&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 13 jun 2015.

VIEGAS, S.M.F; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 133-141, Mar. 2013. Disponível em: <<http://search.scielo.org/index.php>>. Acesso em: 11 junho 2014.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tuberculosis: a global emergency**. World health forum, Geneva, v. 14, n. 4, p. 438, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fifty-third World Health Assembly**. Geneva: World Health Organization; 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Implementing the Stop TB Strategy: a handbook for national tuberculosis control programmes**. Geneva, World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014.

ZILES, Urbano. Fenomenologia e teoria do conhecimento em Husserl. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 13, n. 2, dez. 2007 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672007000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 jun. 2015

ZUBEN, N.A.Von. A Fenomenologia como retorno à ontologia em Martin Heidegger. **Trans/Form/Ação**, Marília, v. 34, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31732011000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Jun 2014.

ANEXO A



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tuberculose a vivência do tratamento de usuários e a experiência da assistência de profissionais na Estratégia saúde da Família.

Pesquisador: Shirley Ribeiro dos Santos Linhares

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37575014.1.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 874.090

Data da Relatoria: 24/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda de um estudo aprovado em 30 de setembro de 2014 pelo CEP EEAN/HESFA (Proponente) e em 04 de novembro de 2014 pelo CEP SMS RJ (coparticipante). O objetivo da emenda é a inclusão de dois cenários de pesquisa descritos, mas que não tinham a anuência incluída no rol de documentos apresentados. Estudo descritivo de abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa serão enfermeiros, médicos e usuários portadores de tuberculose. A entrevista fenomenológica será utilizada para compreender a vivência e a experiência do tratamento aos doentes de tuberculose. Assim, prevê-se o encorajamento do entrevistado, para refletir sobre sua experiência e detalhá-la o máximo possível. Durante a entrevista, os discursos serão gravados na tentativa de captar o significado das falas. Em seguida, realizar-se-á a transcrição desses relatos com leituras atentas, para apreensão dos significados. A análise será realizada desenvolvida através da fenomenologia hermenêutica, de Martin Heidegger.

Objetivo da Pesquisa:

- Compreender a dinâmica assistencial dos profissionais e a vivência dos usuários no transcurso do tratamento da tuberculose;
- Analisar o sentido do tratamento da tuberculose na vivência dos usuários e na experiência do profissional.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

UF: RJ

Telefone: (21)2293-8148

CEP: 20.211-110

Município: RIO DE JANEIRO

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



Continuação do Parecer: 874.090

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O risco previsto pela pesquisadora refere-se a desconforto emocional do participante em responder alguma questão do instrumento de coleta de dados. Neste caso, o participante contará com o apoio do entrevistador e poderá interromper sua participação na investigação, se achar necessário. O pesquisador comunica que poderá ocorrer também constrangimento por participar da entrevista, o que pode ser minimizado através da garantia do anonimato e de que a participação na pesquisa não afetará na utilização do serviço de saúde.

Benefícios: O pesquisador prevê possibilidade de avanços no conhecimento científico para a área da Saúde Coletiva, mais especificamente na área da Saúde da Família; e melhora de indicadores de cura e abandono da tuberculose no município do Rio de Janeiro. Prevê ainda aprimoramento das competências assistenciais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo que põe em evidencia problema recorrente e negligenciado na pratica de saúde, o que lhe confere relevância no sentido de trazer a luz uma discussão necessária e importante de ser tomada no contexto em que é aplicado, de atenção primaria / saúde da família. O conteúdo do estudo não foi alterado, bem como os instrumentos de coleta de informações. Somente foram incluídas as anuências das instituições informadas previamente e que não foram contempladas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequado.
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado.
- 3) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado.
- 4) Cronograma: adequado.
- 5) Declaração negativa de custos: adequada
- 6) Anuência da Instituição coparticipante: CMS Alemão, Clínica da Família Rodrigo Yamawaki Aguilar Roig e Clínica da Família Augusto Novis. Foram incluídas s anuências: Clínica da Família Zilda Arns e Clínica da Família Felipe Cardoso.
- 7) Currículo lattes da pesquisadora e orientadora: adequado
- 8) Carta de apresentação da orientadora pela Pós-graduação da EEAN/UFRJ: adequado.

Recomendações:

Sem recomendações.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 874.090

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem inadequações ou pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 30 de outubro de 2014. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

RIO DE JANEIRO, 17 de Novembro de 2014

Assinado por:
MARIA DA SOLEDADE SIMEÃO DOS SANTOS
(Coordenador)

ANEXO B

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tuberculose a vivência do tratamento de usuários e a experiência da assistência de profissionais na Estratégia saúde da Família.

Pesquisador: Shirley Ribeiro dos Santos Linhares

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37575014.1.3001.5279

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 857.488

Data da Relatoria: 02/11/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo, abordagem qualitativa, com sujeitos da pesquisa nas categorias enfermeiros, médicos e usuários portadores de tuberculose. Haverá entrevista fenomenológica utilizada para compreender a vivência e a experiência do tratamento dos doentes de tuberculose. O estudo pretende encorajar o entrevistado a refletir sobre sua experiência e detalhá-la o máximo possível. As entrevistas serão gravadas na tentativa de captar o significado das falas, com transcrição desses dos relatos e com leituras atentas, para apreensão dos significados. A análise será realizada mediante fenomenologia hermenêutica, de Martin Heidegger.

Critério de Inclusão:

Usuários: ser cadastrado na ESF; ter idade igual ou superior a 18 anos; estar no último mês de tratamento.

Profissionais: ter experiência mínima de 1 ano no atendimento ao portador de tuberculose em unidades de atenção primária.

Critério de Exclusão:

Usuário: diagnóstico de tuberculose multirresistente e usuários que tiveram caracterizado o abandono de tratamento nos últimos quatro meses anteriores à coleta de dados e recusar-se a participar do estudo.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 857.488

- 5) Declaração negativa de custos.
- 6) Anuência da Instituição coparticipante: CMS Alemão, Clínica da Família Rodrigo Yamawaki Aguiar Roig e Clínica da Família Augusto Novis. As demais citadas Zilda Arns e Felipe Cardoso não apresentam anuência e portanto, NAO PODERAO PARTICIPAR DA PESQUISA.
- 7) Currículo lattes da pesquisadora e orientadora.
- 8) Carta de apresentação da orientadora pela Pós-graduação da EEAN/UFRJ.

Recomendações:

Apresentar relatórios de acompanhamento da pesquisa, nos termos da RN 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Reitera-se que ante a falta das Cartas de Anuência das Clínicas da Família Zilda Arns e Felipe Cardoso estas unidades NAO PODERAO PARTICIPAR DA PESQUISA.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A pesquisadora poderá enviar os Termos e Autorização das Unidades, as quais não foram apresentados os respectivos termos.

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.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). 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

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



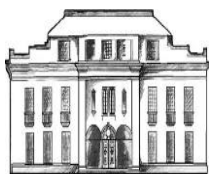
Continuação do Parecer: 857.488

seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

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 X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

RIO DE JANEIRO, 04 de Novembro de 2014

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA
ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: "Tuberculose a vivência do tratamento de usuários e a experiência da assistência de profissionais da estratégia saúde da família", por que no momento está na última fase de tratamento para tuberculose/ atende usuários portadores de tuberculose há mais de um ano. Este projeto tem por objetivos: compreender a dinâmica assistencial dos profissionais e a vivência dos usuários no transcurso do tratamento da tuberculose e analisar o sentido do tratamento da tuberculose na vivência dos usuários e na experiência do profissional. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como referencial metodológico a Fenomenologia.

A pesquisa terá duração de 02 anos, com o término previsto para o 1º semestre de 2015.

Você será submetido à aplicação de uma **entrevista** semi-estruturada por um entrevistador treinado na fase inicial do projeto, com questões sobre a sua vivência/experiência durante o tratamento da tuberculose. A entrevista será gravada com sua anuência em fita cassete para posterior transcrição – que será guardada durante cinco (05) anos e destruído após esse período. Sua participação no estudo não implicará em **custos adicionais** e também não haverá **nenhuma forma de pagamento** pela sua participação.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o(s) pesquisador (a) ou com a instituição onde realiza seu tratamento, como também na que trabalha.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

O risco previsto que poderá ocorrer durante a sua participação nesta pesquisa será algum desconforto emocional decorrente da reflexão sobre o que cuidar e ser portador de tuberculose. Para isso o Sr (a) poderá contar com o apoio da pesquisadora, eventual suporte psicológico e poderá interromper a pesquisa se achar necessário. Caso haja algum desconforto não informado no termo, a pesquisadora providenciará atendimento com profissional de saúde da equipe para avaliação da situação e providências necessárias. Os benefícios relacionados a sua participação será consolidar o conhecimento científico para a área da Saúde Coletiva, mais especificamente na área da Saúde da Família; melhorar os indicadores de cura e abandono da tuberculose no município do Rio de Janeiro e a melhoria do tratamento para os portadores de TB a partir do conhecimento gerado sobre o manejo deste tratamento, realizado pelos profissionais posto que ainda persistem as dificuldades em lograr êxito em todos os casos.

Sr(a) receberá uma via deste termo onde consta o celular/ e-mail da pesquisadora responsável, e sua orientadora, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Dra. Elisabete Pimenta Araújo Paz
Orientadora
e-mail: bete.paz@gmail.com
Tel: (21) 98109-4535
Comitê de Ética e Pesquisa EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: (21) 2293 8148 – Ramal:
228 E-mail: cepeeahesfa@gmail.com

Shirley R. Santos Linhares
Pesquisadora Principal
e-mail: enfshirleylinhares@gmail.com
Tel: (21) 98024-0095

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - Telefone: (21) 3971-1463

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

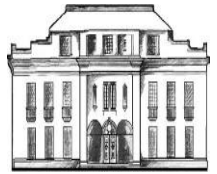
"O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com os Comitês de Ética em Pesquisa pelos telefones supracitados." _____, _____ de _____ de 2014.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Participante da Pesquisa: -----



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA



ANEXO D

Roteiro de entrevista

1- Profissionais

- 1 - Fale-me como é sua rotina de atendimento aos portadores de tuberculose.
- 2 - Para você o que significa cuidar dos usuários portadores de tuberculose?
- 3 - Você identifica alguma facilidade ou dificuldade na assistência prestada aos portadores de tuberculose?

2- Usuários

- 1 - O que significa para você estar com tuberculose?
- 2 - Fale-me de como era seu dia-a-dia antes do seu tratamento.
- 3 - Como você se sente realizando este tratamento?
- 4 - O que te ajudou a continuar com este tratamento?