

Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família*

TUBERCULOSIS TREATMENT DROP OUT AND RELATIONS OF BONDING TO THE FAMILY HEALTH TEAM

ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS E RELACIONES VINCULARES CON EL EQUIPO DE SALUD FAMILIAR

Káren Mendes Jorge de Souza¹, Lenilde Duarte de Sá², Pedro Fredemir Palha³, Jordana de Almeida Nogueira⁴, Tereza Cristina Scatena Villa⁵, Danielle Alves Figueiredo⁶

RESUMO

A pesquisa objetivou analisar a relação entre as singularidades do doente com história de abandono do tratamento de tuberculose e a atenção dispensada pela equipe de saúde da família à luz do conceito de vínculo. A construção do material empírico deu-se por meio de entrevistas gravadas, no período de julho a setembro de 2008, utilizando-se a História Oral Temática. Foram entrevistados nove usuários que tiveram o abandono como critério de encerramento para o tratamento da tuberculose em dois municípios da região metropolitana de João Pessoa, Paraíba, Brasil. O estudo foi realizado conforme a técnica de análise do discurso. Identificou-se que uma relação terapêutica, com partilha de compromissos e valorização do usuário, fortalece o vínculo e produz a democratização da gestão do cuidado. Por outro lado, uma relação vertical, com vínculo fragilizado, opõe-se ao propósito de uma prática intersubjetiva na perspectiva da co-gestão do cuidado.

DESCRITORES

Tuberculose.
Recusa do paciente ao tratamento.
Pacientes desistentes do tratamento.
Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the relation between the singularities of the sick subject with the history of dropping out of the tuberculosis treatment and the care given by the family health team in light of the bonding concept. The empirical material was built through recorded interviews, in the period from July to September of 2008, using the Thematic Oral History methodology. Interviews were taken with nine users whose drop out was the criteria for closing the treatment to tuberculosis in two municipalities of the metropolitan region of João Pessoa, Paraíba, Brazil. The analysis was performed according to the discourse analysis technique. The study identified that a therapeutic relation, sharing commitments and the user's valuation, strengthens the bonding and produces the care management democratization. On the other hand, a vertical relation, with fragile bonding, is opposed to the purpose of an intersubjective practice in the perspective of the care co-management.

KEY WORDS

Tuberculosis.
Treatment refusal.
Patients dropouts.
Family Health Program.

RESUMEN

La investigación objetivó analizar la relación entre las singularidades del enfermo con historial de abandono del tratamiento de la tuberculosis y la atención dispensada por el equipo de salud familiar a la luz del concepto vincular. La construcción del material empírico se realizó a través de entrevistas grabadas, en el período de julio a setiembre de 2008, utilizándose la Historia Oral Temática. Fueron entrevistados nueve usuarios que consideraron al abandono como criterio de cierre para el tratamiento de la tuberculosis, en dos municipios de la región metropolitana de João Pessoa, Paraíba, Brasil. El análisis se realizó de acuerdo a la técnica de análisis del discurso. Se identificó que una relación terapéutica, con reparto de compromisos y valorización del usuario, fortalece el vínculo y produce una democratización de la gestión de atención. Asimismo, una relación vertical, con vínculo fragilizado, se opone al propósito de una práctica intersubjetiva en la perspectiva de la co-gestión de la atención.

DESCRIPTORES

Tuberculosis.
Negativa del paciente al tratamiento.
Pacientes desistentes del tratamiento.
Programa de Salud Familiar.

* Extraído da dissertação "Abandono do tratamento da tuberculose na Atenção Primária à Saúde: uma análise segundo o enfoque familiar do cuidado", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba; 2008. ¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. karensouza@usp.br ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. lenilde_sa@yahoo.com.br ³ Pós-Doutorado pela Universidade de Alberta, Canadá. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. palha@eerp.usp.br ⁴ Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. jal_nogueira@yahoo.com.br ⁵ Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. tite@eerp.usp.br ⁶ Enfermeira. Professora da Escola Técnica de Enfermagem Ômega. João Pessoa, PB, Brasil. daniellejp@bol.com.br

INTRODUÇÃO

A história da tuberculose (TB) demonstra que os avanços tecnológicos relacionados à descoberta de insumos preventivos e de cura, ocorridos no século XX, proporcionaram importantes mudanças no tratamento e na representação social da doença. Paradoxalmente aos avanços obtidos, a tuberculose persiste como problema de saúde pública global. Nesse contexto, o Brasil ocupa o 18º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de TB do mundo. No ano de 2006, foram notificados no país 94.000 casos novos (50/100.000) e 7.600 óbitos (4/100.000) sob todas as formas da doença⁽¹⁾.

No Brasil, atualmente, os maiores desafios do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) consistem em expandir, tendo como estratégia o Tratamento Supervisionado (TS), a cobertura das ações de controle da TB, diminuir o número de casos de abandono do tratamento e incrementar as taxas de cura da doença⁽²⁾. Ressalta-se que a ampliação da cobertura do TS relaciona-se às dimensões político-gerencial, técnico-operacional e do financiamento das ações de TB⁽³⁾. Dessa forma, a Política de Controle da Tuberculose no país, em observância aos pilares do Directly Observed Treatment, Short-course (DOTS), enfatiza a importância do estabelecimento de uma rede descentralizada de diagnóstico e tratamento, integrada à Atenção Primária à Saúde (APS), visando horizontalizar as atividades de vigilância, prevenção e controle da doença, pela incorporação das mesmas às atribuições das equipes da Estratégia Saúde da Família, considerada, na perspectiva da APS, a porta de entrada do sistema de saúde.

O processo de expansão da Estratégia Saúde da Família encontra-se em um momento de transição, caracterizado por uma insuficiente sustentabilidade. O avanço dessa estratégia, principalmente em grandes centros urbanos, tem sido obstaculizado pelos desafios relacionados à complexidade dos contextos sociais, políticos e econômicos, nos quais estão inseridas as famílias a serem assistidas. Por esse motivo, sua consolidação como estratégia de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) requer a continuidade dos esforços de ampliação da cobertura assistencial, somada à melhoria da qualidade desse modelo de APS, o compromisso político dos gestores e a participação popular para que de fato seja possível uma mudança paradigmática no sistema de serviços de saúde⁽⁴⁾.

A descentralização das ações de controle da TB para a porta de entrada dos sistemas municipais de saúde tem sido dificultada pelos mesmos obstáculos postos à expansão da Estratégia Saúde da Família. Observa-se que fragilidades na produção do cuidado ao doente de TB têm contribuído para a ocorrência da interrupção do tratamento. A pouca valorização do contexto sócio-cultural do doente, para o desenvolvimento de projetos terapêuticos singularizados, soma-

da à debilidade do vínculo com os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) e a pouca produção de acolhimento têm cooperado para o abandono do tratamento da TB.

OBJETIVO

Considerando a complexidade do cuidado ao usuário com história de abandono do tratamento da TB e a descentralização das ações de controle da doença para as Unidades de Saúde da Família (USF) - porta de entrada do sistema mediante a concepção da APS - este artigo objetiva analisar a relação entre as singularidades do doente com história de abandono do tratamento da TB e a atenção dispensada pela equipe de saúde da família. Do ponto de vista teórico, para dar sustentabilidade à análise, essa relação foi vista sob o conceito de vínculo, o qual pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e o estabelecimento de fortes laços interpessoais, que revelem a cooperação mútua entre a equipe de saúde e a comunidade adscrita⁽⁵⁾.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de natureza qualitativa, realizada em dois municípios da região metropolitana de João Pessoa, Paraíba, Brasil, considerados prioritários para o controle da tuberculose no estado.

Bayeux - PB tem uma área de 32 km² e possui 92.891 habitantes⁽⁶⁾. Segundo informações repassadas pela coordenadora do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) local, no município, a Estratégia Saúde da Família é responsável por uma cobertura de 92% da população e conta com o trabalho de 28 equipes. Desde 2003, dada a implantação do DOTS, a atenção à TB está organizada de modo descentralizado nas USF. Em 2007, foram acompanhados 50 doentes de TB no município. Desses, 40 eram casos novos e 31 tiveram baciloscopia positiva (BK+). O percentual de abandono, para o mesmo ano, foi de 5%.

O município de Santa Rita - PB possui uma área territorial de 727 km² e uma população de 122.454 habitantes⁽⁶⁾. De acordo com informações transmitidas pela coordenadora do PCT local, o município dispõe de 36 USF, distribuídas entre a zona urbana e rural, garantindo uma cobertura de 100% da população municipal. O PCT foi implantado no município em 1999 e atualmente encontra-se descentralizado para a rede básica de saúde. Em 2007, foram notificados 40 casos de TB no município, sendo 38 na zona urbana, e a taxa de abandono, para esse ano, foi de 5%.

A História Oral⁽⁷⁾, modalidade temática, foi utilizada como recurso metodológico para esta investigação. A construção do material empírico foi realizada no período de julho a setembro de 2008, mediante os seguintes procedimentos: entrevista gravada, transcrição do material grava-

do, textualização, transcrição e, por fim, conferência do material para uso e publicação.

Participaram da realização deste estudo nove usuários de áreas de abrangência das USF dos dois municípios citados, que tiveram o abandono como critério de encerramento do tratamento da TB. A delimitação e localização dos mesmos foram possíveis por meio das informações disponibilizadas no sistema de informação da Seção de Tuberculose da Secretaria de Saúde dos municípios de Bayeux e Santa Rita - PB, bem como através do apoio das ESF responsáveis pelas áreas nas quais residiam os sujeitos do estudo.

Após o tratamento das entrevistas, foi realizada a categorização e análise dos depoimentos, conforme as seguintes etapas: impressão e leitura dos textos, identificação dos temas relacionados ao objeto e objetivos do estudo; recorte, decomposição dos textos que contenham os temas recorrentes pelos diferentes sujeitos da investigação; agrupamento dos textos que se referem aos temas coincidentes, permitindo a formação de blocos de significados, que orientem a construção das sub-categorias, as quais explicam a grande categoria empírica identificada.

Utilizou-se, no processo da análise, a técnica de análise do discurso⁽⁸⁾, considerando que a mesma é indicada nas pesquisas qualitativas, pela possibilidade de relacionamento dos materiais que envolvem valores, juízos necessários e preferíveis como argumentos, ou como meios capazes de revelar a visão de mundo e, portanto, a posição ideológica do sujeito discursivo.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram obedecidos os aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Na apresentação dos depoimentos, utilizou-se a seguinte codificação: C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8 e C9, representando os sujeitos do estudo. Também, os nomes das pessoas citadas pelos entrevistados foram substituídos por nomes fictícios, garantindo o sigilo que assegura a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. O projeto que deu origem a este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba em 02 de março de 2008, sob número de protocolo 0067.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que concerne à descrição dos sujeitos do estudo, cinco são do sexo masculino, representados por C1, C2, C3, C6 e C9 e quatro são do sexo feminino (C4, C5, C7 e C8). O grau de escolaridade informado por todos os entrevistados é o Ensino Fundamental incompleto.

C1, 43 anos, casado, tabagista, açougueiro. Reside em uma casa própria com três pessoas. A renda familiar é cerca de R\$200,00 semanais. C2, 19 anos, solteiro, estudante, mora com três pessoas em uma casa própria. C3, 33 anos, solteiro, etilista, tabagista, desempregado, reside com cinco pessoas em uma

casa própria. A renda familiar média é R\$415,00. C4, 39 anos, solteira, do lar, tabagista, etilista, ex-usuária de drogas ilícitas. Mora com doze pessoas em uma casa própria e a renda familiar é de cerca de R\$1.000,00. C5, 33 anos, casada, do lar, reside com quatro pessoas em uma casa alugada, e possui uma renda familiar de cerca de R\$ 300,00. C6, 25 anos, solteiro, feirante, etilista, tabagista e usuário de drogas ilícitas. Mora com duas pessoas em uma casa própria e possui uma renda familiar de R\$ 415,00. C7, 61 anos, viúva, do lar. Reside em uma casa emprestada, com três pessoas. A renda familiar média é de R\$ 58,00. C8, 43 anos, casada, do lar, tabagista, mora com nove pessoas em uma casa própria. A renda familiar média é de R\$ 330,00. C9, 50 anos, divorciado, artesão, etilista, tabagista. Mora em uma casa própria com uma pessoa. A renda familiar média é de R\$ 415,00.

A breve caracterização elaborada acima mostra a fragilidade sócio-econômica que a grande maioria dos doentes de TB apresenta. Observa-se que todos os sujeitos do estudo moram em áreas em que estão inseridas USF e, além dessa característica, ainda têm em comum a história do abandono à terapêutica, o baixo nível de escolaridade e a precariedade econômica, quando todos se mantêm com menos de três salários mínimos por mês. O quadro aqui brevemente ilustrado concorre para que se reafirme a assertiva de que o controle da TB é um marcador social importante das precárias condições de sobrevivência de pessoas em regiões metropolitanas⁽²⁾.

A relação entre o doente de tuberculose e a Equipe de Saúde da Família

Um dos princípios fundamentais da Estratégia Saúde da Família é a construção de vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade adscrita, objetivando a manutenção do cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mediante uma postura pró-ativa em face aos problemas de saúde-doença⁽⁹⁾.

A palavra vínculo possui origem latina - *vinculum*, e significa laço, ligação. Trata-se de um conceito que sugere interdependência, relações de troca, cuidado humanizado e integralidade da assistência⁽¹⁰⁾. O vínculo é produzido quando existe uma transferência de afetos entre aqueles que se vinculam, sendo assim, pode ser definido como a circulação de afeto entre pessoas⁽¹¹⁾.

A formação dos laços de vínculo está, intimamente, relacionada à prática de cuidados, traduzidos em atitudes de preocupação, interesse e atenção. Essa relação pode ser verificada nas falas dos seguintes colaboradores:

Eu sinto muita saudade da equipe do posto de saúde [USF], porque o pessoal era muito bom, humildes e tratavam todos bem (C9).

Só quem liga pra gente é dona Maria [Agente Comunitária de Saúde - ACS]. Ela não pode ver ninguém doente, que já tá em cima. Quando é preciso, ela fala com a médica pra gente. E onde você for, o povo aqui só fala nela, porque ela socorre todo mundo aqui (C8).

Eu gosto muito de Ana [enfermeira] e senti uma falta muito grande quando ela saiu desse posto [...] Ana era dez, amiguíssima, dava atenção a todo mundo (C5).

O vínculo como prática integral nos serviços de saúde orienta um novo tipo de cuidado, que envolve humanização, responsabilização e a necessidade de se integrar à voz do usuário, produzindo mudanças no modelo assistencial⁽¹²⁾.

O cuidado é uma atitude de envolvimento afetivo, de zelo e de responsabilidade pelo outro⁽¹³⁾. Cuidar exige conhecer o projeto de felicidade daquele que recebe cuidados e participar ativamente de sua construção⁽¹⁴⁾, o que sugere a impossibilidade de existir atitude de cuidado na ausência de vinculação entre sujeitos, portanto requer a produção de subjetividades que aparecem e se fortalecem, ou não, no processo terapêutico.

No campo da saúde, a produção de vínculo é essencial, pois constitui um elemento básico do processo terapêutico. A raiz grega da palavra terapêutica - *therapeutike* traz o significado de cuidado⁽¹¹⁾. Deste modo, o vínculo produzido no trabalho em saúde dá-se no contexto das relações de cuidado.

A perda da dimensão cuidadora em toda parte, bem como a perda da conexão com o todo, tem sustentado o cientificismo tecnicista atual, fato que requer o desenvolvimento de uma ética do saber cuidar⁽¹³⁾. Essa compreensão, no contexto do trabalho em saúde, representa a superação de uma prática de simples oferta de serviços e propõe um avanço em direção à incorporação das tecnologias das relações de interação e subjetividade, pois o processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição essencial para que um serviço torne-se produtor de cuidado⁽¹⁵⁾.

O vínculo entre a ESF e o doente de TB, particularmente aquele que abandonou o tratamento, favorece a manutenção ativa do cuidado, mediante a monitorização das condições de saúde do usuário e de sua família, considerando a perspectiva do conceito ampliado em saúde e a singularidade da pessoa que abandona a possibilidade de se cuidar e ser cuidado. A maior aproximação da equipe de saúde ao contexto de vida do doente de TB potencializa o vínculo, como relatado pelo colaborador 1:

Procuravam saber da minha família [...] Percebi o interesse deles. Acho que o serviço de saúde é perfeito (C1).

Por outro lado, o desconhecimento das condições de vida do doente de TB e de sua família por parte da ESF fragiliza o vínculo no processo terapêutico, como verificamos no seguinte relato:

Acho que a equipe é um pouco distanciada da minha família, eles não sabem das nossas necessidades. Acho que deveria ter mais atenção (C2).

Observa-se que a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em alguns municípios, representou mais uma mudança institucional do que, de fato, uma aproximação ao cotidiano das famílias e do cuidado familiar. Por consequên-

cia, o termo família tem perdido a sua especificidade, ao denominar-se saúde da família as práticas tradicionais de abordagem individual ou de relação com o grupo comunitário⁽¹⁶⁾.

Considerando que a família é um espaço de relações de cuidado, como verificado nos relatos seguintes, considera-se indispensável que a ESF envolva os familiares do doente de TB na elaboração e execução do projeto terapêutico:

Eu passo quatro, cinco dias em cima da cama, esmorecida, aí minha filha quer logo chamar a ambulância (C8).

Minha irmã me chamou pra fazer um Raio X [...] quando tive febre, voltei pro posto com minha irmã e pegamos o remédio (C2).

Eu saí com minha mãe por todos os postos de saúde (C3).

Eu tomei muito mastruz com leite. Minha mãe é do interior e me indicou (C4).

De modo geral, o doente de TB assistido nas USF desenvolve um maior vínculo com o profissional de saúde responsável pelo seu tratamento e que melhor conheça o contexto cultural e sócio-econômico da família. A relação que se estabelece entre eles - ESF, doente e família, é permeada por confiança, respeito e solidariedade, como apresentado nos depoimentos seguintes:

Da equipe de saúde daqui, quem mais conhece minha situação de vida é Tereza [ACS]. Ela sempre vem aqui. É minha amiga de muito tempo. É uma pessoa muito bacana, presente, educada, que dá muito conselho (C9).

Eu não procuro essa médica daqui, porque só quem liga pra mim é dona Maria [ACS] [...] A minha felicidade é primeiramente Jesus e, em segundo, dona Maria (C8).

Eu gosto do pessoal da unidade, mas minha maior ligação é com a agente de saúde. Ela conhece a minha situação (C3).

Quem realmente cuidou de mim foi Ana [enfermeira]. Se não fosse ela, eu não sei o que seria de mim. Ela me deu muita força (C5).

[...] da equipe quem mais cuidava de mim era Carla [ACS] (C6).

Com relação ao vínculo entre o doente de TB e a equipe de saúde, identifica-se que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) ocupa um lugar de destaque, justificado pelo fato de que esse compartilha da vida cotidiana do usuário, no que concerne à prática organizativa da comunidade, ao contexto econômico-social da população, bem como suas formas de expressão, manifestações culturais e valores. O ACS conhece as necessidades das famílias, da comunidade, fala a linguagem do povo, partilha dos costumes locais e por isso, sua atuação apóia-se no conceito de elo entre o serviço de saúde e a comunidade⁽¹⁷⁾. A colaboradora 8, falando da ACS de sua microárea, descreve que ela é

[...] uma mulher que fala com todo mundo [...] corre pro posto e, quando ela não pode levar a gente, ela pede ajuda de lá.

O ACS é percebido como um representante da equipe de saúde na comunidade, por esse motivo, por vezes, quando ele não consegue desempenhar a função de elo entre a população assistida e o serviço de saúde, o usuário tente a distanciar-se da ESF. A colaboradora 7, abordando as visitas domiciliares da ACS, faz um relato a esse respeito:

Se vier uma visita é de mês em mês. Se eu não falar com ela, ela não entra na minha casa pra saber como é que são as coisas. Tem vezes que ela pergunta como eu tô, mas é do lado de fora. É por isso que eu deixei de procurar esse posto.

O acompanhamento do doente de TB, ao longo do tratamento, deve ser intensificado nos três primeiros meses, pois se trata de um período crítico para a ocorrência do abandono do tratamento⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. A visita domiciliar potencializa esse processo de monitorização e deve ocorrer regularmente, permitindo o fortalecimento do vínculo entre a ESF, o usuário e sua família, possibilitando, sobretudo, o desenvolvimento de um cuidado contínuo, centrado no enfoque familiar, segundo o qual o indivíduo deve ser considerado em seu ambiente cotidiano e a avaliação das necessidades de saúde amplia-se ao contexto familiar⁽⁵⁾. Acrescenta-se, no contexto das ações de controle da tuberculose, a importância da qualidade do fluxo de informações em saúde, que permite o monitoramento dos resultados de tratamento dos doentes de TB⁽²⁰⁾.

Enfatizando-se que o vínculo permite a formação de laços⁽¹¹⁾ e promove a empatia e solidariedade entre os profissionais de saúde e o usuário, verifica-se a importância, na produção de cuidados, da interação entre a ESF e o usuário, destacando-se que a adesão ao tratamento da TB depende também do envolvimento dos profissionais de saúde no cuidado ao doente de TB⁽²¹⁾, como se pode verificar na fala seguinte:

Ana [enfermeira] era uma amiga pra mim. Ela freqüentava minha casa, tomava um cafezinho, lanchava. Eu gosto muito de Ana e senti uma falta muito grande quando ela saiu desse posto [...] Depois que Ana saiu do posto, muito difícil eu ir ali (C5).

Quando o doente de TB sente-se valorizado pela equipe de saúde, em razão do vínculo estabelecido, há um estímulo para a adesão terapêutica. Essa idéia pode ser comprovada por meio do relato do colaborador 9:

[...] eu fazia tudo que eles pediam, porque eu gostava muito deles [Choro]. [...] durante meu tratamento, não me faltou nada. Todos gostavam de mim.

Deste modo, percebe-se a relevância do desenvolvimento de tecnologias leves do cuidado, como fator potencializador para a adesão terapêutica do doente de TB. Na fala dos colaboradores se observa que a forma como a ESF acolhe o usuário e participa da vida da família é determinante para a construção de vínculo e deve ser vista como um fator importante para garantir a continuidade do tratamento. Por outro lado, também se observa que a distância entre a equi-

pe e o usuário e seu núcleo familiar, afrouxa os laços de vínculo, favorecendo o abandono do processo terapêutico.

Nesse feixe de singularidades, reconhecemos a complexidade do problema que envolve a pessoa que abandona o tratamento. Observa-se que a garantia do êxito terapêutico depende também da relação que a ESF estabelece com outros setores da sociedade e do compromisso político dos gestores na garantia de políticas que promovam o cuidado na perspectiva da integralidade. Acredita-se que a partir da percepção da singularidade do doente de TB nasce o vínculo, que perpassa o projeto terapêutico, gerando a possibilidade de uma prática de cuidado na perspectiva da co-gestão.

O vínculo e o desenvolvimento de um projeto terapêutico para o doente de TB na perspectiva da co-gestão do cuidado

A co-gestão do cuidado pressupõe o estabelecimento de uma prática intersubjetiva, na qual o profissional de saúde e o usuário estabelecem relações de troca e desenvolvem o sentido forte do diálogo na perspectiva da hermenêutica: a fusão de horizontes, definida como a *produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido*⁽¹⁴⁾.

Para que os recursos do setor saúde sejam colocados a serviço do sucesso almejado pelo usuário, é necessário que a fusão de horizontes permeie todo o processo de construção da linha de cuidado, que representa um fluxo de assistência integral, desenhada a partir do ponto de entrada do usuário no sistema de saúde, atravessando todos os pontos de atenção do sistema, articulando ações e serviços, produzindo vínculo e integrando atores diversos em torno de um projeto terapêutico, que é construído a partir das necessidades de saúde do usuário, o qual se configura o elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde⁽¹⁵⁾. Entretanto, por vezes, o doente assume a condição de objeto, sendo colocado à margem do plano terapêutico, quando deveria assumir o protagonismo no processo de gestão do cuidado. A colaboradora 7 faz um relato sobre esse aspecto:

Disseram pra eu fazer o tratamento porque eu tava com tuberculose, mas até agora eu não sei [...] Do que adianta? Sem saber o que é de verdade? Porque a pessoa tomando remédio pra uma coisa e ser outra diferente... Fiz vários exames de escarro e nunca deu nada. A primeira vez que eu tava me tratando no posto acolá, fui fazer um RX e a doutora disse que eu tinha um enfisema pulmonar e eu não sei o que é [...] Eu não tenho conhecimento aqui de nada, a não ser de remédio (C7).

O depoimento anterior expressa a falta de vínculo e a condição de objeto na qual a usuária foi posicionada, tendo sido deixada à margem do projeto terapêutico, o que evidencia a fragilidade no tocante à gestão do seu cuidado. A mesma colaboradora demonstra como a incerteza do di-

agnóstico de sua doença, associada à pouca familiarização com os recursos da informação acerca da doença e tratamento, exerceram influência sobre a atitude de abandonar o tratamento da TB.

A menina do hospital me ligou, querendo saber por que eu não comparecia pra pegar a medicação, mas eu nem fui lá, porque como é que eu posso fazer um tratamento sem saber se é certeza? [...] Eu parei o tratamento porque eu não sei o que eu tenho (C7).

O reconhecimento da condição de sujeito do usuário nas práticas de saúde harmoniza-se com a noção de saúde Paidéia, um método que nasceu do conceito grego de desenvolvimento integral do ser humano. Representa um esforço para aproximar saúde e cidadania, pois objetiva a co-produção de sujeitos, com capacidade de análise e de gestão das próprias vidas e instituições. O agir Paidéia leva a um rompimento com as relações de poder/saber construídas historicamente entre profissionais de saúde e usuários, nas quais os primeiros detêm o saber dito científico e, portanto, são aqueles que melhor definem a condução terapêutica. Nesse sentido, o método Paidéia valoriza projetos pedagógicos em saúde que potencializam a participação ativa dos usuários nos processos de gestão dos problemas de saúde⁽¹¹⁾.

É importante que o usuário esteja envolvido em todas as etapas do tratamento da TB e que a ESF favoreça essa participação, fornecendo as informações necessárias - usando linguagem acessível - e verificando a assimilação dessas informações pelo usuário. O depoimento abaixo da colaboradora 8 aponta dificuldades de comunicação entre o usuário e profissional de saúde, que desconstróem o processo de educação em saúde:

Eu não sei se tenho pulmão. O médico diz que eu tenho que tirar. Outro dia, quando eu bati a chapa, só tinha um pulmão, mas eu bati outra chapa na semana retrasada, e eu tenho dois. Tenho um abaixo das costelas. Eu não vi nem a carne das costelas. E eu perguntei a doutora onde tava o outro. Eu acho que esse remédio tá me deixando doida (C8).

É necessário que, na relação entre a ESF e o doente de TB, desenvolva-se um canal de comunicação, através do qual o profissional de saúde compreenda a percepção do doente acerca de sua doença e, assim, o doente possa compreender os objetivos das indicações terapêuticas propostas, a fim de que ambos participem da construção do plano terapêutico.

A primeira consulta é um momento oportuno para o profissional de saúde conversar com o doente acometido por TB sobre a doença, o tratamento e sua participação na gestão do cuidado. Deste modo, minimiza-se a possibilidade de abandono do tratamento relacionado à inadequada assimilação de informações por parte do doente e permite iniciar e manter a relação de vínculo que deve haver entre ambos, de modo a promover uma interação terapêutica.

A relação terapêutica entre o profissional de saúde e o doente de TB sofre influência das condições em que se dá a interação entre esses sujeitos. Os aspectos psicossociais do usuário relacionados ao seu adoecimento, as habilidades técnicas do profissional de saúde, as condições de trabalho na unidade e as emoções vivenciadas pelo profissional (ansiedade, medo, frustração, compaixão), entre outras questões, criam a atmosfera do encontro terapêutico⁽²²⁾, que poderá favorecer a construção do vínculo e desenvolvimento da gestão do cuidado, ou dificultar a adesão terapêutica do doente, resultando no abandono do tratamento.

A partilha de responsabilidades no processo de co-gestão do cuidado é fundamental para potencializar o envolvimento do doente de TB com seu tratamento. O colaborador 1 faz um relato a esse respeito:

Disseram pra eu me cuidar e tomar a medicação pra ficar curado (C1).

Essa fala demonstra o trabalho da equipe em relação ao estímulo ao cuidado de si por parte do doente de TB. Entretanto, necessita-se encontrar o equilíbrio nesse processo, pois a equipe não pode ser desresponsabilizada na sua parcela de compromisso na gestão do cuidado, pois

para que o tratamento da tuberculose tenha êxito é necessário que haja uma partilha de compromissos, envolvendo o serviço de saúde e o doente, através da criação de pactos, que contemplem as necessidades de ambas as partes⁽¹⁸⁾.

Por vezes, embora haja esforço por parte da ESF para o estabelecimento da co-gestão do cuidado, com definição clara da partilha de responsabilidades, o doente de TB esquivava-se desse processo, como na fala seguinte:

O que faltava era eu querer me ajudar mesmo, mas quem não quis foi eu. E o vacilo foi meu, porque, nesses meses que eu passei tomando o remédio, eu me achei forte, pensei que tava bom (C3).

O vínculo, na perspectiva de uma Saúde Paidéia, deve impulsionar o desenvolvimento de práticas, que resgatem a autonomia dos sujeitos, pois um cuidado que não ajuda os outros a se ajudarem não pode ser considerado integral. Considerando a noção de politicidade do cuidado, verifica-se que o cuidado é capaz de tutelar ou emancipar pessoas. Acredita-se que desenvolver o protagonismo de sujeitos e fomentar cidadanias é o objetivo mais alto das práticas de saúde permeadas pelo princípio da integralidade. A fala da colaboradora 8 demonstra a desconstrução da autonomização do usuário:

O posto não é bom não. A médica daí manda eu fazer exame, mas quando eu vou saber do resultado, ninguém diz. É por isso que eu não procuro posto nenhum (C8).

Considerando que o vínculo entre o doente de TB e a ESF pode ser positivo, quando gera autonomia, ou negativo, quando produz dependência e insegurança para o usuário, insiste-se para que a equipe de saúde perceba que os usuários, recebendo apoio, conseguirão superar condições

adversas, enfrentando os problemas de saúde a partir das suas condições concretas de vida. Senão, tender-se-á a estabelecer um padrão paternalista de vínculo⁽¹¹⁾. Portanto, para a produção de cuidados integrais, permeada pelo vínculo, é imprescindível investir na reconstrução da cidadania e subjetividade desses usuários, especialmente daquele com tendência para não aderir ao tratamento ou com história de abandono terapêutico, ou seja, que apresenta dificuldades para defender a própria vida.

Acredita-se que seja necessário, para o enfrentamento do abandono do tratamento da TB, o envolvimento de diferentes atores sociais - sociedade civil, centros de pesquisa e universidades, profissionais de saúde, gestores e governos, para que haja um somatório de esforços de modo coordenado, e, dentro do contexto desejado de redução das desigualdades sociais, seja possível atingir as metas relacionadas à redução do número de abandonos e incremento dos percentuais de cura.

CONCLUSÃO

Refletir sobre a relação entre as singularidades do doente de tuberculose, com história de abandono do tratamento, e a atenção dispensada pela equipe de saúde da família, à luz do vínculo, implica primeiramente reconhecer a importância do delineamento de projetos terapêuticos singularizados, traduzidos como projetos de felicidade, nos quais a participação do usuário e da equipe de saúde resulta em um processo de co-gestão do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2008. Geneva; 2008.
2. Santos J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. *Rev Saúde Pública*. 2007;41 Supl 1: 89-94.
3. Villa TCS, Assis EG, Oliveira MF, Arcêncio RA, Gonzales RIC, Palha PF. Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) da Tuberculose no Estado de São Paulo (1998 a 2004). *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):98-104.
4. Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
5. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades [texto na Internet]. [citado 2007 dez. 5]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>
7. Meihy JCS. Manual de história oral. 5ª ed. São Paulo: Loyola; 2005.
8. Fiorin JL. Elementos da análise de discurso. 7ª ed. São Paulo: Contexto; 1999.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [legislação na Internet]. 2006 [citado 2008 set. 10]. Disponível em: www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/copasems/portaria_648.doc
10. Gomes ALC, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):365-72.
11. Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
12. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005;9(17): 287-301.
13. Boff L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.

O fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde da família e o doente de TB favorece a produção do cuidado na perspectiva da co-gestão, mediante uma relação de confiança e partilha de compromissos. O vínculo possui uma estreita relação com a prática de cuidados, uma vez considerando que ambos promovem sintonia, troca de afetos e convivência potencialmente reconstrutora de autonomias.

Verificou-se que o vínculo favorece a continuidade do cuidado e que o conhecimento do entorno sócio-econômico-cultural do usuário e de sua família pela equipe de saúde fortalece a relação terapêutica. Nesse aspecto, o agente comunitário de saúde foi destacado como membro da equipe de saúde com quem o doente de tuberculose desenvolve maior vinculação.

O envolvimento do doente de tuberculose em todas as etapas do projeto terapêutico, bem como o estabelecimento de canais de comunicação entre esse usuário e a equipe de saúde favorecem a adesão terapêutica do doente.

Identificou-se que uma relação terapêutica, com ênfase na partilha de compromissos e valorização do usuário, fortalece o vínculo e produz democratização da gestão do cuidado, mediante a participação dos usuários nas decisões sobre a saúde que se deseja obter. Por outro lado, uma relação vertical, na qual o vínculo se torna eventual e a equipe de saúde não respeita o projeto de vida do paciente, mantém relações de poder de dominação e, portanto, opõem-se ao propósito de uma prática intersubjetiva na perspectiva da co-gestão do cuidado.

-
14. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):43-62.
 15. Franco TB, Magalhães Junior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Miranda Junior H, Rimoli J. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 125-34.
 16. Vasconcelos EM. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde Debate*. 1999;23(53):6-19.
 17. Silva JA, Dalmaso ASW. O Agente Comunitário de Saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2002;6(10):75-96.
 18. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(4):712-8.
 19. Bergel FS, Gouveia N. Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(6):898-905.
 20. Nogueira JA, Sá LD, França UM, Almeida SA, Lima DS, Figueiredo TMRM, et al. O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba - Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):125-31.
 21. Monroe AA, Gonzáles RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, Villa TCS. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):262-7.
 22. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(1):139-46.