

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

POLIANA SOARES DE OLIVEIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA SOBRE O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) DA
TUBERCULOSE**

SÃO LUÍS

2014

POLIANA SOARES DE OLIVEIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA SOBRE O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) DA
TUBERCULOSE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Cuidado

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Dorlene Maria Cardoso de Aquino

SÃO LUÍS

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

O48d Oliveira, Poliana Soares de.

Representações Sociais dos enfermeiros da estratégia saúde da família sobre o Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose. / Poliana Soares de Oliveira - São Luís: UFMA, 2014.

94 f.:il.

Impresso por computador (Fotocópia).

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.

1. Tratamento Diretamente Observado. 2 Tuberculose. 3. Enfermeiro. I. Aquino, Doralene Maria Cardoso de (Orientadora). II. Título.

CDU 616-083:616.24-002.5

OLIVEIRA, Poliana Soares de. **Representações Sociais dos enfermeiros da estratégia saúde da família sobre o Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose.** 2014. 94f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2014.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Cuidado
Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Dorlene Maria Cardoso de Aquino
Presidente
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^a. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
1º Membro
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^a. Ana Hélia de Lima Sardinha
2º Membro
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^a. Lena Maria Fonseca Barros
Suplente
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^a. Nair Portela Silva Coutinho
Suplente
Universidade Federal do Maranhão

À Deus e minha família pelo amor
incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal do Maranhão pela oportunidade ofertada com este Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

A coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Prof^a Dr^a Ana Hélia de Lima Sardinha da Universidade Federal do Maranhão pela dedicação em prol deste programa e contribuição na orientação deste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão pelos ensinamentos repassados e fundamentais para a realização do presente estudo.

A Prof^a. Dr^a. Dorlene Maria Cardoso de Aquino pela paciência, amizade e conhecimentos repassados durante toda esta trajetória.

A todos os enfermeiros das Unidades de Saúde da Família pelo acolhimento.

A todos meus colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão pelo convívio e conhecimentos compartilhados.

A minha família, em especial ao meu filho Arthur Leonardo Gomes de Oliveira, pela força, motivação e inspiração e ao meu marido Leonardo de Carvalho Gomes pelo cuidado, carinho e paciência oferecidos a mim no decorrer deste mestrado.

"Há aqueles que lutam um dia; e por isso são bons. Há aqueles que lutam muitos dias; e por isso são muito bons. Há aqueles que lutam anos; e são melhores ainda. Porém há aqueles que lutam toda a vida; esses são os imprescindíveis".
([Bertold Brecht])

OLIVEIRA, Poliana Soares de. **Representações Sociais dos enfermeiros da estratégia saúde da família sobre o Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose.** 2014. 77f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2014.

Resumo

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é considerado um marco para o controle mundial da TB, que adaptado pode contribuir para o alcance das metas mundiais de controle da doença. O M.S (BRASIL, 2011b) destaca que a atuação do enfermeiro tem o papel fundamental de garantir a supervisão de todo o TDO. Contudo, percebemos no tocante a atuação dos enfermeiros no TDO, a partir de observações empíricas da prática e discussões em grupo de pesquisa entre enfermeiros assistencialistas da área e pesquisadores, algumas limitações para operacionalização da estratégia, em destaque a importância dada a supervisão da tomada de medicamentos em detrimento de outras ações que também fazem parte do TDO. O objeto de estudo desta pesquisa são as representações sociais sobre o TDO para enfermeiros da ESF, tendo como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici. Esta pesquisa objetiva conhecer as representações sociais dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose. Trata-se de um estudo representacional, de abordagem qualitativa, realizado nas unidades de saúde da família que operacionalizavam o TDO, em São Luís-MA. Os sujeitos foram todos os enfermeiros que trabalhavam com a estratégia TDO nestas unidades. Foram utilizados para a coleta de dados o Teste de Associação Livre de Palavras, um entrevista semi-estruturada e um instrumento para identificação de dados sociodemográficos. A análise foi realizada com a utilização do EVOC e da técnica de análise de conteúdo. A pesquisa respeitou a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Ao se avaliar as palavras evocadas e os discursos apresentados pelos sujeitos da pesquisa, observou-se uma clara relação entre eles, validando o resultado obtido com o TALP. Nas falas apresentadas pelos enfermeiros, observou-se que os elementos do núcleo central foram destacados nos discursos. A estrutura das Representações ficou organizada da seguinte forma: núcleo central composto pelos termos medicação, cura, cuidado e supervisão; elementos da primeira periferia composto por dedicação, vínculo, adesão e agentes comunitários de saúde; elementos da segunda periferia composto pelos termos orientação e prevenção e os elementos de contraste encontrados foram imposição e rejeição. Identificamos que, na entrevista com os enfermeiros sobre o TDO, os sujeitos apresentaram representações ancoradas em diversos fatores relacionados aos sentimentos, atitudes e práticas cotidianas de um modelo de saúde médico-curativo, centrado mais no indivíduo do que na coletividade, mais na cura do que no cuidado. as representações sociais reveladas pelos discursos mostram que profissionais de enfermagem representam de maneira parecida o TDO. Ora o discurso está pautado em seus saberes, ora em suas crenças. Pode-se dizer que apesar da preocupação com a normatização e com os aspectos técnicos que regem a estratégia, a humanização da assistência é presente, pois existe preocupação com a escuta e com o respeito à singularidade das pessoas. Constatou-se que o entendimento sobre o TDO se apresenta para o enfermeiro, como uma ação terapêutica através da ingestão da medicação, como garantia de cura, o que representa na realidade um entendimento que se distânciava do verdadeiro objetivo e das finalidades da estratégia TDO, fazendo com que ela seja operacionalizada de forma equivocada, em desacordo com os pilares que regem sua sustentabilidade como a melhor estratégia de combate a Tuberculose.

Palavras-chave: Representação Social. Tuberculose. Enfermeiro.

OLIVEIRA, Poliana Soares de. **Representações Sociais dos enfermeiros da estratégia saúde da família sobre o Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose.** 2014. 77f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2014.

Abstract

The Directly Observed Treatment (DOT) is considered a milestone for global TB control, which adapted to the conditions of each locality can contribute to achieving the global targets for TB control, which are: to detect 70% of cases and curing 85% of these. The strategy includes its operation, which emphasizes five elements: political commitment government; detection of cases from the smear; increase in cure rates; regular supply of drugs and notification system for cases (GONZALES, et al, 2008;). The MS (BRAZIL, 2011b) highlights that the role of the nurse has a fundamental role to ensure supervision of all TDO, ensuring patient adherence to a successful treatment. However, we realize regarding the role of nurses in TDO, from empirical observations of practice and group discussions of welfare research among nurses and researchers in the area, some limitations to operationalize the strategy, highlighted the importance given oversight of decision-makers to the detriment of other actions that are part of the TDO. The object of this research are the social representations of the TDO for nurses FHS, theoretically based Theory of Social Representations of Serge Moscovici. To identify the social representations of nurses of the Family Health Strategy (FHS) on the Directly Observed Treatment (DOT) for tuberculosis. This is a representational study, qualitative approach, performed in health facilities of the family who made operational ODD, in São Luís-MA. The subjects were all nurses who worked with ODD strategy in these units. Were used to collect data to test Free Word Association, a semi-structured interview and a tool to identify sociodemographic data. The analysis was performed using the EVOCA and technique of content analysis. The research complied with Resolution 466/12 of the National Health Council. When evaluating evoked words and speeches presented by the research subjects, there was a clear relationship between them, validating the results obtained with TALP. In the speech delivered by nurses, it was observed that the core elements were highlighted in the speeches of the elderly. The structure of the representations was organized as follows: core composed of the terms medication, cure, care and supervision; element of the first periphery composed of dedication, bonding, adhesion and community health workers; elements of the second periphery composed of the terms and prevention orientation and contrast elements were found laying and rejection. We found that, in the interview with the nurses on the TDO, the subjects showed representations based on several factors related to feelings, attitudes and daily practices of a medical model of health-dressing, focused more on the individual than the collective, more on healing than in care. It was found that the understanding of ODD is presented to the nurse as a therapeutic dose of the medication through the action, as a guarantee of cure, which actually represents an understanding that distance from the true purpose and aims of the TDO strategy, causing it to be operationalized in error, in disagreement with the pillars that govern its sustainability as the best strategy to combat TB.

Keywords: Social Representation . Tuberculosis. Nurse.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Palavras evocadas em ordem alfabética. São Luís, 2014.	42
Figura 2	- Palavras evocadas resumidas. São Luís, 2014.	43
Figura 3	- Palavras evocadas sintetizadas no programa Microsoft Excel. São Luís, 2014.....	47
Figura 4	- Categorias obtidas a partir dos discursos dos sujeitos da pesquisa sobre TDO. São Luís-MA, 2014	52
Quadro 1	- Quadro de quatro casas do termo indutor TDO para enfermeiros da ESF. São Luís	53

LISTA DE SIGLAS

ABS	- Atenção Básica a Saúde
ACS	- Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Humana
BAAR	- Bacilo Álcool Ácido Resistente
BCG	- <i>Bacilo de Calmette-Guérin</i>
CNCT	- Campanha Nacional contra a Tuberculose
CNPS	- Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
DOTS	- Directly Observed Treatment Strategy
ESF	- Estratégia Saúde da Família
EVOC	- <i>software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations</i>
GTB	- Programa Global da Tuberculose
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
ILT	- Infecção latente Tuberculose
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MDR	- Multidroga resistente
MS	- Ministério da Saúde
MTB	- <i>Mycobacterium tuberculosis</i>
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PCT	- Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	- Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PSF	- Programa Saúde da Família
PT	- Prova Tuberculínica
RS	- Representação Social
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SNT	- Serviço Nacional de Tuberculose
SR	- Sintomáticos respiratórios
SUS	- Sistema Único de Saúde
TALP	- Teste de Associação Livre de Palavras
TB	- Tuberculose
TBL	- Tuberculose Latente
TDO	- Tratamento Diretamente Observado
TS	- Tratamento Supervisionado

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	2
2	OBJETIVOS	11
3	REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	12
3.2	TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL	17
4	CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA TUBERCULOSE NO MUNDO E NO BRASIL	20
4.1	SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE.....	20
4.2	EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE TRATAMENTO CONTRA TUBERCULOSE.....	22
4.3	A IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DOTS	26
4.4	A ENFERMAGEM E O SERVIÇO NO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO)	31
5	METODOLOGIA	38
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	38
5.2	LOCAL DE ESTUDO	38
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	39
5.4	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	40
5.5	PERÍODO DO ESTUDO E COLETA DE DADOS	40
5.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	41
5.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	45
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
6.1	CARACTERIZANDO OS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS ENFERMEIROS	47
6.2	AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS POR ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS E AS PRÁTICAS DISCURSIVAS DOS ENFERMEIROS	51
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICE A – EVOCAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS	71
	APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA	72
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	73
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ...	74
	APÊNDICE E - TABELA COM DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	76
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	77

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) afeta a humanidade há pelo menos 8.000 anos. Até meados do século XIX seu caráter infectocontagioso não era reconhecido, sendo atribuída a outras causas como hereditariedade, miasmas e outros fatores ambientais e sociais. Somente em 1882, com a identificação do *Mycobacterium tuberculosis* por Robert Koch foi que a TB passou a ser definida como doença infectocontagiosa. Este fato permitiu o desenvolvimento de pesquisas biomédicas em busca de vacinas e tratamentos medicamentosos (RODRIGUES, *et al*, 2007).

No Brasil, a TB instalou-se desde a colonização do país, disseminando-se entre as classes menos favorecidas. Durante o século XIX, quando a eficácia do tratamento quimioterápico ainda não era uma realidade, a concepção da doença como “mal romântico” foi extremamente difundida, sobretudo entre os poetas da época, estando. Somente a partir do século XX, a doença passa a ser claramente percebida como um preocupante problema de saúde pública (PORTO, 2007; MACIEL; *et al*, 2012).

No século XX, a epidemia de TB no Brasil tornou-se realidade na maior parte das cidades passando a ser conhecida com a “praga dos pobres”, dada a sua íntima relação com as péssimas condições de moradia, higiene e alimentação deficiente. Neste momento, diante da insuficiente atenção a saúde, o tratamento dos tuberculosos era realizado nas Santas Casas de Misericórdia, fundamentadas em uma concepção humanitária de assistência, oferecendo alimentação e descanso (MACIEL, *et al*, 2012).

Ao longo século, as taxas de mortalidade para TB aumentaram. A doença passou a atingir a população economicamente ativa, onerando a sociedade em seus aspectos econômicos e sociais. A partir desse momento surgiram as primeiras iniciativas e participação do setor público naquilo que ficou conhecido como luta contra TB (MACIEL, *et al*, 2012).

A luta contra a TB ficou marcada por algumas medidas como: a criação da Liga Brasileira contra a Tuberculose; o Plano de Ação Contra a Tuberculose com Oswaldo Cruz; a Reforma Carlos Chagas; a Vacinação com o Bacilo de Galmette e Guérin (BCG) em recém-nascidos; o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT); a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT); a descoberta da estreptomicina pelo americano Selman Waksman e a evolução dos esquemas terapêuticos; a criação do II Plano Nacional de Desenvolvimento, que incluiu o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) financiado pelo Ministério da Saúde (MS), Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e Secretarias

Estaduais de Saúde (SES). Tais medidas reduziram temporariamente a mortalidade, fazendo com que se pensasse equivocadamente que a TB estaria controlada na década de 80 (HIJAR, *et al*, 2007; RUFFINO-NETTO, 2002).

Embora notória, a redução da mortalidade por TB, não foi mantida nas últimas décadas, contribuindo para este fato as desigualdades sociais, insuficiência de pesquisas visando o desenvolvimento de novos tratamentos e vacinas, fluxos migratórios, deficiências do sistema de saúde e alta prevalência dos casos de Tuberculose multirresistente (TBMR) e associados à infecção pelo HIV (BARREIRA, GRANGEIRO, 2007).

Atualmente, estima-se que 1/3 da população mundial esteja infectada pelo *M. tuberculosis*. Em 2010, foram notificados 6,2 milhões de casos da doença e 1,1 milhões de óbitos, ao ano. (BRASIL, 2012). No cenário brasileiro a TB é a quarta causa de morte por doenças infectocontagiosas. O Brasil ocupa o 17º lugar entre os 22 países responsáveis por 82% do total de casos de TB no mundo (BRASIL, 2012).

No Maranhão, a TB é a quinta causa de mortalidade por doenças infectocontagiosas. O Estado é o quinto da nação com as maiores taxas de mortalidade por TB; 10º com o maior número de casos novos registrados e 17º com maiores taxas de incidência da doença. De acordo com os dados da Secretaria Estadual de Saúde (SES), entre os anos de 2010 e 2011 foram notificados 4261 casos no estado, destes 1184 no município de São Luís-MA (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012).

Diante desse desafio, importantes políticas contemporâneas de controle, em âmbito internacional, tentam impulsionar governos e sociedade civil para ampliar as ações no combate a TB, entre as quais, destacamos as mais recentes (BRASIL, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou em 1991, a TB como um importante problema de saúde pública, reconhecendo que a persistência da doença está associada a deficiente administração dos programas de controle, ao descuido dos governos, a pobreza e ao crescimento populacional, declarando o problema da TB, em 1993, como uma emergência mundial. Dessa forma, propôs um novo direcionamento para o controle da doença, apresentando a estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment Strategy*). No Brasil, referido como TDO (Tratamento Diretamente Observado) (OLIVEIRA, NATAL, CHRISPIM, 2010).

O TDO é considerado um marco para o controle mundial da TB, que adaptado às condições de cada localidade pode contribuir para o alcance das metas mundiais de controle da doença, que são: detectar 70% dos casos e curar 85% destes. A estratégia contempla, em sua operacionalização, cinco elementos que enfatizam: compromisso político

governamental a fim de garantir a inserção da questão da TB nas agendas das autoridades ligadas à saúde; detecção de casos a partir da baciloscopia em pelo menos 70% dos casos estimados de TB pulmonar bacilífero; aumento nas taxas de cura acima de 85% com a adoção do tratamento medicamentoso de curta duração contendo rifampicina e isoniazida sob tratamento diretamente observado; provisão regular dos medicamentos e sistema de notificação de casos de TB (GONZALES, *et al*, 2008;)

O número de países que utilizam a estratégia DOTS aumentou progressivamente desde 1992. Os 22 países onde se concentram 80% dos casos mundiais de tuberculose utilizam a estratégia. Na América do Sul, em 2004, existia grande diversidade entre os países no indicador de cobertura da estratégia DOTS: 100% na Argentina, Peru e Uruguai, enquanto que na Colômbia era de apenas 25%. O Brasil, com cobertura TDO de 52%, encontrava-se em uma posição intermediária, onde a detecção de casos foi superada e as de sucesso de tratamento e redução da prevalência não foram alcançadas (OLIVEIRA, NATAL, CHRISPIM, 2010).

De forma geral, alguns países têm apresentado reduções na incidência correlacionada com a execução do TDO. Por outro lado, alguns países não obtiveram o resultado esperado, mesmo assim a OMS considera que se deve continuar investindo na estratégia para o alcance das metas de detecção de casos e êxito do tratamento, conforme Oliveira, Natal e Chrispim (2010).

No Brasil, segundo Sá, *et al* (2011), o TDO foi adotado a partir de 1996, quando foi lançado o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, oficializado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), em 1998.

O PNCT, lançado em 1998, dada à permanência do problema, com altas taxas de abandono do tratamento e baixo percentual de cura, está integrado a rede de serviços de saúde, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal, subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais, define como uma de suas metas: expandir o TDO para 100% das unidades de saúde dos municípios prioritários, no combate a não adesão ao tratamento, indicando que um novo modelo de atenção faz-se necessário com foco no paciente e no serviço que o atende. Tomar o paciente como sujeito ativo no seu processo de cura, dando-lhe condições de subsistência mínimas e facilitando seu transporte para submeter-se ao tratamento sob supervisão, significa reduzir o abandono do tratamento para TB e elevar os índices de cura para alcançar a meta desejada (BRASIL, 2010; HIJAR, *et al*, 2007).

No Brasil, além da adoção do TDO, o PNCT ressalta a importância da expansão da estratégia, fundamentada na descentralização das ações de vigilância, prevenção e controle da TB, prevendo a utilização dos recursos humanos das unidades de Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família (ESF) e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). A proporção de unidades de saúde que adotaram o TDO cresceu de 7%, em 2000, para 81%, em 2006 (HIJAR, *et al*, 2007).

Embora a OMS apresente o TDO como uma proposta inovadora, deve-se ressaltar contudo que a Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), do Brasil, já utilizava o tratamento segundo esta estratégia desde 1962, em unidades de todos os níveis de complexidade. O tratamento supervisionado era feito pela enfermagem. (RUFFINO-NETTO, 2002).

No Maranhão, o TDO foi adotado a partir do ano 2000, onde das 1.865 unidades de saúde, 474 unidades têm ações do PCT implantadas, destas, 290 utilizam a estratégia (BRASIL, 2011a). No município de São Luís-MA, prioritário no combate a TB, o DOTS está implantada em 29 das 41 Unidades de Saúde da Família, utilizando os recursos da Atenção Básica.

A expansão do TDO para a Atenção Básica a Saúde (ABS), pautado no modelo da vigilância em saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) que têm como espaço de ação o domicílio e a comunidade, consolidando a proposta de descentralização da atenção à saúde, vem sendo utilizado como um eixo estratégico para o controle da TB, porém, seu processo de implantação está ocorrendo de forma gradual e lenta, considerando a complexidade da doença e de seu manejo, diante do despreparo das equipes para a operacionalização das ações neste nível de atenção a saúde, afirma Santos (2009). Neste sentido a descentralização das ações do PNCT e a implantação da estratégia TDO, como prática capaz de potencializar as ações nacionais na luta contra a TB, através das equipes de Saúde da Família, constitui um desafio a este novo modelo assistencial (SÁ, *et al*, 2011).

A partir daí, avanços significativos puderam ser comprovados na melhoria dos indicadores epidemiológicos relacionados a TB no país. Em 2005, foram detectados 73,5% dos casos estimados, a taxa de cura alcançou 69,3% para todos os casos de TB e 71,3% forma pulmonar bacilífera. Entre 1999 e 2005, evidenciou-se também uma redução de 5,7% no coeficiente de incidência da doença. Com a utilização da estratégia, registra-se queda da taxa de abandono e garantia de acesso (SANTOS, 2009). Porém, a incorporação das ações de controle do TDO na ABS apresenta obstáculos apontados por Sanchez (2007) como o despreparo dos profissionais, a deficiência de recursos humanos e a visão centralizada e

fragmentada da organização dessas ações nos serviços de saúde, além da falta de envolvimento dos gestores.

Para uma efetiva integração e sustentabilidade da estratégia no controle global da TB no sistema de saúde do Brasil, é necessário o adequado desempenho das políticas de saúde, no sentido de serem providos recursos financeiros, organização dos serviços de saúde, aprimorado o gerenciamento do PCT, capacitação e sensibilização das equipes de saúde quanto à problemática da TB (RUFFINO-NETO, 2001).

Silva et al (2007), reforçam que o trabalho das equipes precisa avançar no sentido de incorporar não somente a supervisão medicamentosa, mas as ações de diagnóstico, acompanhamento terapêutico do paciente, avaliação dos contactantes e ações educativas na comunidade adscrita, respeitando o princípio de autonomia do doente de TB e de seus familiares.

Nesse cenário, sobre o processo de trabalho do enfermeiro no TDO, este se desenvolve principalmente em duas dimensões: a gerencial, que se relaciona ao planejamento, à organização e à avaliação de serviço, e a assistencial, ligada à organização e à realização das ações do cuidado. A equipe de enfermagem desempenha função importante ao favorecer o aumento dos índices de adesão às práticas de saúde estabelecidas aos pacientes, atuando diretamente na promoção da saúde, contribuindo com o diagnóstico precoce da doença por meio da identificação de sintomáticos respiratórios e no estímulo do doente para o tratamento medicamentoso com orientações sobre a doença (BRASIL, 2011b).

O M.S (BRASIL, 2011b) destaca, ainda, que a atuação do enfermeiro tem o papel fundamental de garantir a supervisão de todo o tratamento contra a TB e evitar as intercorrências que favoreçam o abandono, a recidiva, a falência e a TB resistente, garantindo a adesão dos pacientes a um tratamento bem sucedido.

Contudo, percebemos no tocante a atuação dos enfermeiros no TDO, a partir de observações empíricas da prática e discussões em grupo de pesquisa entre enfermeiros assistencialistas da área e pesquisadores, algumas limitações para operacionalização da estratégia.

O TDO, em muitos casos, vem sendo operacionalizado pelos profissionais, a partir da valorização da supervisão da ingestão dos medicamentos junto ao paciente na unidade de saúde ou residência e mais, sob um enfoque de fiscalização, ao invés de um processo que deve ocorrer com base no contexto de vida das pessoas, dos seus cotidianos, das suas experiências e que deve ter como propósito libertar as pessoas para que estas possam ser sujeitos sociais capazes de fazer opções construtivas para suas vidas e para a sociedade. Logo,

a problemática desta pesquisa perpassa pela atuação profissional, em especial dos enfermeiros, uma vez que, observamos que este ocupa uma posição importante na execução do TDO, bem como parecem apresentar algumas dificuldades para lidar com os pilares que o mesmo envolve.

Entender o TDO, enquanto propósito de formar sujeitos sociais significa incorporar intervenções no processo de trabalho que contemplem a singularidade, necessidades e problemas dos pacientes e de suas famílias (VENDRAMINI, 2001). Na prática, porém, observamos que existe dificuldade dos profissionais em apreender tais questões. A lógica da organização do atual modelo de assistência a saúde que prioriza a doença e atribui ao profissional de saúde a responsabilidade de executar os programas de saúde pública do país e cumprir metas estipuladas, acaba fazendo com que se deixe relegados o espaço de atenção voltada a subjetividade das pessoas, incluindo aqui, pacientes e profissionais.

O modelo biomédico, que sustenta as formações profissionais em saúde, orientado pela racionalidade clínica vem reduzindo os seres humanos a corpos biológicos, descontextualizando-os socioculturalmente, direcionando a atenção a sujeitos individuais em suas unidades morfológicas (COÊLHO; FONSECA, 2005). A vigência deste modelo, mesmo na ESF, pode explicar parcialmente a preferência por parte dos enfermeiros em executar tarefas, logo, a supervalorização da ingestão medicamentosa no TDO, como atividade prioritária para a operacionalização do mesmo.

Assim, entendendo que o TDO é um dos meios mais efetivos para interromper a cadeia de transmissão da TB e, por isso, há empenho em garantir que ele seja executado de modo adequado, entendemos o mesmo como um objeto de difícil apreensão, por ser um fenômeno de complexidade, em que se associam e se chocam crenças e concepções políticas, científicas e culturais. É exatamente nesta rede que estamos ancorando nosso estudo. Entender o problema de sua operacionalização, tal como ele é representado pelos enfermeiros das Unidades de Saúde da Família, a partir das representações sociais, nos parece relevante como contribuição ao debate em curso entre profissionais e pesquisadores da área sobre a prática do enfermeiro na operacionalização do TDO.

O cotidiano e a rotina de trabalho da ESF, onde deve se operacionalizar o TDO, é um espaço rico em comunicação e interação entre indivíduos, no qual sentimentos, informações e atitudes permeiam o ambiente social, sendo assim, produtores e reprodutores de representações sociais, deste modo adota-se a Teoria das Representações Sociais, proposta por Moscovici, como referencial teórico para este estudo, uma vez que ela representa uma

possibilidade de conhecer a maneira como os enfermeiros organizam e orientam suas práticas em relação a operacionalização do TDO.

O objeto de estudo desta pesquisa são as representações sociais sobre o TDO para enfermeiros da ESF. As questões de pesquisa ficam assim estruturadas: Quais as representações sociais sobre o TDO para enfermeiros da ESF?; Como tais representações influenciam a prática do enfermeiro em relação a operacionalização do TDO?.

As Representações Sociais são fenômenos complexos ativados e em ação na vida social. O seu estudo torna possível o acesso a vários elementos, como informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens, entre outros. Esses elementos fornecem informações sobre os aspectos significantes da realidade social, que em relação com a ação tornam-se o eixo das pesquisas científicas que buscam analisá-las (MOSCOVICI, 2011).

A Representação Social (RS) é uma teoria que surge no interior da Psicologia Social, considerando o seguinte fenômeno: a apropriação do conhecimento científico pelo senso comum. Salientando que antes do advento dessa teoria, o senso comum era relegado ao pólo oposto do conhecimento científico, considerado como inferior (FERNANDES, 2010).

As RS são constituídas por processos sociais e cognitivos, que implicam na vida cotidiana e que servem como um sistema de interpretações da realidade, organizando as relações dos indivíduos e influenciando na determinação de suas condutas e comportamentos no meio social, sendo que esse processo de elaboração das RS sofre influência de experiências prévias, dos sistemas de referências, valores e afetos dos (FERREIRA, SILVA, 2009).

O interesse por esta temática surgiu durante o trabalho de docência junto a disciplina de Doenças Transmissíveis oferecida ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), onde se deu minha inserção no Núcleo de Pesquisa em Epidemiologia das Doenças Transmissíveis que desenvolve uma linha de pesquisa específica para o estudo da tuberculose.

Nesse cenário, refletindo sobre o TDO, o desejo de pesquisa-lo era significativo e surgiam várias ideias, entretanto, quando visualizávamos a sua operacionalização, que possui algumas limitações, concluíamos que não poderíamos pesquisá-lo em muitos aspectos, tendo em vista que o mesmo não funcionava, em muitos casos, em sua plenitude, respeitando e executando o que dita os seus cinco pilares preconizados pelo M.S, diante disso, surgiu a ideia de então buscar entender esta operacionalização, enxergando no profissional enfermeiro a possibilidade de uma boa amplitude de entendimento da situação, já que o mesmo acompanha todo o processo e é o responsável pela supervisão de todo o

tratamento, utilizando para isto a Teoria das Representações Sociais, como possibilidade de estudo sobre a problemática. Portanto, dentre muitas motivações, considero, ainda, este trabalho como uma forma de aprimorar meus conhecimentos sobre a estratégia TDO, através das representações que contemplem a singularidade dos enfermeiros que atuam na ESF.

Neste contexto, consideramos que os enfermeiros diante das interações cotidianas do setor saúde, lidam com o objeto de estudo dessa pesquisa, e são levados a posicionarem-se frente ao objeto. Tal posicionamento é a própria atitude do sujeito diante do TDO. As RS acerca do mesmo por parte dos enfermeiros são muito importantes, uma vez que elas serão determinantes de suas práticas, logo estudá-las significa conhecer fatores que podem influenciar a prática e conseqüentemente o processo de operacionalização do TDO, fatores estes que podem sofrer intervenções, de forma a contribuir para a melhoria da execução do mesmo.

A situação da TB é preocupante, as taxas permanecem elevadas e a doença atinge principalmente grupos de pessoas socialmente vulneráveis (RUFINO-NETTO, 2001). No Brasil, o tratamento da TB é um bem público. A ideia é que as ações de controle da doença possam ser amplamente difundidas e incorporadas ao doente, a sua família e aos profissionais que participam do tratamento, entendendo tal parceria como uma forma de contribuir para a expansão do PNCT, ao desenvolver ações que promovam ou restaurem as habilidades da pessoa na busca ao próprio bem estar, sendo indicada para isto a utilização do TDO (CLEMENTINO, 2009). Portanto, esta pesquisa é relevante por tratar de uma modalidade de tratamento contra TB, que é um problema de saúde pública prioritário, incluso na agenda nacional de prioridades do governo do país, além de suscitar a necessidade em rever conceitos, valores morais, postura ética, através de um novo olhar sobre os aspectos psicológicos, emocionais e sociais que envolvem a forma de tratamento e cuidados prestados na perspectiva do TDO.

Vale salientar que este estudo pode contribuir com elementos para uma reflexão social sobre a necessidade de transformação e principalmente sensibilizar estes enfermeiros para a necessidade de repensar o TDO, como estratégia mais ampla. Nessa perspectiva, coloca-se como necessário aos profissionais de saúde transcender o entendimento da estratégia para além de garantir a ingestão da medicação, mas é necessário conhecer também a pessoa e seu contexto, os modos de vida da pessoa, sua dinâmica familiar, suas crenças, opiniões e conhecimentos a respeito da doença e do próprio tratamento (SOUZA, SILVA, 2012).

As melhorias que podem ser alcançadas no que diz respeito às práticas executadas pelos enfermeiros na operacionalização do TDO, pode proporcionar ao paciente em tratamento uma relação de maior confiança e segurança, que pode influenciar positivamente na adesão, contribuindo para evitar complicações da doença, diminuindo os riscos de internações, logo melhorando a sua qualidade de vida.

A realização desta pesquisa é importante também para enriquecer a produção científica, sobretudo da enfermagem, tendo em vista que diferente do que ocorre na literatura internacional, há registros escassos, na literatura científica nacional, segundo Terra (2007), de publicações que evidenciem aspectos da implementação da estratégia TDO, principalmente quando se trata de análises qualitativas.

As pesquisas sociais sobre as pessoas que adoecem, seus familiares e profissionais da saúde, auxiliam, na compreensão da dimensão social e psicológica do processo saúde-doença, podendo elucidar as medidas necessárias para se combater a doenças, já que a existência do tratamento e a disponibilidade da medicação não são suficientes para esse propósito (BARBOSA, 2004).

2 OBJETIVOS

- Conhecer as representações sociais dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose;
- Caracterizar os enfermeiros quanto aos aspectos sociodemográficos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Teoria das Representações Sociais

O conceito de representação surge por meio de Émile Durkheim no início do século XX. Para ele, a representação constitui as formas de integração social construídas pelos homens com o objetivo de manter a coesão do grupo e suas propostas para o mundo. Tais representações são expressas por normas, instituições, discursos e imagens, as quais constroem uma realidade paralela à existência dos indivíduos, mas que os fazem, vivenciá-los cotidianamente (PESA VENTO, 2003).

Durkheim inicia o uso do conceito de representações, concebendo-as como representações coletivas. Do ponto de vista sociológico, afirma que as representações coletivas são categorias do pensamento através das quais, determinada sociedade elabora e expressa sua realidade, transformando-se elas próprias em fatos sociais. Relacionou representações coletivas a fatos sociais, desconsiderando a possibilidade de interferências individuais na construção das representações (AMÂNCIO, 2005).

A contribuição de Durkheim no estudo das representações foi importantíssima, mas carregada de um comprometimento histórico com a sociologia, o que, de certa forma, trouxe limitações. Durkheim defendeu uma separação radical entre as representações individuais e coletivas e sugeriu que as primeiras deveriam ser no campo da psicologia, enquanto as últimas formariam o objeto da sociologia (DUVEEN, 2010).

Serge Moscovici, autor romeno, naturalizado francês, avança nos estudos das representações, elaborando a teoria da representação social, publicada no livro *“La psychanalyse: son image et son public”*, em 1961, onde buscou renovar e confirmar a especificidade da psicologia social e do conceito de representações coletivas de Durkheim, inaugurando uma vertente psicossociológica, e estabelecendo uma psicologia do conhecimento com o conceito de representação social (MOSCOVICI, 2010).

A partir da psicologia social, Moscovici faz uma nova leitura do conceito de representação. Para esse autor, a sociologia de Durkheim via as representações como um conceito estanque, refratário a qualquer análise posterior, não sendo necessário desvelar sua estrutura ou estudar sua dinâmica interna. Assim, Moscovici avança ao propor e reconhecer o caráter ativo das representações sociais, considerando que sua atividade é modelar o que é oferecido pelo exterior, por meio dos atos e situações que acontecem entre os indivíduos e grupos pelas interações sociais do cotidiano. Dessa forma, entende-se que representação

social é reprodutora de um dado exterior, mas é ativa e criativa, na medida em que implica interação de estruturas e elementos que permitam a reconstrução do dado exterior inserido num contexto povoado de valores, noções e regras, conforme mesmo autor.

É importante destacar que Moscovici (2010) preferiu não conceituar ou definir a Teoria das Representações Sociais, em razão da complexidade dos aspectos que a caracteriza, por sua vez, propõe considerar as representações como fenômeno que ocorre com os indivíduos e com os diferentes grupos sociais nos quais se relacionam cotidianamente. Entender as representações como fenômeno é priorizar sua condição de objeto que deve ser compreendido em duas dimensões: na complexidade de sua estrutura e no alcance de sua influência, ou seja, como conteúdo a ser desvelado e como processo permanentemente dinâmico. Enquanto Durkheim trata as representações coletivas como conceito, Moscovici trata as representações sociais como fenômenos socialmente relacionados à construção do conhecimento no campo do senso comum.

Embora, Moscovici tenha justificado a sua decisão em não conceituar as representações sociais, todavia, encontramos em Jodelet, pesquisadora que teve grande contribuição no desenvolvimento da Teoria das Representações Sociais, realizando um estudo etnográfico sobre as representações da loucura na França, em uma Colônia Familiar Ainay-le-Château, a definição de que Representação Social “é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Igualmente designada como saber de senso comum (JODELET, 2001).

A teoria das representações dizem respeito aos conteúdos do pensamento cotidiano e ao suprimento de ideias que dá coerência as nossas crenças religiosas, as ideias políticas e as conexões que criamos tão espontaneamente como respirar. Elas nos capacitam a classificar pessoas e objetos, a comparar e explicar comportamentos e os objetiva como parte do nosso cenário social (MOSCOVICI, 2010). Assim as representações sociais permitem que o homem perceba o significado dos acontecimentos que ocorrem em sua vida cotidiana (SILVA, 2007).

As representações sociais fornecem uma posição a partir da qual um indivíduo ou um grupo interpreta as situações. São pontos de referência pelos quais as pessoas se comunicam. Uma palavra, frase ou uma simples pergunta são capazes de mobilizar uma representação social (OLIVEIRA, 2012).

Considerando uma população homogênea em relação a um objeto qualquer, e analisando o conjunto discursivo de uma amostra desta população, encontraríamos significações locais diversas ou até mesmo contraditórias (OLIVEIRA, 2012).

Logo, representar ou representar-se é um ato de pensamento através do qual um sujeito se reporta a um objeto. A representação social é sempre a representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito) (JODELET, 2001).

Nessa perspectiva, estudar representações sociais implica adentrar a densidade de um mundo que apresenta os seres humanos em seus pensamentos, em suas formas de estar e compreender o mundo, em seus questionamentos, em suas opções históricas, independentemente de suas condições socioeconômicas, culturais ou políticas. Portanto, as representações se tornam sociais quando levam em consideração todos os aspectos da sociedade, principalmente o senso comum (ALVES, 2006).

Moscovici (2003) situa as representações sociais no berço do senso comum e distingue os universos de pensamento em dois: universo consensual e reificado, nos quais o conhecimento científico pertence ao universo reificado, enquanto o conhecimento do senso comum pertence ao universo consensual.

No universo reificado, a sociedade é um sistema de entidades sólidas, invariáveis, que são indiferentes à individualidade e não possuem identidade. Os membros são desiguais, possuem diferentes papéis e classes. Esse universo tenta estabelecer explicações do mundo que são imparciais e independentes das pessoas. Procede de maneira sistemática, da premissa à conclusão, e apoia-se no que considera puros fatos. Todas as coisas, quaisquer que sejam as circunstâncias, são, aqui, a medida do ser humano (MOSCOVICI, 2010).

No universo consensual, a sociedade é uma criação visível e contínua, permeada com sentido e finalidade, possuindo voz humana de acordo com a existência humana. As pessoas são iguais e livres, com possibilidade de falar em nome do grupo. Nele existe a negociação e a aceitação mútua, apoia-se na memória coletiva, no consenso. Aqui o ser humano é a medida de todas as coisas (MOSCOVICI, 2010).

A compreensão do universo reificado se dá por meio das ciências, enquanto que do universo consensual se dá através das representações sociais. A ciência, pelo fato de ocultar valores e vantagens, procura encorajar a precisão intelectual e a evidência empírica. As representações restauram a consciência coletiva, dão-lhe forma, explicando os objetos e acontecimentos, de tal forma que estes se tornem acessíveis a qualquer um e coincidam com nossos interesses imediatos conforme mesmo autor.

Os fenômenos de representação social são difusos, fugidios, multifacetados, em constante movimento e presentes em inúmeras instâncias da interação social. Eles são caracteristicamente construídos no que Moscovici chamou de universos consensuais do pensamento (SÁ, 1998).

As representações sociais se originam dos encontros das pessoas nos diferentes espaços nos quais transitam diariamente. Clubes, escritórios, igrejas, bares, ruas, escolas, praças, lugares onde os indivíduos discutem os mais variados assuntos, analisam situações, propõe alternativas. A matéria prima dessa interatividade são elementos recorrentes do universo consensual, que engloba desde fatos corriqueiros locais até acontecimentos de alcance global presentes no espaço da relação social dos indivíduos. Nesse sentido, o processo de gênese das representações tem lugar nas mesmas circunstâncias, e ao mesmo tempo, em que se manifestam (SÁ, 1998).

Ao relacionar as representações sociais ao universo consensual admite-se que sua função está atrelada a operacionalizar um senso comum tradicionalmente estabelecido. Tal empreita não é fácil consolidação. Para esse intento, obviamente se utilizam recursos que possam transitar nos campos da memória e da tradição. Moscovici utiliza dois conceitos que possibilitam a efetivação desse exercício: a ancoragem e a objetivação que são responsáveis pela elaboração e funcionamento de uma representação (ALVES, 2006).

A objetivação consiste em materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, tornar físico e visível o impalpável, enfim, transformar em objeto o que é representado. Objetivar é reabsorver um excesso de significações materializando-as e, desse modo, distanciar-se com relação às mesmas. Torna concreto o que era abstrato. No mecanismo de construção da objetivação, são observados três fases: a construção seletiva é o mecanismo utilizado pelo grande público consumidor dos meios de comunicação de massa, para se apropriar de determinado *corpus* teórico-científico; seguindo-se a fase de esquematização, em que informações são retiradas de um campo científico e apropriados por um determinado público, de acordo com sistemas que lhes são próprios; finalmente, a fase de naturalização, em que os vários elementos do núcleo figurado são coordenados e tornam-se elementos da realidade, transformando-se em evidências que orientam as percepções e os julgamentos da realidade socialmente construída (NÓBREGA, 2003).

A ancoragem é a operação cognitiva que busca dar sentido ao figurado. É o traço essencial do fenômeno representacional. Classifica e dá valoração aos novos elementos que irão se incorporar na realidade de significados e categorias familiares ao sujeito que conhece, imagina e age. É a familiarização do estranho, ligado a valores, crenças e saberes

pré-existentes e dominantes na sociedade, proporcionando o enraizamento social da representação. Logo, a ancoragem promove a articulação das funções básicas das representações sociais, que são: integração da novidade, interpretação da realidade e orientação das condutas e das relações sociais (SÁ, 1998).

Conhecer as representações dos enfermeiros da ESF, sobre o TDO é ter a possibilidade de compreender sob que rede de interações estão ancoradas as representações destes sujeitos sobre o objeto da pesquisa. É também dispor de um meio de orientação para reordenar a qualificação profissional desses sujeitos sobre TDO.

A área da saúde é um amplo cenário para o estudo das representações sociais. Amâncio (2005), refere que a área da saúde é um território de medos e ansiedades face a acontecimentos incontrolláveis e ameaçadores para os indivíduos; é espaço de confrontação institucional entre poderes diferentes e saberes diversos, e uma área cada vez mais central para as autoridades políticas; destaca que o domínio da saúde e da doença constitui-se um terreno fértil de representações sociais nas sociedades contemporâneas.

Contudo, há de enfatizar que o processo que permeia a formação das representações sociais enquanto processo psicossocial está fortemente vinculado às funções desempenhadas por estas, que são: formação de condutas, orientação das comunicações sociais, função identitária e justificadora (SANTOS, 2010).

As representações sociais, na prática, respondem a quatro funções: função de saber (permite compreender e explicar a realidade), função identitária (define e permite a proteção da especificidade dos grupos), função de orientação (guia comportamentos e as práticas) e função justificadora (permite, a posteriori, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos) (SANTOS, 2010).

O presente estudo enquadra-se melhor à luz da discussão das funções justificadora e de orientação, uma vez que, a partir da função justificadora pode-se compreender as tomadas de posição e comportamentos dos enfermeiros da ESF, frente ao objeto de estudo: o operacionalizar o TDO. Através da função de orientação podem ser elucidados os comportamentos e práticas desses enfermeiros que trabalham com TDO.

Avançando no estudo das representações sociais inaugurada por Moscovici, convém destacar o desdobramento de três correntes complementares. A primeira corrente é bem fiel à teoria original, associada a uma perspectiva etnográfica; é liderada por Denise Jodelet, em Paris. A segunda, que procura articular a teoria com uma perspectiva mais sociológica, é liderada por Willem Doise, em Genebra. A terceira enfatiza a dimensão cognitivo estrutural das representações, a teoria do núcleo central, com Jean Claude Abric, em

Aixen-Provence. Essas abordagens não são incompatíveis entre si, na medida em que resultam de uma mesma teoria, mantendo com ela o vínculo condutor. Nesse sentido, os três desdobramentos da teoria das representações sociais são consideradas teorias complementares (SÁ, 1998).

Os referidos autores (Jodelet, Doise e Abric) têm mantido uma relação com o estudo das representações sociais no Brasil, influenciando o trabalho de vários pesquisadores. Esses estudos estão em expansão no Brasil, não somente na área da psicologia social, mas também na educação, na enfermagem e no serviço social (SÁ, 1998)

Neste estudo, nos aproximamos da abordagem estrutural de Abric, que, na Conferência Internacional de Aixen-Provence, recebeu o reconhecimento oficial por Serge Moscovici.

Nos últimos anos, as representações sociais têm adquirido força no campo da saúde, pois constituem uma nova maneira de pesquisa que vai além do modelo mecanicista, a fim de encontrar, mas flexibilidade e fidelidade à realidade. É por este motivo que esta teoria foi escolhida para fazer parte deste estudo, pois pra encontrarmos respostas às nossas indagações sobre como os profissionais de saúde pensam e realizam o TDO, deveríamos escolher uma teoria que nos permitisse encontrar “significações imaginárias”, como coloca Arruda (2002), cumprindo o objetivo proposto. Ao analisarmos os dados encontrados, procuramos compreender o núcleo de significações das palavras evocadas, baseando-nos em uma teoria que apoia as Representações Sociais, a Teoria do Núcleo Central.

3.2 Teoria do Núcleo Central

A teoria do núcleo central é decorrente de estudos sobre Representações Sociais e foi proposta por Abric em 1976. Constitui um recurso complementar, pois esclarece significativamente aspectos que dizem respeito à aparente contradição que permeia as Representações Sociais, as quais podem ser rígidas e flexíveis, estáveis e instáveis (SÁ, 1996).

Para Abric (2000) uma representação é um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes; ele constitui um sistema sócio cognitivo particular, composto de dois subsistemas: um sistema central ou núcleo central e um sistema periférico.

O núcleo central ou núcleo estruturante é determinado pela natureza do objeto representado e pelo tipo de relações que o sujeito mantém com esse objeto. Ele é o elemento

fundamental da representação determinando sua significação e sua organização, tendo como funções essenciais: uma função geradora, como elemento através do qual se criam os significados dos demais elementos constitutivos de uma representação que, através dele, os outros elementos ganham um sentido, um valor, e uma função organizadora, que determina a natureza dos elos, funcionando como elemento de junção entre os componentes de uma representação (ABRIC, 2000).

O núcleo central é composto por determinados elementos da representação, que, na sua ausência, desestruturariam a representação ou fariam com que esta mudasse. Tendo a função de manter a permanência da representação e dar estabilidade nos contextos em que são mais móveis, é o elemento que mais resiste à mudança. Esse núcleo é uma estrutura que organiza os elementos da representação e lhes dão sentido (FLAMENT, 2001).

Em torno do núcleo central encontram-se os elementos periféricos. O sistema periférico responde por três funções primordiais: função de concretização constitui a interface entre o núcleo central e a situação concreta, na qual a representação é laborada ou colocada em funcionamento; função de regulação, tem papel essencial na adaptação da representação às evoluções do contexto; função de defesa, onde poderão aparecer e ser toleradas as contradições (SÁ, 1998).

Flament (2001) refere-se aos elementos periféricos como esquemas periféricos, organizados pelo núcleo central da representação. Eles asseguram o funcionamento da representação como grade de decodificação de uma situação, indicando o que é normal e o que é necessário fazer para compreender ou memorizar. Esses esquemas normais permitem a representação funcionar sem a necessidade de analisar a cada instante a situação em relação ao princípio organizador que é o núcleo central.

Uma representação pode evoluir e mudar superficialmente devido aos seus elementos periféricos, que possuem o caráter mutável, flexível e individualizado. Mas, para ela se transformar radicalmente, mudando o significado, o núcleo central foi posto em questão, já que ele é o elemento constitutivo da representação, garantindo-lhe estabilidade, rigidez e consensualidade (SÁ, 1998).

Um ataque ao núcleo central é sempre sinônimo de crise, não somente cognitivo, mas de valores, porque o núcleo é constituído pelos valores associados ao objeto representado. O núcleo central é a raiz, o fundamento social da representação que se modula e se diferencia no sistema periférico (ABRIC, 2000).

Segundo Sá (1996), a teoria do núcleo central não pretende substituir a abordagem original das representações, mas sim, proporcionar um corpo de proposições que contribua para a melhor compreensão das representações sociais.

Neste contexto, consideramos que os enfermeiros da ESF, diante das interações cotidianas do setor saúde, lidam com o objeto de estudo dessa pesquisa e são levados a posicionarem-se frente a este objeto, tal posicionamento é a própria atitude do sujeito diante do TDO da tuberculose. Logo, a formação das RS sobre o TDO são estimuladas pela comunicação entre enfermeiros da ESF. As informações recebidas pelos enfermeiros levam-no a familiarizar o conceito no seu espaço de serviço e as consequências do TDO podem ser favoráveis ou não a formação de núcleo de representações consensuais que valorizem ou não o TDO como cuidado básico no tratamento contra a tuberculose.

Deste modo, compreender a estrutura organizacional do núcleo central e elementos periféricos das representações sociais sobre o TDO, é compreender onde são mutáveis e flexíveis e, desta forma, poderão emergir alternativas de intervenção que favoreçam a operacionalização do TDO de forma adequada.

4. Contextualização histórica da tuberculose no Mundo e no Brasil

4.1 Situação epidemiológica da Tuberculose

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por microorganismos pertencentes ao gênero *Mycobacterium* dos quais destaca-se a *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado bacilo de Koch (BK), que se propaga através do ar, por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com tuberculose pulmonar ao tossir, espirrar ou falar (BRASIL, 2002).

Os avanços alcançados no que diz respeito ao conhecimento da doença e seu controle não têm sido suficientes para impactar significativamente em sua morbidade e mortalidade, principalmente em países em desenvolvimento, constituindo-se ainda como importante problema de saúde pública (MUNIZ *et al*, 2006; CHEADE, 2009).

Segundo o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (2004), a TB é a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos no mundo. Estima-se que dois bilhões de pessoas da população mundial está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Destes, 8 milhões desenvolverão a doença e 2 milhões morrerão anualmente. Há uma década a Organização Mundial de Saúde declarou a TB como uma emergência de âmbito mundial.

Existe grande diferença na distribuição regional da doença em diversas partes do mundo, onde 21% dos infectados estão em países desenvolvidos, atingindo principalmente a faixa etária acima dos 50 anos e 79% em países pobres e subdesenvolvidos, preferencialmente entre os 15 e 59 anos. Logo, pode-se dizer que a tuberculose é reemergente nos países ricos e permanente nos países pobres, o que está fortemente relacionado a fatores sociais tais como baixa renda familiar, educação precária, famílias numerosas, adensamentos comunitários, nutrição prejudicada, alcoolismo e outras doenças infecciosas associadas. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) surge neste contexto como fator agravante, pois um indivíduo infectado pelo HIV apresenta risco dez vezes maior de desenvolver a tuberculose (COELHO; *et al*, 2010).

No cenário brasileiro a tuberculose vem se firmando como uma das principais causas de morbimortalidade, atingindo indistintamente diversas faixas etárias e classes sociais, sendo considerada um problema de saúde pública não emergente nem tampouco reemergente, mas sim presente e fixante a longo tempo (RUFFINO-NETO, 2002).

O Brasil ocupa o 15º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. A prevalência é de aproximadamente 50 milhões de

infectados, com cerca de 111.000 casos novos e 6.000 óbitos, ocorrendo anualmente. Oito estados brasileiro apresentam incidências acima da média nacional que é de 47,2/100.000 hab, sendo os maiores valores para o Rio de Janeiro e Amazônia e os menores para Goiás e Distrito Federal (BRASIL, 2004). Segundo Coêlho, et al (2010), as capitais apresentam as maiores taxas de incidência devido a alta densidade demográfica e bolsões de pobreza, propiciando um elevado risco de infecção, considerando também que devido a maior oferta e acesso aos serviços de saúde nessas cidades, existem melhores condições de notificação, diagnóstico e tratamento.

Atualmente, a TB é a quinta causa de mortalidade no Estado do Maranhão (BRASIL, 2011). De acordo com os dados da Secretaria do Estado do Maranhão, de janeiro de 2010 a setembro de 2011 foram notificados 4261 casos no estado, destes 1184 no município de São Luís-MA (dados não publicados).

Desta forma, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) elencou 22 municípios do Maranhão como prioritários para o controle da doença, sendo eles: Açailândia, Arame, Bacabal, Balsas, Barra do Corda, Barreirinhas, Caxias, Chapadinha, Codó, Coelho Neto, Grajaú, Imperatriz, Lago da Pedra, Paço do Lumiar, Pinheiro, Presidente Dutra, Santa Inês, Santa Luzia, São José de Ribamar, São Luís, Timon e Zé Doca (BRASIL, 2005).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) foi criado em 1975 e lançado em 1998, dada a permanência do problema, com altas taxas de abandono do tratamento, com baixo percentual de cura e de detecção de casos novos (RUFFINO-NETO, 2001). O PNCT está integrado a rede de Serviços de Saúde, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal, estando subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais que definem como um de seus objetivos aperfeiçoar a vigilância epidemiológica, através da realização de estudos epidemiológicos e operacionais periodicamente (BRASIL,2004).

Em 2009, o PNCT reviu o sistema de tratamento da TB no Brasil baseado nos resultados do II Inquérito Nacional de Resistência aos Medicamentos Anti-TB que identificou um aumento da resistência primária à isoniazida (de 4,4 para 6,0%) e da resistência primária à isoniazida associada à rifampicina (de 1,1 para 1,4%) (BRASIL, 2010).

Este aumento da resistência aos medicamentos anti-TB, associado a outros problemas como a infecção pelo HIV, falhas nos sistemas de saúde e em seus programas de controle da TB tais como: a incapacidade de detectar, com rapidez, novos casos de tuberculose e a ocorrência de tratamentos com desfechos desfavoráveis, como abandono e

falência, impactaram fortemente na epidemiologia, na história natural e na evolução clínica da doença. (MUNIZ *et al*, 2006; BOFFO *et al*, 2004). Considerando todo esse contexto de transformações no processo saúde-doença da tuberculose, faz-se necessário a realização periódica de estudos sobre a doença de forma que se mantenham os dados atualizados (BRASIL, 2010).

4.2 Evolução histórica das políticas de tratamento contra Tuberculose

A tuberculose é uma doença transmissível e tem apresentado, atualmente, um quadro de persistência, em todo o mundo, destacando-se das demais doenças infecciosas pelas altas taxas de prevalência, além da ampla distribuição geográfica e do potencial evolutivo para as formas graves que podem levar o seu portador à morte (RISI-JÚNIOR; NOGUEIRA, 2002).

A tuberculose é uma doença milenar e se constitui um dos mais importantes problemas de Saúde Pública, principalmente nos países em desenvolvimento. Andrade (2006), afirma que isso se deve ao fato de que esses países apresentarem condições favoráveis a transmissão da doença como, precárias condições de vida, associadas a programas de controle pouco eficientes. Ruffino-Neto (2002) acrescenta que a desigualdade social, em particular no Brasil, torna boa parte da população vulnerável a essa enfermidade e que sua ocorrência retrata a qualidade de vida da população.

A tuberculose foi introduzida no Brasil pelos portugueses e jesuítas missionários, a partir de 1500, por ocasião do processo de colonização, onde inclusive o jesuíta Manoel da Nóbrega é apontado como um dos primeiros tuberculosos vindo para o Brasil. Acredita-se que sua atividade evangelizadora junto aos índios, permitiu a propagação do bacilo de Koch pelo território nacional (VENDRAMINI, 2001)

Nessa época, século XIX, o atendimento à saúde era realizado principalmente pelas Santas Casas de Misericórdia, presentes em algumas cidades Brasileiras, e os doentes permaneciam com outros numa mesma enfermaria, sem isolamento. Em 1899 foi fundada a Liga Brasileira Contra a Tuberculose, entidade filantrópica que defendia a criação de sanatórios e preconizava a adoção de medidas higiênico-dietéticas (VENDRAMINI, 2001).

Em 1902, é inaugurado o dispensário para tratamento da tuberculose da Liga Brasileira contra a Tuberculose, que desenvolvia atividades de diagnóstico, tratamento, distribuição de medicamentos, aconselhamento médico, educação higiênica e atendimento domiciliar (GONÇALVES, 2000)

A tuberculose até então não era uma preocupação estatal, entretanto mediante o processo de industrialização, o estado passou a se preocupar com a situação sanitária da cidade do Rio de Janeiro, sede da capital federal, frequentemente, atingida por surtos da doença, porém quem assume a responsabilidade é a elite médica, depois remetido ao Estado (GONÇALVES, 2000).

Em 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, período em que o Estado passa a integrar a luta contra a doença, com a criação da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. Nas décadas de 30 e 40, operou-se em nosso país a maior revolução sanitária. Neste período é introduzida a vacinação com o BCG oral, é criado um grande número de dispensários, difundindo pelo país o uso da abreugrafia (TERRA, 2007).

No ano de 1941 criou-se o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), órgão que supervisionava e se responsabilizava pela subvenção dada pelo governo às instituições e órgãos de assistência médico-social. Destinado a estudos dos problemas relacionados à tuberculose e ao desenvolvimento dos meios de ações profiláticas e assistenciais (TERRA, 2007).

Em 1970, o SNT foi transformado em Divisão Nacional de Tuberculose, iniciando a implementação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, contido no I Plano de Desenvolvimento lançado no governo Médici (BRASIL, 1993). Decorrido um ano, foi criada a Central de Medicamentos, responsável pela aquisição gratuita e distribuição das drogas para todo o País (RUFFINO-NETTO, 2002).

Em 1979, o II Plano Nacional de Desenvolvimento continua a envolver em seu bojo o controle da tuberculose e o Programa Nacional de Controle da Tuberculose introduz o esquema de tratamento de curta duração, de seis meses, com drogas de uso oral. Desta forma, a maioria dos doentes passou a realizar o tratamento auto administrado, recebendo os medicamentos nas unidades de saúde para o consumo mensal, sendo responsável pela sua ingestão (RUFFINO-NETTO, 2002).

Muniz (1999) ressalta que, apesar de oferecer vantagens aos serviços de saúde, o tratamento auto administrado trouxe alguns prejuízos ao paciente. Esse padrão de intervenção transferiu para o paciente a responsabilidade do seu tratamento, afastando-o dos serviços, reduzindo seu contato com a equipe de saúde. Ao longo da década de 80, medidas como a visita domiciliar deixaram de ser prioridades para os serviços.

Em 1990 iniciou-se o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse mesmo ano, em função de ações de controle dos gastos públicos e da descentralização da administração para os estados e municípios, o Programa de Controle da

Tuberculose sofreu uma desestruturação quando o então presidente Fernando Collor de Mello, extinguiu a Campanha Nacional contra a Tuberculose (BRASIL, 1997).

O processo de mudança na política de saúde, com a adoção da municipalização da gerência das ações, foi um fator de queda na qualidade das ações de controle da tuberculose em nosso País. Até o início da implementação do SUS, o PNCT adotava um modelo vertical, com o Ministério da Saúde elaborando as normas, fazendo treinamento de recursos humanos, supervisionando as ações e consolidando as informações, e os níveis estadual e municipal executando as ações de controle (VENDRAMINI, 2001).

A proposta do SUS, no entanto, encontrou um pessoal despreparado para gerenciar ações de saúde em muitas regiões do País. Principalmente os pequenos municípios brasileiros não contavam com o pessoal técnico para assumir repentinamente ações que antes não lhes competiam. Isso fez com que a fase de transição trouxesse graves prejuízos para o controle da doença neste período (CAMPOS, 1996)

Apesar do declínio progressivo do número de casos de tuberculose no Brasil, observados durante a década de 80 e início de 90, nos anos de 1994 os indicadores revelaram aumento significativo. Neste mesmo ano foram notificados 87.280 casos novos de tuberculose no País, ocupando o primeiro lugar no continente Americano e 6º lugar do mundo (BRASIL, 1997).

Com esta situação, o Ministério da Saúde solicita uma avaliação para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose por peritos nacionais e internacionais. A situação epidemiológica, já declarada anteriormente pela OMS, em 1993, como uma emergência mundial, exigia prioridade na adoção das práticas existentes, bem como a implementação da capacidade de atuação do programa (BRASIL, 1997).

A Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS), responsável pelo controle a nível nacional da tuberculose, em 1994, indicou as diretrizes para a elaboração do Plano de Ação Emergencial para os municípios prioritários com o objetivo de implementar o controle da tuberculose, nos municípios onde a doença atingisse sua maior força no Território Nacional, e nos quais o emprego de recursos pudesse alcançar melhores resultados proporcionando considerável impacto na redução da doença (BRASIL, 1997).

Este Plano Emergencial traz em seu bojo a recomendação da estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course) para o controle da tuberculose, com o intuito de atingir 85% de sucesso de tratamento, 70% de detecção de casos e redução do abandono do tratamento em 5% (BRASIL, 2002).

O Brasil, porém, apenas em 1996, implantou este Plano Emergencial para os municípios prioritários, que foram definidos a partir da análise de alguns indicadores, tais como: população acima de cinquenta mil habitantes, incidência da doença superior à média brasileira (58,4/100.000 hab), óbitos por tuberculose em casos novos acima de 5%, abandono superior a 10%, alta incidência de AIDS e taxa de cura inferior a 85%. Em 1998, este plano foi ampliado e estabeleceu novas metas: diagnóstica, até 2001, pelo menos 92% dos casos esperados; tratar 85% dos casos diagnosticados; até 2007, reduzir a incidência da doença em 50% e diminuir a mortalidade em dois terços (BRASIL, 2000).

Em 2000, elaborou-se novo Plano de Controle da Tuberculose para o período de 2001 a 2005, utilizando o Programa Saúde da Família (PSF) e os agentes comunitários de saúde (ACS). A expectativa era expandir as ações, estabelecer vínculos inserindo a família no cenário de cuidado, fortalecendo a participação da comunidade, fatos que colaborariam na adesão ao tratamento e no diagnóstico precoce, na busca por sintomáticos respiratórios (BRASIL, 2000).

Um esforço intensivo deverá ser desenvolvido para a capacitação e a qualidade de desempenho dos recursos humanos envolvidos no Programa Nacional de Controle da Tuberculose, seja de serviços gerais de saúde, seja nas equipes de Saúde da Família e nos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, laboratórios e ambulatórios em geral. Esses profissionais devem ser treinados suficientemente em diagnóstico, tratamento, registro e notificação e outras atividades para cumprirem eficazmente suas responsabilidades específicas com apropriada supervisão, conforme mesmo autor.

Em 2004, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) é aprovado, constituindo-se na atualidade o vigente plano de ação de combate à TB, estabelecendo novas metas para 2004 a 2007 e incluindo a expansão do DOTS, além de alguns preceitos: descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da doença. O PNCT está vinculado ao SUS e integrado a Atenção Básica, por intermédio da ESF e EACS (RAMOS, 2009).

No Brasil, desde o lançamento do Plano Emergencial para o controle da TB em 1996, o Ministério da Saúde já recomendava a implementação do DOTS, formalmente oficializado em 1999. Desde a implantação do DOTS no país as taxas de cobertura do TS ou tratamento diretamente observado (DOT) vêm aumentando, porém sem alcançar a meta preconizada pela OMS de 100% de cobertura do TS (BRASIL, 2000).

A partir de 2003 a TB é colocada como prioridade das políticas públicas do Brasil, pactuando-se o fortalecimento da estratégia DOTS com as demais esferas de gestão

(estadual e municipal) como instrumento primordial para alcançar as metas internacionais propostas pelo Ministério da Saúde (SANTOS, J.,2007).

4.3 A implementação da Estratégia DOTS

O DOTS não se constitui como nova iniciativa, pois já no final da década de 70, o médico e pesquisador holandês, Karel Styblo, realizou um projeto piloto na Tanzânia, propondo a adoção de uma estratégia para tratar os pacientes com tuberculose, através de quimioterapia de curta duração e observação da tomada da medicação (SPECIALE, 2007).

No início do século XX, na era anterior às drogas antituberculosas, as ações de saúde contra a TB foram direcionadas à reabilitação do paciente, cujas intervenções voltavam-se ao “aumento da resistência” do paciente de TB com dietas especiais e repousos em sanatórios (SPECIALE, 2007).

O advento da quimioterapia, em 1950 possibilitou a cura da doença, havendo assim uma revolução no campo da medicina ao reduzir para 5% ou menos os quadros de morbidade por TB, quando os medicamentos eram usados corretamente. A quimioterapia transformou o tratamento contra TB e extinguiu as longas permanências de hospitalização, dando lugar ao tratamento do tipo ambulatorial, conforme mesmo autor.

Um grande questionamento na época estava relacionado em como seria o cuidado ambulatorial, já que no hospital os pacientes tinham ao seu alcance todos os procedimentos para o controle da doença (SOARES, 2002).

Desta forma foram realizados alguns estudos com o objetivo de comparar os dois tipos de tratamento: ambulatorial e hospitalização. O primeiro trabalho foi de Fox em 1958, o qual permitiu visualizar altas taxas de cura dos pacientes em tratamento ambulatorial, apesar dos esforços que eram necessários para monitorar a ingestão de Ácido Paraminosalicílico através de testes de urina e contagem dos comprimidos, conforme mesmo autor.

Assim, o autor concluiu que era possível o paciente deslocar-se até ao ambulatórios 6 vezes por semana para as injeções de estreptomicina, além da supervisão da ingestão oral de pirazinamida, conforme mesmo autor.

Entretanto, conforme os mesmos autores, uma das preocupações de Fox eram os custos que envolveriam o grande número de visitas aos ambulatórios, principalmente para as populações de países em desenvolvimento, incentivando assim experimentos e ideias que pudessem resolver o problema.

Desse modo, no final da década de 60, uma das soluções apontadas foi a terapia intermitente que estabelecia a frequência do tratamento supervisionado, em função das características e necessidades do paciente, pontos fundamentais no êxito da estratégia, conseguindo assim resultados satisfatórios e facilitando o processo de aplicação do Tratamento Supervisionado (TS) em diferentes cenários (SPECIALE, 2007).

Em 1970, foi introduzido a rifampicina como parte da combinação das drogas antituberculosas, período no qual reduziu-se o tratamento de 18 para 6 a 8 meses, sendo por isso denominada de regime de “Short-course”, que significa curta duração (SPECIALE, 2007).

A concepção de doença “incurável”, que antes dependia muito da relação médico-paciente, toma um novo rumo. O paciente de posse dos medicamentos passa a ser o principal responsável pelo seu tratamento (ARCÊNCIO, 2009).

Em meados da década de 70 e 80, com o declínio da incidência generalizada nos países desenvolvidos, muitos médicos sentiram que talvez não fosse necessário mudar os hábitos, e o tratamento auto administrado. Porém, a partir de 1986, com o ressurgimento da TB, uma nova aproximação se fez necessária, principalmente para aqueles pacientes que abandonavam o tratamento (SOARES, 2002).

Em 1984, pela primeira vez desde o surgimento das medicações antituberculosas, começou a se observar um aumento generalizado de notificações em todo os países desenvolvidos, no qual os especialistas nomearam como “Preocupação com a curva em forma de U”. As razões para esse aumento estavam inicialmente identificadas pelo HIV e o crescimento da pobreza principalmente nas regiões metropolitanas (ARCÊNCIO, 2009).

Verificou-se também que não somente o número de casos estava aumentando, mas também o aumento da MDR, identificando ainda uma taxa de 89% de abandono, em decorrência da deficiência nas políticas de controle da TB, conforme mesmo autor.

O recrudescimento da tuberculose em países de primeiro mundo, principalmente pelo aparecimento de cepas resistentes, fez com que as autoridades mundiais voltassem os olhos para a questão da TB. Ressaltando que os países em desenvolvimento, não experimentaram esse decréscimo, vivenciaram a endemicidade por todo o século XX, por estarem em um contexto de pobreza econômica, com baixo acesso aos serviços de saúde, nível educacional, condições de vida e exclusão social, dentre outros (BRASIL, 2000).

Em 1993, a TB é declarada uma emergência mundial e o Programa Global da Tuberculose (GTB) preconiza a estratégia DOTS como o instrumento técnico e gerencial de controle da TB (BRASIL, 2000).

O GTB desenvolveu guias técnicos e materiais de treinamentos para a propaganda e implementação do DOTS. Envolveu-se em intensos processos de assistência técnica para 60 países, focando nos 22 países com a maior carga de TB, dentre eles o Brasil (BRASIL, 2002).

Dessa forma o TS ou DOT, frente a proposta inovadora, une-se a outros componentes técnicos e gerenciais fundamentais no controle da TB. Adotando-se portanto a terminologia DOTS, combinou-se o componente DOT com a expressão S de “Short-course”. Logo, o DOT ou TS não deixou de existir, mas passou a constituir-se como um dos cinco elementos da estratégia DOTS (ARCÊNCIO, 2009).

DOTS significa tratamento diretamente observado de curta duração. Parte da estratégia DOTS, de acordo com Arcêncio (2009), caracteriza-se pela observação e monitorização da administração dos medicamentos, mas não deve ser entendida apenas como tal.

DOTS e TDO (Tratamento Diretamente Observado) possuem o mesmo significado especialmente nos trabalhos internacionais têm utilizado a sigla em inglês, entretanto, no Brasil, o termo usual é expressão

Antes mesmo de se discutir os aspectos mais relevantes a respeito do TDO, é necessário explicitar que neste trabalho se fará referência à estratégia na designação Tratamento Diretamente Observado (TDO).

O TDO é considerado um marco para o controle mundial da tuberculose. A estratégia define cinco pilares para sua operacionalização: compromisso governamental em relação a necessidade de controle da enfermidade; diagnóstico através da baciloscopia de escarro; tratamento de curta duração sob supervisão; suprimento ininterrupto das drogas e Sistema de Informação e Registro, que permita acompanhar a evolução dos pacientes, assim como o rendimento geral do Programa (BRASIL, 2011a).

O TDO consiste em um dos componentes cujas intervenções são direcionadas para garantir a conclusão do tratamento e evitar a multidrogaresistência (MDR), mas não se restringe apenas a esses objetivos, ela também volta-se como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, a fim de promover um ambiente favorável ao controle da tuberculose (ARCÊNCIO, 2009).

Arcêncio (2009) considera que o TDO é uma tecnologia de monitoramento, moldada aos diferentes contextos, com a finalidade de sanar problemas relacionados à organização dos serviços de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), com o TDO o paciente não arca sozinho com a responsabilidade de adesão ao tratamento, os profissionais da saúde, governo, e as comunidades também compartilham com as responsabilidades e a estratégia fornece uma série de serviços de suporte que os pacientes necessitam para continuar e terminar o tratamento.

Desta forma, o TDO deve seguir obedecendo alguns elementos essenciais para sua efetiva implementação, que são descritos como os cinco pilares da estratégia: comprometimento dos governos no suporte financeiro das atividades de controle; detecção de casos pela microscopia de secreção entre pacientes sintomáticos que se apresentam aos serviços de saúde; regime de tratamento padronizado de seis a oito meses para no mínimo todos os casos confirmados a partir dos testes positivos de secreção, com tratamento direto observado pelo menos nos dois meses iniciais; suprimento regular de todos os medicamentos essenciais antituberculose e sistema padronizado de registro e notificação que permita conclusões seguras sobre o resultado do tratamento para cada paciente e do programa de controle, de forma geral (BRASIL, 2002).

A estratégia TDO tem sido considerada, nos últimos tempos, como uma das mais efetivas ações para o controle da tuberculose. Em 2005, o TDO era adotado em 187 países, com cobertura de cerca de 89% da população mundial. Nesse ano, foram notificados 5 milhões de casos de tuberculose (casos novos e recidivas) em 199 países, sendo que os programas com TDO notificaram 2,3 milhões de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera. No ano anterior, foram registrados 2,1 milhões de casos em tratamento sob TDO (BRASIL, 2002).

O Brasil começou a implantar o TDO a partir de 1997, por intermédio do Programa Nacional de Tuberculose, principalmente nos municípios considerados prioritários (aqueles que concentravam 75% dos casos estimados), mas a implantação oficial começou a ocorrer em 1998, sendo incorporado pelos serviços de saúde, principalmente pelas Equipes de Saúde da Família (RUFFINO NETTO; SCATENA, 2006).

A Estratégia Saúde da Família visa a reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, o que representa uma concepção de atenção à saúde focalizada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde envolvidos, suas famílias e as comunidades sob sua responsabilidade. O Ministério da Saúde declara que estão sendo criadas condições que conduzem à construção de um novo modelo de atenção à saúde, mais justo, equânime,

participativo e solidário, contexto considerado adequado para a operacionalização do TDO (RUFFINO NETTO; SCATENA, 2006).

De modo geral, são escassos os estudos publicados sobre o TDO, no Brasil até os dois anos atrás. De fato, nesses estudos, há pouca ênfase sobre os aspectos operacionais que se referem a implantação da estratégia (RUFFINO NETTO; SCATENA, 2006).

Em um estudo realizado, entre 1999 a 2003, com 8 coordenadores do Programa de Controle da Tuberculose de João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras, municípios do Estado da Paraíba, todos considerados prioritários pelo Ministério da Saúde em relação ao controle da Tuberculose, verificou-se que, após a implantação do TDO, de maneira geral, ocorreu diminuição do percentual de abandono. Simultaneamente, ocorreu elevação nos percentuais de cura, coincidindo com a reorganização da Atenção Básica, dada a expansão do Programa Saúde da Família, conforme mesmos autores.

Outro estudo, sobre o impacto da implantação do TDO, foi realizado no município de Recife – PE, entre 1995 a 2003, com profissionais de saúde que atuavam na gerência e assistência do Programa de Controle da Tuberculose, identificando-se redução no percentual de cura, especificamente no período de 1999 a 2003. O percentual de abandono manteve-se acima de 10%, mas houve aumento do percentual de detecção de casos, ainda que não se apresente quantitativamente este indicador, conforme mesmos autores.

No que se refere à participação do TDO para o alcance de metas internacionais, Santos, J. (2007) em seu artigo, traz uma análise dos 315 municípios que concentram 80% do número de casos de TB no país. De acordo com o estudo, a proporção de serviços de saúde que implantaram o TDO elevou-se de 7% em 2000, para 81% em 2006. E atualmente o Brasil se encontra entre os países que possuem entre 50% e 90% de seus serviços de saúde com a estratégia implantada. Em 2005, o país teria atingido metas intermediárias de 73,5% de detecção dos casos estimados; em relação à cura, a taxa foi de 75,4%, considerando-se somente casos com situação de desfecho conhecida e de 69,3% se incluídos todos os casos. Quanto ao coeficiente de incidência, observou-se para o período de 1999-2005, redução em relação não só a todas as formas de TB (5,7%), mas também quanto à forma pulmonar bacilífera.

O emprego da estratégia TDO tem provocado impacto positivo nos indicadores do tratamento contra tuberculose, o que é motivo de defesa da estratégia por parte de pesquisadores, trabalhadores da saúde, assim como as organizações nacionais e internacionais (BERTOLOZZI, 2005).

Embora se tenha constatado melhorias com a implementação da estratégia, ainda existem vários desafios a serem superados. Os principais obstáculos observados foram: fatores relacionados a falta de comprometimento político, insuficiência de recursos financeiros, negligência no desenvolvimento de recursos humanos, estruturas organizacionais deficientes, baixa capacidade gerencial, inadequado suprimento de drogas e ausência de sistemas de informação (BRASIL, 2011a).

De acordo com o Ministério da Saúde (2002) a expansão da estratégia TDO requer compromisso político, não apenas por conta dos recursos financeiros, mas também para a construção de parcerias internacionais e nacionais, com o objetivo de formulação de planos estratégicos de ação a serem preparados pelos Programas Nacionais de Controle, além de contribuir na mobilização dos serviços de saúde, pacientes e público em geral, para a incorporação do real significado do TDO.

Alguns autores afirmam que os 22 países responsáveis pela alta carga da tuberculose, que estão implementando a estratégia TDO, têm demonstrado que podem conseguir êxito no sucesso de tratamento, próximos ou superiores a meta da OMS, de 85%, entretanto alcançar a meta de 70% de detecção de casos ainda é um grande obstáculo a ser vencido (SOARES, 2002).

Soares (2002) considera que na ausência de efetivas vacinas, ou de novas drogas que pudessem reduzir o tratamento para menos de 6 meses, a estratégia TDO oferece melhor forma para conter a tuberculose, até que novas formas de vacinas ou drogas chegue às populações que há tempos sofrem por essa enfermidade.

4.4 A Enfermagem e o serviço no Tratamento Diretamente Observado (TDO)

A descentralização da estratégia TDO para os pontos periféricos de atenção a saúde representa uma diretriz preconizada pelo SUS para propiciar o acesso aos serviços e ações de saúde, no sentido garantir resolutividade. É importante ressaltar que, com a implantação do SUS, universalizou-se o acesso aos serviços e definiu a Atenção Básica (ABS) como principal porta de entrada para os serviços de saúde (SANTOS, 2009).

Sobre este aspecto, a descentralização de ações de saúde para a ABS, dentre elas, as da TB, estão sendo implantados gradativamente, esbarrando em algumas dificuldades de ordem técnica, econômica, cultural e de captação e capacitação de RH (SANTOS, 2009).

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) inseriu a ESF em sua proposta de trabalho, considerando que a descentralização das ações de controle da

tuberculose para o âmbito da atenção básica poderia promover melhor assistência ao paciente com TB, uma vez que ampliaria o acesso dos doentes aos serviços de saúde (SILVA; *et al*, 2007).

Deste modo há de se considerar que descentralizar ações relacionadas a um evento crônico, como a TB, exige repensar a organização dos sistemas de serviços de saúde e avançar em direção a uma nova lógica de trabalho em saúde que ultrapasse o cuidado individual. Acompanhar um caso de tuberculose requer envolvimento, interesse e compromisso com o trabalho e comunidade (SILVA; *et al*, 2007).

Para que a descentralização possa avançar com a garantia da qualidade das ações, é fundamental o envolvimento de todos os profissionais de saúde em equipes multiprofissionais, nas quais a participação de cada um é parte indispensável para o sucesso das ações (BRASIL, 2011).

Nesse cenário, o papel da enfermagem, categoria fundamental para a condução das atividades de saúde pública no país, adquire especial importância na execução das ações de controle da tuberculose. O profissional enfermeiro é reconhecido como a pessoa referência para o planejamento e a organização das ações de controle da tuberculose na comunidade em que atua (SILVA; *et al*, 2007).

A tuberculose requer atenção de enfermagem não somente clínica; requer um enfoque integral, social e cultural; a análise das iniquidades sociais é ponto importante nessa complexa situação. Demonstrou-se que se bem é verdade que o cenário que rodeia os pacientes com TB é de pobreza e desvantagem social, é importante conhecer as características dessa situação para que as intervenções sejam acertadas e pertinentes (SÁ, *et al*, 2012).

Desta forma, é o profissional da enfermagem que deve assumir o papel de protagonista na promoção, prevenção e controle dessa doença, o que deve ser feito planejando intervenções realmente integrais, a partir do âmbito local até o internacional. São as instituições líderes de opinião em enfermagem aquelas que podem assumir, em maior proporção, esse desafio, contando com o compromisso real de todas as enfermeiras em todo o mundo (OBLITAS, *et al*, 2010).

A promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares, da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (OBLITAS, *et al*, 2010).

Nesse contexto, as estratégias propostas para a promoção da saúde vão em direção da articulação e do envolvimento do Estado, comprometendo-se com a adoção de políticas públicas saudáveis para a comunidade, estimulando o reforço da ação coletiva e dos

indivíduos, o desenvolvimento de habilidades pessoais, a reorientação do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais. É imprescindível a responsabilização de todos no levantamento dos problemas e nas soluções em matéria de saúde (BRASIL, 2011).

A abrangência das ações de saúde tem como foco: participação comunitária nas atividades de controle da tuberculose; capacitação da comunidade para compreender e atuar junto às necessidades de saúde; motivação de liderança comunitária para o problema da tuberculose como uma questão importante de saúde pública; promoção da cidadania a partir do desenvolvimento de ações intersetoriais; abertura de espaços dos serviços de saúde para se articular com a área cultural da sociedade; divulgação de informações sobre a tuberculose na comunidade; realização de parcerias com organizações não governamentais e articulações com outros setores de políticas públicas (BRASIL, 2011).

As melhores medidas de prevenção e de controle da tuberculose são o diagnóstico precoce e o tratamento do paciente até a cura. Outras medidas de prevenção importantes incluem a vacinação Bacilo de Calmette Guérin – BCG, o tratamento da infecção latente pelo *M. tuberculosis* – ILTB e o controle de contatos (BRASIL, 2011).

A vacina BCG é prioritariamente indicada para crianças de 0 a 4 anos, com obrigatoriedade para menores de 1 ano. Trata-se de uma vacina atenuada e cada dose administrada contém cerca de 200 mil ou até mais de um milhão de bacilos. A administração da vacina é intradérmica, no braço direito, na altura da inserção do músculo deltoide. Essa vacina, quando administrada, não protege os indivíduos já infectados pelo *M. tuberculosis* e nem evita o adoecimento seja por infecção endógena ou exógena, mas oferece proteção a não infectados contra as formas mais graves (BRASIL, 2010).

A susceptibilidade à infecção é praticamente universal. A maioria das pessoas resiste ao adoecimento após a infecção e desenvolve imunidade parcial à doença. Cerca de 5% das pessoas não conseguem impedir a multiplicação dos bacilos e adoecem na sequência da primo-infecção. Outros, 5% apesar de bloquearem a infecção nesta fase, adoecem posteriormente por reativação desses bacilos ou em consequência de exposição a uma nova fonte de infecção (BRASIL, 2010).

Quimioprofilaxia secundária é a administração de isoniazida a uma pessoa infectada pelo bacilo de Koch com a finalidade de evitar que ela adoença. O tratamento da infecção latente pelo *M. tuberculosis* – ILTB com isoniazida – H reduz em 60% a 90% o risco de adoecimento (BRASIL, 2011).

A atividade de controle de contatos é uma ferramenta importante para prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente casos de doença ativa nesta população, e deve ser

instituída pelos programas de controle de TB. Apesar de os contatos de pacientes com TB bacilífera ter maior risco de adoecimento, todos os contatos devem ser avaliados (SÁ, *et al*, 2007).

O enfermeiro capacitado nas ações de controle da tuberculose deve identificar informações clínicas, epidemiológicas e sociais dos suspeitos da enfermidade e tomar providências para o esclarecimento diagnóstico (SILVA, *et al*, 2007).

A pesquisa bacteriológica é o método prioritário para o diagnóstico e o controle do tratamento da tuberculose, uma vez que permite a identificação da fonte de transmissão da infecção. Considerando esses aspectos, cabe ressaltar que a descoberta precoce do caso, o diagnóstico correto e o tratamento completo dos doentes com baciloscopia positiva são tidos como uma das principais medidas de controle da tuberculose na comunidade (BRASIL, 2011).

É função do enfermeiro do programa de controle da tuberculose organizar e cumprir as recomendações do Ministério da Saúde, em acordo com os dispositivos legais da profissão, atentando para alguns elementos necessários para o diagnóstico de tuberculose: sintomas da tuberculose, busca de sintomáticos respiratórios, bacteriologia (baciloscopia direta do escarro) e prova tuberculínica (BRASIL, 2011).

Os sintomas mais comuns da TB pulmonar são: tosse persistente produtiva ou não, febre, sudorese noturna e emagrecimento. No exame físico, pode ser encontrado também linfadenomegalias, às vezes relacionadas tanto à presença de TB extrapulmonar concomitante, quanto à existência de coinfeção pelo HIV (BRASIL, 2002).

A busca de sintomáticos respiratórios (SR) trata-se de uma atividade de saúde pública orientada para identificar precocemente pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas, chamado sintomático respiratório, visando à descoberta dos casos de bacilíferos. A busca ativa do SR tem sido uma estratégia recomendada internacionalmente e deve ser realizada permanentemente pelos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

A baciloscopia direta do escarro é o método principal no diagnóstico da tuberculose pulmonar por permitir a descoberta das fontes de infecção, ou seja, os casos bacilíferos. Trata-se de método simples, rápido, de baixo custo e seguro para elucidação diagnóstica da tuberculose, uma vez que permite a confirmação da presença do bacilo. Na observação microscópica, são visualizados bacilos álcool-ácidos resistentes – BAAR, conforme o Ministério da Saúde (2002).

O Ministério da Saúde (2002), ainda afirma que a prova tuberculínica é também conhecida como teste de Mantoux, consiste na inoculação intradérmica da

tuberculina em uma pessoa, a fim de conhecer se ela está ou não infectada pelo *M. tuberculosis*. No Brasil, a tuberculina utilizada é a RT 23, do Serum Institute na dose de duas unidades de tuberculina – UT, equivalente a 5UT de PPD-S, utilizada em outros países.

A tuberculose é uma doença curável em praticamente 100% dos casos novos, sensíveis aos medicamentos antiB, desde que obedecidos aos princípios básicos da terapia medicamentosa e a adequada operacionalização do tratamento (BRASIL, 2004).

A associação medicamentosa adequada, as doses corretas e o uso por tempo suficiente são os princípios básicos para o adequado tratamento, evitando a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos fármacos, assegurando, assim, a cura do paciente. A esses princípios soma-se o TDO como estratégia fundamental para assegurar a cura do doente (BRASIL, 2004).

O tratamento dos bacilíferos é a atividade prioritária de controle da tuberculose, uma vez que permite interromper a cadeia de transmissão (BRASIL, 2004).

Todos os casos com baciloscopia negativa e suspeita clínica e/ou radiológica de TB devem ter cultura solicitada e serem encaminhados para elucidação diagnóstica em uma referência. O tratamento para caso suspeito de tuberculose sem comprovação bacteriológica pode ser iniciado por diagnóstico de probabilidade após tentativa de tratamento inespecífico com antimicrobiano de largo espectro, sem melhora dos sintomas e criteriosa avaliação clínica. Uma vez iniciado o tratamento, este não deve ser interrompido, salvo após rigorosa revisão clínica e laboratorial que determine mudanças de diagnóstico (BRASIL, 2004).

O Pacto pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS e o Pacto pela Vida para 2008 têm compromissos com ações prioritárias no campo da saúde, sendo a tuberculose uma das prioridades. Daí se exige atuação comprometida, ética e humana dos gestores locais, dos profissionais de saúde e da população, com mobilização social nas ações de controle e no tratamento dos doentes com tuberculose, sendo a estratégia do TDO uma dessas ações (VILLA, *et al*, 2008).

As pessoas tratadas com TDO têm maior probabilidade de curar a tuberculose ou de não apresentar a TB – MR do que aquelas que não têm acesso a esta estratégia. O emprego do TDO aproxima os profissionais do contexto social dos indivíduos, ao mesmo tempo em que impossibilita os efeitos do estigma ao identificar grupos de risco para a não adesão ao tratamento por meio de um método de baixo custo e estabelece vínculos entre serviço de saúde-doença-família. É o momento ímpar em que o profissional de saúde cria a oportunidade para empoderar o paciente em relação ao processo do tratamento, com

linguagem acessível, de fácil entendimento, propiciando uma educação individual e dialogada (VILLA, *et al*, 2008).

A partir desse contexto, a atuação do enfermeiro no TDO deve contemplar duas dimensões do processo de trabalho: a gerencial, que se relaciona ao planejamento, à organização e à avaliação de serviço, e a assistencial, ligada à organização e a realização das ações do cuidado, diretamente envolvidas no tratamento. Estas duas dimensões podem ser organizadas por meio da elaboração e da implantação de protocolos de enfermagem, adaptados às unidades de saúde nos níveis estaduais, municipais e locais (BRASIL, 2011).

Sobre a organização do processo de trabalho de enfermagem para o tratamento diretamente observado da tuberculose nos serviços de saúde o primeiro passo da atuação do enfermeiro será levantar, com base nos indicadores epidemiológicos e operacionais, os problemas existentes na região ou área relacionados ao programa de tuberculose. Outra questão importante a ser levantada no serviço será garantir a ampliação da oferta de TDO de forma descentralizada, facilitando o acesso e a equidade da atenção aos doentes com tuberculose. Isso significa atentar para a localização da unidade onde se pretende implantar a atenção ao paciente com TB, escolhendo locais de fácil acesso da população, próximo ao local de moradia e trabalho das pessoas e das comunidades com maior incidência da doença (OBLITAS, *et al*, 2010).

É importante que o enfermeiro conheça o perfil da clientela adscrita à unidade de saúde por meio dos dados epidemiológicos disponíveis no município e, se possível, levantar dados por entrevista domiciliar, considerando as condições socioeconômicas e de trabalho (OBLITAS, *et al*, 2010).

O enfermeiro deve auxiliar na inserção da pessoa com TB nos diferentes níveis de complexidade nos serviços de saúde, incluindo consultas médicas e de enfermagem, apoio diagnóstico, consultas com especialista, caso necessário e acesso à medicação específica, ou seja, deve se envolver na resolutividade dos problemas do doente (OBLITAS, *et al*, 2010).

No acolhimento, o enfermeiro deverá estabelecer vínculo entre os profissionais de saúde, paciente, família e comunidade. Isso requer mudanças na porta de entrada da população aos serviços de recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços (OBLITAS, *et al*, 2010).

De forma geral, para o exercício de suas funções junto ao TDO, o enfermeiro deverá identificar os sintomáticos respiratórios; realizar assistência integral às pessoas e famílias; orientar quanto à coleta de escarro; administrar a vacina BCG; realizar prova tuberculínica; realizar consulta de enfermagem; examinar os contatos; orientar pacientes e

familiares; convocar os doentes faltosos; acompanhar a ficha de tomada de medicação; realizar assistência domiciliar; contribuir e participar das atividades de educação permanente; notificar os casos confirmados de TB e fazer a programação anual das ações do PCT (BRASIL, 2011).

A escolha da modalidade de TDO a ser adotado deve ser decidida conjuntamente entre a equipe de saúde e o paciente, considerando a realidade e a estrutura de atenção à saúde existente. O enfermeiro deve objetivar juntamente com a equipe melhorar a atenção ao doente por meio do acolhimento humanizado; possibilitar a adesão, garantindo a cura; reduzir a taxa de abandono; interromper a cadeia de transmissão da doença; diminuir o surgimento de bacilos multirresistentes; reduzir a mortalidade e o sofrimento humano; realizar uma educação em saúde mais efetiva de forma individualizada voltada para orientar e corresponsabilizar o indivíduo, a família e a comunidade nas ações de saúde (BRASIL, 2011).

A implantação sistematizada do TDO da tuberculose deve constituir o principal instrumento para determinar que essa ação específica da enfermagem seja o fundamento da estratégia de atenção ao doente com tuberculose no País. Por essa razão, recomenda-se que essa prática seja acompanhada, na medida do possível, de investigações de cunho acadêmico e prático que, de tal forma, ajudem a identificar e corrigir falhas do processo e a aumentar o conhecimento sistematizado sobre a proposta (BRASIL, 2011).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

O presente estudo é uma pesquisa descritiva e exploratória que, tem o propósito de observar, descrever e explorar os aspectos de uma situação.

Diante das características do objeto desta pesquisa, optamos por um estudo representacional com abordagem qualitativa. O estudo representacional permite conhecer de forma mais aprofundada as Representações Sociais dos indivíduos entrevistados, fundamentando-se no referencial teórico da Teoria das Representações Sociais, elaborada por Moscovici em 1961 (MOSCOVICI, 2011). Destacamos que utilizaremos a abordagem dimensional-estrutural das representações, na perspectiva de Serge Moscovici e Jean Claude Abric (MOSCOVICI, 2010; SÁ, 1996).

5.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado no município de São Luís-MA, considerado um dos municípios prioritários do estado do Maranhão para o Controle da Tuberculose. Ressalta-se, também, o pioneirismo deste município na implantação do TDO nas unidades de ESF.

O local apresenta 81 unidades de saúde de gestão municipal, sendo 49 unidades de Saúde da Família distribuídos em 7 distritos sanitários de saúde (Bequimão, Coroadinho, Centro, Tirical, Itaqui, Cohab, Vila Esperança), que são responsáveis por uma cobertura de apenas 36,1% da população ludovicense (MARANHÃO, 2012).

Os dados foram coletados em todas as Unidades de ESF do município, onde o TDO estava sendo utilizado. A escolha destes locais deu-se em razão da ESF ser considerada pelo Ministério da Saúde como a unidade estrategicamente indicada para a estruturação do TDO, onde o mesmo deverá estar adequadamente estruturado e operacionalizado.

É importante ressaltar que a Secretaria Municipal de Saúde de São Luís –MA, informou a existência de 29 unidades de ESF, utilizando o TDO, porém durante a realização desta pesquisa apenas 12 unidades estavam operacionalizando a estratégia no momento da coleta de dados. Este fato se justifica pelo fato de que as pessoas com diagnóstico de tuberculose inclusas para acompanhamento segundo a estratégia, são retiradas e incluídas a todo momento, por motivos específicos de ordem pessoal, profissional, operacional e outros, o que revela uma significativa e constante mudança nos números registrados.

As unidades de ESF que serviram como locais de estudo, por operacionalizarem o TDO, estão distribuídas em cinco dos sete distritos sanitários do município de São Luís, da seguinte forma: 02 unidades do distrito sanitário Centro; 02 no Itaqui Bacanga; 03 no Tirirical; 02 na Vila Esperança e 3 unidades no distrito Cohab. Exatamente as unidades que estavam operacionalizando o TDO, no momento da coleta de dados desta pesquisa.

5.3 Participantes do Estudo

Os participantes do estudo foram todos os enfermeiros das equipes de Saúde da Família, de unidades que estavam operacionalizando o modelo TDO de tratamento contra a TB. Enfermeiros de férias ou licença não foram incluídos na pesquisa, estes totalizaram apenas 2 indivíduos, que estavam de férias.

A escolha dessa população se fez fundamentada na literatura (BRASIL, 2011b) que aponta o enfermeiro como o profissional mais atuante junto ao TDO e responsável pela supervisão de todo o processo de tratamento. Essa relação favorece a elaboração das representações sociais, sendo assim, estes enfermeiros teriam mais condições de contribuir com informações que permitam abranger ao máximo as dimensões do problema em estudo.

O município de São Luís, no momento da pesquisa, apresentava 12 unidades de ESF, operacionalizando o TDO. O número de enfermeiros responsáveis pelo TDO e que compõe o quadro profissional destas unidades estão distribuídos segundo os distritos sanitários, da seguinte forma: 2 unidades do distrito Centro, cada uma com 3 enfermeiros; 2 unidades do distrito Itaqui Bacanga, cada uma com 2 enfermeiros; 3 unidades do distrito Tirirical, cada uma com 2 enfermeiros; 2 unidades da Vila Esperança, cada uma com 2 enfermeiros e 3 unidades do distrito Cohab, uma com 2 enfermeiros, outra com 1 enfermeiro e a última com 3 enfermeiros operacionalizando o TDO. Logo, os participantes do estudo totalizaram um conjunto de 26 enfermeiros que trabalham diretamente com a estratégia TDO em ESF.

5.4 Procedimento Metodológico

Primeiramente, entramos em contato com o setor de Vigilância Epidemiológica/SEMUS, para agendarmos uma visita com o profissional responsável pelo Programa Municipal de Controle da Tuberculose em São Luís, a fim de obter a lista de

unidades da ESF. Com esta lista, que continha número de telefone, nomes dos diretores, enfermeiros e endereço, ligamos para agendarmos uma visita a unidade.

Esta primeira visita, serviu para conhecermos as unidades, os enfermeiros da equipe ESF e as escalas de serviço, aproveitando o momento para agendarmos o dia e horário, reservando um local adequado na própria unidade, para apresentar a proposta da pesquisa.

A segunda visita foi o momento em que apresentamos a proposta da pesquisa e os enfermeiros que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), logo após, realizamos a o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e a entrevista.

Ocorreu nesta lógica, pois caso contrário o participante poderia sentir-se em uma situação de avaliação e buscar estudar sobre o tema, situação que prejudica a pesquisa que precisa dos componentes de espontaneidade e subjetividade, porém caso algum dos participantes preferissem de qualquer forma marcar um terceiro encontro para entrevista, isto seria respeitado, porém não ocorreu algum caso durante a coleta. Ao final, nos comprometemos de enviar os resultados da pesquisa para cada unidade e enfermeiro, salientando que nenhum participante será identificado.

5.5 Período do Estudo e Coleta de dados

O período do estudo está compreendido entre fevereiro de 2012 e agosto de 2014. A coleta de dados foi realizada durante o período de janeiro a março de 2014. Para sua execução, utilizamos três instrumentos: O primeiro, identificado como **teste de associação livre de palavras (TALP)**, é reservado ao registro das cinco palavras apontadas durante a realização da técnica de evocação livre de palavras (Apêndice A). O segundo instrumento, identificado como **representações do TDO** trouxe as perguntas orientadoras da entrevista semiestruturada (Apêndice B) e por último o terceiro, intitulado como **identificação pessoal** (Apêndice C), para a caracterização dos participantes quanto a variáveis demográficas, por se compreender que estas podem influenciar na elaboração da representação social, onde serão avaliados: faixa etária, sexo, titulação, renda, cor, religião, tempo de formação acadêmica, tempo de serviço em ESF e vínculo empregatício.

Para apreensão do objeto de estudo, utilizamos duas técnicas para coleta de dados: técnica de evocação livre de palavras ou teste de associação livre de palavras (TALP) e a entrevista semiestruturada.

A técnica de evocação livre de palavras, segundo Oliveira, *et al* (2005), consistiu em solicitar aos participantes que, a partir de um termo indutor apresentado pelo pesquisador, digam as palavras ou expressões que lhes tenham vindo imediatamente à lembrança. Após, solicitou-se que identificassem nas respostas uma ordem de importância, o que determina o grau de importância das evocações. Os dados coletados nas evocações foram registrados por escrito no primeiro instrumento de coleta de dados (Apêndice A).

A entrevista semiestruturada, caracteriza-se como parte de certos questionamentos básicos que interessam a pesquisa e que oferecem amplo campo de interrogativas, que surgem à medida que recebemos as respostas do informante, conforme Clementino (2009). Para a realização da entrevista semiestruturada, utilizamos um roteiro com questões guia (Apêndice B) que facilitaram a manifestação das representações sociais do TDO.

As entrevistas foram realizadas individualmente com uso de um gravador. Os horários foram estabelecidos pelo entrevistado, com tempo livre para que este pudesse se expressar o necessário.

Consideraremos neste estudo alguns aspectos sobre o local de coleta dos dados. Segundo Oliveira *et al.* (2005), o local deve ser tranquilo, livre de ruídos e de trânsito de pessoas, para que haja o mínimo de interferência externa, de forma que possibilite a reflexão da pessoa. Portanto, a coleta deverá ser realizada em locais tranquilos e reservados, em todos os casos, nos consultórios da própria unidade, após o término das atividades dos enfermeiros. A coleta de dados com os enfermeiros durou em média 15 minutos.

5.6 Análise dos dados

Para análise dos dados, empregamos duas técnicas: a técnica do quadrado de quatro casas, com a utilização do *software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations* (EVOC) e a análise de conteúdo para avaliar os discursos obtidos na entrevista. É importante ressaltar que em acordo com as Representações Sociais, a análise obtido por meio do EVOC faz parte da abordagem estrutural das representações e a análise que parte do discurso está relacionada a abordagem processual das representações. Desta forma, é possível apreender com mais sustentabilidade as Representações Sociais dos enfermeiros, acerca do TDO.

O Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) foi construído a partir da palavra-indutora: TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO). Os dados

coletados através da evocação livre de palavras foram analisados com o auxílio do EVOC que é um recurso informático e constitui um grande auxílio no tratamento dos dados, principalmente na identificação de discrepâncias derivadas da possível polissemia do material coletado e na realização dos cálculos das médias, para construção do quadro de quatro casas, conforme Oliveira, *et al* (2005).

Para a análise das palavras evocadas, realizou-se inicialmente a digitação em ordem alfabética, realizando-se a correção ortográfica quando necessário e retirando-se os sinais gráficos que poderiam interferir no processamento dos dados no EVOC. Nessa primeira etapa obteve-se um total de 73 palavras (figura 1).

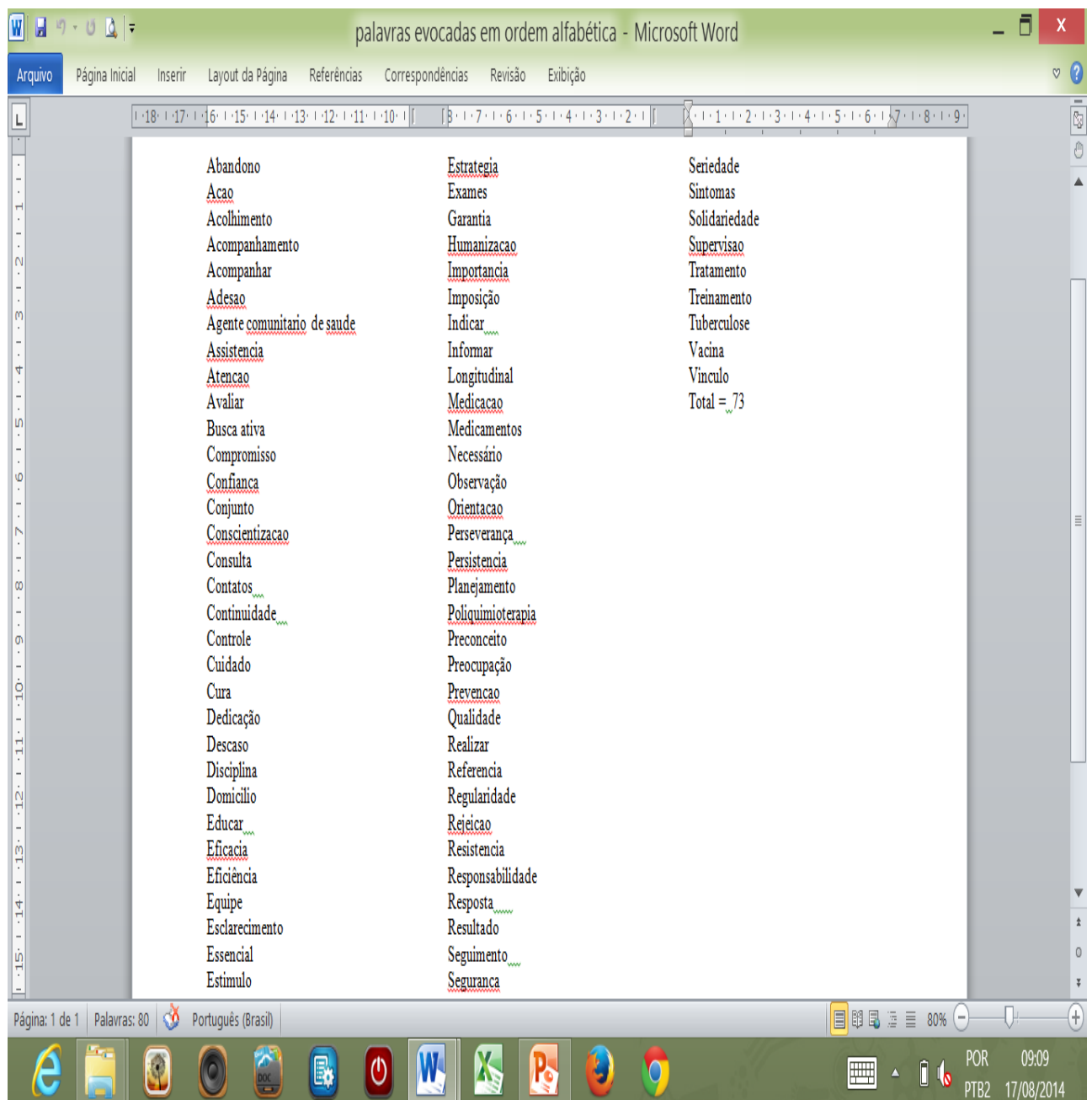


Figura 1 – Palavras evocadas em ordem alfabética. São Luís-MA, 2014.

Logo após esta organização, as palavras semelhantes, com o mesmo significado foram sintetizadas em uma única expressão, finalizando esta etapa com 63 palavras (Figura 2).

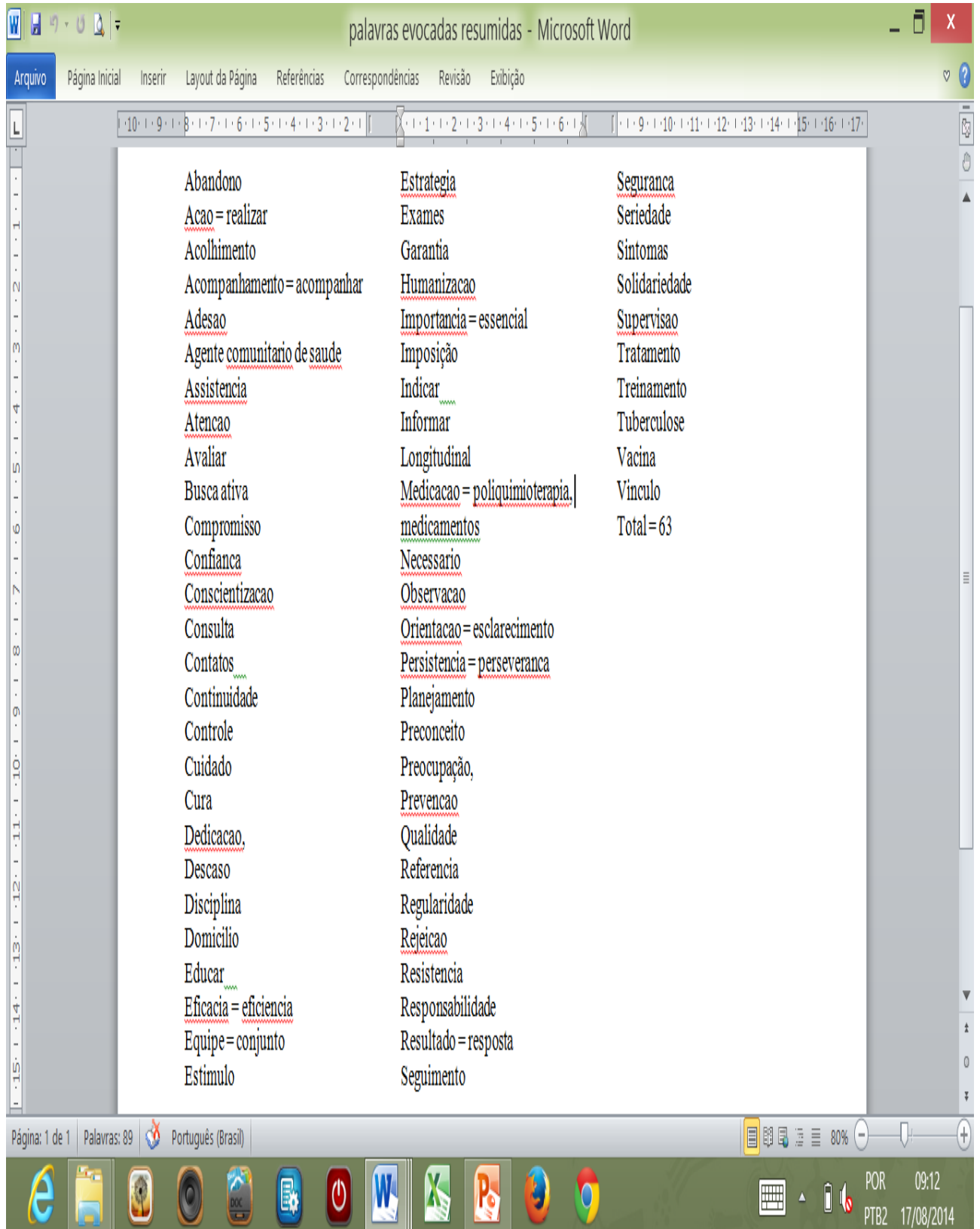


Figura 2 – Palavras evocadas resumidas. São Luís-MA, 2014.

A próxima etapa constituiu-se de organizar estas palavras no programa Microsoft Excel, organizadas na vertical a numeração dos participantes e na horizontal as cinco palavras evocadas, em ordem de importância por cada participante. Totalizando cinco colunas e vinte e seis linhas (Figura 3).

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	cura	eficacia	acompanhamento	supervisao	resultado									
2	cura	responsabilidade	compromisso	continuidade	acao									
3	acolhimento	humanizacao	solidariedade	equipe	seriedade									
4	acompanhamento	dedicacao	cura	importancia	necessario									
5	eficacia	cuidado	orientacao	estimulo	atencao									
6	domicilio	supervisao	abandono	controle	observacao									
7	eficacia	qualidade	controle	seguranca	compromisso									
8	vinculo	importancia	adesao	tratamento	cura									
9	eficacia	avaliar	acompanhamento	acao	cura									
10	importancia	estrategia	acompanhamento	busca ativa	medicacao									
11	referencia	exames	resistencia	contatos	vacinas									
12	conscientizacao	preocupacao	cura	descaso	rejeicao									
13	informacao	orientacao	educacao	preconceito	indicacao									
14	medicacao	cura	persistencia	busca ativa	medicacao									
15	supervisao	adesao	orientacao	cura	assistencia									
16	adesao	assistencia	imposicao	suspensao	regularidade									
17	perseveranca	disciplina	cura	orientacao	acompanhamento									
18	acompanhamento	agente comunitario de saude	equipe	supervisao	tuberculose									
19	supervisao	controle	cura	garantia	observacao									
20	adesao	medicacao	consulta	sintomas	cura									
21	planejamento	acomanhamento	eficacia	cura	resultado									
22	longitudinal	confianca	qualidade	cura	medicacao									
23	cura	treinamento	orientacao	adesao	cuidado									
24	cura	cuidado	qualidade	acompanhamento	seguimento									
25	acompanhamento	assistencia	prevencao	cura	observacao									
26	cura	eficacia	acompanhamento	cuidado	assistencia									
27														

Figura 3 – Palavras evocadas sintetizadas no programa Microsoft Excel. São Luís-MA, 2014.

A organização das palavras evocadas no Excel foi processada pelo EVOC, obtendo como resultado o quadrante de quatro casos, onde se identifica os elementos do núcleo central e periférico das representações sociais.

Na abordagem processual, foi utilizada a análise de conteúdo para avaliar os discursos obtidos nas entrevistas. Os dados foram analisados com base nos discursos dos entrevistados e organizados em categorias de análise adequadas aos discursos, respaldando com a literatura pertinente, a fim de discutir e analisar os resultados deste estudo buscou-se alcançar os processos de ancoragem e objetivação, elementos importantes no processo de construção das representações dos enfermeiros sobre o TDO da tuberculose.

Os discursos dos participantes da pesquisa estão apresentados nos resultados, identificados com o código EN em ordem numérica, conforme a ordem de realização das entrevistas.

Sobre os dados sociodemográficos, estes foram descritos e apresentados em tabela (APÊNDICE E).

5.7 Aspectos éticos

Os responsáveis por esta pesquisa se comprometeram em assegurar que os direitos dos participantes sejam protegidos, obedecendo à Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Para que possamos realizar a coleta de dados junto as unidades de Saúde da Família, solicitamos autorização da Secretaria Municipal de Saúde/São Luís-MA e submetemos o projeto a Plataforma Brasil, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário da UFMA (HUUFMA) com parecer 505.716 (Anexo A).

Os enfermeiros foram convidados a participar desta pesquisa recebendo todas as informações sobre a proposta durante a segunda visita realizada à Unidade de Saúde da Família, conforme procedimento metodológico. Neste momento, o consentimento foi formalizado através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), garantindo o respeito, sigilo e a liberdade de participação, podendo retirar-se em qualquer momento da pesquisa. Foram entregues duas cópias do TCLE, sendo que uma permaneceu com o participante e a outra com a pesquisadora.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentaremos, inicialmente, os dados sociodemográficos dos profissionais de Enfermagem que realizam o TDO na Estratégia Saúde da Família do município de São Luís – MA. Em seguida, serão abordados os resultados apreendidos no Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e os discursos referidos pelos enfermeiros.

Para compreendermos melhor sobre o TDO, buscamos, por meio da análise de conteúdo das entrevistas, relacionar as práticas discursivas dos enfermeiros com os resultados do TALP, confirmando ou contradizendo o que fora encontrado na estrutura das Representações Sociais.

Ao se avaliar as palavras evocadas e os discursos apresentados pelos sujeitos da pesquisa, observou-se uma clara relação entre eles, validando o resultado obtido com o TALP.

Mediante a exposição dos dados analisados, reconhecemos as Representações Sociais do TDO.

6.1 Caracterizando os Dados Sociodemográficos dos Enfermeiros

Dentre a totalidade de enfermeiros que atuam diretamente na operacionalização do TDO, no tocante ao sexo, encontramos a predominância do sexo feminino (92,4%).

A variável faixa etária foi organizada considerando-se a menor e a maior idade encontrada. Observamos a predominância de pessoas jovens. Cerca de 50% dos enfermeiros tinham até 35 anos.

Nas categorias cor da pele, estado civil, religião e renda familiar a maioria referiu cor parda (61,6%); estado civil casado (53,8%); religião católica (69,2%) e renda familiar na faixa de 4 a 6 salários mínimos (50%).

Quanto a questão titulação, observamos que 61,5% já buscaram concluir pelo menos uma especialização (*lato sensu*) e apenas 15,5% já buscaram a realização do Mestrado.

Sobre o tempo de formação e tempo de serviço em ESF, a maioria referiu 11 a 20 anos (38,4%) de graduado e 1 a 5 anos (42,3%) de serviço em ESF demonstrando em linhas gerais um grupo de enfermeiros jovens, com razoável tempo de formação e de serviço em ESF e que tem buscado qualificação profissional.

Sobre o vínculo empregatício, tem-se que mais da metade dos enfermeiros participantes (61,5%) são celetistas, contratados por tempo indeterminado, com outros 38,5 % estatutários.

6.2 As Representações Sociais por Associação Livres de Palavras e as práticas discursivas dos enfermeiros

O Teste de Evocação Livre de Palavras, conforme já mencionado anteriormente, é muito utilizado quando desejamos identificar o núcleo central e o periférico das representações. No presente estudo, o seu uso foi viabilizado a partir do momento em que solicitamos ao entrevistado que associasse cinco palavras para o estímulo indutor: Tratamento Diretamente Observado (TDO). Para o grupo, foi possível a identificação de setenta e três termos diferentes, relacionados ao estímulo TDO.

Logo em seguida, os termos foram organizados em ordem alfabética e aqueles com o mesmo significado, sintetizados em uma única palavra, desta forma os termos totalizaram ao final do tratamento dos dados sessenta e três termos evocados.

As palavras foram identificadas, analisadas e comparadas tomando por base a frequência (f) e a ordem média de evocações (OME). A frequência de evocações foi encontrada pelo somatório das frequências em que a palavra foi evocada em cada posição. A ordem média de evocação é obtida ponderando-se com peso 1 e a evocação feita em primeiro lugar, com 2 em segundo, e assim por diante. O somatório das frequências da palavra citada nas diversas posições dará a ordem de evocação da palavra. Com os valores alcançados, foram calculados dois novos índices: tratam-se das médias aritméticas da ordem média de evocação (OME) e das frequências das palavras evocadas, denominada "F". A análise combinada destes dois índices possibilitará o levantamento dos elementos que provavelmente compõem o núcleo central.

Estes elementos, os de maior frequência e pronta evocação, situam-se no quadrante superior esquerdo. No quadrante inferior esquerdo, os elementos de contraste. Os elementos dos quadrantes superior direito e inferior direito, considerados como sendo evocações periféricas, possibilitam uma interpretação menos direta, uma vez que tratam de cognições que apesar de não estarem compondo o núcleo central, mantêm uma relação de proximidade com este. Estes dados estão apresentados no Quadro 1.

Elementos do Núcleo Central			Elementos da 1º Periferia		
Frequência (F) >=15		OME >= 2.01	Frequência (F) >=15		OME <= 2.01
<i>Palavras</i>	<i>f</i>	<i>OME</i>	<i>Palavras</i>	<i>f</i>	<i>OME</i>
Medicação	16	2.5	Dedicação	19	2.0
Cura	15	2.3	Vínculo	17	2.0
Cuidado	15	2.2	Adesão	15	1.9
Supervisão	11	2.1	ACS	15	1.7
Elementos de contraste			Elementos da 2º Periferia		
Frequência (F) < 15		OME < 2.01	Frequência (F) < 15		OME > 2.01
<i>Palavras</i>	<i>f</i>	<i>OME</i>	<i>Palavras</i>	<i>f</i>	<i>OME</i>
Imposição	3	1.0	Orientação	12	2.8
Rejeição	1	0.7	Prevenção	10	2.4

Quadro 2 – Quadro de quatro casas do termo indutor TDO para enfermeiros da ESF. São Luís, 2014

Em relação as práticas discursivas, que foram as respostas resultantes das entrevistas realizadas com os enfermeiros, identificamos as seguintes categorias relacionadas aos assuntos destacados, conforme figura 5:

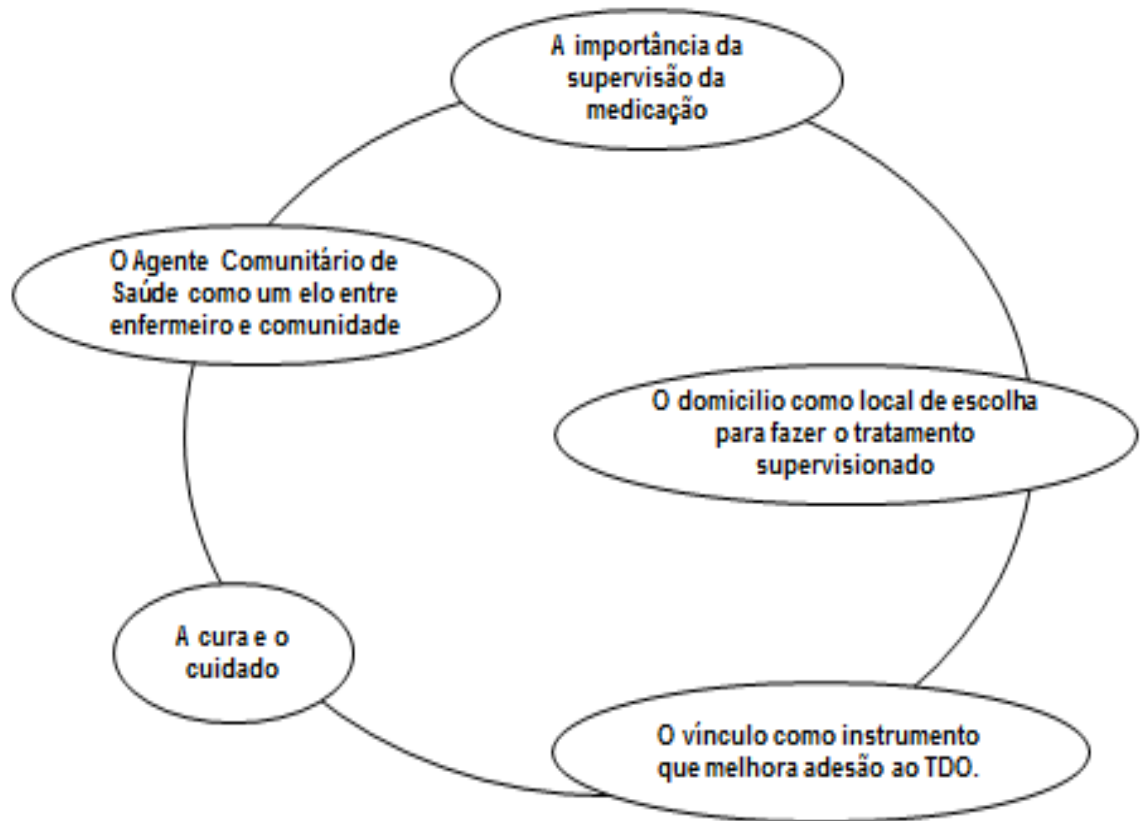


Figura 5 – Categorias obtidas a partir dos discursos dos sujeitos da pesquisa sobre o TDO. São Luís, 2014.

Com relação a análise da estrutura das Representações Sociais tem-se que o núcleo central é um subconjunto das representações cuja ausência desestruturaria ou daria uma significação radicalmente diferente à representação em seu conjunto, sendo o elemento mais estável e que mais resiste a mudanças (ASSIS, 2003). De forma simples, o núcleo central reflete o real significado do TDO para os enfermeiros da ESF.

Com base nesses dados, pode-se pensar que a representação social do TDO tem como núcleo central elementos ligados à medicação, cura, cuidado e supervisão.

Estas palavras que compõe o Núcleo Central, em especial as palavras “medicação” e “supervisão” estão associadas a um dos pilares do TDO que é o Tratamento Supervisionado (TS)

Percebe-se que a concepção do TS, na visão dos enfermeiros entrevistados, consiste apenas na observação da tomada de medicamentos. Revela uma preocupação centrada na garantia da ingestão do medicamento. Esse posicionamento vai de encontro à definição apresentada pelas diretrizes da estratégia, as quais caracterizam o TS como a administração direta do medicamento por uma segunda pessoa, que entrega, observa e registra a ingestão de cada dose, conforme o Ministério da Saúde (2011).

Este entendimento é confirmado pelos discursos dos entrevistados, descritos abaixo, ao responderem principalmente duas perguntas: uma sobre o que ele entende e outra sobre o que ele sabe a respeito do TDO, que geraram a categoria referente a importância da supervisão da medicação.

[...] o agente de saúde tem que ir na casa do paciente, observar a tomada da medicação [...] (EN¹).

É quando você procura, busca, conhece e observa se realmente esse medicamento, o tratamento, é realizado corretamente (EN²)

[...] Porque você vai ver se em locu, se o paciente tá ou não tomando a medicação (EN³).

A base do TDO é a medicação, pra ver se ele tá tomando direitinho, no horário correto né e não deixar faltar [...] (EN¹⁴).

Tem que ir duas ou três vezes por semana na casa do paciente, antes de começar o seu horário de trabalho pra poder supervisionar essa primeira tomada de medicação do dia [...] (EN¹⁵)

O profissional tem que ir na residência do paciente com tuberculose entregar a medicação e realmente observar se ele tá fazendo o esquema correto (EN¹⁶).

É o tratamento que o profissional de saúde observa a tomada de medicação do paciente (EN¹⁸)

É um tratamento eficaz porque você acompanha diariamente ou três vezes na semana o paciente que tá fazendo o uso da medicação (EN²¹)

[...] é a prática em que o profissional de saúde faz a observação da administração do medicamento na casa, no domicílio ou na unidade de saúde (EN²²)

[...] pra acompanhar de uma forma mais eficaz o paciente, até inclusive na supervisão da medicação (EN²⁴).

[...] um tratamento de acompanhamento aos pacientes de TB pra supervisionar a medicação, pra acompanhar o caso (EN²⁵).

Entretanto, vale ressaltar que o tratamento supervisionado vai além da supervisão técnica da ingestão de medicamento, compreendendo, sobretudo, o acolhimento do paciente e seus familiares. Segundo Muniz (1999), no ato de supervisionar, a equipe de saúde atua não somente no processo da intervenção terapêutica, como também interage com sua realidade social. Essa participação contínua amplia a compreensão da equipe sobre os pacientes, seus interesses, suas relações familiares e necessidades. Esta relação supera a lógica do saber técnico, exigindo mudanças de comportamento, de atitudes, tanto do profissional quanto do paciente, possibilitando modificações na qualidade da atenção.

Participar do cotidiano dos pacientes é fundamental para o estabelecimento de uma nova forma de contato com a clientela. O conhecimento da realidade exige novas responsabilidades dos profissionais de saúde, bem como mudanças na sua prática cotidiana. Essas mudanças pressupõem o estabelecimento de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário e seu acolhimento pelos trabalhadores de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Desta forma, percebemos que a forma como estes enfermeiros concebem a estratégia TDO está intimamente relacionada a uma representação social que se ancora na administração de medicamento e supervisão do uso de medicamentos.

Contrapondo a esta representação e partindo-se da concepção do acesso enquanto dimensão do acolhimento entende-se que o TS deve ser visto, também, como uma forma de acolher, dispensando-lhe um cuidado adequado, em momento oportuno (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Partindo desse entendimento, a visão sobre o TS que não parta desta concepção de acolhimento como acesso qualificado, pode ser interpretado como fator negativo, que predispõe a um diálogo unilateral, paternalista, onde só se escuta a voz do profissional, não permitindo um diálogo que ajude e norteie o tratamento, sendo insuficiente para uma efetiva operacionalização do TDO.

Esta Representação vinculada a administração de medicamentos e a supervisão de seu uso podem ser explicadas, também, devido as práticas da equipe de saúde que ainda são embasadas pelo modelo biomédico dominante, de caráter assistencialista, curativista e medicalizante, visto que as intervenções são centradas no corpo biológico, em detrimento de um modelo de vigilância em saúde que deveria ser incorporado no TDO, e que visa contribuir com a democratização do conhecimento do processo saúde doença, via organização dos serviços e produção social da saúde (GOMES; AGUIAR, 2006).

Ainda nos elementos centrais das Representações Sociais, os termos evocados “cuidado” e “cura”, estão facilmente associados ao fato de que a Enfermagem se apropria muito do cuidado, tal fato ocorre com a categoria até mesmo porque desde os primórdios, o cuidado sempre esteve a cargo dela.

Para Waldow (2004), esse cuidado é uma questão de compromisso, de responsabilidade, sendo a essência da profissão, permitindo a construção de uma história da qual a Enfermagem possa se orgulhar. Para a enfermagem brasileira, a autora destaca ainda que houve forte orientação para o lado técnico, o que desvaloriza o cuidado e atende a uma ideologia de cura.

Oliveira (2004) ressalta que a partir das dificuldades no processo do cuidar enfrentadas pelos profissionais, as academias começaram a preocupar-se com a maneira como o cuidado estava sendo prestado, a fim de garantir uma assistência de qualidade e humanizada, pretendendo resgatar a finalidade a que a Enfermagem se presta.

O que se percebe na literatura e se confirma pelas evocações é que este cuidado está introduzido no foco de atenção do TDO, porém em um misto de preocupações técnicas e da prática diária, como responsabilidade e atenção ao paciente. O que pode ser evidenciado pelos discursos abaixo:

É um tratamento que acompanha o paciente diariamente para que ele chegue a cura (EN¹).

[...] o paciente vai sendo observado e compreende que está sendo cuidado, melhor cuidado porque você vai acompanhando e isso facilita tirar dúvidas, tratar corretamente. Não há dúvida, você fica mas perto de conduzir o paciente a cura (EN²).

O TDO já diz, deve ser observado de forma direta, precisa, pra que o objetivo seja alcançado, a cura do paciente (EN¹⁷).

É importante para evitar a falência do tratamento, e da cura ao paciente (EN¹⁸).

O que nós sabemos é que vem trazer benefício. Que nossa meta é levar o paciente a obter a cura no tempo estabelecido (EN²⁰).

O paciente sente segurança ao perceber que está sendo cuidado, que têm alguém que quer ver a sua cura [...] (EN²¹).

No cuidado ao paciente, a gente busca o êxito no final, para a gente ter a cura do paciente de tuberculose (EN²²).

Na verdade, o TDO observado por mim, envolve o cuidado e a atenção com o paciente. O profissional participa mais do tratamento e o paciente têm maiores chances de cura mais rápida [...] (EN²³).

Antes de apresentarmos os componentes dos elementos periféricos das Representações, importante destacar que nos discursos dos enfermeiros foi apresentado um assunto fortemente destacado que apesar de não estar entre os elementos estruturais que compõe as Representações Sociais, é uma concepção que fez um prenúncio dos elementos estruturantes das Representações quanto aos seus elementos periféricos.

Este assunto se refere a realização do TDO no domicílio do paciente. Observamos nas falas que segue que a realização do TS no domicílio se constitui alternativa de operacionalização do TS, quanto ao local, figurando-se como uma forma de se acolher o paciente com referência à acessibilidade, pois o usuário está realizando o TS, em seu domicílio. Justamente essa acessibilidade que se associa intimamente aos elementos que compõe a periferia das Representações Sociais construídas pelos enfermeiros sobre o TDO. Observemos primeiramente as falas.

[...] levando informação e fazendo as visitas domiciliares, indo na casa do paciente para fazer o tratamento [...](EN¹⁴).

[...] o profissional ele tem que ir na residência do paciente com tuberculose, entregar a medicação e realmente observar se ele tá fazendo o esquema correto (EN¹⁶).

A gente vai na casa do paciente e fica tendo esse contato mais próximo sempre que possível [...](EN¹⁶).

Eu acho que ele ajuda porquê, a partir do momento que o profissional, ele se desloca até a casa ou domicílio ou até o local onde o paciente escolheu, porque não necessariamente tem que ser o domicílio [...](EN¹⁹).

O enfermeiro conduz o tratamento diretamente observado com as visitas domiciliares, porque como você tá numa região de baixa renda, as pessoas tem uma certa resistência de ir ao posto a principalmente porque aqui você tem dona de casas, mães solteiras, as vezes elas colocam sempre uma desculpa, que não tem com quem deixar os filhos, as vezes porque cuida de um doente, então há sempre uma desculpa, por isso eu foco a visita domiciliar porque o profissional que vai na casa, que atende, ele vai permitir que o tratamento seja realmente cumprido (EN²³).

Depois de diagnosticado, é o profissional que vai receber o paciente em casa, vai visitar em casa, ou recebe-lo na unidade. Vai trata-lo tanto na unidade quanto na sua residência (EN²⁵).

Travasso e Martins (2004) definiram acessibilidade como um conjunto de características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por usuários, chamando-a de acessibilidade sócio-organizacional. Partindo desse entendimento, o acolhimento enquanto acessibilidade deve ser entendido como um forma de se organizar o serviço e as ações de saúde, de forma a se entenderem as reais necessidades do usuário.

Relacionando com o TDO, os enfermeiros, nas falas anteriores, identificaram a necessidade do usuário em fazer o TS, no seu próprio domicílio. Para que essa ação acontecesse, foi necessário, não somente a técnica da entrega de medicamentos, mas também um diálogo, onde o paciente expõe suas ideias. É nesta interação que os problemas são direcionados e negociados as diferentes abordagens para sua resolução.

Dessa forma, entende-se que apesar da representação social do TDO se ancorar na supervisão da tomada de medicamentos, o enfermeiro já tem a compreensão de que o TS está além do fazer científico, da observação clínica de alguma reação adversa, requerendo ele uma explicação multifatorial e não somente a relação de causa e efeito, revelando-se a importância de se imprimir maior propriedade à relação com o doente e seu tratamento. Sendo assim, o trabalho em saúde possui uma natureza eminentemente conversacional, afastando-se da concepção de que o acolhimento é uma atividade desempenhada por um profissional particular, em um espaço físico (TEIXEIRA, 2005).

Muniz, et al. (1999) revelam que o TDO proporciona possibilidades novas de se construir um modo diferente de se agir em saúde, proporcionando-se melhor conhecimento da realidade e manutenção de diálogos, maior dedicação, vínculo e interação, como forma de garantir acessibilidade.

Embora os termos dedicação, vínculo e interação não façam parte do núcleo central das Representações Sociais sobre TDO, para estes enfermeiros, onde há o predomínio de uma visão tecnicista, temos estes termos, presentes e compondo os elementos periféricos destas mesmas representações. Podemos observar a presença desta concepção nos discursos abaixo:

A partir do momento que o profissional se desloca até a casa da pessoa, você aumenta a aderência dele ao tratamento, você aumenta a vinculação dele com o profissional, juntamente com a equipe, aumentando a adesão e diminuindo o abandono (EN¹⁹).

O profissional tem que conhecer a história do paciente e garantir que ele faça as dosagens no tempo preconizado, acolhendo o paciente, evitando abandono e resistência medicamentosa (EN²⁰).

O paciente se sente seguro, ao saber que tem alguém acompanhando seu tratamento, tem alguém que se interessa, alguém que quer ver a cura, porque ai a gente aplica um princípio do SUS que é a longitudinalidade onde o paciente ele tem confiança, ele retorna, ele sabe que ele está sendo acompanhado (EN²¹).

De forma muito positiva, muito positiva, principalmente a partir do momento que você assiste né um paciente desse que é tuberculoso, ele se sente mais acolhido, sente melhor e o fato do profissional ser treinado e

saber exatamente qual a dose correta, qual a medicação correta, é importante [...] (EN²³).

Abric (2000) considera a existência do sistema periférico ao redor do núcleo central. Esse sistema fornece coerência ao fato das representações sociais serem ao mesmo tempo rígidas e flexíveis, estáveis e móveis, realizando a conexão entre o sistema central e a realidade cotidiana e concreta.

São elementos periféricos que dão mobilidade e flexibilidade ao sistema representacional e, assim, regulam e adaptam o sistema central aos constrangimentos e às necessidades cotidianas do indivíduo e/ou grupo, tendo três funções primordiais: função de concretização, de regulação e de defesa da representação. Isto porque estabelecem uma interrelação entre o núcleo central e o objeto da representação, permitindo que esta se torne concreta, compreensível e transmissível (função de concretização); permitem também a adaptação da representação às evoluções do contexto (função de regulação) e atuam na defesa do núcleo central, que, uma vez transformado, provoca uma alteração completa da representação.

Analisando-se as falas que seguem, observam-se os elementos periféricos das Representações, a interação, dedicação e vínculo entre profissional e usuário e a forma como essa interação se apresenta.

Tem que supervisionar a medicação, pra ver se ele tá tomando direitinho, no horário correto e não deixar faltar né (EN²).

A gente tem que ter certeza se o paciente tá tomando as medicações, fazendo o tratamento correto e os exames que são feitos periodicamente (EN³)

[...] esse tratamento vem fortalecer a ideia de que a pessoa merece, necessita dessa supervisão, e eles acham que é a forma mais fácil que tem da pessoa terminar o tratamento, de uma forma mais eficaz (EN⁴).

[...] poderia ser segunda, terça ou quarta mas de preferência todos os dias supervisionaria essa tomada de dose para pelo menos ter maior controle, mostrando o acompanhamento dessa tomada de dose (EN¹⁸)

[...] porque as vezes quando você deixa o paciente fazer o tratamento sem uma supervisão adequada ele acaba na hora que melhora um pouco, ele acaba abandonando o tratamento (EN¹⁹).

[...] como eu já falei anteriormente, os profissionais devem buscar estes pacientes, supervisionar e ensinar o jeito certo, induzindo que os pacientes continuem o tratamento (EN²⁵).

A forma como é demonstrada, através da fala dos entrevistados, a interação entre paciente e profissional representa um diálogo unilateral, onde o profissional dita as regras do tratamento e o paciente simplesmente obedece, enquanto aquele fiscaliza.

Percebe-se que, na situação acima descrita, a interação se figura “paternalista”, onde o profissional articula o problema e o tratamento, pois se o usuário não tem a oportunidade de participar de forma ativa no seu processo de tratamento, dificilmente, ele terá interesse de concluir o mesmo, pois se acredita que o processo saúde-doença é fortemente influenciado pelo contexto social em que as pessoas vivem e trabalham e caso o usuário não tenha a oportunidade de expor os fatores tanto biológicos como sociais que estão interferindo no sucesso do seu tratamento, como ele terá interesse em continuar o mesmo?.

Diante deste contexto, refletimos, então, sobre outra questão que é influenciada pela interação entre os sujeitos e que é outro elemento que faz parte da composição dos elementos periféricos das Representações Sociais, deste enfermeiros, o termo: Adesão.

A adesão não é um processo linear, é complexa e está diretamente relacionada ao vínculo estabelecido entre o doente e o profissional de saúde. Por um lado, mencionou-se que o vínculo deve decorrer do profissional de saúde, que deve se abrir ao paciente, e lhe possibilitar a expressão de sentimentos e necessidades. Por outro lado, a adesão é um processo construído no cotidiano: decorre do oferecimento do medicamento, de orientações, da inserção do doente no serviço, de seu acesso sempre que necessário e da disponibilidade de um profissional que seja referência para o atendimento (BERTOLOZZI, 2005).

A adesão ocorre, ainda, com o apoio de familiares, com atividades que o profissional realiza no âmbito extra-muros, como no caso de visitas domiciliares, que permitem conhecer as necessidades das pessoas e de suas famílias (BERTOLOZZI, 2005).

Portanto, a adesão é ameaçada quando práticas de assistência não permitem flexibilização, tendo-se apontado que as práticas que determinam o processo de produção de serviços ferem a cidadania e o exercício da liberdade (BERTOLOZZI, 2005).

É importante anotar que a adesão ao tratamento envolve uma série de aspectos de diversas ordens que, ao contrário do que se verificou nos depoimentos dos enfermeiros do presente estudo, fogem da vontade individual e transcendem para aspectos que dizem respeito à forma como o sujeito está inserido na sociedade. Isto determina suas potencialidades ou debilidades no acesso à educação, moradia, trabalho, etc., o que, por sua vez, incide no desgaste do ser humano e aumenta sua suscetibilidade ao desenvolvimento da enfermidade.

A mesma autora, incorpora com mais densidade a necessidade do estabelecimento de vínculo para a efetivação da adesão. Este permite aos profissionais

conhecerem a situação de vida do doente, o que pode proporcionar possibilidades de enfrentamento do processo saúde-doença, fortalecendo, inclusive, a inclusão social para determinados doentes.

Toda esta concepção, a cerca da relação vínculo e adesão, em meio a operacionalização do TDO, está presente nas Representações Sociais dos enfermeiros, tendo em vista que estão compondo com um significativo grau de importância o quadrante de construção dos elementos periféricos das representações, conforme o quadro 1.

Reconhece-se que o TDO, contribui na adesão, assim como a diminuição das chances de recidiva, pela oportunidade de encontro entre os sujeitos, o acompanhamento e o estímulo dos trabalhadores. Esse espaço é utilizado pelos profissionais para promover atenção e manifestar disponibilidade.

No presente estudo, apontou-se também a importância dos Agentes Comunitários de Saúde no processo de estabelecimento de vínculo e de adesão, evocados para compor os elementos periféricos das Representações Sociais do TDO. Estes, em geral, além do doente, conhecem familiares, assim como situações que evidenciam a forma como vivem o dia a dia. Atuando como facilitadores do processo de operacionalização do TDO. A esse respeito, Ruffino-Netto e Villa (2006) apontam que o ACS constituem atores que se mostram flexíveis na assimilação de novas estratégias, incorporando mais facilmente conceitos, atuando com criatividade e favorecendo um ambiente propício ao desempenho do TDO.

Sobre o envolvimento dos sujeitos no TDO, percebe-se nas falas dos entrevistados a participação dos ACS e inclusive, cita-se também a participação de familiares, na operacionalização do TDO, identificando-se a adesão e o envolvimento dos profissionais para a viabilização da estratégia, como revelado nas falas, a seguir:

[...] o paciente é acompanhado mais de perto pelo agente comunitário de saúde (EN²¹).

[...] o tratamento diretamente observado é aquele no qual o paciente é acompanhado através do agente comunitário de saúde diretamente no domicílio (EN²⁰).

[...] mas todos os pacientes são rigorosamente acompanhados pelos agentes comunitários de saúde (EN²³).

Os agente comunitários de saúde são o elo com a gente, então a gente verifica se esse paciente realmente realiza o tratamento, se ele está fazendo uma adesão, se tem vínculo com aquele paciente durante o tratamento (EN²²).

[...] o agente comunitário de saúde ajuda a família a participar mais do tratamento, pois os familiares após o diagnóstico de tuberculose passam a

ter uma certa aversão a pessoa, que se senti um pouco isolada da família (EN²³).

[...] juntamente com os agentes comunitários de saúde se realiza as idas e vindas a casa dos pacientes pra acompanhar, supervisionar e também induzir o tratamento pra que não haja desistência (EN²⁵).

[...] o ACS é o ligação entre a equipe e a unidade, e também ele está diariamente naquelas ruas passando por aqueles domicílios. Ele fica, no caos, responsável pra acompanhar e tirar as dúvidas necessárias (EN²).

[...] os agentes trazem informações de como, se o paciente sumiu, porque o paciente sumiu. Eles sempre dão esse retorno pra nós (EN⁶).

O ACS é um importante ator no cenário da tuberculose, pois representa o principal elo entre a comunidade e o serviço de saúde, especialmente quando se fala de TS, o seu papel ultrapassa as fronteiras da clínica chegando a estabelecer relações tão íntimas com o paciente, a ponto de torná-lo, mais forte superando sua fragilidade (CAMPINAS; ALMEIDA, 2004).

Partindo dessa concepção, pode-se dizer que o ACS atua como um facilitador da criação de vínculos, que envolvem equipe, instituições e família. São esses vínculos que possibilitam a identificação dos conflitos, as interações e as desagregações inerentes a cada família, podendo prejudicar a saúde de seus membros. O ACS é tido, pelos entrevistados como um grande aliado no TDO, fazendo parte das representações sociais dos mesmos.

As palavras evocadas na segunda periferia se tratam daquelas mais distantes de serem o possível núcleo central, uma vez que foram menos evocadas e menos prontamente apresentadas. A segunda periferia está formada pelas palavras orientação e prevenção. Este fato nos remete a uma preocupação significativa, tendo em vista que os trabalhos de orientação e prevenção norteiam o TDO e não deveriam ser compreendidos como de menor importância, conforme as Representações Sociais elaboradas pelos sujeitos da pesquisa.

O TDO é uma estratégia que inclui diversas ações de promoção em saúde que devem ser desenvolvidas na atenção básica no contexto da tuberculose.

A promoção da saúde é um alicerce da atenção básica, que promove uma melhor apreensão dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) acerca dos termos saúde e doença e, ainda lhes oferece subsídios para adotarem novos hábitos de vida e medidas de saúde. Nesse contexto encontram-se inseridas as ações de combate à Tuberculose, considerando-se sua gravidade social e sua extensão, pois é um dos agravos mais relevantes e de mais difícil controle (TRIGUEIRO, *et al*, 2009).

As atividades de orientação em saúde são uma face da promoção da saúde. É uma combinação de aquisição de informações e aptidões básicas com o senso de identidade, autonomia, solidariedade e responsabilidade dos indivíduos por sua própria saúde e pela da comunidade. Também oferece informações de qualidade sobre a saúde, condições de vida de sua comunidade, de modo a motivar sua utilização (TRIGUEIRO, *et al*, 2009).

Trabalhar promoção e orientação em saúde, mesmo que na perspectiva do TDO, é uma das funções essenciais dos enfermeiros, por isso o fato de tais termos terem sido classificados nas Representações Sociais como elementos da segunda periferia, torna-se preocupante, necessitando de capacitação e/ou atualizações que sensibilizem estes profissionais, verdadeiramente, para a importância destas ações (TRIGUEIRO, *et al*, 2009).

Neste estudo os termos do quarto quadrante, são elementos de contraste, compostos pelas palavras evocadas: imposição e rejeição.

Isto pode estar relacionado ao fato de que alguns profissionais acreditam que o êxito no tratamento da tuberculose somente poderá ser alcançado mediante a imposição do tratamento, através de relações de impessoalidade, acabando o paciente por engolir a medicação ou então porque percebem o TDO como uma estratégia que invade a privacidade do indivíduo e/ou prejudica a sua autonomia, como está demonstrado na fala descrita abaixo:

Eu não acho que o TDO, ajude na condução do tratamento não, porque sinceramente, eu sou adepta da ideia de que a pessoa tem que ser responsável pela sua saúde. Então assim, eu sou responsável por uma parte da saúde dela, e ela tem que ser responsável pela outra parte. Eu sou responsável por incentivar ela a tomar aquela medicação, mas a adesão quem tem que fazer é a pessoa. Ela que tem que ser ciente de que se ela não tomar aquela medicação ela vai tá se prejudicando e prejudicando o próximo. Eu acho que isso é, não é uma forma, não é uma boa forma de conduzir o tratamento. Faço porque o Ministério nos obriga, mas não concordo. Não é papel de nenhum profissional de saúde bater de porta em porta pra entregar medicação, se ainda fosse uma vacina que a gente faz busca ativa, não é uma boa forma, por imposição não (EN⁶).

Para Arcêncio (2006), essa postura tem contribuído para resultados negativos como a rejeição e abandono do tratamento pelo paciente, bem como pela rejeição do TDO, por parte do profissional, além do aumento da multirresistência às drogas. A importância da estratégia é um conceito científico que nem sempre pode ser compreendido e aceito pelos profissionais, pacientes e até familiares. Logo, é necessário proporcionar melhor conhecimento sobre a estratégia.

De acordo com o mesmo autor, embora os profissionais de saúde que adotam essa conduta possam estar tentando fazer o bem, estarão interferindo num processo de

operacionalização de uma estratégia que é considerada e aceita, mundialmente, como a melhor forma de combate a Tuberculose.

Em oposição à fala anteriormente descrita, observa-se no depoimento a seguir que o enfermeiro buscou uma relação diferenciada com o usuário quanto ao modo de se operacionalizar o TDO:

Tem que ter corresponsabilidade, o paciente tem que fazer parte do tratamento e tem que fazer a sua parte. Sou adepta da ideia que temos que incentivar a responsabilidade das pessoas sobre as questões que envolvem sua vida, seja elas de saúde ou doença [...] (EN¹⁵).

Nesse depoimento percebe-se que a postura do profissional é diferenciada. A opinião do paciente para ele, muito importa. Quando o enfermeiro começa a fazer uma reflexão crítica do processo de diagnóstico/tratamento, levando em consideração, também, a importância que o paciente possui, ele, o enfermeiro, está buscando o acolhimento na assistência no TDO. Ao perceber que a opinião do paciente é tão importante quanto à profissional sobre o andamento do seu tratamento, o paciente sente-se valorizado e juntamente com o profissional, inicia uma batalha contra a doença, tentando ultrapassar suas possíveis dificuldades o que, certamente, melhoraria a adesão ao tratamento.

Percebe-se que não basta oferecer um serviço é preciso adequar esse serviço à individualidade de cada usuário. O serviço necessita de espaços que privilegie o diálogo como já visto anteriormente, e que ele esteja pautado nas relações de acolhimento, tornando-se o acolhimento como proposta de reorganização dos serviços para se garantir o acesso.

Partindo dessa afirmação, concebe-se que é necessário, para o ser humano, ter consciência de que todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo o objetivo da conversa não é homogeneizar os sentidos, fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades. É nesse ponto de convergência onde são descobertas os valores e as virtudes inerentes a cada indivíduo.

Um outro sujeito identificado pelos entrevistados é a família que apesar de não encontrar-se na estrutura das Representações Sociais, foi citada significativamente nas práticas discursivas dos enfermeiros entrevistados. Apesar de a Organização Mundial de Saúde (OMS) não recomendar a inserção de membros da família na execução do TS, dentro do TDO, devendo ela ser vista apenas como uma possível alternativa, quando o acesso aos profissionais de saúde é deficiente, se torna importante no acompanhamento de todo o tratamento, como incentivo e apoio ao doente, porém quando isto não acontece, a situação se configura em um grave problema como o citado na fala a seguir:

[...] o agente comunitário de saúde ajuda a família a participar mais do tratamento, pois os familiares após o diagnóstico de tuberculose passam a ter uma certa aversão a pessoa, que se senti um pouco isolada da família (EN²³).

A presença e a participação da família nesse momento vivenciado pelo usuário e muito importante, pois, muitas vezes, é expresso pelo paciente o desejo de abandonar o tratamento, mas o estímulo familiar, nesse momento é primordial. Vendramini (2001), afirma que 56% dos pacientes que aderiram ao tratamento mencionaram a importância da família na condução do tratamento.

No que se refere a análise dos discursos dos enfermeiros, observamos também questões relacionadas as dificuldades encontradas para a operacionalização do TDO, evidenciado no discurso abaixo:

[...] vou ser bem sincera, são tantos programas, o tempo é muito curto, a gente seria hipócrita em dizer que tá tudo lindo, tá tudo maravilhosa. Porque, às vezes isso é no papel, porque na prática não condiz muito com a nossa realidade. Falta tempo, medicamentos, carro e até gasolina pra fazer as visitas. Tudo que o profissional enfermeiro vai fazer ele tem que tirar tudo do seu bolso (EN¹⁶).

A adoção do TDO requer recursos humanos e de infra-estrutura, assim como ações mais amplas para o controle da doença. A sobrecarga de trabalho do enfermeiro, em decorrência das ações burocráticas que integram o tratamento supervisionado e todos os outros serviços da ESF restringem a estratégia, a execução apenas da supervisão da tomada de medicamentos ou a capacitação de técnicos de enfermagem e agente comunitários de saúde para realizar o TDO, por exemplo. Como se observa, abaixo:

[...] para fazer, como assistir, conduzo no aspecto de capacitar o técnico de enfermagem e o agente de saúde pro acompanhamento [...]

Ora, há que se apontar que, em geral, os técnicos e os agentes comunitários de saúde são de extrema importância, porém o enfermeiro não pode ter a concepção de que seu trabalho junto ao TDO é apenas o de capacitar outros para operacionalizar a estratégia.

Por fim, as representações sociais reveladas pelos discursos mostram que profissionais de enfermagem representam de maneira parecida o TDO. Ora o discurso está pautado em seus saberes, ora em suas crenças. Pode-se dizer que apesar da preocupação com a normatização e com os aspectos técnicos que regem a estratégia, a humanização da assistência é presente, pois existe preocupação com a escuta e com o respeito à singularidade das pessoas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que as representações sociais do TDO para os enfermeiros estudados ancoram-se nos universos consensual e reificado, pois é exatamente esse tipo de conhecimento que receberam nas universidades e na vida e que julgaram importantes para as práticas, sendo a forma mais objetiva de encaixar seus conhecimentos, daí porque representam o TDO como algo necessário e pragmático, que possibilita além das práticas de trabalho, uma maneira de ajudar as pessoas para um tratamento contra tuberculose adequado, justificando as atitudes e discursos proferidos.

Para o grupo estudado, o núcleo central das representações, estaria pautado num discurso institucionalizado do que seja o TDO, ou seja, com os aspectos técnicos do cuidar, mas estas inquietações são sempre acompanhadas pelo que é organizado pelo discurso do senso comum. As suas crenças e experiências vão sempre modeladas por conhecimentos científicos e demonstram que a preocupação técnica não é de todo maléfica como se pensava, mas é a maneira que o profissional encontra de trabalhar melhor, garantindo que o atendimento seja organizado. A fim de complementar esses conhecimentos, incorporam o que é vivenciado, tentando humanizar o atendimento.

Constatou-se que o entendimento sobre o TDO se apresenta para o enfermeiro, como uma ação terapêutica através da ingestão da medicação, como garantia de cura, o que representa na realidade um entendimento que se distânciava do verdadeiro objetivo e das finalidades da estratégia TDO, fazendo com que ela seja operacionalizada de forma equivocada, em desacordo com os pilares que regem sua sustentabilidade como a melhor estratégia de combate a Tuberculose.

A oferta de medicamentos e supervisão da sua ingestão representam de fato, uma fortaleza no tratamento, entretanto há se considerar que a oferta, por si só, não é suficiente, fazem-se necessárias outras ações e intervenções aliadas ao medicamento.

Acredita-se que a supervisão do medicamento deve ser complementada com outras intervenções que vejam o indivíduo como um ser inserido dentro de sua realidade social, buscando atender as necessidades emergenciais. Como também criar relações mais próximas entre o profissional de saúde e paciente transformando as possíveis dificuldades em obstáculos a serem ultrapassados.

O TDO continua sendo compreendido pelos enfermeiros da ESF, como apenas a supervisão de medicamentos, e a ingestão de medicamentos como o principal fator que leva isoladamente a cura e tudo isso como o processo de cuidar do enfermeiro. Nesse sentido,

acreditamos que devam ser adotadas medidas que visem uma mudança de percepção acerca do TDO, através de capacitações e atualizações, o que possibilitaria um melhor enfrentamento da doença e conseqüentemente uma assistência pautada no respeito, na segurança e na atenção contínua para o usuário.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J-C. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 27-38

ALVES, R.C. **Representações sociais e a construção da consciência histórica**. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 133p, 2006. Disponível em: www.teses.usp.br/. Acesso em: 11 jan.2014.

AMÂNCIO. L. Prefácio. **Saúde e representações sociais**. João Pessoa: Universitária. UFPB. 2005.

ANDRADE, M. N. **O envolvimento dos gestores de saúde na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS nos municípios prioritários para o controle da tuberculose na Paraíba/** Marclineide Nóbrega de Andrade. – João Pessoa, 2006. 103p. Disponível em: www.teses.usp.br/. Acesso em: 10 mai.2014.

ANTONIAZZI, P. A. As religiões no Brasil segundo o Censo 2000. **Rev. de Estudos da Religião**. São Paulo, n.2, p.75-80, 2003. Disponível em: http://www.pucsp.br/rever/rv2_2003/p_antoni.pdf .Acesso em: 02 jun.2014.

ARCÊNCIO, R.A. **A organização do tratamento supervisionado nos municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005)**. Dissertação (Mestrado). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP, São Paulo. 140p, 2009. Disponível em: www.teses.usp.br. Acesso em: 12 mai.2014

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa – Fundação Carlos Chagas**, São Paulo, n.117, p.127-147, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15555.pdf> . Acesso em: 07 jun.2014.

ASSIS, S.G. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p. 669-679, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300002. Acesso em: 12 jun 2014.

BARBOSA, E.C.; SILVA, A.C.A. Ampliação da equipe do Programa de Controle da Tuberculose e a implantação do tratamento supervisionado. **Bol. Pneumol Sanit**. São Paulo, v.12, n.3, p.155-158, dez. 2004. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/porta/bs/v12n3/pdf/v12n3a03.pdf> . Acesso em: 02 nov.2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 7. ed. Lisboa: 70, 2011.

BARREIRA, D.; GRANGEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v.41, supl. 1, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&userID=-2 .Acesso em: 02 nov.2012.

BERTOLOZZI, M.R. **A adesão ao tratamento da Tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) no município de São Paulo**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 160p, 2005. Disponível em: www.teses.usp.br/. Acesso em: 12 abr.2014.

BOFFO, M. M. S. et al . Tuberculose associada à AIDS: características demográficas, clínicas e laboratoriais de pacientes atendidos em um serviço de referência do sul do Brasil. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 30, n. 2, Abr. 2004.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. **Controle da Tuberculose: diretrizes do plano de ação emergencial para municípios prioritários**. Brasília, 1997.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Manual de Normas para o Controle da Tuberculose. 4ed. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Técnico para o Controle da Tuberculose**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem**. Brasília, 2011b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/original_tdo_enfermagem_junho_2010.pdf.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano de Controle da Tuberculose no Brasil no período de 2001 a 2005**. Brasília, 2000.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de vigilância em saúde. Programa nacional de controle da tuberculose 2010. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Sistema nacional de vigilância em saúde. Relatório de situação. Maranhão. Brasília. 2005.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Sistema nacional de vigilância em saúde. Relatório de situação. Maranhão. Brasília, 2011a.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: MS; 2004.

CAMPOS, H.S. Tuberculose: um perigo real e constante. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v.70, n.5, p.73-105, 1996.

CHEADE, M.F. M. et al . Caracterização da tuberculose em portadores de HIV/AIDS em um serviço de referência de Mato Grosso do Sul. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** Uberaba, v. 42, n. 2, Apr. 2009.

CLEMENTINO, F.S. **Tuberculose: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença na visão do portador.** Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 160p, 2009.

COELHO, D.M.M. et al. Perfil epidemiológico da tuberculose no município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. **Epidemiol.Serv.Saúde**, Brasília, v.19, n. 1, jan-mar 2010.

COELHO, E. A. C.; FONSECA, R. M. G. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 2, p. 214-217, mar./abr. 2005.

DUVEEN, G. O poder das ideias. In. MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social.** 7. ed. São Paulo: Vozes, 2010.

FERNANDES, M.N.F. **Representações sociais sobre a prática do cuidado para enfermeiros da saúde indígena: um estudo transcultural.** Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 118p, 2010.

FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, 2004. Disponível em: www.scielosp.org/pdf/csc/v9n1/19824.pdf. Acesso em: 04 jul.2014

FLAMENT, C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In. JODELET, D. **As representações sociais.** Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2001.p. 173-186.

GOMES, L.O.; AGUIAR, M.G.G. Programa Saúde da Família: um espaço para a reconstrução das representações sociais do processo saúde-doença?. **Rev. Bras Enferm.** Feira de Santana, v.59, n.5, set-out, 2006.

GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. **História, Ciências, Saúde.** Rio de Janeiro, v.7, n.2, jul/out, 2000, 23p.

GONZÁLES, R.I.C.; MONROE, A.A.; ARCÊNCIO, R.A.; OLIVEIRA, M.F.; NETTO, A.R.; VILLA, T.C.S. Indicadores de desempenho do DOT no domicílio para o controle da tuberculose em município de grande porte, SP, BRASIL. **Rev. Lat-am Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.16, n.1. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000100015&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 04 jul.2012.

HIJAR, M.A.; GERHARDT, G.; TEIXEIRA, G.M.; PROCÓPIO, M.J. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 41, supl. 1, p. 50-58, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6489.pdf> . Acesso em: 11 nov.2012.

JODELET, D (org). **As Representações Sociais.** Rio de Janeiro: Ed UERJ, 2001.

KOBAYASHI,R.; AYOUB,A.C.;LEITE,M.M.J. Perfil dos enfermeiros e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enf.** Florianópolis, v.15,n.3,

p.472-478,2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072006000300012&script=sci_arttext .Acesso em: 18 jun.2014.

LOPES, M.J.M.; LEAL,S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos pagu**. Rio Grande do Sul, v.24, p.105-125, 2005.

Disponível em: www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf. Acesso em: 20 jul.2014.

MACIEL, M.S.; MENDES, P.D.; GOMES, A.P.; BATISTA, R.S. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, v.10, n.3, p. 226-230, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2886.pdf> Acesso em: 10 nov. 2012.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. 7. ed. São Paulo: Vozes, 2010.

MUNIZ, J. N. Aspectos epidemiológicos da co-infecção tuberculose e vírus da imunodeficiência humana em Ribeirão Preto (SP), de 1998 a 2003. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 32, n. 6,Dec. 2006.

MUNIZ, J.N.; PALHA, P.F.; MONROE, A.A.; GONZALES, R.C.; NETTO, R.N; VILLA, T.C.S. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** 2005, v.10, n.2, p. 315-321. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a09v10n2.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2014.

NÓBREGA, S.M. Sobre a Teoria das Representações Sociais In: MOREIRA, A. P. (Org.). **Representações Sociais – Teoria e Prática**. João Pessoa: Editora Universitária, 2001.

OBLITAS, F.Y.M.; LONCHARICH,N.; SALAZAR,M.E.; DAVID,H.M.L.; SILVA, I.; VELÁSQUEZ, D. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Rev. Latino-Am.Enfermage**, v.18,n.1,p.3-9, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000100020&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04 jul.2014

OLIVEIRA, L.G.D; NATAL, S.; CHRISPIM, P.P.M. Tratamento Diretamente Supervisionado: estratégia para o controle da tuberculose. **Rev. APS**. Juiz de Fora, v.13, n.3, p.357-364. 2010. Disponível em: www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/612/348. Acesso em: 04 jul.2012.

OLIVEIRA, D.C.; MOREIRA, A.S.P.; CAMARGO, B.V.; JESUÍNO, J.C.; NÓBREGA, S.M. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB, 2005.

OLIVEIRA, R.A. **Representações e sentidos sobre a revelação do diagnóstico da tuberculose**: relações com adesão ou não adesão ao tratamento. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo.171p. 2012. Disponível em: www.teses.usp.br/. Acesso em: 12 jan.2014.

PESA VENTO, S.J. Em busca de uma outra história: imaginando o imaginário. **Rev Brasileira de História**. v.15, n.29, p.9-27. 2003.

PINTO, E.S.G.;MENEZES,R.M.P.;VILLA,T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceára Mirim. **Rev. Esc. Enferm USP**. São Paulo, v.44, n.3, p.657-664, 2010. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300015 .Acesso em: 10 jul.2014.

PORTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev Saúde Pública**. v.41, supl. 1, p.43-49. 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000800007&script=sci_arttext . Acesso em: 07 nov.2012.

RAMOS, A.S. **O tratamento diretamente observado (DOT) em um município prioritário para o controle da tuberculose no interior do Estado de São Paulo, 1998-2004**. Dissertação. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, São Paulo, 60p, 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br>. Acesso em: 05 mai.2014.

RISI-JÚNIOR, J. B.; NOGUEIRA, R. P. As Condições de Saúde Pública no Brasil. In: RODRIGUES, L.; BARRETO, M.; KRAMER, M.; BARATA, R.C.B. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. **Rev Saúde Pública**. v.41, supl. 1, p.1-2. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&userID=-2 . Acesso em: 02 nov.2012.

RUFFINO NETTO, A. Programa de controle da tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**. Ribeirão Preto, v.10, n.3, p.129-138. 2001. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732001000300004&lng=pt . Acesso em: 12 jun.2012.

RUFFINO NETTO, A.; SCATENA, T.C.V. Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e algumas peculiaridades regionais. **São Paulo: Instituto Rede TB**. Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose, 2006.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v.35, p.51-58, 2002. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822002000100010&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em: 02 nov.2012.

SÁ, C.P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SÁ, L. D.; et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto e Contexto. Enfermagem**, v.16, n.4, p.712-718, 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a16v16n4>. Acesso em: 04 jul.2014

SÁ, L.D.; ANDRADE, M.N.; NOGUEIRA, J.A.; VILLA, T.C.S.; FIGUEIREDO, T.M.R.M.; QUEIROGA, R.P.F.; SOUSA, M.C.M. Implantação da estratégia DOTS no controle da tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. Paraíba, v.16, n.9, p.3917-3924. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a28v16n9.pdf>. Acesso em: 13 jun.2012.

SÁ, L.D.; OLIVEIRA, A.A.V.; GOMES, J.A.N.; VILLA, T.C.S.; COLLET, N. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm USP**. v.46, n.2, p.356-363, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200013. Acesso em: 04 jul.2014

SANCHEZ, A. I. M. **O tratamento diretamente observado “DOTS” e a adesão ao tratamento da tuberculose:** significados para os trabalhadores de unidades de saúde da região central do município de São Paulo. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. 151p, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-19122007-163401/pt-br.php>. Acesso em: 10 jun.2012.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.41, p.89-94, set. 2007.

SANTOS, M. L. S. G. **A estratégia DOTS no estado de São Paulo:** desafios políticos, técnicos e operacionais no controle da Tuberculose. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 99p, 2009. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/.../MariadeLourdesSperliGeraldSantos.pdf. Acesso em: 05 jun.2012.

SILVA, A.C.O.; SOUSA, M.C.M.; NOGUEIRA, J.A.; MOTTA, M.C.S. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. **Rev. Eletr. Enf**. v.9; n.2; p.402-416, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a09.htm>. Acesso em: 06 jun 2014.

SILVA, R.C.S; FERREIRA, M.A. Representações sociais dos enfermeiros sobre a tecnologia no ambiente da terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.18, n.3, p.489-97, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n3/a12v18n3>. Acesso em: 10 jan 2014.

SILVA, S.P.C. **Representações sociais e práticas discursivas de profissionais do programa saúde da família sobre o pré-natal.** Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 109p, 2007. Disponível em: www.teses.usp.br/. Acesso em: 11 jan.2014.

SOARES, L. H. P. **Políticas Públicas e Informações Estatísticas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acesso em: 20 mai.2014.

SOUZA, S.S.; SILVA, D.M.G.V. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.19, n.4, p.636-643, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400005 .Acesso em: 15 nov. 2012.

SPECIALE, C. **Significados do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) para pacientes com tuberculose do Programa Saúde da Família da Supervisão Técnica de Vila Prudente/ Sapopemba, São Paulo.** Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da

Universidade de São Paulo, São Paulo, 100p, 2007. Disponível em: www.teses.usp.br. Acesso em: 22 mai.2014.

TEIXEIRA, G. Onde estamos e aonde vamos no que toca ao controle da tuberculose. **Boletim de pneumologia sanitária**. Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.5-6, 2004. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S0103-460X2004000100001&script=sci_arttext. Acesso em: 21 jun 2014.

TERRA, A.F. **O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) como estratégia para a adesão ao tratamento da tuberculose: significados segundo profissionais de saúde da supervisão técnica de saúde do Butantã, São Paulo-SP**. Dissertação (Mestrado). Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. 168p, 2007. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-12062007-152800/. Acesso em: 23 jun.2012.

TRIGUEIRO, J.V.S.; SILVA, A.C.O.; GOIS, G.A.S.; ALMEIDA, S.A.; NOGUEIRA, J.A.; SÁ, L. D. Percepção de enfermeiros sobre Educação em Saúde no controle da Tuberculose. **Cienc Cuid Saúde**. v.8, n.4, p.660-666, 2009. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9697/5401>. Acesso em: 27 jul.2014.

VENDRAMINI, S.H.F. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção do doente**. Dissertação (Mestrado). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 197p, 2001. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde.../tese.pdf. Acesso em: 04 jul.2012.

VILLA, T.C.; et al. Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) no Estado de São Paulo (1998 a 2004). **Revista de Escola de Enfermagem da USP**. v.42, n.1, p.98-104, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100013. Acesso em: 08 jul.2014

WALDOW, V.R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2006. 190p.

APÊNDICE A – Evocação Livre de Palavras

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM, SAÚDE E CUIDADO**

1. EVOCAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS:

Diga cinco palavras que lhe venham a mente com relação ao termo Tratamento Diretamente Observado (TDO).

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

1.1 EVOCAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS:

Reescreva as palavras por você listada, considerando a ordem de importância

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM, SAÚDE E CUIDADO**

1. REPRESENTAÇÕES DO DOTS:

1.1 O que você entende por Tratamento Diretamente Observado (TDO)?

1.2 O que você sabe sobre o Tratamento Diretamente Observado (TDO)?

1.3 Como você acha que a estratégia TDO ajuda na condução do tratamento?

1.4 Como você conduz o TDO na sua prática profissional?

APÊNDICE C – Instrumento para identificação



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM, SAÚDE E CUIDADO

1. IDENTIFICAÇÃO

UBSF _____ Distrito Sanitário _____

Iniciais: _____ Data da coleta: ____/____/____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Sexo:

- () Feminino
 () Masculino

Estado civil:

- () solteiro
 () casado
 () união estável
 () viúvo(a)

Cor:

- () branco
 () preto
 () pardo

Renda Familiar:

- () 1-3SM
 () 4-6SM
 () maior que 6SM

Titulação:

- () Graduação
 () Especialização
 () Residência
 () Mestrado
 () Doutorado
 () Pós-Doutorado

Religião: () católico () protestante () outros

Vínculo: () estatutário () celetista

Tempo de formação: _____

Tempo de serviço em ESF: _____

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

PROJETO DE PESQUISA: “Representações Sociais dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre o Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose”.

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos convidando o senhor(a) para participar da pesquisa intitulada: **“Representações Sociais dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre o Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose”**. O senhor(a) está sendo convidado(a) por ser enfermeiro da Estratégia Saúde da Família e nós queremos saber o que o senhor(a) o que o DOTS da tuberculose representa para você. O objetivo desta pesquisa é conhecer as representações sociais do DOTS da tuberculose para enfermeiros que atuam na ESF e verificar a influência dessas representações na prática dos enfermeiros junto a operacionalização do DOTS.

Nós iremos aplicar uma técnica de coleta de dados com você que consiste em uma evocação livre de palavras, onde você irá dizer o que vem a sua mente quando se pensa em DOTS e uma entrevista, onde lhe faremos algumas perguntas que você pode responder da maneira que achar mais adequada e coerente, não devendo se preocupar com o que está certo ou errado.

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você poderá solicitar esclarecimentos sobre a pesquisa no momento em que desejar devendo os pesquisadores responsáveis responder a todos os questionamentos ou dúvidas e você estará livre para participar ou recusar-se a participar. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo que a pesquisa já tenha sido iniciada. Sua participação é voluntária e a recusa não acarretará qualquer penalidade.

Este estudo apresenta como risco, suscitar reflexões a respeito de práticas profissionais que podem não ser agradáveis. Havendo necessidade, poderemos encaminhá-lo para outros profissionais que possam lhe ajudar a superar tais reflexões.

Com este estudo podem ser alcançadas melhorias no que diz respeito às práticas executadas pelos enfermeiros na operacionalização do DOTS, proporcionando ao paciente em

tratamento uma relação de maior confiança e segurança, que pode influenciar positivamente na adesão, contribuindo para evitar complicações da doença, diminuindo os riscos de internações, logo melhorando a qualidade de vida do paciente.

Asseguro que as informações dadas pelo senhor(a) são sigilosas e serão utilizadas apenas para fins científicos. O seu nome não aparecerá em nenhum momento da pesquisa, nem mesmo nos resultados.

Declaro que, após ter lido e compreendido as informações contidas neste documento, concordo em participar desta pesquisa. E através deste instrumento e da melhor forma de direito, autorizo sob a coordenação da Prof^a Dr^a Dorlene Maria Cardoso de Aquino, fone: 3301 9700 ou 8847 9166, e demais membros da equipe a utilizar as informações obtidas, através do que eu tenha falado e escrito com a finalidade de desenvolver apenas trabalhos de cunho científico. Havendo questões éticas relativas a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA pelo fone: 2109 1250.

Autorizo também a publicação, divulgação e propagação dos resultados do referido trabalho, de forma impressa ou digitalizada em meios de divulgação científica, quer em papel, quer na web, desde que mantido o sigilo de minha identidade, podendo usar pseudônimos. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro ter lido e compreendido todas as informações contidas neste documento e concordo em participar desta pesquisa.

São Luís _____ de _____ de _____

(Assinatura do participante)

Prof^a Dr^a Dorlene Maria Cardoso de Aquino
Pesquisador responsável

APÊNDICE E – Tabela de Distribuição dos participantes, segundo dados sociodemográficos.

Tabela: Distribuição dos participantes, segundo dados sociodemográficos. São Luís-MA, 2014.

Variáveis	n	f
Sexo		
Masculino	2	7,6
Feminino	24	92,4
Idade (anos)		
25-35	13	50
36-45	8	30,7
46-55	5	19,3
Cor da pele		
Branca	5	19,2
Preta	5	19,2
Parda	16	61,6
Estado civil		
Casado	14	53,8
União consensual	1	3,8
Sem companheiro	11	42,4
Religião		
Católica	18	69,2
Protestante	6	30,8
Renda familiar (salário mínimo)		
1-3	1	3,8
4-6	13	50
Maior ou igual 6	12	46,2
Titulação		
Graduação	5	19,2
Especialização	16	61,5
Residência	1	3,8
Mestrado	4	15,5
Tempo de formação (anos)		
1-10	13	50
11-20	10	38,4
21-30	3	11,6
Tempo de serviço em ESF (anos)		
1-5	11	42,3
6-10	7	26,9
11-15	8	30,8
Vínculo empregatício (anos)		
Estatutário	10	38,5
Celetista	16	61,5
Total	26	100,0

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de  tica em Pesquisa