

Artigo Original

Peculiaridades do controle da tuberculose em um cenário de violência urbana de uma comunidade carente do Rio de Janeiro*

Peculiarities of tuberculosis control in a scenario of urban violence
in a disadvantaged community in Rio de Janeiro, Brazil

Fabiana Barbosa Assumpção de Souza¹, Tereza Cristina Scatena Villa², Solange Cesar Cavalcante³,
Antonio Ruffino Netto⁴, Luciane Blanco Lopes⁵, Marcus Barreto Conde⁶

Resumo

Objetivo: Descrever as dificuldades e peculiaridades encontradas por profissionais de saúde durante o tratamento e a investigação de contatos de pacientes com tuberculose (TB) em comunidades carentes. **Métodos:** Estudo de abordagem qualitativa realizado nas unidades de saúde localizadas na Área Programática 1.0, no município do Rio de Janeiro, Brasil, com taxa de incidência de TB de 240/100.000 habitantes. Foram selecionados para o estudo dois visitantes domiciliares e um auxiliar de enfermagem, responsáveis pela visita e atendimento dos casos de TB e contatos. Os dados foram transcritos e estruturados sob forma de citação, com destaque para as idéias mais predominantes. **Resultados:** As idéias centrais têm como eixo a dimensão da violência que se expressa através das regras do tráfico de drogas, das barreiras ao deslocamento dos pacientes e profissionais de saúde para o tratamento da TB, e da segurança pública (policiais). **Conclusão:** Este estudo fornece dados para reflexão e análise aos formuladores de políticas de saúde e aos órgãos formadores de profissionais de saúde sobre a dificuldade que a violência urbana impõe ao controle da TB em uma comunidade carente.

Descritores: Tuberculose; Prevenção e controle; Violência; Terapia diretamente observada; Enfermagem em saúde comunitária.

Abstract

Objective: To describe the difficulties and peculiarities encountered by health professionals during the treatment and investigation of contacts of tuberculosis (TB) patients in disadvantaged communities. **Methods:** A qualitative study carried out at health care facilities in Health Programming Area 1.0, located in the city of Rio de Janeiro, Brazil, which has a TB incidence rate of 240/100,000 inhabitants. From among the professionals responsible for visiting and treating TB cases and their contacts, two home visit agents and one clinical nurse were selected to be interviewed for the study. Data were transcribed and structured in the form of quotations, emphasizing the predominant ideas. **Results:** The central ideas focus on the issue of violence, one significant facet of which is the set of rules imposed by narcotraffickers, and on the barriers to the movement of patients/health professionals for TB treatment, as well as on public safety (police). **Conclusion:** This study provides public health officials, as well as institutions that graduate health professionals, data for reflection and analysis of the difficulties that urban violence creates for the control of TB in a disadvantaged community.

Keywords: Tuberculosis; Prevention and control; Violence; Directly observed therapy; Community health nursing.

* Trabalho realizado em Unidades de Saúde localizadas no Município do Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

1. Doutor em Ciências. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO – Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

2. Livre Docente. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP) Brasil.

3. Médica. Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/Fundação Instituto Oswaldo Cruz – IPEC/FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

4. Professor Titular. Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – FMRP/USP – Ribeirão Preto (SP) Brasil.

5. Especialista em Pneumologia Sanitária. Fundação Nacional de Saúde – FUNASA – Brasília (DF) Brasil.

6. Médico. Instituto de Doenças do Tórax do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

Endereço para correspondência: Fabiana Barbosa Assumpção de Souza, Rua Ribeiro Guimarães, 217, apto. 504, Tijuca, CEP 20511-070, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Tel 55 21 2542-6404. Fax 55 21 2542-6455. E-mail: fabsouza@centroin.com.br

Recebido para publicação em 9/6/2006. Aprovado, após revisão, em 27/9/2006.

Introdução

Dados do 9º Relatório Anual do Controle da Tuberculose (TB) da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que 8,8 milhões de novos casos de TB tenham ocorrido no mundo em 2003. O Brasil ocupa a 16ª posição no ranking dos 22 países com os maiores números de casos de TB no mundo.⁽¹⁾

O coeficiente de incidência no Estado do Rio de Janeiro em 2000 foi de 99/100.000 habitantes e a taxa de mortalidade de 6,13/100.000 habitantes.⁽²⁾ Embora a eficácia dos medicamentos utilizados no tratamento da TB esteja acima de 95%, a efetividade dos esquemas utilizados não ultrapassa 70% na maior parte das regiões de alta prevalência.⁽³⁾ Os fatores mais comumente associados à baixa efetividade são a desorganização dos serviços públicos de saúde, as más condições sociais e a baixa adesão ao tratamento. Em função disso, a OMS propôs um conjunto de intervenções, conhecido como estratégia Direct Observed Therapy, Short-course (DOTS), cujas ações incluem cinco componentes: 1) compromisso político-financeiro das autoridades sanitárias; 2) identificação de casos através da baciloscopia direta do escarro; 3) Tratamento Supervisionado (TS); 4) sistema de registro para monitoração e avaliação dos resultados do tratamento; e 5) garantia do suprimento de medicamentos anti-TB.⁽⁴⁾

No município do Rio de Janeiro (RJ), a primeira experiência de implantação da estratégia DOTS ocorreu na Área Programática 1.0 em 1999. No componente TS implantado, o paciente ingere dose de medicamentos assistido por um profissional de saúde.⁽⁵⁾ A estratégia DOTS foi implementada com sucesso por cinco equipes do Programa de Agentes Comunitários em 13 Unidades de Saúde (US).

Em função das dificuldades e restrições ao deslocamento dos pacientes com TB, dos seus contatos e dos profissionais de saúde verificadas após a implantação da estratégia DOTS no município do Rio de Janeiro, este estudo tem por objetivo: descrever as dificuldades e peculiaridades encontradas pela equipe de saúde, especificamente pela equipe de enfermagem, no tratamento de pacientes com TB em comunidades carentes.

Métodos

Estudo de abordagem qualitativa que descreve a assistência de enfermagem junto aos pacientes com TB e seus contatos, matriculados no Programa

de Controle da Tuberculose (PCT) de três US localizadas na Área Programática 1.0 do município do Rio de Janeiro. Essas unidades foram denominadas de US 1, 2 e 3. Nessas US são desenvolvidas diferentes estratégias de tratamento: DOTS-TS e identificação e busca de contatos de TB conforme as normas do Ministério da Saúde (MS); DOTS-A - estratégia DOTS associada à busca de contatos de casos de TB pulmonar conforme as normas internacionais; e TAA - tratamento de TB sem supervisão, e identificação e busca de contatos de TB conforme as normas do MS.

Foram entrevistados profissionais com os seguintes perfis: atuar com pacientes com TB e seus contatos matriculados no PCT das US do estudo; realizar visita domiciliar ou atendimento aos casos de TB e seus contatos nas US estudadas; aceitar participar do estudo. Com esses critérios foram selecionados dois visitantes domiciliares e um auxiliar de enfermagem.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, memorando nº 243/05, em 13/04/2005.

O roteiro da entrevista abordou: "as dificuldades encontradas na promoção da adesão ao tratamento dos casos de TB e de seus contatos, e na adesão à quimioprofilaxia pelos contatos". As entrevistas foram gravadas e as transcrições entregues aos entrevistados para sua ciência e concordância. Para garantir o anonimato, cada profissional foi identificado por uma cor (amarelo, azul e verde).

Os dados foram transcritos na íntegra e estão estruturados em forma de citação, com destaque para as idéias que emergiram com maior predominância. Na análise das entrevistas, as idéias centrais dos depoimentos foram identificadas procurando analisar os núcleos de sentido em torno dos quais giraram as idéias centrais das respostas.⁽⁶⁾

Resultados e discussão

Os núcleos de sentido que se conformaram estão relacionados às barreiras ao tratamento da TB. As idéias centrais têm como eixo a dimensão da violência que se expressa através das regras do tráfico de drogas, das barreiras ao deslocamento dos pacientes e profissionais de saúde para o tratamento da TB, e da segurança pública (policiais).

Os depoimentos mostram a preocupação dos profissionais com o deslocamento dos pacientes de sua casa na favela até a US.

“Os pacientes têm que mostrar a carteira e a polícia não acredita. As dificuldades deles virem, até por que muitas vezes a polícia toma o morro e eles têm esse problema todo...” (Azul).

O princípio da equipe diz respeito ao reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais, e está relacionado à reorientação das ações a serem realizadas, de acordo com o perfil de necessidades e problemas da população usuária.⁽⁷⁾ Portanto, para que se contribua para atenuar o problema da desigualdade é fundamental reconhecer que ela existe e é um problema a ser enfrentado para que possa ser resolvido.

Na estratégia DOTS, o profissional de saúde, representado principalmente pela figura do visitador domiciliar, é identificado pelos doentes de TB e seus familiares como fonte de atenção, sendo o inverso também verdadeiro, pois o profissional os reconhece como responsabilidade dele. Deste modo, é possível o estabelecimento de uma relação de vínculo e co-responsabilidade entre ambos. O papel dos profissionais de enfermagem no PCT é de fundamental importância para o êxito da estratégia DOTS, servindo como um elo entre o paciente e a US.⁽⁸⁾

Nos casos onde há dificuldade de locomoção do paciente, há também uma grande cobrança daqueles que devem zelar pela segurança da população. Fica difícil saber quem deve ser protegido e quem protege, principalmente na análise do seguinte relato:

“Nunca fui impedido pelo tráfico de visitar um paciente. Em todas as comunidades que eu ando, cada uma é de uma facção diferente. Eu tenho mais dificuldade é com a polícia, ela não respeita a comunidade, eles entram atirando, me perguntando se eu ia levar remédio para vagabundo, na casa do paciente. Eles não respeitam quem mora na comunidade, o trabalhador, a maneira deles se expressarem”. (Amarelo)

A situação da polícia dificultando o deslocamento dos moradores da comunidade é abordada nos depoimentos dos profissionais.

“Mesmo os pacientes não envolvidos, eles moram em área de risco, têm que ser revisados, têm que mostrar a carteirinha que fazem o tratamento aqui, se não têm documento, o documento é a carteirinha do DOT”. (Azul)

“E tenho encontrado também a dificuldade pelo tráfico. A comunidade fica inacessível porque as próprias pessoas têm o cuidado de avisar que o local não está disponível para se trabalhar. Ai a gente recua e volta num outro momento.” (Verde)

“O que impede eles de irem à Unidade é o confronto, que parte mais do tráfico e da operação policial em si, muito pelo medo, né?” (Verde)

Os profissionais de saúde são contraditórios quando dizem que nunca foram abordados pela polícia e, ao mesmo tempo, fazem relatos sobre a operação policial impedindo o deslocamento do paciente e do profissional que realiza a visita.

“Tem pacientes que são ligados à situação do tráfico. Às vezes ele marca um dia comigo, e tem um rapaz lá que fica me esperando, que me leva até onde ele está. Ele não pode sair daquele ponto, no outro dia ele já está em outro ponto”. (Amarelo)

“Quando ele foi preso, às vezes tem que sair de lá, e eu aviso a minha chefe direta: - Olha, ele vai para tal lugar, porque lá tá assim, tá cheio de polícia...Polícia vai ficar... E ele vai ficar dois dias fora... Ai, eu não vejo ele tomar o remédio, mas ele sabe”. (Amarelo)

Como se observa, a documentação do paciente deixa de ser aquela expedida oficialmente pela Secretaria da Segurança Pública e passa a ser a carteirinha de atendimento do PCT de uma determinada US.

“Nunca houve o problema do traficante impedir a ida do paciente ao CMS, mas a polícia sim” (Azul).

A extrema violência que caracteriza as relações entre a “polícia” e os “bandidos”⁽⁹⁾ pode ser explicada pela dimensão simbólica do mercado ilegal das drogas, que atinge bandidos e policiais fascinados pela ambição de enriquecer a qualquer custo.

As US têm uma clientela bastante diversificada, com grandes dificuldades econômicas, vivendo em condições críticas e à mercê da violência de uma grande cidade, e muitas vezes são impedidas de funcionar por ordem dos traficantes, em momentos de tiroteio na localidade. Observa-se que uma das equipes da US parecia não se preocupar com o que acontecia, como se a violência fizesse parte do cotidiano do território, havendo relatos do tipo: “cedo é sempre desse jeito”.

A violência parece estar incorporada ao ambiente de trabalho dos profissionais de saúde e à dinâmica do tratamento do doente, que limita o deslocamento dos profissionais e doentes das US estudadas.

A situação fica extremamente confusa para o profissional, que precisa se adequar à situação de acordo com a preferência e conveniência do paciente, o qual muitas vezes está escondido da polícia. Os padrões de relacionamento paciente-profissional de saúde são profundamente pactuados pela confiança recíproca envolvendo situações e condutas ilegais e de convivência com o crime organizado. Como se pode verificar, ao comentar sobre as questões que envolvem o tráfico, o profissional se confunde, demonstra medo de falar, utiliza códigos e não fala claramente.

Ao final do seu relato, o profissional “Amarelo” faz a seguinte reflexão:

“O pessoal do tráfico procura saber o que é que o paciente tem, se está tomando a medicação, se está faltoso, se preocupa, por que ele sabe que aquela doença ali pode ser espalhada. Então eles fazem um trabalho social, não assim de inibir, fazer uma correção em cima do... Oh! Você tem que se tratar, não. É o cuidado que ele tem.”

Nesse relato é observada uma inversão dos valores, pois o que é visto como uma atitude negativa pela sociedade pode ser considerado um “trabalho social” pela comunidade carente. O mesmo profissional comenta ainda que o impedimento para o paciente se tratar foi causado pela polícia e não pelo tráfico de drogas.

“Ele queria continuar aqui, mas devido ao tiroteio constante, polícia, então muita gente se muda, procura outros lugares...” (Amarelo)

A principal questão, na definição de violência, é saber se existiriam valores não contextualizados,

direitos fundamentais ou valores universais que nos obrigariam a pensar sobre a violência pelo lado dos limites que tais valores e direitos imporiam à liberdade individual e coletiva.⁽⁹⁾

Nesses relatos observa-se que os profissionais se preocupam tanto com a dimensão individual do tratamento quanto com a dimensão coletiva da vigilância epidemiológica.

A dimensão da violência se expressa numa situação contraditória entre a presença, nas comunidades, da polícia em confronto com o tráfico de drogas, o que dificulta o tratamento à medida que impede a entrada e saída dos visitantes domiciliares, dos pacientes e de seus familiares, e em situações em que os pacientes precisam viver de forma clandestina (escondidos), ora da polícia, ora de facções rivais.

Os resultados mostram que para realizar o DOTS em comunidades carentes a equipe de saúde tem que lidar com situações que exigem estratégias de pactuação de compromisso com os líderes do tráfico, com os policiais e com o paciente para garantir a supervisão do tratamento da TB.

O desenvolvimento do TS é permeado por sentimentos contraditórios por parte dos auxiliares de enfermagem, que questionam o papel da proteção e as normas instituídas pelo tráfico de drogas, ao mesmo tempo em que banalizam a convivência rotineira com as diversas formas de violência expressas através de tiroteios na comunidade e medidas autoritárias/coercitivas de fechamento da US pelos representantes do tráfico. Parece que há uma inversão de valores sociais de quem presta um trabalho social à comunidade.

Esses cenários de prestação de serviços de saúde, como o TS da TB em comunidades carentes onde está presente a violência, precisam ser discutidos pelos formuladores de políticas públicas.

É preciso buscar mecanismos de apoio e capacitação das equipes de saúde e definir as formas de abordagem e intervenção em situações complexas como esse cenário de prestação de serviços que está sujeito às regras do tráfico de drogas e da polícia.

Em relação à formação dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem), essas questões são pouco abordadas nos cursos de graduação e precisam ser recuperadas no ensino, pois trata-se de um cenário de prática do tratamento da TB em vários centros urbanos do Brasil.

O controle da TB precisa ser compreendido além de uma intervenção biomédica e ser abordado considerando a perspectiva do doente e o contexto onde se inserem as práticas de saúde.

Agradecimentos

Um agradecimento especial aos entrevistados por toda a colaboração e atenção a esta pesquisa.

Referências

1. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO Report 2006. WHO, 2006;250.
2. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro [homepage on the Internet]. Rio de Janeiro: Assessoria de Pneumologia Sanitária. Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro 2002. [cited 2004 Aug]; Available from: <http://www.saude.rj.gov.br/tuberculose/planos.shtml>
3. Kritski AL, Conde MB, Muzy de Souza GR, editors. Tuberculose: Do ambulatório à enfermaria. 3rd. Rio de Janeiro: Atheneu; 2005. 259 p.
4. World Health Organization. Global Tuberculosis Programme. Framework for effective tuberculosis control. WHO/TB/94. WHO, 1994;23.
5. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Boletim Epidemiológico do Programa de Controle da Tuberculose do Município do Rio de Janeiro. (Revisão dos casos notificados de 1995 a 2000; Avaliação do Programa de DOT 1999 a 2001). Superintendência de Saúde Coletiva. Gerência do Programa de Pneumologia Sanitária, 2002.
6. Minayo MCS, org. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 67-80.
7. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS. 1998;7(2):7-28.
8. Vendramini SHF, Monroe A, Villa TCS. Tratamento Supervisionado no Controle da Tuberculose em uma Unidade de Saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. Bol Pneum Sanit. 2002;10(1):5-12.
9. Zaluar A. Integração Perversa: Pobreza e Tráfico de Drogas. Rio de Janeiro: FGV; 2004.