

A conformidade das ações do tratamento diretamente observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro

Compliance regarding directly observed treatment for tuberculosis from health professionals perspective in two health facilities in the city of Rio de Janeiro

Gisela Cordeiro Pereira Cardoso¹, Marly Marques da Cruz², Dolores Maria Franco de Abreu³, Paula Vita Decotelli⁴, Pedro Paulo Magalhães Chrispim⁵, Juliana Susskind Borenstein⁶, Elizabeth Moreira dos Santos⁷

Resumo

A análise da conformidade preconizada nas normas técnicas é um dos eixos de sustentação dos estudos avaliativos. O objetivo deste estudo foi avaliar a conformidade como categoria explicativa de implementação do tratamento diretamente observado (TDO) para tuberculose, na perspectiva dos profissionais de saúde. Foi realizado um estudo de caso em unidades de saúde da atenção primária, com modelos organizacionais diferentes. Para coleta e análise de dados utilizou-se uma abordagem qualitativa e quantitativa, procurando triangular e complementar as informações. Como resultado, observou-se maior conformidade das ações no Caso 1, em comparação com o Caso 2, devido à falta do vale transporte e de parcerias, além da dificuldade de articulação da equipe de saúde, produzindo maior dificuldade de incorporação das ações do TDO. Para os profissionais de ambos os casos, o TDO precisa ser adaptado segundo o território de aplicação, além de considerarem que nem todos os usuários teriam indicação de seguir essa estratégia. Como recomendações do estudo, destacam-se, para o Caso 1, a necessidade de equacionar a carência de recursos materiais e estruturais e, para ambos os casos, a incorporação da rotina de supervisão das atividades do TDO, a ampliação de atividades em grupo para usuários e a não interrupção de vale transporte.

Palavras-chave: tuberculose; avaliação de processos; adesão à medicação.

Trabalho realizado na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

- ¹ Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Psicóloga do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Pesquisadora colaboradora do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (LASER) do Departamento de Endemias Samuel Pessoa (DENSP) da ENSP/FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
 - ² Doutora em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora do DENSP da ENSP/FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Coordenadora do LASER/DENSP/ENSP/FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
 - ³ Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Sanitarista da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil (SESDEC) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
 - ⁴ Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Pesquisadora Assistente do LASER da ENSP/FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
 - ⁵ Doutor em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Farmacêutico da Superintendência de Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
 - ⁶ Especialista em Saúde Coletiva da Universidade Gama Filho – Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Coordenadora de Projetos da Associação Amigos da Vida – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
 - ⁷ PHD Community Health, University of Illinois – Urbana-Champaign (IL), EUA; Pesquisadora Titular da ENSP/FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
- Endereço para correspondência: Gisela Cordeiro Pereira Cardoso – Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco, nº 255, 9º andar – Cidade Universitária – Ilha do Fundão – CEP: 21941-912 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – Email: gisela.cardoso@gmail.com
- Fonte de financiamento: Trabalho desenvolvido com apoio do Fundo Global Tuberculose Brasil (FGTB), Edital Fundo Global Tuberculose Brasil/Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec)/ENSP/FIOCRUZ/Ministério da Saúde (MS) nº 1/2009.
- Conflito de interesses: nada a declarar.

Abstract

The analysis of compliance regarding technical standards is one of the axes of evaluation studies. The aim of this study was to evaluate compliance as a category used for explaining the implementation of directly observed treatment (DOT) for tuberculosis, from health professional's perspective. The study design was case-study, using two primary care health units, with different types of health system structures. Data collection and analysis were based in a qualitative and quantitative approach, in order to triangulate and complement information gathered. The results showed that Case 1 had greater compliance of its actions. Results of Case 2 demonstrate the following situations which hindered the incorporation of DOT actions: lack of transportation benefits, absence of partnerships with other institutions and difficulties of integration among health care team. From the perspective of both health units' professionals, DOT is not a reality to all beneficiaries, and must be adapted according to the context. They also agree that not all beneficiaries should be treated with DOT. For Case 1, the study recommends that logistics of resources provision and infrastructure needs should be better organized. Both cases should incorporate regular supervision of DOT activities, increase group meetings for beneficiaries and avoid interruption of transportation benefits.

Keywords: tuberculosis; process assessment; medication adherence.

INTRODUÇÃO

A análise da conformidade preconizada nas normas técnicas relacionadas ao controle de um agravo é um dos eixos de sustentação dos estudos avaliativos. Formalmente, a conformidade está associada a uma estrutura de recursos humanos e materiais e a um processo que engloba ações para que o cuidado seja executado de forma eficaz¹. Parte-se do princípio de que boas pré-condições estruturais propiciam maiores possibilidades para a execução de um processo de trabalho adequado e, por conseguinte, a obtenção de resultados satisfatórios. Da mesma maneira, parte-se da premissa de que se todos os envolvidos no processo de trabalho realizam as ações preconizadas, a possibilidade de sucesso é maior². Sendo assim, estrutura e processo influenciariam direta ou indiretamente os resultados³.

As rotinas dos serviços de saúde, local onde se desenvolvem as ações como um saber prático, tornam-se um espaço privilegiado para observar a operacionalidade das novas intervenções ou tecnologias em saúde⁴, ou seja, a interação entre a técnica e os valores e a cultura das organizações em saúde.

A intervenção: o tratamento diretamente observado

O tratamento diretamente observado (TDO) para tuberculose (TB) constitui um dos componentes da estratégia DOTS (do inglês, *Directly Observed Treatment Short Course*)⁴. A recomendação do TDO passou a ser indicada para todos os casos de TB, seja caso novo, ou de retratamento, devido as elevadas taxas de abandono do tratamento e a emergência da tuberculose multirresistente (TB-MR). Isso constitui uma mudança operacional na forma de administrar os medicamentos da TB, sem mudanças no esquema terapêutico. O profissional de saúde é treinado para observar o paciente

tomar a medicação diariamente, desde o início do tratamento, até a sua cura. O TDO pode ser realizado na unidade de saúde (US) ou na casa do paciente. Em casos excepcionais, o tratamento pode ser observado por um familiar ou pessoa da comunidade devidamente treinada e supervisionada por um profissional de saúde. É recomendado que a observação da tomada seja diária, de 2^a a 6^a feira, durante a primeira fase do tratamento e, caso não seja possível, é negociada a tomada supervisionada três vezes por semana. O uso de alguns incentivos, como lanche, e facilitadores, como vale transporte, devem ser utilizados como motivação para o TDO. Também é valorizada a qualidade do vínculo com o usuário, através do acolhimento e das possibilidades de reinserção social⁵.

O TDO foi implantado no Brasil a partir de 1998, e na cidade do Rio de Janeiro (MRJ), em 1999. A proposta da estratégia tem uma repercussão direta na relação entre profissional de saúde e usuário, pois não só os profissionais precisam seguir determinadas normas e orientações, como também os usuários precisam 'submeter-se' à nova regra de intervenção.

Segundo Ayres⁴, para propor alternativas às ações em saúde, é preciso compreender a reprodução das mesmas enquanto práticas sociais. Em outras palavras, o sentido das intervenções, nesse caso, o TDO, deve ser tematizado nos processos nos quais se atualizam como tecnologias.

Desse modo, o objetivo do estudo foi avaliar a dimensão conformidade, considerada como categoria explicativa de implementação do TDO, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde, em duas US da atenção primária com modelos organizacionais diferentes, uma com Estratégia de Saúde da Família/Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ESF/PACS) implantado e outra de modelo tradicional, em duas regiões administrativas do MRJ, com alta prevalência da doença.

^a A estratégia passou a ser recomendada pela Organização Mundial de Saúde em 1993, devido à gravidade da tuberculose como problema de saúde pública. A mesma abarca um conjunto de boas práticas para o controle da TB e fundamenta-se em diversos componentes além do TDO. São eles: o compromisso político com fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros; a detecção de casos por baciloscopia em paciente sintomático respiratório; o suprimento regular e ininterrupto dos medicamentos; e um sistema de monitoramento e avaliação ágil, desde a notificação até o encerramento do caso (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011).

METODOLOGIA

Este trabalho é um subestudo da pesquisa “Adesão ao Tratamento Supervisionado da Tuberculose: o sentido atribuído pelos usuários, familiares e profissionais de saúde”, realizado com duas unidades de análise: Caso 1 - Centro Municipal de Saúde (CMS) e dois de seus postos de saúde (PS) com ESF/PACS implantado e com maior número de usuários com TB realizando tratamento, e Caso 2 - CMS tradicional. As US estão situadas respectivamente no Complexo da Maré e na Ilha do Governador e ambas apresentam estruturas organizacionais e populações com perfis socioeconômicos distintos.

Foi utilizado o método misto, qualitativo e quantitativo⁶, privilegiando-se o uso de diferentes técnicas de coleta de dados: observação de campo, entrevista com usuários e profissionais de saúde, análise de prontuários e do livro de acompanhamento de casos, procurando triangular e complementar a coleta e análise das informações. Neste artigo abordaremos as informações coletadas nas entrevistas com os profissionais de saúde e observações e registros dos pesquisadores de campo.

O trabalho de campo foi realizado por três pesquisadores com nível superior, entre setembro de 2009 e abril de 2010, por meio de roteiros e entrevistas estruturados. Para a testagem dos instrumentos, foi realizado um piloto abrangendo seis entrevistas, em uma unidade de saúde de outra região do MRJ, com Programa de Controle de Tuberculose (PCT) implantado. A partir do piloto, os instrumentos foram encurtados e o vocabulário ajustado. A entrevista com os profissionais de saúde, foco deste estudo, centralizou-se na formação e trajetória profissional dentro da US, as atividades realizadas no PCT e a relação dos usuários com TB com os demais profissionais de saúde. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

Para a análise qualitativa foi realizada uma análise de conteúdo temático categorial⁷, mediante a observância de respostas convergentes e divergentes para a dimensão de conformidade. Para a análise quantitativa, foram feitas as estatísticas básicas dos dados tabulados a partir do banco de dados construído no *software Access*, contendo as informações dos instrumentos de coleta utilizados.

A coleta de informações esteve condicionada à assinatura prévia dos termos de anuência e termo de consentimento livre e informado. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Parecer n° 72/2009) e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (Parecer n° 81/2009), conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 23 profissionais do Caso 1, 11 de nível superior e 12 de nível médio, incluindo: médicos, enfermeiros, farmacêutico, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No Caso 2, foram entrevistados 6 profissionais, 5 de nível superior e 1 de nível médio: médicos, enfermeiro, assistente social, farmacêutico e auxiliar de enfermagem. O tempo mediano, em anos de serviço, dos profissionais do Caso 1 foi menor (4,2 anos) do que os do Caso 2 (13,8 anos). Os profissionais com menor tempo de serviço do Caso 1 foram os ACS, apontando para um vínculo precário e de alta rotatividade. Dos 29 profissionais entrevistados, nos dois casos, 19 (65,5%), tinham esse trabalho como principal fonte de renda.

Uma das dificuldades encontradas durante o estudo foi a realização das entrevistas com os profissionais médicos. Dois expressaram diretamente que não participariam do mesmo, pois estavam sobrecarregados de trabalho, além de não acreditarem nos desdobramentos da pesquisa. Outros pareciam desmotivados e cansados. O contrário ocorreu em relação aos profissionais da enfermagem e ACS que se mostraram bastante interessados.

Estrutura das unidades

Em relação à estrutura das unidades, a seguir, apresentamos uma descrição física e da dinâmica de funcionamento:

O Caso 1 é composto por um CMS e dois PS. O CMS, chamado de unidade-mãe, tem PCT, e é referência para recebimento de usuários com TB oriundos dos PS do Complexo da Maré, onde não existe médico, ou cujo médico não possa atender. Essa modalidade do TDO é chamada de compartilhado, pois o paciente recebe a consulta médica no CMS, e faz o TDO no PS mais próximo de sua residência ou trabalho⁵.

O CMS do Caso 1 é amplo e possui dois andares. O PCT funciona no primeiro andar utilizando quatro salas, duas de consulta médica e duas de enfermagem. Em todas as salas, a cadeira do profissional está situada de costas para a janela e a cadeira do usuário de frente, com a mesa de atendimento no meio. Todas as salas possuem exaustores e a maioria possui ventilador. Não há filtro *High Efficiency Particulate Air* (HEPA)^b em nenhuma delas.

A sala de espera está situada em local aberto, sendo exclusiva para os pacientes com TB. O tempo de espera para a tomada do medicamento é curto (5–10 min), mas para a consulta médica o usuário costuma esperar um tempo mais prolongado. Existem dois médicos pneumologistas, contudo, os usuários com TB são assistidos preferencialmente por um

^b Filtros de alta eficiência para ar particulado que eliminam os bacilos suspensos no ar, permitindo que o ar seja descarregado em ambientes onde circulam pessoas. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. In: Programa Nacional de Controle da Tuberculose, ed. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; Ministério da Saúde, 2011.

deles. Os usuários são atendidos de forma individual e com privacidade. Com exceção de um dos médicos, nenhum profissional de saúde usa máscara.

Os usuários com suspeita de TB quando chegam ao CMS (Caso 1) são rapidamente atendidos pela enfermagem.

Durante a observação feita, foram detectados problemas com fornecimento de energia elétrica e água na US, levando ao cancelamento dos atendimentos.

O PS 1 funciona dentro de um Centro Integrado de Educação Pública (CIEP). A sala do PCT é pequena, não tem exaustor ou filtro, mas é iluminada e arejada. Nela são realizadas diversas outras atividades, não oferecendo privacidade ao usuário. Não há sala de espera separada. A enfermeira posiciona sua mesa e as cadeiras onde ela e o usuário se sentam estrategicamente encostados na janela aberta, de forma a circular o ar.

A equipe do PCT do PS 1 é pequena, formada pela enfermeira, um técnico e os ACS. Nenhum profissional usa máscara durante os atendimentos. O PS tem um médico (clínico geral) que atende os sintomáticos para identificação do caso e encaminha para a unidade-mãe (CMS) para acompanhamento médico mensal.

O PS 2 tem dois andares, mas é pequeno. No segundo andar funcionam consultórios e uma sala de apoio dos ACS, onde acontecem reuniões/atividades com os usuários. O consultório médico é bem iluminado, tem uma janela tipo basculante e um ventilador. No primeiro andar está localizada a sala para a administração de medicamentos. Nesse local, não há janelas, contudo há uma porta bipartida com saída para a rua que fica com a parte de cima aberta para permitir a ventilação da sala. Não há exaustor ou filtro HEPA. Assim como no PS1, a enfermeira do PS 2 posiciona a mesa e as cadeiras em local estratégico, perto da janela. A sala de espera é comum para todos os usuários, a qual não possui iluminação natural e é pouco ventilada. O médico do PS 2 atende os usuários de TB no início e no final do tratamento.

A unidade do Caso 2 (Ilha do Governador) fica numa rua com boa rede de transporte (tradicional e alternativo). Sua planta física é linear. A sala de espera é grande, centralizada em relação aos consultórios, mas comum a todas as especialidades. Há uma porta de vidro para um pátio interno, instalada para permitir maior ventilação, mas não é utilizada. A unidade conta com três pneumologistas. Os usuários, inclusive os casos suspeitos de TB, passam por uma rotina cansativa para serem atendidos. É necessário chegar cedo para conseguir número e, voltar às 11 h para a consulta de enfermagem, para após, no final da tarde, serem atendidos pelo médico.

A consulta médica é realizada numa sala bem iluminada, ampla e um pouco destacada das demais. Na sala há uma

porta para o pátio interno do posto. Há também ar condicionado, porém não há ventilador, exaustor ou filtro HEPA. O acesso à sala é através de um pequeno *hall*, onde é realizada, sem nenhuma privacidade, a consulta de enfermagem e a administração da medicação.

A equipe de enfermagem não pertence exclusivamente ao PCT. Nenhum profissional do programa utiliza máscara.

Como podemos observar, do ponto de vista da estrutura física, em relação à sala de espera, somente na unidade-mãe do Caso 1 existe um espaço exclusivo para os usuários com TB. Em relação às salas de atendimento, apesar de não haver filtro HEPA, existe maior conformidade na Unidade-mãe do Caso 1. No Caso 2, a estrutura da sala de atendimento de enfermagem é bastante precária.

No que diz respeito à utilização de máscaras, somente um profissional do Caso 1 a utiliza. Na entrevista, o mesmo relatou que havia se infectado com TB no passado, sendo mais cuidadoso a partir de então.

Em relação à privacidade, no Caso 1, os PS ficam mais prejudicados, pois funcionam em locais apertados, com menos recursos do que o CMS. No Caso 2, as consultas médicas são realizadas com privacidade, mas as consultas de enfermagem não.

Em relação aos mecanismos facilitadores do atendimento, encontramos maior conformidade no Caso 1. No Caso 2, o usuário com suspeita de TB segue a mesma rotina dos demais usuários.

Recursos

Quando os profissionais foram indagados se havia carência de recurso material para realização do TDO, em ambos os Casos foi descrito que não existe problema de desabastecimento de medicamentos, nem tampouco de material educativo de apoio ou de material para realização do teste de prova tuberculínica.

Entre as principais carências de recursos materiais identificadas pelos profissionais, o que aparece com maior destaque é o vale transporte, seguido de algum tipo de auxílio alimentício para os usuários (cesta básica, lanche). No Caso 2, metade dos profissionais relatou que, na ausência do vale transporte, a alternativa é a mudança para o tratamento convencional (autoadministrado).

Os profissionais do Caso 1, principalmente dos PS, destacam também a falta de armários, ventiladores, telefone com ramal, copo descartável, exaustor, filtro HEPA e uma sala separada para administração do TDO.

De alguma forma, a falta de recursos materiais de apoio para administração do TDO, em ambos os Casos, revela a falta de uma estrutura mínima adequada para a prevenção e controle da TB. Também fica exposta a situação de carência

alimentar da população atendida pelo programa de TB, tendo em vista a sinalização da importância de auxílio alimentício por parte dos profissionais.

Atividades do PCT e do TDO

Em relação ao Caso 1, a maioria dos profissionais relata conhecer as atividades vinculadas ao PCT, com exceção da supervisão de atividades. A maioria dos profissionais do Caso 2 descreve a não realização ou o desconhecimento da realização de várias atividades, como cadastro dos usuários, planejamento das atividades, reuniões de equipe, supervisões, relatórios e análise dos relatórios de atividades. Um dos profissionais do Caso 2 relata: “Que eu saiba não, assim... eu respondo por mim. De repente tem e eu não sei...”, denotando uma tendência a se envolver primordialmente com a própria rotina, sem a articulação das ações como fazendo parte de um todo.

Na Tabela 1 estão apresentadas as atividades do PCT inda-gadas junto aos profissionais.

No que tange às atividades relacionadas ao TDO, foi perguntado aos profissionais se conheciam os objetivos da estratégia DOTS. No Caso 1, o grupo ficou dividido em suas respostas, sendo que 12 entre 23 profissionais relataram não conhecer ou não saber. No Caso 2, entre os 6 profissionais entrevistados, a maioria relatou conhecer os objetivos. É interessante destacar que o maior objetivo da estratégia é promover a adesão ao tratamento⁵ sendo, contudo, difícil para vários profissionais sinalizá-lo. Apesar dos ACS terem sido os que majoritariamente relataram não saber formalmente os

objetivos do TDO, isso não significou que não soubessem na prática, como descrito em várias entrevistas: “Assim pra gente é a diminuição da tuberculose”; “Cura do paciente e evitar a transmissão da doença”.

Em relação ao Caso 1, com a indicação de TDO para todos os usuários, as questões de violência e drogas na região do PS 2, fizeram com que o mesmo fosse adaptado à realidade local. Para um terço dos pacientes em acompanhamento, segundo a enfermeira responsável, os ACS levavam a medicação até suas casas e em algumas situações o familiar vinha receber a medicação para 1 semana ou 15 dias de tratamento, com as respectivas orientações. Essa prática se configura como um mecanismo facilitador da adesão, conforme preconizado pelo próprio Ministério da Saúde (MS)⁵, sendo chamado pela enfermeira do PS 2 de “DOT improvisado”.

Segundo a enfermeira do PS 2, um grande dificultador para o desenvolvimento de ações de prevenção, na região, é o consumo de drogas, principalmente de *crack*. Muitos usuários são viciados ou trabalhadores do tráfico.

Em relação ao estabelecimento de parcerias, no Caso 1, é sinalizada uma parceria na busca de usuários, através dos ACS. No Caso 2, não há parcerias com outras instituições. Alguns profissionais do Caso 2, no entanto, ressaltaram que gostariam de ter um trabalho articulado com a ESF, no sentido de facilitar o acompanhamento e tratamento de alguns pacientes.

É possível observar como o protocolo, nesse caso, o TDO, ao se centralizar no cumprimento de uma série de ações, modifica as relações de poder dentro das equipes de saúde, de alguma forma, dando destaque a diversos grupos, principalmente das equipes de enfermagem e ACS. Lowy⁸, sinaliza que o protocolo, ao circular por diferentes lugares e contextos, é empregado e incorporado de uma maneira diferente, denominando-o de “objeto fronteiro”, já que serve de mediador entre mundos sociais diferentes.

Quanto à realização de prova tuberculínica, no Caso 1, mesmo tendo profissionais treinados nos PS para sua aplicação, o mesmo é realizado na unidade-mãe (CMS). No Caso 2, os dois profissionais de saúde que foram capacitados e realizam o procedimento são da área de enfermagem, estando de acordo com o preconizado.

Em relação às atividades educativas, segundo os profissionais de ambos os Casos, a estratégia de campanha, intra ou extramuros, é mais frequente do que as atividades de grupo (Tabela 2). No Caso 1, na unidade-mãe, os profissionais são unânimes em afirmar a não realização de atividades de grupo. Nos PS a realidade é diferente, pois a metade dos profissionais afirma realizar atividades de grupo com a finalidade de incentivar, tirar dúvidas, “ver o estado do paciente” e fornecer apoio emocional. No Caso 2 não são realizadas

Tabela 1. Conhecimento das atividades do Programa de Controle de Tuberculose

Atividades do PCT		Caso 1	Caso 2
Cadastro do usuário	Sim	21	3
	Não	2	3
Planejamento das atividades	Sim	16	2
	Não	5	2
	Não sabe	2	2
Reuniões de equipe	Sim	14	3
	Não	6	2
	Não sabe	3	1
Supervisão das atividades	Sim	0	1
	Não	23	5
Relatório das atividades	Sim	20	3
	Não	0	2
	Não sabe	3	1
Análise do relatório	Sim	15	1
	Não sabe	8	5

PCT: Programa de Controle de Tuberculose

Tabela 2. Insumos e atividades educativas relacionadas ao tratamento diretamente observado nos Casos 1 e 2

Insumos e atividades educativas		Caso 1	Caso 2
Campanhas educativas sobre TB na US	Sim	17	2
	Não	5	3
	Não Sabe	1	1
Campanhas educativas sobre TB fora da US	Sim	14	1
	Não	6	2
	Não Sabe	2	3
Distribuição de material educativo TB	Sim	19	5
	Não	1	0
	Não Sabe	3	1
Materiais educativos TB adequados para público alvo	Sim	15	5
	Não	3	0
	Não Sabe	5	1
Atividades de grupo realizadas	Sim	8	1
	Não	11	4
	Não sabe	4	1

TB: tuberculose; US: unidade de saúde.

atividades de grupo. De acordo com as recomendações, na ESF é preconizada a realização de atividades de grupo, sendo que no PCT é sugerido.

Observa-se, assim, no Caso 1, maior envolvimento com as atividades educativas, incluindo a distribuição de material educativo na porta de entrada, nas consultas e nas reuniões. Os profissionais do Caso 2 descrevem distribuição de material educativo na primeira consulta e na sala de espera. A maioria dos profissionais considera que os materiais educativos são adequados ao público alvo, em termos visuais e de linguagem.

Os pesquisadores de campo identificaram a presença de diversos materiais educativos em ambos os Casos; no entanto, no Caso 1 esses materiais pareciam mais visíveis, do que no Caso 2.

Em relação aos desfechos dos casos estudados, as taxas de cura no período da coleta de informações foram iguais, equivalendo a 77%. As taxas de abandono foram ligeiramente menores no Caso 1 (16%), em relação ao Caso 2 (19%). Apesar das condições socioeconômicas dos usuários dos dois casos não apresentar diferenças, a situação de violência, vinculada principalmente ao tráfico de drogas, foi mais expressiva no Caso 1. Os recursos utilizados pelos profissionais de saúde no Caso 1, como a ida do ACS na casa do usuário, assim como a entrega da medicação para o familiar do mesmo, denominado de “DOT improvisado” parecem favorecer o vínculo com o usuário, promovendo a adesão ao tratamento da TB. Através dos relatos das enfermeiras e dos ACS, ficou evidente o grau de comprometimento e de preocupação com os usuários: “Na verdade a gente quer ajudar

o cliente a terminar o tratamento... porque esse tratamento não é fácil” (Enfermeiro – Caso 1).

Foi observado como o TDO não se apresenta, a partir da perspectiva dos profissionais, como uma verdade absoluta, mas precisa ser adaptado segundo o território de aplicação. A conformidade, desse modo, aproxima-se da acomodação⁹, ou seja, ao modo como os recursos e serviços são oferecidos aos usuários e a capacidade que esses possuem para se adaptarem a essa oferta.

Alguns autores dos estudos sociais da ciência descrevem que o protocolo clínico é um instrumento descritivo e prescritivo, pois intervém em uma situação específica e prescreve uma série de ações que tem que ser realizadas de uma maneira similar para atingir resultados que serão alcançados no tempo e no espaço. Quando os protocolos, nesse caso, do TDO, são aplicados nos serviços de saúde, as variáveis são muito menos controladas. O imprevisível e acidental se impõem de maneira tal que os ajustes e negociações se tornam mais frequentes.

Um dado interessante, a ser destacado, foi a indagação realizada junto aos profissionais sobre quais seriam os portadores de TB mais indicados para realizar o TDO. Enquanto a metade dos profissionais do Caso 1 responde que todos os usuários com TB deveriam fazer TDO, outra metade considera indicado apenas para os pacientes mais rebeldes, usuários de drogas, alcoólatras e os que não têm responsabilidade. Alguns profissionais também citam as crianças, os idosos e os que estão em fase avançada de doença ou com comorbidade. Para os profissionais do Caso 2, os mais indicados são aqueles descritos como sendo difíceis, seja por risco social ou psicológico: alcoólatra, usuário de droga, morador de rua, abandono prévio do tratamento e fase avançada da doença. Somente um entre os seis profissionais entrevistados considera que todos os usuários teriam indicação de TDO.

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, a incorporação do TDO, enquanto uma norma, não deve ser igual para todos, apesar da preconização dessa intervenção para todos os usuários com TB. Uma parte dos profissionais refere certo desconforto com a imposição do TDO.

Segundo Feliciano¹⁰

na organização e no processo de trabalho em saúde a tarefa é unir o saber-fazer tecnológico à capacidade de considerar visões de mundo e formas de ação alternativas.

O TDO é uma nova forma de regulação do tratamento da TB. De acordo com os profissionais entrevistados, de ambos os Casos, à padronização dos dispositivos poderia ser substituída por um tratamento “sob medida” para cada usuário. Ocorreria, nesse caso, a aproximação dos aspectos sociais e contextuais à dimensão técnica das práticas em saúde.

Timmerman e Berg^{11,12} descrevem que os protocolos têm múltiplas realidades locais. Após sua criação, são utilizados na prática clínica, dando um retorno para técnicos e gestores que vão procurar ajustá-lo à realidade específica. Se o protocolo não é útil, ou se não se mostra adequado, os profissionais não o incorporam. No Caso 2, devido à falta do vale transporte, inexistência de parcerias e dificuldades de articulação da equipe de saúde, observou-se uma maior dificuldade de incorporação das ações do TDO.

A maioria dos profissionais de saúde, contudo, valoriza o TDO. A metade dos entrevistados do Caso 1 considera que o grande aspecto positivo do TDO é a possibilidade de cura. Segundo relatam sentem-se parte importante nesse processo: “A gente indo, supervisionando, a gente tá sabendo que a pessoa tá realmente se cuidando, se tratando” (ACS, PS 1). Os profissionais do Caso 2 sinalizam que, além de permitir maior contato do usuário com o médico e outros profissionais, o TDO também possibilita um acompanhamento próximo da tomada da medicação. Isso permite identificar mais facilmente os momentos de melhora e de maior vulnerabilidade para o abandono.

CONCLUSÕES

Foi identificado como a incorporação da norma, ou TDO, envolve, além do aspecto técnico, a apreciação de uma dimensão onde é visível a interação do psicológico e do social entre os usuários e os produtores do cuidado¹³. Profissionais e usuários são sujeitos e objetos da intervenção.

Os significados que os profissionais vão atribuindo à estratégia do TDO estão diretamente relacionados com a rotina da prática diária. Os profissionais, de um modo geral, concordam que nem todos os usuários teriam indicação de fazer TDO. À necessidade de obter acordos entre projetos terapêuticos individuais, contrapõe-se aos projetos de intervenção coletiva¹². De alguma maneira, pode-se observar como alguns atores apresentam uma maior plasticidade, principalmente do Caso 1, no sentido de adaptar-se às necessidades socioeconômica locais através da atuação das equipes de enfermagem, dos ACS, ou mesmo, do “DOT improvisado”. No contexto do Caso 2, os profissionais se isolam em suas funções, encontrando estreita margem de manobra e negociação, tanto na relação com o

usuário, quanto com o colega profissional e com as parcerias institucionais. É possível, desse modo, identificar como as diferentes carências e limitações podem ter implicações diretas ou indiretas na administração e continuidade do TDO.

O TDO, enquanto estratégia, tira o foco do tratamento da figura do médico, e outros profissionais passam a ter um papel de destaque, principalmente os enfermeiros coordenando as ações e os ACS no contato direto com o paciente e sua família. A estratégia do TDO, não só articula mundos sociais diferentes, como opera uma redistribuição de poder dentro das equipes de saúde. A heterogeneidade ou variação nos modos de atendimento não podem ser transformados, necessariamente, em indicadores de uma *performance* falha, apesar de irem contra um projeto de padronização, mas como uma forma de estar sensível às variações inter-regionais ou de interunidades¹⁴.

Assim sendo, em relação ao estudo de ambos os Casos, considerou-se, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde, uma maior conformidade das ações do TDO no Caso 1, onde apesar da precariedade da estrutura física dos PS, e das limitações de recursos, as atividades ocorrem de maneira mais coordenada e integrada, do que no Caso 2.

SUGESTÕES

- Incorporar rotina de supervisão das atividades do TDO;
- Ampliar atividades em grupo para abordar junto aos usuários em TDO questões relativas à doença e ao tratamento da TB;
- Não interrupção do auxílio do vale transporte para deslocamento dos usuários;
- Equacionar, no Caso 1, a carência de recursos materiais e físicos.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Ronir Raggio Luiz pela consultoria em Bioestatística. Sua contribuição foi fundamental na construção do desenho dos casos. Agradecemos também a todos os profissionais de saúde que generosamente nos permitiram acompanhar suas rotinas.

REFERÊNCIAS

- Donabedian A. The definitions of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration Press; 1983.
- Vuori H. A qualidade da saúde. *Saúde Debate*. 1991;3:17-25.
- Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med*. 2000;51(11):1611-25.
- Ayres JR. Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação. In: Campos R, Furtado J, Passos E, Benevides R, editors. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: HUCITEC; 2008.
- Barreira D, Arakaki-Sanchez D, Brito RC. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. In: Programa Nacional de

- Controle da Tuberculose. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde; 2010.
6. Greene JC, Benjamin L, Goodyear L. The merits of mixing methods in evaluation. *Evaluation*. 2001;7(1):25-44.
 7. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
 8. Lowy I. La standardization de l'inconnu: les protocoles thérapeuthiques en cancérologie. *Tech Cult*. 1996;25-26:73-108.
 9. Pechansky R, Thomas W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-41.
 10. Feliciano KVO. Aspectos da comunicação nas práticas avaliativas na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Saúde Materno-Infantil*. 2010;10(Suppl 1): 219-27.
 11. Timmermans S, Berg M. Standardization in action: achieving local universality through medical protocols. *Soc Stud Sci*. 1997;27(2):273-305.
 12. Timmermans S, Berg M. *The gold standard*. Philadelphia: Temple University Press; 2003. p. 269.
 13. Gonzales RI, Monroe AA, de Assis EG, Palha PF, Villa TC, Netto AR. The performance of health services in providing DOTs in households to control tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(4):628-34.
 14. Cambrosio A, Keating P. Objectivité regulatoire et systèmes de production des preuves en biomedicine. *Jornadas Latinoamericanas de Estudio Social de la ciencia y la tecnología: Actes du Colloque*; 2004.

Recebido em: 22/06/2011

Aprovado em: 17/02/2012