UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

NORIZA VEIGA

O tratamento diretamente observado para tuberculose em um município do interior paulista: uma avaliação da transferência de política

Ribeirão Preto

2019

NORIZA VEIGA

O tratamento diretamente observado para tuberculose em um município do interior paulista: uma avaliação da transferência de política

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Ribeirão Preto

2019

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Veiga, Noriza

O tratamento diretamente observado para tuberculose em um município do interior paulista: uma avaliação da transferência de política. Ribeirão Preto, 2019.
127p. : il. 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Orientador: Palha, Pedro Fredemir.

1. Tuberculose. 2. Transferência de Política. 3. Terapia Diretamente Observada. 4. Pesquisa Qualitativa. 5. Análise de Discurso.

FOLHA DE APROVAÇÃO

VEIGA, Noriza

O tratamento diretamente observado para tuberculose em um município do interior paulista: uma avaliação da transferência de política.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a).:_____

Instituição:_____ Assinatura_____

Prof(a). Dr(a).:_____

Instituição:_____ Assinatura_____

Prof(a). Dr(a).:_____

Instituição:_____ Assinatura_____

Prof(a). Dr(a).:_____

Instituição:_____ Assinatura_____

Dedicatória

Aos meus amados filhos, por quem tenho desejado construir um mundo melhor. Ao **Iaco** por sua alegria e por compreender tão bem minha ausência durante todo este período e à doce **Maia**, que chegou pra completar as nossas vidas e tão novinha ajudou a mamãe com a coleta de dados.

Vocês são, sem dúvida, minhas maiores conquistas!

Obrigada por me ensinarem tanto a cada dia...

Agradecimentos Especiais

À família

Ao meu pai **Fernandes**, por todo o carinho e por incentivar sempre meus estudos;

À minha mãe **Cida**, por me apoiar e me compreender sempre e por se dedicar tão intensamente à mim e à minha família, em especial durante a conclusão deste trabalho. Você é meu exemplo de vida.

A meus irmãos, **Inácio e Fernando**, amigos de toda uma vida e exemplos de determinação.

Ao **Michel**, meu companheiro desta e de tantas outras caminhadas. Obrigada por estar sempre ao meu lado me apoiando e por sua paciência nos momentos difíceis.

Ao meu grande mestre

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha, agradeço por ter me acolhido tão bem em meu retorno à Escola, por acreditar em mim, por sua orientação durante todo este percurso, por enriquecer minha formação como pesquisadora. Obrigada por ser um exemplo de profissional, pesquisador e pessoa.

Agradecimentos

Aos professores

À **Profª Drª Jaqueline Garcia de Almeida** por todo apoio e parceria durante esta trajetória de vida acadêmica e principalmente pela amizade sincera durante todos estes anos. Você é um exemplo pra mim como mulher e como enfermeira;

À **Profª Drª Tereza Villa, Prof. Dr Ricardo Arcêncio, Profª Drª Simone Protti e Profª Drª Aline Monroe** pelas contribuições junto ao grupo de pesquisa.

Aos companheiros do grupo GeQualis

À **Amélia Sicsú, Laís Silva, Fernando Mitano, Luciana Oliveira, Elisangela de Assis, Regiane, Fábio, Rosana e Terezinha Weiller,** pelo comprometimento, pelo trabalho em equipe e pela disposição em ajudar sempre;

Em especial à **Mônica Lima**, por todo companheirismo e auxílio na conclusão desta dissertação;

Aos colaboradores

Aos **Profissionais de Saúde** que me receberam em seus locais de trabalho e sem os quais esta pesquisa não seria possível;

Aos **funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, em especial às meninas da Pós-Graduação pelo auxílio nas questões burocráticas;

Aos amigos

À Olivinha, Tarsila, Tatiana, Juliana, Maria Amélia, Renata, Tatu e Gustavo, pela parceria de tantos anos, pelos momentos de alegria e descontração e pelo amparo nas horas difíceis, independentemente do tempo ou da distância.

Obrigada...

RESUMO

VEIGA, N. **O tratamento diretamente observado para tuberculose em um município do interior paulista:** uma avaliação da transferência de política. 2019. 127f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Apesar de ser uma das doenças infecciosas mais antigas, a tuberculose (TB) permanece como um dos principais agravos à saúde a ser enfrentado em âmbito global. Diante da complexidade do tratamento da TB, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou a implantação da estratégia DOTS *(Directly Observed Treatment short-course*), após declarar a doença como uma ameaça global. O tratamento diretamente observado (TDO) constitui-se em um elemento-chave desta estratégia e visa fortalecer a adesão do paciente ao tratamento. Este trabalho possui como base conceitual a "Transferência de Política", que revela a importância da análise das políticas públicas nos diferentes contextos. O objetivo deste estudo foi compreender a transferência da política do TDO da TB em um município do interior paulista. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 11 profissionais de saúde envolvidos com a prática do TDO, com o intuito de compreender como ocorre a operacionalização do TDO no município. A coleta de dados foi realizada entre abril e maio de 2018. As entrevistas gravadas foram transcritas e os dados organizados através do software Atlas.ti versão 7.0, e analisados por meio do referencial teórico da Análise de Discurso, de matriz francesa. A partir da análise do material empírico, emergiram três blocos discursivos: 1. O acontecer do TDO no cotidiano dos serviços de saúde; 2. Potencialidades da política: a percepção dos atores locais sobre o TDO e 3. O TDO e o doente acometido por TB segundo os discursos dos profissionais de saúde. Os resultados revelaram que a transferência do TDO para a esfera municipal apresentou aspectos ainda poucos negociados, no entanto o município dispõe de espaços de flexibilização que possibilitam adaptações locais para o êxito desta política, visando à centralidade do cuidado no doente. Neste contexto, a potencial indicação do TDO para todos os doentes merece ser repensada, compreendendo ser necessário avaliar o contexto de cada doente para as possibilidades de abandono do tratamento. O compartilhamento de responsabilidades das ações de controle da TB entre instâncias governamentais distintas revelam a necessidade de uma comunicação efetiva para o fortalecimento do trabalho em rede. Os profissionais apontaram aspectos positivos da estratégia como o controle da doença, o favorecimento da adesão e a redução dos casos de resistência às drogas. A falta de autonomia do doente para escolher a modalidade terapêutica mais adequada, as implicações que o TDO exerce sobre a vida do doente, e as dificuldades relacionadas aos SS foram apontadas como desafios que necessitam ser transpostos para o fortalecimento das ações de controle da doença no contexto analisado. Conclui-se que a transferência do TDO no município permite negociações visando favorecer as adaptações necessárias ao contexto local. Além disso, faz-se necessário fortalecer o empoderamento e a autonomia do doente a partir de projetos terapêuticos que contemplem a centralidade do cuidado no doente, como alternativa para superar os desafios impostos pela doença.

Palavras-chave: Tuberculose. Transferência de Política. Terapia Diretamente Observada. Pesquisa Qualitativa. Análise de Discurso.

ABSTRACT

VEIGA, N. **Directly observed treatment of tuberculosis in a country city of São Paulo state:** an policy transfer evaluation. 2019. 127p. Dissertation (Master Degree) –Ribeirão Preto College of Nursing - University of São Paulo, 2019.

Despite being one of the oldest infectious diseases, tuberculosis (TB) remains one of the major health problems to be globally tackled. Facing the complexity of TB treatment, the World Health Organization (WHO) has recommended the implementation of DOTS (*Directly Observed Treatment short-course*) strategy, after declaring the disease as a global threat. Directly observed treatment (DOT) is a key element of this strategy and aims to strengthen patient's treatmentadherence. This work has as conceptual basis the "Transfer of Policy", which reveals the importance of the public policies analysis in different contexts. The objective of this study was to understand the DOT transfer of TB policy in a city in São Paulo state. This is a qualitative descriptive research. Semi- structured interviews were conducted with 11 health professionals involved in the practice of TDO, in order to understand how TDO operationalization occurs in this city. The data was collected between April and May 2018. The recorded interviews were transcribed, and the data was organized through the software Atlas.ti 7.0, and analyzed through the theoretical reference of Discourse Analysis, of French matrix. From the analysis of the empirical material, three discursive blocks emerged: 1. The occurrence of TDO in the daily life of health services; 2. Policy Potentialities: the local actors' perception of the TDO and 3. The TDO and the patient affected by TB according to the health professionals'speeches. The results revealed that the TDO transfer to the municipal sphere presented aspects still few negotiated, however the city has flexible spaces that allow local adaptations for the success of this policy, aiming the patient centrality in care. In this context, the potential indication of TDO for all patients deserves to be rethought, understanding that it is necessary to evaluate the context of each patient for the possibilities of treatment abandonment. The sharing of responsibilities for TB control actions among distinct government bodies reveals the need for effective communication to strengthen networking. The professionals pointed out positive aspects of the strategy as the disease control, the adhesion favoring and the reduction of drug resistance cases. The patient's lack of autonomy to choose the most appropriate therapeutic modality, the implications that TDO exerts on the patient's life, and the difficulties related to SS were identified as challenges that need to be transposed to strengthen disease control actions in the analyze context. It is concluded that the TDO transfer in the city allows negotiations favoring the necessary adaptations to the local context. In addition, it is necessary to strengthen the patient's empowerment and autonomy from therapeutic projects that contemplate the patient centrality in care, as an alternative to overcome the challenges imposed by the disease.

Key words: Tuberculosis. Policy Transfer. Directly Observed Therapy. Qualitative research. Discourse Analysis.

RESUMEN

VEIGA, N. **La terapia directamente observada para tuberculosis en un municipio del interior paulista:** una evaluación de la transferencia de política**.** 2019. 127h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

A pesar de ser una de las enfermedades infecciosas más antiguas, la tuberculosis (TB) permanece como uno de los principales agravios a la salud a ser enfrentado en ámbito global. Frente a la complejidad del tratamiento de la TB, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó la implantación de la estrategia DOTS *(DirectlyObservedTreatment short-course*), tras declarar la enfermedad como una amenaza global. El tratamiento directamente observado (TDO) se constituye en un elemento clave de dicha estrategia y tiene por objetivo fortalecer la adhesión del paciente al tratamiento. Este trabajo posee como base conceptual la "Transferencia de Política", que revela la importancia del análisis de las políticas públicas en los diferentes contextos. El objetico de esta investigación fue comprender la transferencia de la política de TDO de la TB en un municipio del interior paulista. Se trata de una investigación descriptiva de abordaje cualitativo. Fueron realizadas encuestas semi estructuradas con 11 profesionales de la salud involucrados con la práctica del TDO, con la finalidad de comprender cómo ocurre la operacionalización del TDO en el municipio La coleta de datos fue realizada entre abril y mayo de 2018. Las encuestas grabadas fueron transcritas y los datos ordenados a través del software Atlas.ti versión 7.0, y analizados a través del referencial teórico del Análisis del Discurso, de matriz francesa. A partir del análisis del material empírico, surgieron tres bloques discursivos: 1.El ocurrir del TDO en el cotidiano de los servicios de salud; 2. Potencialidades de la política: la percepción de los atores locales sobre el TDO; 3. El TDO y el enfermo acometido por TB según los discursos de los profesionales de salud. Los resultados revelan que la trasferencia del TDO para la esfera municipal presentó aspectos aun poco negociados, sin embargo el municipio dispone de espacios de flexibilización que posibilitan adaptaciones locales para el éxito de esta política, con vistas la centralidad del cuidado con el enfermo. En este contexto, la potencial indicación del TDO para todos los enfermos merece ser repensada, comprendiendo ser necesario evaluar el contexto de cada enfermo para las posibilidades de abandono del tratamiento. El intercambio de responsabilidades de las acciones de control de la TB entre instancias gubernamentales distintas revela la necesidad de una comunicación efectiva para el fortalecimiento del trabajo en la red. Los profesionales apuntaron aspectos positivos de la estrategia como el control de la enfermedad, el favorecimiento de la adhesión y la reducción de los casos de resistencia a las drogas. La falta de la autonomía del enfermo para elegir la modalidad terapéutica más adecuada, las implicaciones que el TDO ejerce sobre la vida del enfermo, y las dificultades relacionadas a los SS apuntadas como desafíos que necesitas ser transpuestos para el fortalecimiento de las acciones de control de la enfermedad en el contexto analizado. Se concluyó que la transferencia del TDO en el municipio permite negociaciones que buscan favorecer las adaptaciones necesarias al contexto local. Además, se hace necesario fortalecer el empoderamiento y la autonomía del enfermo a partir de proyectos terapéuticos que contemplen la centralidad del cuidado con el enfermo, como alternativa para superar los desafíos impuestos por la enfermedad.

Palabras clave: Tuberculosis. Transferencia de Política. Terapia Directamente Observada. Investigación Cualitativa. Análisis del Discurso.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Coeficiente de incidência global de TB projetado pela End TB Strategy até 2035……..... 23

Figura 2 - Fluxograma da metodolgia empregada na revisão integrativa..... 28

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Apresentação dos artigos selecionados segundo autor, título, revista, local de realização do estudo e ano de publicação.....…..... 30

Quadro 2 - Processo de organização do material empírico realizado com auxílio do *software* Atlas. ti, de acordo com *codes*, famílias e blocos discursivos..... 66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Análise de Discurso
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEP/EERP/USP	Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CR	Centro de Referência
DOTS	Directly Observed Treatment Short-course
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EqSF	Equipes de Saúde da Família
FD	Formações Discursivas
FI	Formações Ideológicas
HIV	Virus da Imunodeficiência Humana (*Human Imunodeficiency Virus*)
HIV/aids	Virus da Imunodeficiência Humana/ síndrome da imunodeficiência adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
SD	Sequencia Discursiva
SESA	Serviço de Saúde de Araraquara
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SR	Sintomático Respiratório
SS	Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TAA	Tratamento Autoadministrado
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TE	Técnicos de Enfermagem
TP	Tranferência de Política
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 17

1. INTRODUÇÃO 20

2. REVISÃO DA LITERATURA 27

2.1 Método da Revisão 27

2.2 Resultados da Revisão 29

2.2.1. Desfecho favorável do tratamento para TB com pacientes em TDO 32

2.2.2 O uso de tecnologias para favorecer a adesão ao TDO 34

2.2.3 TDO com abordagem centrada no doente 36

2.3 Alguns apontamentos sobre a revisão 39

3. REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO 42

3.1 A transferência de políticas no contexto da análise das pequisas em saúde.. 42

3.2 Análise de Discurso de matriz francesa 46

4. OBJETIVOS 52

4.1 Objetivo Geral 52

4.2 Objetivos Específicos 52

5. MATERIAIS E MÉTODO 54

5.1 Modelo de estudo 54

5.2 Cenário do estudo 54

5.3 Participantes do estudo 55

5.3.1 Critérios de Inclusão 56

5.3.2 Critérios de Exclusão 56

5.4 Produção do material empírico 56

5.5 Análise dos dados 58

6. ASPECTOS ÉTICOS 61

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO 63

7.1 Caracterização dos participantes 63

7.2 As condições de produção 63

7.3 O processo de construção dos Blocos Discursivos 65

Quadro 2 - Processo de organização do material empírico realizado com auxílio do *software* Atlas. ti, de acordo com *codes,* famílias e blocos discursivos. 66

7.4 O acontecer do TDO no cotidiano dos serviços de saúde 68

7.4.1 Diretrizes do Ministério da Saúde para a realização do TDO 68

7.4.2 A organização do TDO no município 73

7.4.3 A rede de atenção à saúde para o controle da TB e a articulação entre a equipe de saúde e o doente 83

7.5 A percepção dos atores locais sobre o TDO 86

7.5.1 TDO e a possibilidade de controle da doença 86

7.5.2 O TDO e o favorecimento da adesão ao tratamento 88

7.6 O TDO e o doente acometido por TB segundo os discursos dos profissionais de saúde 92

7.6.1 O TDO e a autonomia do doente 93

7.6.2 A centralidade da atenção a partir da dimensão do doente 96

7.6.3 O TDO e as dificuldades relacionadas aos profissionais e serviços de saúde 103

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS 109

REFERÊNCIAS 113

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA – COORDENADORA DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (PCT) 122

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE 123

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 124

ANEXO A – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – CEP/EERP/USP 127

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Quando concluí minha graduação em enfermagem, no ano de 2006, meu objetivo era atuar como enfermeira assistencial. No decorrer do longo percurso que percorri, muitas foram as experiências profissionais vivenciadas, contando inclusive com um período de cinco anos vivenciados no estado do Acre, onde pude trabalhar com a assistência à populações ribeirinhas e atuar como coordenadora da Vigilância Epidemiológica de um pequeno município do estado.

Apesar de apresentar especial interesse pela área da saúde pública, meus caminhos me levaram às mais variadas experiências de atuação profissional, incluindo assistência à pacientes dialíticos, em centros de terapia intensiva, sala de parto e enfermarias de instituições públicas e privadas, além de um curso de especialização. Todas elas contribuíram de alguma forma para meu crescimento profissional e pessoal.

Em 2013, tive a oportunidade de retornar ao estado de São Paulo e, a esta altura, já estava claro para mim a necessidade de ampliar meus horizontes profissionais, fazendo com que eu enxergasse na pós-graduação strictu sensu, a possibilidade de enriquecer meus conhecimentos, compreendendo que a prática assistencial não pode estar desvencilhada do conhecimento científico.

Em 2015, certa do meu desejo de ingressar no mestrado e trabalhar com a temática da saúde pública e doenças negligenciadas, entrei em contato o Prof. Dr. Pedro Palha, com quem já havia trabalhado em momento anterior nos anos de 2005 e 2006, ainda durante minha graduação, no Programa de Educação Tutorial (PET-SeSu/MEC) do qual o professor era tutor à época.

Neste ano, iniciei minhas atividades junto ao Grupo GEOTB, ingressando no mestrado acadêmico em 2016. O GEOTB tem por objetivo: fomentar a produção de conhecimentos tendo como eixo norteador a organização da atenção para o controle da TB; empregar metodologias inovadoras na avaliação de programas, sistemas e serviços de saúde e na análise de dados epidemiológicos; e contribuir para a formação de recursos humanos para prestação de assistência em tuberculose

Assim, o objetivo do presente estudo foi compreender o processo de transferência de política (TP) do tratamento diretamente observado (TDO), em um município do interior paulista, visando à ampliação de um referencial teórico ainda pouco explorado na análise das políticas de saúde e a expansão de sua aplicação em novos cenários.

Em princípio, o estudo foi proposto pensando-se uma abordagem quantitativa, no entanto, no exame de qualificação sugeriu-se a realização de uma pesquisa de abordagem qualitativa, por considerar que esta abordagem traria maior compreensão do objeto de estudo.

A proposta de trabalhar com o referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso (AD), assim como o referencial da TP constituíram-se em um grande desafio para mim, por considerá-los complexos e de difícil compreensão.

Desta forma trilhei os caminhos que me conduziram até a presente dissertação que hoje, tenho a honra de concluir. Ainda que tenha sido uma trajetória longa e cheia de desafios pelo caminho (incluindo o nascimento da doce Maia), a conclusão deste trabalho enriquece não somente minha prática profissional, mas acima de tudo, minha constituição como indivíduo, ampliando minhas possibilidades de atuação no campo da enfermagem e na luta a favor de uma saúde pública de qualidade, certa de que existam ainda muitos caminhos a serem explorados.

1. Introdução

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e transmissível, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e sistemas. A apresentação pulmonar, além de ser mais frequente, é também a mais relevante para a saúde pública, pois é a principal responsável pela transmissão da doença (BRASIL, 2015). Apesar de ser uma doença infecciosa antiga, bem conhecida e há mais de meio século suscetível ao tratamento medicamentoso, a TB permanece como um dos principais agravos à saúde a ser enfrentado em âmbito global (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

No entanto, para muitos países, o fim da TB como epidemia e um grave problema de saúde pública é ainda uma realidade distante, apesar do fato de que, com o avanço dos diagnósticos e tratamentos adequados, a maioria das pessoas que desenvolvem a doença pode ser curada (WHO, 2018). No ano de 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS), estabeleceu a doença como problema de saúde pública mundial e o controle da doença como prioridade (ARNADOTTIR, 2009).

Estima-se que em 2017, 10 milhões de pessoas contraíram a doença no mundo, sendo 5,8 milhões de homens, 3,2 milhões de mulheres e 1,0 milhão de crianças, correspondendo a 133 casos/100.000 habitantes. Destes, 1,6 milhões dos quais 300.000 HIV positivos, faleceu por esta causa, situação que a colocou a TB desde 2015 na liderança no número de óbitos por doenças infecciosas. Embora represente ainda um número expressivo, a taxa de mortalidade por tuberculose e a taxa de incidência vêm diminuindo significativamente na maioria dos países (WHO, 2018).

Em 2017, a proporção de pessoas com TB que morreram pela doença foi de 16%, abaixo dos 23% no ano 2000. Em todo o mundo, a taxa de incidência de TB está caindo 2% ao ano. O diagnóstico eficaz e o tratamento bem sucedido de pessoas com TB salvaram, no mundo, 54 milhões de vidas no período de 2000 a 2017. Mas ainda há grandes lacunas que persistem na detecção e tratamento da doença. Em 2017, 6,4 milhões de novos casos de TB foram diagnosticados mundialmente, representando uma estimativa de 64% dos 10 milhões de casos novos ocorridos no mesmo ano (WHO, 2018). No entanto, a mortalidade ocasionada pela TB segue sendo inaceitavelmente alta visto que a maioria das mortes pela doença é evitável. (WHO, 2018).

Diante do permanente desafio para o controle da doença, a OMS redefiniu a classificação de países prioritários para o período de 2016 a 2020.

Essa nova classificação é composta por três listas com 30 países cada, organizadas segundo características epidemiológicas: 1) carga de tuberculose, 2) tuberculose multidrogarresistente e 3) coinfecção TB/HIV. Alguns países aparecem em mais de uma lista, somando assim, um total de 48 países prioritários para a abordagem da tuberculose. O Brasil se encontra em duas dessas listas, ocupando a 20ª posição na classificação de carga da doença e a 19ª quanto à coinfecção TB/HIV, sendo o único representante do continente americano. Vale destacar que os países que compõem essas listas representam 87% do número de casos de tuberculose no mundo. (BRASIL, 2016).

No Brasil, em 2015, foram notificados aproximadamente 69.000 casos de TB, com uma incidência de 33,6 casos/100.000 habitantes e coeficiente de mortalidade de 2,2/100.000 habitantes. O Estado de São Paulo possui o maior número absoluto de casos, apresentando em 2016, 16.926 casos novos de TB, 872 óbitos, com taxa de incidência de 37,8 casos/100.000 habitantes (SÃO PAULO, 2017).

Diante da representatividade da TB e a complexidade de seu tratamento, que envolve vários atores e setores de saúde, e tendo em vista que o abandono ainda é um dos grandes obstáculos para a obtenção da cura, a OMS recomendou a implantação da estratégia DOTS *(Directly Observed Treatment short-course*), em 1994, após declarar a doença como uma ameaça global (SOBRINHO, 2014). O DOTS é um conjunto de ações composto por cinco pilares: 1. Compromisso político com fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros; 2. Elaboração de planos de ação e mobilização social; 3. Diagnóstico, por meio da busca ativa representada através de exames bacteriológicos de qualidade; 4.Tratamento padronizado com supervisão da ingesta medicamentosa fornecimento e gestão eficaz dos medicamentos (TDO); e 5. Sistema de monitoramento e avaliação ágil que permita o acompanhamento dos casos. Dessa forma, esta estratégia foi adotada como resposta global para o controle da doença (BRASIL, 2011).

No ano 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), estabeleceu oito objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM) ao analisar os principais problemas mundiais. O sexto ODM contemplava o combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças incluindo a TB. Dentre as metas propostas estavam: parar a transmissão da doença, diminuir a prevalência e o número de óbitos associados à doença e aumentar a proporção de casos de TB tratados e curados pela estratégia DOTS (UNITED NATIONS, 2000).

Em 2001, a *Stop TB Partnership* criou o primeiro plano global para combate à tuberculose – *Global Plan to Stop TB* – que lançou as ações a serem implementadas entre 2001 e 2005 (WHO, 2001), auxiliando a orientar os esforços globais nesse período. O

controle global da TB também foi impulsionado por aumento no comprometimento político de países parceiros, como a Declaração de Amsterdã de 2000, *Washington Commitment to Stop TB* (2001) e o Fórum Stop TB em Delhi (2004).

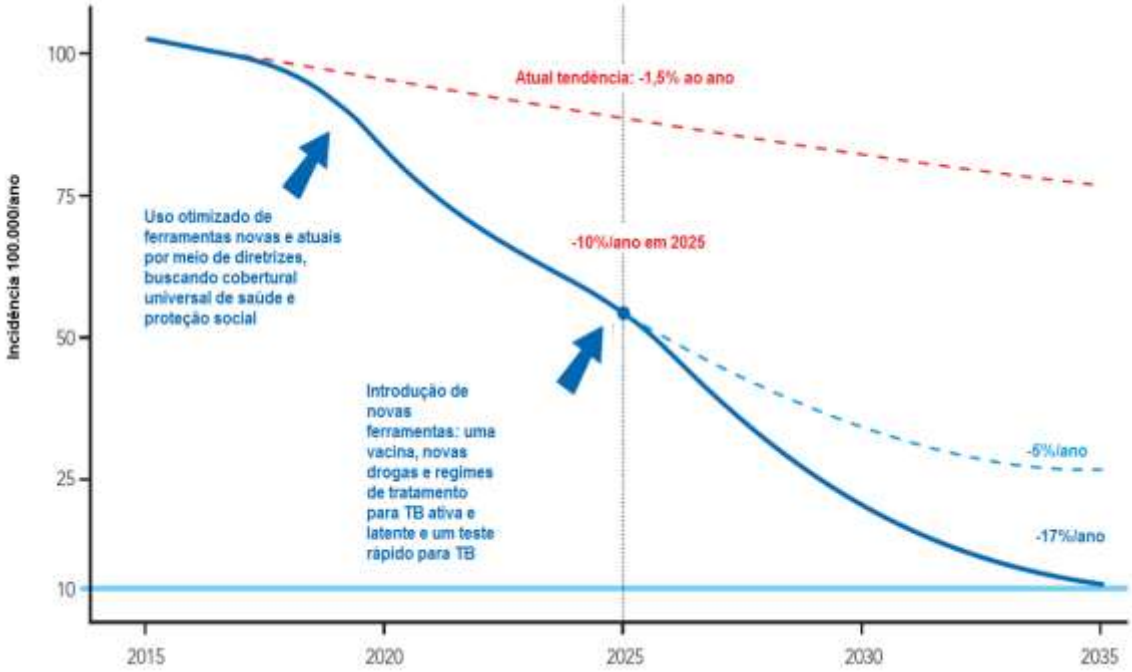
No ano de 2006, a OMS lança a Estratégia *Stop TB* visando o alcance das metas globais da ONU (WHO, 2009). Tal estratégia está fundamentada em seis objetivos: buscar a expansão e o aperfeiçoamento da qualidade da estratégia DOTS; tratar a coinfecção TB/HIV, tuberculose multirresistente (TBMR) e outros desafios; contribuir para o fortalecimento do sistema de saúde; envolver todos os provedores da saúde; empoderar portadores de TB e comunidades e capacitar e promover a pesquisa. (WHO, 2009).

Neste mesmo ano, um plano mais avançado para conter a TB foi criado pela OMS e *Stop TB Partnership: Global Plan to Stop TB 2006-2015.* O plano reflete uma programação que poderia ser alcançada até 2015, desde que os recursos fossem mobilizados para implementar a Estratégia Stop TB de acordo com as etapas estabelecidas e forneceu um roteiro para a ampliação da prevenção, tratamento e pesquisa. Um dos principais objetivos era reduzir em 50% a prevalência e mortalidade em TB em comparação com a linha de base de 1990 (WHO, 2009).

Com o objetivo de transpor as barreiras que dificultam o controle da doença, a OMS estabeleceu metas desafiadoras para os países em sua estratégia pós-2015, definindo como visão de futuro "Um mundo livre da tuberculose - zero mortes, adoecimento e sofrimento causados pela doença (*A world free of tuberculosis – zero deaths, disease and suffering due to tuberculosis*)" (WHO, 2014).

Para o alcance dessas metas e visando o controle global da TB, em 2015 a OMS lança uma ambiciosa estratégia para o Fim da Tuberculose (*End TB Strategy*) - estratégia global de metas para a prevenção, cuidados e controle da tuberculose após 2015 – que busca reduzir em 95% a mortalidade e diminuir em 90% a incidência da doença até 2035, atingindo um coeficiente de incidência inferior a 10 casos/ 100.000 habitantes (figura 1) e eliminando assim a TB como um problema de saúde pública mundial. A estratégia é composta por três pilares: cuidados integrados, centrados no doente e prevenção; comprometimento político e apoio da sociedade; intensificação na pesquisa e inovação. (WHO, 2014).

Figura 1 - Coeficiente de incidência global de TB projetado pela End TB Strategy até 2035.



Fonte: Adaptado de WHO (2015)

No contexto brasileiro, em 1996, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Plano Emergencial de Controle da Tuberculose, que foi implantado nos locais com maior carga da doença, os chamados municípios prioritários, e se embasava nas diretrizes da estratégia DOTS, lançada pela OMS dois anos antes. O lançamento e incorporação desse plano representaram o primeiro esforço nacional para o combate à doença (BRASIL, 1996).

Em 1998, foi lançado o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) que, além dos aspectos operacionais, enfatizava a estratégia DOTS como alternativa para o controle da doença no país. Esta estratégia continua sendo uma das prioridades para que o país atinja a meta de curar, no mínimo, 85% das pessoas acometidas pela doença, diminuindo a taxa de abandono a menos de 5%, proporcionando assim, um efetivo controle da doença no país (BRASIL, 1998; RUFFINO-NETTO, 2002; BRASIL, 2011).

Ao encontro disso, a implantação desta estratégia no estado de São Paulo também influenciou nos indicadores epidemiológicos, especialmente, no tocante às taxas de abandono. Contudo, atualmente os dados estaduais, quanto à prevalência e óbito, assemelham-se aos da média nacional, demonstrando um declínio de 21% desde a implantação do TDO, em 1998 (IBANÊS; JUNIOR, 2012).

O MS, pautando suas ações e planejamento no fortalecimento do sistema de saúde, tem contribuído para o controle da TB no país segundo a perspectiva de descentralização das

ações de controle da doença para Atenção Primária à Saúde (APS), desde 2002, por meio da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2002). Desta forma, a descentralização representa um avanço frente à garantia da qualidade das ações, preservando o envolvimento e a responsabilidade dos profissionais de saúde, cuja participação torna-se indispensável para o sucesso das ações preconizadas (BRASIL, 2011).

Vale destacar que, apesar do aparato legal do SUS trazer a questão da municipalização e descentralização de ações para a APS, esse processo não ocorreu uniformemente pelo Brasil: há municípios que realizam ações descentralizadas, nos serviços que compõem a APS e outros que realizam as ações de controle da TB em nível ambulatorial especializado. (SILVA, 2016).

É neste cenário de contradições que o TDO se encontra. Com o objetivo de assegurar um tratamento efetivo e completo e lutar contra a falha, a resistência às drogas e ao abandono, justifica-se a inserção de uma estratégia de supervisão da ingesta do medicamento que traga a pessoa acometida por TB para mais perto do serviço de saúde (ARNADOTTIR, 2009).

O TDO sendo um elemento-chave da estratégia DOTS visa, portanto, fortalecer a adesão do paciente ao tratamento e prevenir o aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, melhorando a probabilidade de cura da doença e reduzindo o abandono do tratamento. Consiste na observação da ingestão dos medicamentos, preferencialmente todos os dias, ou seja, de segunda a sexta-feira, na fase de ataque e no mínimo três vezes por semana na fase de manutenção do tratamento, administrado por profissionais de saúde ou eventualmente por outra pessoa, desde que devidamente capacitada e sob supervisão do enfermeiro (BRASIL, 2011).

Essa estratégia operacional é recomendada para todos os casos de TB (novo e retratamento) e vai além da observação da ingesta medicamentosa. O profissional de saúde ao participar ativamente do tratamento estabelece vínculo com o doente, o que possibilita transpor barreiras que dificultam a adesão, por meio de estratégias de reinserção social e melhora da autoestima do doente. É o momento ímpar em que o profissional de saúde cria a oportunidade para empoderar o doente em relação ao processo do tratamento, com linguagem acessível, de fácil entendimento, propiciando uma educação individual e dialogada (BRASIL, 2011).

O ideal é que a escolha dessa modalidade de tratamento seja compartilhada entre a equipe de saúde e o doente, bem como a definição do local para a administração do medicamento, considerado as particularidades de cada caso. As modalidades de supervisão são: domiciliar, na unidade de saúde, prisional e compartilhada. Nesse sentido, o TDO é

considerado quando ocorre a observação de, no mínimo, 24 tomadas de medicamentos na fase de ataque e 48 tomadas na fase de manutenção (BRASIL, 2011).

Segundo Arnadottir (2009), o TDO divide opiniões. Para alguns, a prática é autoritária e alienante, reduzindo a responsabilidade do doente de TB. Por outro lado, o TDO pode ser visto como uma estratégia de cuidado que promove o compartilhamento de responsabilidades entre o doente em tratamento e quem está realizando a ação (ARNADOTTIR, 2009).

A estratégia do TDO possui algumas limitações que são apontadas pelos profissionais de saúde que trabalham na área. Entre elas, encontram-se a burocracia da estratégia, a falta de conhecimento dos profissionais em relação à estratégia, irregularidades no fornecimento dos incentivos e a responsabilização do profissional de saúde em relação ao tratamento do doente (TERRA; BERTOLLOZI, 2008).

Estudos sobre TB realizados no interior de São Paulo apontam fragilidades no conhecimento dos profissionais de saúde sobre a doença e sobre o TDO (FREITAS et al., 2013; DIAS et al., 2013), o que demonstra a nítida necessidade de ações educativas para os profissionais de saúde que lidam com essa temática, visto que os mesmos desempenham um papel muito importante no controle da doença.

Frente à importância epidemiológica da TB, tem-se o referencial teórico da Transferência de Políticas como uma nova perspectiva de análise das políticas públicas. Ele envolve um modelo de mudança de políticas que ocorre em vários níveis como o local, regional, nacional e internacional. Tal modelo é visto como uma forma de inovar conceitos e estratégias para melhorar o funcionamento de determinada instituição. (SOUZA et al., 2014).

2. Revisão da Literatura

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Método da Revisão

Tendo em vista os desafios encontrados na luta contra a tuberculose em todo o mundo e, sendo o TDO uma estratégia recomendada e difundida mundialmente para o controle da doença, foi realizada uma revisão da literatura que pudesse responder à seguinte questão: "Quais são os aspectos relevantes que contribuem para a eficácia do TDO nos diferentes contextos?"

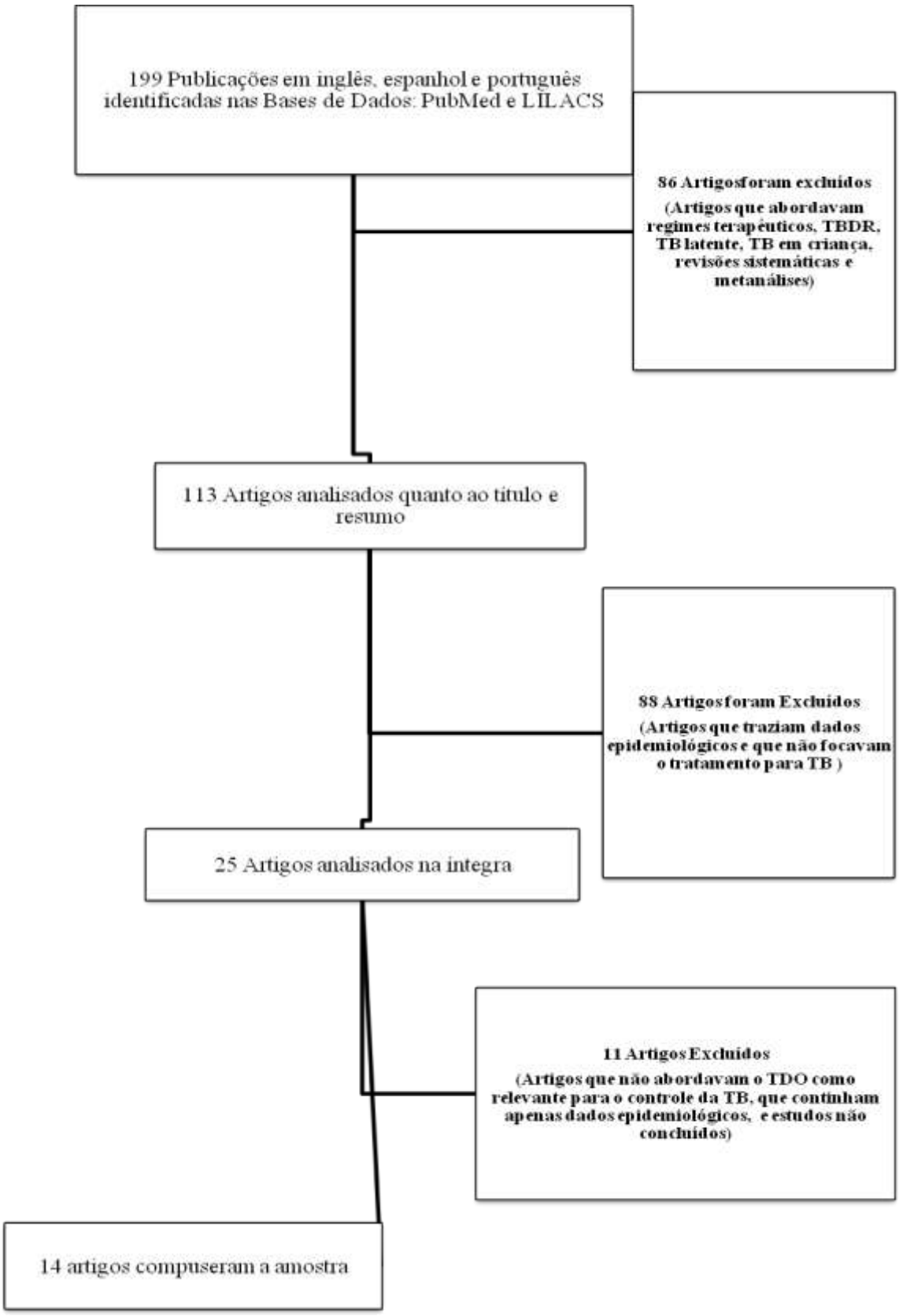
Para sua formulação, foi utilizada a estratégia "PICO" (TORRACO, 2005). Segundo esse método, o acrônimo (P)acientes ou problema, (I)ntervenção, (C)omparação e (O)utcome (desfecho) é preenchido com a questão levantada e então a busca é realizada no nas bases de dados: "(P) AND (I) AND (C) AND (O)".

Na presente revisão, o problema (P) abordado foi a TB; intervenção (I) foram os fatores relacionados à eficácia do TDO; não foi utilizada a Comparação (C); e desfecho (O) foi o resultado do tratamento.

A busca pelos artigos se deu por meio de duas bases de dados da área da saúde: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed. Descritores controlados para cada uma das bases, bem como seus sinônimos, foram utilizados para a busca dos artigos nas bases de dados da área da saúde.

Os critérios de inclusão foram: publicação em português, inglês ou espanhol; estudos inéditos; publicados nos últimos cinco anos; que abordem potencialidades da operacionalização do TDO nos diferentes contextos; para as formas ativas da doença, sensível aos medicamentos de primeira linha, em adultos. Foram excluídas publicações: que não respondiam à questão; que traziam fatores relacionados ao TDO para a TB latente, TB extrapulmonar ou tuberculose droga resistente (TBDR); e que buscavam testar/avaliar novos regimes terapêuticos (em relação às drogas utilizadas ou tempo de duração). A busca nas bases de dados foi realizada entre outubro de 2016 e janeiro de 2017. O esquema a seguir, demonstra a metodologia utilizada na revisão.

Figura 2 - Fluxograma da metodolgia empregada na revisão integrativa.



Foram realizados os cruzamentos e identificados 199 artigos. Em seguida, foram retiradas as duplicações e realizada a leitura dos títulos. Segundo os critérios de inclusão, foram pré-selecionados 113 artigos, sendo que a leitura dos resumos possibilitou a escolha de 25 artigos para a leitura na íntegra, resultando, por fim, na escolha de 14 publicações que compuseram a amostra analisada. Os artigos excluídos foram aqueles que: não enfatizavam o TDO para o controle da doença, que continham apenas dados epidemiológicos sobre a doença e trabalhos não concluídos.

O processo de seleção dos artigos é ilustrado na figura 1. Para a extração dos dados, foi utilizado um roteiro previamente estruturado para esta pesquisa, contemplando: título, ano, local de estudo, objetivo, método, principais resultados. Esse processo de seleção e alocação dos estudos primários ocorreu com o uso do gerenciador de referências *online* Endnote X7 da Thomson Reuters.

2.2 Resultados da Revisão

A amostra foi constituída por estudos publicados de 2012 a 2016, com artigos no idioma inglês, espanhol e português. A relação dos artigos selecionados está descrita a seguir (Quadro 1). Dentre os estudos analisados, quatro foram desenvolvidos no continente africano, quatro na Ásia, um na Inglaterra, três no Brasil, um na Argentina e um deles foi um estudo binacional, desenvolvido em cidades dos EUA e México. A maioria estava no idioma inglês (12 artigos), um em português e um em espanhol.

Após a leitura dos artigos, os principais achados dos estudos foram agrupados em três categorias: Desfecho favorável do tratamento para TB com pacientes em TDO; o uso de tecnologias para favorecer a adesão ao TDO e o TDO com abordagem centrada no doente. As categorias serão exploradas a seguir.

Quadro 1 – Apresentação dos artigos selecionados segundo autor, título, revista, local de realização do estudo e ano de publicação.

Código	Autor	Título	Revista	Local	Ano
01	GEBREZGABIHER et al.	Treatment Outcome of Tuberculosis Patients under Directly Observed Treatment Short Course and Factors Affecting Outcome in Southern Ethiopia: A Five-Year Retrospective Study	PLOS ONE	Etiópia	2016
02	STORY et al.	Monitoring Therapy Compliance of Tuberculosis Patients by using Video-Enabled Electronic Devices	Emerging Infectious Diseases	Inglaterra	2016
03	ADEWOLE et al.	A randomized controlled study comparing community based with health facility based direct observation of treatment models on patients' satisfaction and TB treatment outcome in Nigeria	Trans R Soc Trop Med Hyg	Nigéria	2015
04	CHUA et al.	Outcome of a grocery voucher incentive scheme for low-income tuberculosis patients on directly observed therapy in Singapore	Singapore Med J	Cingapura	2015
05	DOBLER et al.	Success of community-based directly observed anti-tuberculosis treatment in Mongolia	Int J Tuberc Lung Dis	Mongólia	2015
06	GARFEIN et al.	Feasibility of tuberculosis treatment monitoring by video directly observed therapy: a binational pilot study	Int J Tuberc Lung Dis	EUA e México	2015
07	SOARES et al.	Tuberculosis control in a socially vulnerable area: a community intervention beyond DOT in a Brazilian favela	Int J Tuberc Lung Dis	Brasil	2013

08	YEN et al.	Directly observed therapy reduces tuberculosis-specific mortality: a population-based follow-up study in Taipei, Taiwan	PLOS ONE	Taiwan	2013
09	CRODA et al.	Tuberculosis control in a highly endemic indigenous community in Brazil	Trans R Soc Trop Med Hyg	Brasil	2012
10	GONZÁLEZ et al.	Directly observed treatment for tuberculosis in a Buenos Aires City hospital	MEDICINA (Buenos Aires)	Argentina	2012
11	HUNCHANGSIT et al.	Cost-effectiveness of various tuberculosis control strategies in Thailand	VALUE IN HEALTH	Tailândia	2012
12	MAFIGIRI; MCGRATH; WHALEN.	Task shifting for tuberculosis control: a qualitative study of community-based directly observed therapy in urban Uganda	Glob Public Health.	Uganda	2012
13	MKOPI et al.	Adherence to tuberculosis therapy among patients receiving home-based directly observed treatment: evidence from the United Republic of Tanzania	PLOS ONE	Tanzânia	2012
14	CARDOSO et al.	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	Cad. Saúde Colet.	Brasil	2012

2.2.1. Desfecho favorável do tratamento para TB com pacientes em TDO

Esta categoria foi composta por artigos que apontaram em seus resultados uma associação favorável do TDO ao sucesso do tratamento e à redução da mortalidade por TB.

Foram agrupados cinco trabalhos desenvolvidos em diferentes países: Etiópia, Taiwan, Argentina e Brasil

O artigo número 1 avalia registros de cinco anos de um hospital universitário na Etiópia, local onde ocorre o TDO clínico,

As taxas de sucesso de tratamento (cura e conclusão) chegam a 85,2%, estando relacionadas com o desempenho promissor do DOTS institucional no programa de controle da TB. No entanto, doentes em TDO nas áreas rurais, tiveram tratamentos mais deficitários se comparados com doentes das áreas urbanas - o risco de resultados de tratamento de TB sem sucesso foi significativamente maior entre os pacientes de TB das áreas rurais em comparação com seus homólogos urbanos - o que pode estar relacionado com maiores custos e com as longas distâncias aos centros de tratamento entre os doentes das áreas rurais (GEBREZGABIHER et al., 2016).

O artigo número 8 foi realizado em Taiwan e buscou compreender os efeitos do TDO e do tratamento autoadministrado (TAA) sobre a mortalidade entre os pacientes com TB. Foram avaliados 3487 pacientes no período de 2006 a 2010 e o TDO foi significativamente associado a um menor risco de mortalidade específica por TB. Vale ressaltar que neste caso, os observadores do TDO não eram profissionais da saúde, mas eram supervisionados por enfermeiros. Segundo os autores, quando a mortalidade por TB é muito alta, o TDO bem implementado pode reduzir as taxas de mortalidade associadas à doença (YEN et al, 2013).

O artigo número 9 refere-se a um estudo realizado na cidade de Dourados-MS, Brasil no qual os autores relatam os aspectos que dificultam a implantação do TDO em áreas indígenas, destacando a deficiência e a baixa qualidade dos serviços de saúde, a inacessibilidade das comunidades altamente dispersas e rurais e os aspectos culturais específicos deste contexto (CRODA et al., 2012).

No entanto, em comparação com estudos prévios realizados na mesma região, destaca-se que houve redução de 90% nas taxas de abandono do tratamento e aumento de 63% nas taxas de notificação por TB após a implantação da estratégia DOTS. O TDO em áreas indígenas geralmente é realizado pelo agente de saúde indígena, facilitando o acesso do doente ao tratamento (CRODA et al., 2012).

O estudo concluiu que a implantação da estratégia DOTS e do TDO em populações socialmente e economicamente desprovidas, mostrou significante redução entre as taxas de não conclusão de tratamento e de incidência da doença (CRODA et al., 2012).

Em estudo realizado em Buenos Aires, Argentina, González e colaboradores (2012) buscaram avaliar a experiência da implantação do TDO em uma determinada população e comparar os resultados obtidos. Para isso, os doentes foram divididos em dois grupos: o de observação (TAA) e aqueles que utilizaram diferentes estratégias de TDO (na unidade de saúde ou no domicílio) (GONZÁLEZ et al., 2012).

Por este estudo, observou-se que tanto as taxas de conclusão de tratamento quanto as taxas de abandono, obtiveram resultados mais favoráveis no grupo sob TDO do que no grupo de pacientes sob regime de TAA. Assim, há indícios de que pacientes mais vulneráveis ao abandono poderiam obter melhores resultados em TDO, pois esta modalidade prioriza uma relação mais estreita com o paciente por meio da observação da ingesta da medicação e detecção precoce de efeitos adversos (GONZÁLEZ et al., 2012).

Cardoso et al. (2012) realizaram uma investigação na cidade do Rio de Janeiro, a fim de avaliar a conformidade da implantação do TDO segundo a perspectiva dos profissionais de saúde, de duas unidades de saúde que ofereciam atendimento a populações distintas. De acordo com os profissionais, o TDO era viabilizado a partir do fornecimento de incentivos aos doentes, como vale-transporte, por se tratar de população com poucos recursos financeiros. Na falta destes incentivos, o tratamento era autoadministrado.

Em uma das unidades, questões relacionadas com a violência e o tráfico de drogas na região, fizeram com que o TDO fosse adequado à realidade local, o que a enfermeira da unidade denomina *TDO improvisado*, configurando-se como um mecanismo facilitador da adesão, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Segundo esses profissionais, o TDO não se apresenta como uma verdade absoluta, mas necessita ser adaptado segundo o território de aplicação (CARDOSO et al., 2012).

Quando questionados sobre quais pacientes deveriam realizar o TDO, a maioria dos profissionais referiu que o TDO deveria ser indicado apenas para os doentes mais rebeldes como usuários de drogas, alcoólatras e crianças, idosos e os doentes em fase avançada da doença. Poucos foram os sujeitos que responderam que a modalidade deveria ser aplicada a todos os doentes. Segundo esta perspectiva, a padronização do TDO poderia ser substituída por um tratamento sob medida para cada usuário, sugerindo maior eficácia quando considerado o doente na centralidade do cuidado (CARDOSO et al., 2012).

Os artigos analisados nessa categoria contribuem com a construção da presente proposta de investigação, pois apontam em seus resultados o TDO como política capaz de favorecer o sucesso do tratamento: melhora da adesão, aumento das taxas de cura e conclusão do esquema terapêutico proposto, enfatizando a eficácia desta modalidade de tratamento, sobretudo em populações com maior vulnerabilidade ao abandono.

Destaca-se que populações de áreas rurais possam ser afetadas com os custos e o tempo relacionados com as longas distâncias, se a oferta do TDO estiver centralizado em clínicas ou unidades de saúde. No entanto, diante dos diversos contextos, tornam-se necessárias adaptações locais capazes de responder às demandas dos indivíduos acometidos pela TB.

2.2.2 O uso de tecnologias para favorecer a adesão ao TDO

A segunda categoria foi composta por dois estudos, conduzidos na Inglaterra, EUA e México e que abordaram a descrição e análise do uso de tecnologias móveis como dispositivo facilitador para adesão do paciente ao TDO.

De acordo com o artigo número 2, a terapia observada por vídeo (VOT), está se tornando cada vez mais viável com o avanço dos dispositivos tecnológicos como celular, *tablet* e computador (STORY et al., 2016).

De acordo com este artigo, cada vez mais estratégias inovadoras têm sido utilizadas para reduzir a distância entre cuidador e doente, e reduzir os custos e o estresse das viagens aos centros de saúde para a realização do TDO. Com o aumento da cobertura das redes de telefonia celular e internet, o VOT pode ser uma nova opção de tratamento ao doente que pode escolher onde e quando quer realizar o tratamento. A comunicação por chamada de vídeo ainda pode ser favorável para abordar preocupações e prestar aconselhamento aos doentes (STORY et al., 2016).

Entretanto, embora seja considerada uma ferramenta capaz de facilitar o contato entre profissional e doente, o VOT também requer investimentos e não deve substituir a interação física, que deve ocorrer para a distribuição de medicamentos e encaminhamentos de amostras, por exemplo. Em especial, o artigo destaca que a OMS em parceria com a Sociedade Respiratória Européia, começou a elaborar protocolos para produtos digitais de saúde voltados especificamente para os atuais desafios da implementação

da estratégia END TB (STORY et al., 2016).

Em estudo binacional conduzido nos Estados Unidos e México, o artigo número 6 destaca que as soluções móveis, cada vez mais usados para melhorar a adesão ao tratamento, envolvem na maioria das vezes, mensagens de lembretes e pouco documentam a ingesta da medicação. Neste estudo, foi desenvolvida a ferramenta VDOT - TDO via *smartphone* - em que os pacientes gravavam-se tomando a medicação e enviavam o vídeo por um aplicativo. O VDOT foi testado em locais com altos (EUA) e baixos (México) recursos sócio-econômicos (GARFEIN et al., 2015).

Como resultados, apontou-se que os pacientes mais velhos não consideraram a idade como um fator limitante e relataram que o VDOT permitia que ficassem no controle de seus cuidados. Os participantes também revelaram que o VDOT foi mais confidencial que o TDO realizado em presença da pessoa. Relataram ainda que o uso do telefone foi importante para a pessoa encontrar seu próprio espaço privado, além da conveniência de poderem tomar os medicamentos segundo a programação de cada indivíduo (GARFEIN et al., 2015).

Os participantes do estudo consideraram ainda que o VDOT assíncrono era mais fácil que o VDOT assistido e os trabalhadores de saúde puderam gerenciar mais pacientes em menos tempo durante o horário comercial. Os *smartphones* foram fornecidos pelo estudo e algumas barreiras como quebra e furto do aparelho foram relatadas (GARFEIN et al., 2015).

Os resultados desses estudos revelam que o uso de tecnologias móveis vem se tornando cada vez mais presente e desempenhando um papel importante nos cuidados de saúde, no entanto ressaltam que o uso de tais tecnologias deve complementar e não substituir o TDO presencial.

Ainda que o emprego de tecnologias tenha grande potencial para expandir a cobertura e a monitorização do tratamento anti TB por meio de uma abordagem que possibilite maior autonomia ao doente, vale ressaltar que estes recursos podem ser uma realidade muito distante na maioria dos países prioritários para o controle da doença, que apresentam populações extremamente pobres e ainda sem acesso a serviços básicos como educação e saúde, podendo ser classificado como modalidade de tratamento acessível apenas para um grupo seleto de pacientes.

2.2.3 TDO com abordagem centrada no doente

Embora o TDO seja um dos pilares fundamentais da estratégia *DOTS* e há anos recomendado pela OMS como uma das estratégias mais eficazes para o controle da TB como problema de saúde pública, alguns aspectos inerentes à realidade de cada local e presentes em cenários heterogêneos, podem dificultar e até mesmo inviabilizar sua aplicabilidade e consequentemente, a conclusão do tratamento da TB.

Diante do desafio de fornecer tratamento acessível ao maior número de doentes, muitas estratégias com abordagens centradas no doente e na comunidade, estão sendo propostas em diferentes contextos. A maioria dos artigos que compuseram esta revisão encontra-se agrupada nesta categoria.

Em um estudo realizado na Nigéria, com o objetivo de avaliar a relação custo-eficácia e a satisfação dos pacientes inseridos em uma abordagem inovadora com TDO baseado na comunidade (CB DOT), realizados por profissionais de saúde ou voluntários, em relação ao TDO realizado no hospital (HB DOT). De acordo com o estudo, fatores culturais e estilo de vida do doente estão relacionados com a não adesão ao tratamento, no entanto a qualidade dos serviços de saúde ofertados e o grau de satisfação dos doentes constituem também aspectos importantes e estão fortemente relacionados com a adesão ao tratamento (ADEWOLE et al., 2015).

Neste cenário, o CB DOT foi associado com melhor adesão do doente e maior satisfação em relação ao tratamento recebido. O estudo mostra taxa de inadimplência de 2,6% no CB DOT comparada a 20% no HB DOT. A análise de sensibilidade mostrou que o CB DOT é uma abordagem mais eficaz e menos dispendiosa em comparação ao HB DOT em diferentes estimativas dos principais fatores de risco, além de proporcionar maior vínculo entre profissional e paciente e oferecer oportunidade para rastrear contatos. (ADEWOLE et al., 2015).

Em estudo realizado em Cingapura, o artigo número 4 avaliou a eficácia de um sistema de incentivo para pacientes de baixa renda com o programa DOT-Shop, lançado por uma ONG em 2009, em que pacientes elegíveis recebiam *vouchers* de mercearia em cada visita à clínica para realização do TDO. De acordo com os autores, a conclusão do tratamento de TB é o principal objetivo de qualquer programa de apoio à doença. Como a TB geralmente atinge populações mais pobres, pacientes em TDO com incentivos são mais propensos a completar o tratamento do que aqueles com TDO sem incentivos e pacientes tratados em

TDO são mais propensos a completar o tratamento que pacientes em regime autoadministrado (neste caso, a taxa de adesão melhorou de 83,3% para 87,2%) (CHUA et al., 2015).

O uso de incentivos modestos, preferencialmente os que não são ofertados em dinheiro, por meio de um programa estruturado, tem sido comprovado para a melhoria da eficácia das intervenções em saúde das populações urbanas pobres (CHUA et al., 2015).

No artigo número 05, os autores revelaram que o envolvimento da comunidade para reduzir os obstáculos e garantir o sucesso do tratamento da TB é conhecido, porém pouco operacionalizado. Este estudo teve por objetivo comparar o TDO tradicional, centralizado em unidade de saúde, com TDO com base na comunidade na Mongólia. Duas modalidades de TDO com base na comunidade foram oferecidas: TDO no domicílio (em que a medicação era oferecida por um voluntário) e TDO-almoço, em que pacientes desnutridos recebiam uma refeição por dia, oferecida por restaurantes voluntários cadastrados, e recebiam a medicação logo em seguida. O sucesso do tratamento foi maior no TDO com base na comunidade: 93,6% no TDO no domicílio e 99,1% no TDO-almoço, se comparados ao TDO tradicional (83,2%) (DOBLER et al., 2015).

Estratégias que diminuam o custo total do tratamento como o TDO descentralizado com base na comunidade tem o potencial de melhorar a adesão do paciente ao tratamento (DOBLER et al., 2015).

Este estudo apontou que voluntários da comunidade bem treinados e comprometidos foram associados à maior sucesso do tratamento, embora estudos anteriores tenham resultados controversos. A implementação bem-sucedida de diferentes mecanismos do TDO dependem dos contextos locais. . Além disso, outros estudos revelam que incentivos como refeições são capazes de promover a adesão ao tratamento de TB entre os pacientes marginalizados. (DOBLER et al., 2015).

Com taxas de cura abaixo dos 85% no ano de 2002, a cidade do Rio de Janeiro não alcançou os objetivos preconizados pela OMS, indicando que o TDO centralizado na unidade de saúde sozinho não era suficiente para o controle da doença. O artigo número 7 descreve a implantação do TDO com base na comunidade em uma favela do Rio de Janeiro que, embora concentrasse 1% da população da cidade, em 2002 chegou a apresentar 5% dos casos de TB no município (SOARES et al., 2013).

A intervenção representou o envolvimento da comunidade na busca de fortalecer o controle local da TB. Antes da intervenção, o tratamento era autoadministrado com visitas mensais às unidades de saúde. A intervenção avaliou a implementação do TDO com base na

comunidade, com equipe de saúde formada por dois enfermeiros e 40 leigos, contratados para atuar como agente comunitário de saúde (ACS). As potencialidades do estudo foram: motivação dos ACS, programa de treinamento e contrato assinado de trabalho, que reduzia a rotatividade. A intervenção melhorou o acompanhamento dos casos e reduziu a inadimplência, mas é difícil analisar se a intervenção reduz as taxas de notificação de TB (SOARES et al., 2013).

Ainda de acordo com SOARES et al. (2013), o envolvimento da comunidade com planejamento adequado pode trazer altas taxas de cura, podendo contribuir para a diminuição das taxas de notificação da doença.

Um estudo tailandês, artigo número 11, buscou avaliar o custo-eficácia de várias estratégias utilizadas para o conte da TB no país. Cinco intervenções foram analisadas: o TDO da equipe de saúde (centralizado), o TDO supervisionado por membro da comunidade, o TDO oferecido por membro da família, sistema de lembrete do telefone celular e TAA (HUNCHANGSIT et al., 2012).

Os resultados não puderam afirmar se houve maior custo efetividade em algumas das intervenções. De acordo com este estudo, permanece inconclusivo se a estratégia do TDO tem maior custo eficácia que o TAA. Todavia, o TDO supervisionado por membro da comunidade e o TDO oferecido por membro da família, são intervenções eficazes que apresentam custos mais baixos (HUNCHANGSIT et al., 2012).

Sendo o único estudo de abordagem qualitativa, o artigo número 12 traz contribuições no que se refere à necessidade de descentralização do controle das ações de combate à TB. Em 2002, Uganda estabeleceu o CB-DOT (TDO com base na comunidade), que permite ao doente selecionar um supervisor da comunidade, devendo ser alguém de sua confiança, familiar ou não. Apesar dos esforços, as taxas de detecção de casos e de cura ainda estão aquém das estipuladas pela OMS no país (MAFIGIRI et al., 2012).

Neste estudo, os participantes poderiam escolher a estratégia de sua preferência: CB-DOT ou TDO na unidade de saúde. Em entrevistas, os participantes relataram que o indivíduo da comunidade ajudava a garantir a adesão e reduzia o isolamento social. Com isso observa-se, como já apontado em outros estudos desta revisão, que o TDO convencional pode ser modificado e que incluir leigos na rede de apoio social, pode contribuir para o alcance das metas da OMS. Além disso, revela a eficácia de envolver familiares como supervisores do tratamento e de implantar o CB-DOT em áreas rurais (MAFIGIRI et al., 2012).

A República Tanzânia introduziu uma abordagem de tratamento centrada no doente, que permitiu aos pacientes com TB a escolha entre o tratamento domiciliar supervisionado

por um cuidador de sua própria escolha e o tratamento realizado nas unidades de saúde observado por um profissional médico. O artigo número 13 tinha por objetivo avaliar a adesão ao tratamento de pacientes que receberam TDO com abordagem centrada no doente (MKOPI et al., 2012).

Os resultados deste estudo sugerem que o TDO a partir de uma abordagem centrada no doente pode alcançar altas taxas de adesão e sucesso no tratamento entre pacientes com TB. Todavia, ressalta que a oferta regular de medicamentos e a seleção cuidadosa dos apoiadores do tratamento, preferencialmente os que vivem próximos ao paciente, são fatores decisivos para o sucesso desta modalidade de tratamento (MKOPI et al., 2012).

Os artigos aqui apresentados apontam aspectos que revelam que o TDO é capaz de favorecer melhora dos indicadores da TB, destacando que alternativas inovadoras de supervisão com foco no doente e que envolvam a família e membros comunidade local, revelam-se mais eficazes para combater os desafios impostos pela doença.

2.3 Alguns apontamentos sobre a revisão

Os estudos apresentados nesta revisão apontam que o TDO é capaz de favorecer o sucesso do tratamento para a TB, relacionando-se positivamente em maior adesão ao tratamento e redução da mortalidade. Esta estratégia encontra-se difundida em contextos heterogêneos, que apresentam também diferentes desafios para o controle da doença.

A partir dos estudos analisados, observa-se que o TDO tende a ser mais adequado, sobretudo quando indicado a indivíduos com maior vulnerabilidade ao abandono, ainda que populações de áreas rurais possam apresentar custos de viagem e deslocamentos mais elevados quando o TDO é oferecido em unidades de saúde localizadas distante do domicílio do doente, podendo afetar negativamente o tratamento, ainda que seja oferecido gratuitamente.

Em relação às novas tecnologias, observa-se que seu uso deve ser ampliado em relação à supervisão terapêutica, como alternativa inovadora capaz de colaborar na superação dos desafios impostos pela doença no século XXI, ainda que esta não seja a realidade vivenciada pelas populações que habitam a maioria dos países prioritários para o controle da TB no contexto mundial.

Além disso, os resultados desta revisão apontam que quando o doente apresenta possibilidade de optar pelo suporte de tratamento baseado na percepção do que seria mais

adequado para si, sobretudo com o apoio de um familiar ou um membro da comunidade, existe maior adesão ao TDO e consequentemente, a desfechos mais favoráveis.

Assim, a partir dos estudos analisados, observam-se poucas publicações de abordagem qualitativa capazes de colaborar para a compreensão dos aspectos relacionados com o sucesso do TDO e suas possíveis adaptações aos contextos locais, revelando uma lacuna nas produções científicas relacionadas à temática.

3. Referencial Teórico-Metodológico

3. REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO

3.1 A transferência de políticas no contexto da análise das pequisas em saúde

Este estudo possui como base conceitual a "Transferência de Política" (TP), tema de cunho internacional que vem sendo mais explorado nos últimos anos, revelando a importância da análise das políticas públicas nos diferentes contextos. A TP é importante em todos os países e envolve diversos níveis, instituições e organizações, sendo capaz de oferecer conceitos e teorias que possibilitem a análise de pesquisas operacionais através de uma nova perspectiva (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011). Assim, as informações obtidas através deste tipo de estudo se constituem importantes ferramentas para o planejamento das ações políticas em diferentes setores (SOUZA, 2016).

De acordo com Dolowitz e Marsh (1996, p.344), a TP é definida como:

> "um *processo no qual ou pelo qual o conhecimento de políticas, arranjos administrativos, instituições, ideias e programas resultantes de um sistema político em um determinado tempo e espaço são colocados na arena de decisões para o desenvolvimento de políticas e programas em outro sistema político, em outro tempo e contexto.*"

Evans (2006) traz a seguinte definição:

> "*o desenvolvimento de uma política que objetiva embasar um processo ou uma série de processos nos quais o conhecimento sobre instituições, políticas ou sistemas, é transferido para outro setor ou nível de governança*".

Assim, a TP se volta a compreender como as políticas formuladas em um determinado contexto são incorporadas e adaptadas a outros cenários, por diferentes atores, incluindo gestores e profissionais de saúde (EVANS, 2004).

Como já mencionado, a TP é uma teoria que se volta à análise do desenvolvimento político, se diferenciando por tentar compreender como um processo, ou conjunto de processos, em que diferentes tipos de conhecimentos provenientes de um setor ou nível de governança são utilizados no desenvolvimento de instituições, programas, políticas ou sistemas em outro setor ou nível de governança. Tomar como perspectiva analítica a TP remete à interdisciplinaridade da pesquisa, utilizando conceitos referentes ao campo das ciências políticas e, neste caso, àqueles voltados à área da saúde. Para tal, faz-se necessária a compreensão de mecanismos políticos e históricos que permeiam a formulação, a difusão e a incorporação das políticas de saúde como um processo que se inicia em instâncias superiores

(como a OMS, por exemplo), e passa por um processo de capilarização ao adentrar nas instâncias de diferentes países e das diferentes esferas dos sistemas de saúde que os constitue m (BISSE; LEE; FREEMAN, 2011; EVANS, 2004; EVANS, 2010).

Ainda em fase inicial enquanto referencial para a realização de estudos nacionais, a transferência de políticas tem se constituído como foco do grupo de pesquisa, que vem se voltando para a realização de estudos de cunho quantitativo e qualitativo, realizados nas regiões norte, nordeste, sul e sudeste, e os primeiros resultados deste envolvimento são publicações disponibilizadas a partir do ano de 2014 (SOUZA et al., 2014).

Adotaremos o referencial de TP utilizado por Dolowitz e Marsh (2003) e por Evans (2006), por acreditar serem estes mais completos e detalhados, possibilitando analisar de forma mais abrangente o objeto de pesquisa. No presente estudo, a política a ser analisada é o TDO enquanto componente da política de controle da TB.

A TP pode ocorrer de forma contínua, que vai desde o aprendizado até a imposição direta de um programa, uma política ou um arranjo institucional de um sistema político para outro, o que pode conferir distintas nuances e variados graus. (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

Quando ocorre a TP, esta deve ser cuidadosamente analisada pelos tomadores de decisão, visto que estes devam ser capazes de entender os motivos pelos quais as políticas ou programas foram merecedores de maior atenção em detrimento de outros existentes.

Diante disso, torna-se necessário compreender e distinguir os dois tipos de transferências: a voluntária e a coercitiva (DOLOWITZ; MARSH, 1998). De acordo com a literatura internacional, a transferência voluntária emerge de um problema, crise ou surge de uma insatisfação perante o *status quo*, os quais conduzem os atores a buscar por novas soluções e novas ideias, enquanto que a transferência coercitiva ocorre quando um agente externo, uma organização institucional, impõe ou sugere fortemente a transferência e a adoção de um tipo específico de política pública (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

A TP constitui assim um mecanismo de mudança política que pode ocorrer em cinco instâncias: transnacional, internacional, nacional, regional e local, e sua operacionalização depende do envolvimento de distintos sujeitos e/ou grupos capazes de se envolver nas diversas etapas deste processo, resultando na participação de governantes, gestores e profissionais, os chamados agentes “oficiais da transferência”. (DOLOWITZ; MARSH, 1998; TURGEON et al., 2008).

Quanto à classificação, a TP pode ser dividida em quatro subtipos, a saber: *Transferência Integral* - envolve a transferência direta e completa de uma política ou programa; *Emulação* – envolve a transferência de ideias e princípios de políticas e programas;

Combinação – de diferentes ideias originadas de políticas diferentes; e a *Inspiração* – quando ideias e orientações gerais de uma política de outra jurisdição inspiram a mudança de política de outra área sem necessariamente ter qualquer semelhança entre a política resultante e a política original (TURGEON, 2008; DOLOWITZ; MARSH, 2000).

A análise da TP visa compreender de que forma pode ocorrer a transferência de políticas, conhecimentos e tecnologias entre as instituições, políticas ou sistemas, de um setor ou nível de governança para outro, em diferentes países. Os estudiosos que se debruçam sobre este tema estão preocupados em compreender o processo pré-decisão, os atores-chaves envolvidos no processo de "fazer política", o gerenciamento da transferência desses programas, sua expansão e manutenção, bem como os aspectos relacionados à falha ou mudança desta política (EVANS, 2010).

Ainda de acordo com Evans (2010), este fenômeno pode ser estudado de várias maneiras, incluindo a descrição de como a TP ocorre, que pode ser realizada por meio de estudos de abordagem quantitativa e qualitativa, visto que ambas apresentam potencial para auxiliar na compreensão deste fenômeno, destacando que a abordagem qualitativa oferece uma compreensão em maior profundidade, enquanto a quantitativa oferece uma perspectiva sistematizada dos aspectos que compõem o processo de transferência.

Os elementos transferidos podem ser classificados em duas grandes categorias: elementos duros e elementos leves. Os elementos duros são: legislações, regulações, instituições, instrumentos de políticas públicas, abordagens políticas e programas. Os elementos leves são: ideias, princípios, aprendizados e interpretações obtidos de outras políticas (STONE, 2004). Assim, o TDO é considerado um elemento duro, por se tratar de um instrumento pertencente a uma política estratégica mais ampla, que vem sendo transferida ao longo dos anos.

O processo da TP é contínuo e se dá através do desenvolvimento de diversos atores ou grupos, chamados de "agentes oficiais" e "agentes não-estatais" de transferência. O primeiro grupo é representado por indivíduos ou organizações estatais que trabalham em administrações públicas eleitos oficialmente, membros de partidos políticos, agências de governo ou forças-tarefas nacionais e internacionais (profissionais, gestores). Já o segundo inclui as organizações não-governamentais (ONGs), institutos de pesquisa, universidades, organizações voluntárias e consultores internacionais (TURGEON et al., 2008).

O coordenador do programa de controle da TB e os profissionais das equipes de estratégia de saúde da família (ESF) e das Unidades Básicas de saúde (UBS) são importantes atores na transferência do TDO, pois atuam em nível local, onde ocorre sua execução. Cabe à

gestão municipal viabilizar as ações de controle da TB, entre elas possibilitar a execução do TDO, articulando as estruturas centrais com poder de definição de diretrizes políticas e a prestação direta de serviços (SANTOS et al., 2010).

A transferência de políticas públicas pode ocorrer de forma que os tomadores de decisão não necessitem adotar a política como um todo, mas promovam adaptações a partir de políticas originais, de acordo com as necessidades do cenário e contexto local. Os processos de transferência podem ser facilitados ou dificultados por fatores como a complexidade política, efeitos de interação, restrições institucionais, restrição na execução e linguagem (DOLOWITZ; MARSH, 1998).

A literatura reconhece que o sucesso na transferência de uma política é influenciado por fatores relacionados aos elementos da política que está sendo transferida, problemas políticos e contexto político (LOE et al, 2016). Diante disto, vale destacar que este estudo tem como objetivo avaliar o processo de transferência do TDO em sua fase de implementação, buscando identificar as dificuldades para sua execução, bem como analisar as potencialidades e fragilidades desta política no município em questão.

3.2 Análise de Discurso de matriz francesa

A análise de discurso (AD) de matriz francesa não pode ser classificada como um campo homogêneo. De acordo com Minayo (2004), o marco inicial da AD surge com Michel Pêcheux na década de 1960, com os objetivos voltados à realização da reflexão e da apreensão dos significados.

Entretanto, podemos identificar, no período de sua constituição, três linhas de análise de discurso, atreladas também a três campos teóricos distintos: a linha de Michel Pêcheux; a linha sociolinguística desenvolvida por Marcellesi, entre outros; e a linha de Michael Foucault. Pode-se dizer que a AD de matriz francesa é efeito entre o confronto e a aliança entre essas três linhas (NARZETTI, 2010).

Dentre todos os referencias possíveis para a análise e interpretação de dados qualitativos, optamos pelo referencial teórico-metodológico da AD de matriz francesa peuchetiana, por nos interessar compreender os sentidos produzidos pelos discursos dos profissionais de saúde em relação à TP do TDO da TB, além da materialidade do texto, tendo em vista que a língua não é somente estrutura, é estrutura, acontecimento e prática social (SOUZA, 2014).

A AD de matriz francesa está ancorada em três domínios disciplinares: na filosofia linguística, no materialismo histórico e na psicanálise. A linguística explica os mecanismos sintáticos e processos de enunciação, considerando a não-transparência da linguagem, mas a materialidade dos significantes. Isto é fundamental para a AD, que procura mostrar que a relação linguagem/pensamento/mundo não é uma relação direta, não passando diretamente de um para outro. Deste modo, a linguagem não é; a linguagem está: na historia, na ideologia e na organização social de um povo.

Por outro lado, a AD pressupõe o legado do materialismo histórico, os fenômenos das formações sociais, incluindo a ideologia que se manifesta no discurso enquanto efeito de sentido entre os interlocutores, o qual pertence a um campo de contradições e estranhamentos. E ainda se demarca da psicanálise, a subjetividade e a relação do sujeito com o simbólico e da ideologia com o inconsciente, deslocando a posição de homem para a posição do sujeito (ORLANDI, 2009).

Para a construção deste trabalho foram utilizados alguns conceitos trazidos pela AD e que serão descritos a seguir, como a noção de discurso, recorte, de sentido, enunciação, condições de produção, polifonia, sequência discursiva, formação discursiva e ideológica, memória discursiva, interdiscurso, esquecimento, paráfrase, polissemia e ideologia.

O discurso é a transcrição de opiniões, das atitudes, das falas e das representações do indivíduo/sujeito denotando um recorte de determinado momento, voltados a um processo de análise dos sentidos realizado pelo pesquisador. A linguagem é fonte geradora de cenários, sendo estes constituintes do mundo social em um amplo estabelecimento de relações (MINAYO, 2012).

A AD tem como objeto de estudo o discurso, considera o texto como unidade de análise, levando em conta seu aspecto qualitativo, categorizando-o como "unidade significativa da linguagem em uso" (ORLANDI, 2009).

Na AD, a linguagem é entendida como um produto sócio-histórico, fruto do encontro entre estrutura e acontecimento, forma e conteúdo. Desta maneira, os sentidos das palavras são construídos socialmente em um dado momento histórico, deixando de ser entendidos como fixos, estáveis ou transparentes, ocupando o patamar de processo e não um produto acabado (MARQUES, 2007).

Desta forma, o discurso é considerado como a análise do sentido dimensional no tempo e no espaço das práticas do homem, descentralizando a noção do sujeito e relativizando a autonomia da linguística. É a língua em curso, em movimento. Trata-se de uma ciência descritiva e analítico-reflexiva, pautada na subjetividade, que visa a compreensão de como um objeto simbólico produz sentidos, como ele está investido de significância para e por sujeitos. Trata-se da relação língua – discurso –ideologia. (ORLANDI, 2009).

O conceito de discurso desvia-se do modo como a comunicação dispõe seus elementos (emissor – receptor – código – referente – mensagem). Para a AD não se trata apenas de transferir a informação, nem há esse ordenamento linear dos elementos da comunicação, pois a linguagem serve tanto para comunicar como para não se comunicar. Além disso, as relações de linguagem são relações de sujeitos e de sentidos e seus efeitos são múltiplos e variados. Por isso a definição de discurso é: o discurso é o efeito de sentidos entre os interlocutores (ORLANDI, 2009).

Segundo Orlandi (2009), a noção de recorte é tomada como unidade discursiva, fragmentos do *corpus* para análise, fragmentos correlacionados de linguagem, fragmentos da situação discursiva.

A autora considera ainda o sentido como efeito de sentido entre sujeitos em enunciação, em que o sujeito discursivo é constituído por diferentes vozes sociais, sendo marcado por intensa heterogeneidade e conflitos, espaços em que o desejo se inter-relaciona constitutivamente com o social e manifesta-se por meio da linguagem (ORLANDI, 2009).

A enunciação pode ser considerada como a posição ideológica no ato de enunciar e que integra a enunciação, em que a ideologia do sujeito é tomada como uma concepção de mundo do sujeito inscrito em determinado grupo social em uma circunstância histórica. (ORLANDI, 2009).

De acordo com Pêcheux (1975/1995) as palavras, expressões ou proposições não fazem sentido por si só. Estas necessitam ser determinadas pelas posições ideológicas existentes no processo sócio-histórico no qual são produzidas ou, no caso, reproduzidas. Dá-se aí a importância de analisar as condições de sua produção sob as quais os discursos são produzidos, assim como considerarmos as circunstâncias de sua enunciação, bem como o contexto sócio-histórico e ideológico em que ele está inserido (MARQUES, 2007).

Nesta perspectiva, os dizeres não são apenas mensagens a serem decodificadas. São efeitos de sentido que são produzidos em condições determinadas e que estão de alguma forma presentes no modo como se diz. São pistas que o analista de discurso aprende a seguir para compreender os sentidos aí produzidos, relacionando o dizer com sua exterioridade, suas condições de produção (ORLANDI, 2009).

As condições de produção podem ser compreendidas como contexto histórico, social e ideológico que permeiam um discurso ao ser produzido. Podemos considerar as condições de produção em sentido estrito, que é o contexto imediato; se as consideramos em sentido amplo, as condições de produção incluem o contexto sócio-histórico e ideológico (FERNANDES, 2008; ORLANDI, 2009).

A polifonia pode ser tomada como vozes, oriundas de diferentes discursos, constitutivas do sujeito discursivo (ORLANDI, 2009).

Em relação ao discurso deste sujeito pode ser verificada a heterogeneidade, que se define pelas diferentes formas de presença das diferentes vozes constitutivas do discurso do sujeito. Para identificar a heterogeneidade entre outros aspectos da AD é preciso partir das sequências discursivas que se constituem em sequências orais ou escritas, de dimensão superior à frase, as quais formarão as formações discursivas e as formações ideológicas (COURTINE, 2009).

Vale destacar que as Formações Discursivas (FD) referem-se ao que se pode dizer em determinada época e espaço social, ao que tem lugar e realização a partir de condições de produção específicas, historicamente definidas. Trata-se da possibilidade de explicitar como cada enunciado tem seu lugar e sua regra de aparição, e como as estratégias que o engendram derivam de um mesmo jogo de relações, como um dizer tem espaço em um lugar e em uma época específica (ORLANDI, 2009; FERNADES, 2008).

O conceito de Formação Ideológica (FI) é a posição dada em uma conjuntura sócio-histórica específica. As FI são representadas pelas FDs no discurso (ORLANDI, 2009). São nas FD e nas FI que podemos identificar a posição do sujeito no discurso, a qual pode ser concebida como uma relação determinada, que se estabelece em uma formulação entre um sujeito enunciador e o sujeito do saber de uma dada formação discursiva (COURTINE, 2009).

A memória, por sua vez, tem suas características quando pensada em relação ao discurso. Neste caso, é tratado como interdiscurso, definido como aquilo que fala antes, em outro lugar, independentemente. É a interconexão entre diferentes formações discursivas, é o movimento do discurso. Usamos as palavras dos outros em nossos contextos; pegamos dos outros de cá, dos outros de lá e articulamos, reorganizamos para produzir um discurso que acreditamos ser nosso. Este percurso é o que a autora denomina de memória discursiva (ORLANDI, 2009).

Pêcheux (1999) afirma que: "*A memória discursiva seria aquilo que, face a um texto que surge como acontecimento a ser lido, vem restabelecer os 'implícitos' (quer dizer, mais tecnicamente, os pré-construídos, elementos citados e relatados, discursos-transversos, etc.) de que sua leitura necessita: a condição do legível em relação ao próprio legível* ". É justamente na memória discursiva que se encontra a possibilidade de toda formação discursiva produzir formulações anteriores, que já foram enunciadas. Deste modo, os sentidos são determinados pelo modo com que os discursos se inscrevem na língua e na história, conseguindo, assim, produzir significados. O discurso significa por pertencer a uma determinada formação discursiva constituída historicamente e não pela vontade do enunciador (PATRIOTA; TURTON, 2004).

O interdiscurso é da ordem do saber discursivo, memória afetada pelo esquecimento. Segundo M. Pêcheux (1975/1995), podemos distinguir duas formas de esquecimento. Um deles é da ordem da enunciação – esquecimento enunciado - e está relacionado ao conceito de paráfrase. Ao falarmos, fazemos isso de um modo e não de outro, e, ao longo do nosso dizer, formam-se famílias parafrásticas que indicam que aquilo que foi dito poderia ser dito de muitos outros modos. É um esquecimento semi-consciente e muitas vezes recorremos a estas famílias parafrásticas para explicar melhor o que dizemos. Assim, pode-se dizer que a paráfrase é a matriz do sentido, pois não há sentido sem repetição, sem sustentação no saber discursivo (ORLANDI, 2009).

O segundo é o esquecimento ideológico e está ligado à polissemia, à instância do inconsciente, e resulta do modo pelo qual somos afetados pela ideologia. Por ele, temos a ilusão de ser a origem do que dizemos, quando, na realidade, retomamos os sentidos pré-

existentes. Os sentidos são sociais, partilhados na sociedade. Pensamos em produzir nosso dizer, mas na realidade ele já está construído para nós. Isso não significa que não haja singularidade na maneira como a língua e a história nos afetam, mas elas existem antes de nós (ORLANDI, 2009).

Orlandi considera que todo o funcionamento da linguagem está ancorado entre processos parafrásticos e processos polissêmicos. Segundo a autora, os processos parafrásticos são aqueles pelos quais em todo o dizer há sempre algo que já foi dito. Produzem-se diferentes formulações do mesmo dizer sedimentado, ao passo que na polissemia o que temos é a ruptura dos processos de significação (ORLANDI, 2009).

Assim, pode-se dizer que o sentido não existe por si só, mas é determinado pelas posições ideológicas colocadas no contexto social e histórico em que as palavras são produzidas (ORLANDI, 2009).

A noção de ideologia, de acordo com Orlandi, é deslocada, posta a partir de uma definição discursiva. O trabalho da ideologia na ordem do discurso é o de "produzir evidências, colocando o homem na relação imaginária com suas condições materiais de existência". Na perspectiva da AD o sujeito discursivo é pensado como "posição" entre outras. Não é uma forma de subjetividade, mas um "lugar" que ocupa para ser sujeito do que diz. Neste sentido o sujeito, que se aceita incompleto, entra na linguagem e vai buscar sua completude na interação linguística com o outro, assujeitado às condições de produção do discurso. Está sujeito à língua e à ideologia e submetido a ela (ORLANDI, 2009).

Assim, pretende-se identificar, neste trabalho, através dos discursos dos profissionais de saúde sobre a TP do TDO, dizeres que se remeterão a uma memória, os quais serão identificados em sua historicidade e em sua significância, mostrando seus compromissos políticos e ideológicos (GOMES, 2006).

4. Objetivos

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- ✓ Analisar a transferência da política do Tratamento Diretamente Observado para a tuberculose, em um município do interior paulista.

4.2 Objetivos Específicos

- ✓ Analisar discursivamente o processo de implementação da política do TDO no município;
- ✓ Analisar as produções de sentidos dos discursos dos profissionais sobre as potencialidades da política do TDO;
- ✓ Analisar discursivamente as dificuldades enfrentadas para a execução TDO no município.

5. Materiais e Métodos

5. MATERIAIS E MÉTODO

5.1 Modelo de estudo

Trata-se de um estudo analítico de abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2012), a abordagem qualitativa é utilizada para responder "questões muito particulares", que não podem ser quantificadas, uma vez que tramita no universo dos significados. Na pesquisa qualitativa, o pesquisador procura compreender os fenômenos que estão sendo estudados a partir da perspectiva dos participantes. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere (MINAYO, 2012).

Sendo assim, optou-se pelo método qualitativo por acreditar que este conduziu ao aprofundamento dos questionamentos que motivaram este estudo, permitindo uma compreensão mais ampla do objeto. De acordo com esta abordagem, o delineamento descritivo é frequentemente utilizado, uma vez que o mesmo, além do registro e análise, busca identificar as causas de determinada situação por meio da interpretação (SEVERINO, 2007).

5.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo foi um município localizado na região central do estado de São Paulo, há cerca de 200 quilômetros da capital. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2018 possuía uma população estimada de 233.744 habitantes, com renda mensal (entre os trabalhadores formais) de 2,7 salários mínimos e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,815.

O IDH é um indicador proposto pela ONU que visa estabelecer a qualidade de vida das diferentes populações levando em consideração três aspectos: escolaridade, renda nacional bruta per capta e nível de saúde. Um IDH de 0,815 assemelha-se ao de países com índices muito alto de desenvolvimento humano, bem acima do IDH brasileiro de 0,759, que se encontra na lista dos países com baixo índice de desenvolvimento.

O município apresenta 729 serviços de saúde, entre rede pública e privada, com destaque para 38 Unidades Básicas de Saúde, 3 Hospitais especializados, 3 Hospitais gerais, 4 Pronto Atendimentos e 1 Secretarias de Saúde, de acordo com dados obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019). O município apresenta cobertura de Atenção Básica de 64,61%, considerando a Estratégia Saúde da Família (ESF) com cobertura de 47% da população (BRASIL, 2019).

No contexto da atenção à TB, existe um Centro de Referência (CR) vinculado a uma Universidade Pública. Este CR localiza-se na região central da cidade e comporta os serviços de vigilância à saúde do município. Nesse serviço encontra-se o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) municipal que, por sua vez, conta com equipe especializada na assistência e controle da doença no município. A equipe é composta por dois técnicos de enfermagem, um enfermeiro e um médico pneumologista, sendo esse último o único profissional do serviço com vínculo empregatício relacionado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

O TDO é realizado no CR e em alguns casos é transferido para o nível primário de atenção, em especial para as Unidades de Saúde da Família, que compõe um número de 26 unidades. Sendo assim, justifica-se a escolha deste cenário na busca de compreender de que forma está ocorrendo a TP do TDO para a TB que, embora apresente altos índices de cura, centraliza a maioria das ações de controle da doença no serviço especializado do município.

5.3 Participantes do estudo

Tendo em vista os objetivos e os diferentes pontos de atenção envolvidos no controle da TB, os participantes do estudo foram os profissionais de saúde, de nível superior e médio, envolvidos com as ações de gestão e assistência no município estudado. Assim, os participantes foram o coordenador do PCT e o médico pneumologista responsável pelo acompanhamento dos casos no CR, bem como os enfermeiros e técnicos de enfermagem (TE) que executam ações de controle da TB, entre elas o TDO na APS do município.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, a amostra foi definida por conveniência e o número de participantes não foi definido previamente. Contudo, a interrupção do recrutamento de novos participantes ocorreu conforme a saturação de conteúdo.

Amostragem por saturação é um mecanismo teórico frequentemente utilizado em pesquisas qualitativas em diversas áreas no âmbito da saúde. Seu uso se dá quando as informações coletadas dos entrevistados passam a operar de maneira iterada e, sendo assim,

não é relevante a persistência na coleta de dados. Quando isto ocorre, o pesquisador pendura a integração de novos participantes na pesquisa, pois os dados concedidos por tais não agregariam ao material já alcançado. (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

É de notar que na AD não se busca a exaustividade horizontal, isto é, em extensão, tampouco a completude ou exaustividade em relação ao objeto empírico, pois ele é inesgotável, uma vez que todo o discurso se estabelece na relação como um discurso anterior e aponta para o outro. Almeja-se a exaustividade vertical, em profundidade, tendo em vista a compreensão dos sentidos produzidos, o que dispensa outras técnicas de amostragens previstas em outros tipos de pesquisa qualitativa (ORLANDI, 2009).

5.3.1 Critérios de Inclusão

Foram considerados aptos a participar deste estudo profissionais de saúde de nível médio e superior (técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos), maiores de 18 anos, que já tivessem acompanhado pacientes em tratamento e/ou realizado ações de controle da TB no município. Os participantes recrutados preencheram aos seguintes critérios:

1. Estar no cumprimento ou exercício de suas funções na data da coleta de dados;
2. Estar envolvido na atenção ao TDO há pelo menos seis meses.

5.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os profissionais que não responderam à pesquisadora após três tentativas de contato.

5.4 Produção do material empírico

Em um primeiro momento, foi realizado contato com a Secretaria Municipal de Saúde, com o PCT e com as unidades de APS a fim de contatar os profissionais aptos a participarem da pesquisa e apresentar-lhes o projeto, consultando a possibilidade de participação. Dentre as unidades que já haviam acompanhado pacientes em TDO (dados obtidos por meio de planilha fornecida pelo Programa de Controle da Tuberculose), foram eleitos por conveniência os

profissionais da APS. Uma vez eleitos todos os participantes, foi feito contato telefônico com cada um, a fim de agendar as entrevistas. Após três tentativas mal sucedidas de agendamento, o participante foi excluído.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e audiogravadas com o Coordenador do PCT e com os profissionais de saúde selecionados anteriormente, envolvidos com a prática do TDO no município. As entrevistas ocorreram no período de abril a maio de 2018. O roteiro da entrevista destinado aos profissionais foi elaborado com questões norteadoras abertas e teve por intuito *compreender como se dá o processo de implementação e execução da política do TDO, buscando analisar as potencialidades e fragilidades desta política no município* (apêndices A e B). O tempo médio de duração das entrevistas foi de 14 minutos.

A opção pela entrevista semiestruturada para construção do instrumento de coleta de dados deu-se pelo fato de que esta possibilita um direcionamento ao entrevistador na busca de atender aos objetivos da pesquisa, partindo de um roteiro inicial que pode ser ampliado com novos questionamentos (SILVA, CAMARGO, PADILHA, 2011).

Para Triviños (1987) a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador. Complementa o autor, afirmando que a entrevista semiestruturada "[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]" além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

Na ocasião da coleta de dados, a mestrando deslocou-se até o local de trabalho dos participantes, onde pode observar o ambiente de trabalho e a interação dos profissionais com outros membros da equipe. Os áudios das entrevistas foram transcritos e analisados posteriormente, juntamente com as condições de produção dos discursos dos entrevistados.

Os profissionais de saúde foram caracterizados segundo sexo, formação, função e tempo de atuação com o TDO, partindo de informações fornecidas pelos participantes da pesquisa e que constam na primeira parte do roteiro de entrevista.

5.5 Análise dos dados

As entrevistas gravadas foram transcritas e as informações organizadas com recurso do *software Atlas. Ti versão 7.0*. Este *software* permite maior facilidade na análise de dados qualitativos, oriundos de discussões feitas em entrevistas abertas que tenham seguido um roteiro de tópicos, como é o caso deste estudo. Após a transcrição das entrevistas, organizou-se um *corpus* de pesquisa composto pelos recortes de sequência discursivas do material empírico bruto e pela análise das condições de produção dos discursos dos entrevistados.

De acordo com Pêcheux (1975/1995) as palavras, expressões ou proposições não fazem sentido por si só. Estas necessitam ser determinadas pelas posições ideológicas existentes no processo sócio-histórico no qual são produzidas ou, no caso, reproduzidas. Dá-se aí a importância de analisar as ***condições de produção*** sob as quais os discursos são produzidos, considerando as circunstâncias de sua enunciação, bem como o contexto sócio-histórico e ideológico em que ele está inserido, pois é nas condições de produção que o sujeito *assujeitado* por determinada ideologia toma determinadas posições ao longo do seu discurso, já que este recorre à memória em todo momento (MARQUES, 2007; ORLANDI, 2009).

Buscou-se, desta forma, apreender a partir das falas dos profissionais entrevistados, as condições de produção em que se dá o processo de transferência da política do TDO, analisando as potencialidades e fragilidades desta política no município estudado.

Para análise e compreensão dos sentidos produzidos pelo *corpus*, seguiram-se os procedimentos de análise da AD de linha francesa preconizadas por Orlandi (2015):

1ª etapa: Passagem da superfície linguística para o objeto discursivo. Nesta etapa considera-se que o *corpus* sofreu um tratamento inicial por meio de uma análise superficial e busca-se trabalhar com a superficialidade linguística. O objeto discursivo não é dado e por isso são necessários esforços do analista para desfazer a ilusão de que aquilo que foi dito só poderia ter sido dito daquela maneira (ORLANDI, 2009).

A superfície linguística do texto refere-se ao material bruto produzido por meio das transcrições das entrevistas, ou seja, a parte visível, tangível da linguagem. É o que se fala e se escreve. É aquilo que se ouve e que se vê (SOUZA, 2014).

Para ir além do visível, o analista necessita encontrar no texto a sua discursividade, visualizar o fato de que ao longo do dizer se formam famílias parafrásticas relacionando o que foi dito com o que não foi dito e este com aquilo que poderia ter sido dito. Este processo denomina-se de-superficialização e consiste na primeira etapa de análise linguístico-enunciativa, levando-se em conta o que se diz, quem diz e em quais condições se diz. A partir

deste momento, se desfaz o produto enquanto tal para, a partir de vestígios, aprofundar a análise e atingir, em sua próxima fase, o processo discursivo (ORLANDI, 2009).

2ª etapa: passagem do objeto discursivo para o processo discursivo: o processo discursivo consiste em compreender os sentidos produzidos pelo processo da de-superficialização do texto (objeto discursivo) e delineamento das formações discursivas distintas. A formação discursiva é definida como "aquilo que em uma formação ideológica específica, ou seja, a partir de uma posição dada em uma conjuntura sócio-histórica dada, determina o que pode e deve ser dito" (ORLANDI, 2009). É um pricípio de organização metodológica, resultante do olhar do analista, delimitada pela forma como os discursos de cada enunciado se relacionam entre si.

Assim, neste nível de análise, devemos considerar que o sujeito discursivo se inscreve em diferentes formações discursivas porque ocupa diferentes posições e, portanto, não há linearidade. Desta forma, as formações discursivas não devem ser analisadas sem se considerar o contexto ideológico, sócio histórico, econômico e epidemiológico em que foram constituídos os discursos presentes nas entrevistas (ORLANDI, 2009).

3ª etapa: passagem do processo discursivo para a formação ideológica. Para compreender as relações das formações discursivas com os efeitos da ideologia, devemos considerar, nesta fase da análise, que as formações ideológicas deixam marcas linguístico-discursivas, as quais o analista de discurso deve buscar interpretar. De acordo com Orlandi (2015), esta etapa acontece ao mesmo tempo em que a segunda, pois no momento em que o analista significa o texto, ela relaciona as formações discursivas com as distintas formações ideológicas.

De acordo com essas considerações teórico-metodológicas, a análise discursiva atende à proposta de um estudo cujo enfoque incide sobre as análises enunciativas, para além daquilo que foi dito.

6. Aspectos Éticos

6. ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram obedecidos os aspectos éticos e legais de pesquisas que envolvem seres humanos, preconizados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos envolvidos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), levando em sua posse uma via deste. Para a apresentação dos depoimentos serão apresentados códigos coma letra E, seguidos do número que corresponde à ordem das entrevistas, mantendo o anonimato dos participantes envolvidos.

A realização do presente estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP/EERP/USP), Certificado de Apresentação para Apreciação Ética CAAE 79841717.0.0000.5393 (Anexo A).

7. Resultados e Discussão

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Caracterização dos participantes

Foram entrevistados 11 profissionais de saúde envolvidos com ações de controle da TB no município. Os profissionais foram caracterizados segundo sexo: 10 (dez) mulheres e apenas 1 (um) homem; formação: 9 (nove) tinham curso superior e 2 (dois) nível médio com formação técnica; função: 8 (oito) eram enfermeiros, 1 (um) era médico e 2 (dois) eram técnicos de enfermagem; e tempo de atuação com o TDO, que variou de 1 a 15 anos, partindo de informações fornecidas pelos participantes da pesquisa e que constam na primeira parte do roteiro de entrevista.

7.2 As condições de produção

As condições de produção podem ser amplas ou restritas. As condições de produção amplas referem-se aos aspectos sócio-históricos e ideológicos que permeiam os discursos dos sujeitos. As condições de produção restrita referem-se às circunstâncias da enunciação (contexto imediato). Desta forma, busca-se compreender questões presentes no cotidiano dos profissionais de saúde em seus distintos locais de trabalho que possam refletir em seus dizeres. As entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde onde trabalhavam os profissionais participantes do estudo. As condições de produção imediatas dos discursos dos sujeitos estão listadas a seguir:

Sujeito n.1 (S1): Enfermeira de ESF, 54 anos, há cinco anos na atual função. Entrevista realizada em sua sala, na unidade de saúde no período da manhã. A entrevistada foi objetiva em suas respostas e a entrevista ocorreu sem interrupções.

Sujeito n.2 (S2): Enfermeira de Centro de Saúde, 36 anos, há dois anos na atual função. Entrevista realizada na unidade de saúde, em uma sala disponível no momento. A entrevista foi interrompida brevemente por outro funcionário da unidade, o que não ocasionou prejuízo para a entrevista.

Sujeito n.3 (S3): Técnica de Enfermagem de Centro de Saúde, 55 anos, há seis anos na função. Entrevista foi realizada na unidade de saúde, em uma sala disponível no momento. A entrevista ocorreu por indicação da enfermeira da unidade, devido à TE ter participado efetivamente na administração da medicação no TDO em um caso acompanhado pela equipe.

A entrevistada demonstrou um pouco de timidez em responder às questões. A entrevista ocorreu de forma rápida, sem interrupções externas.

Sujeito n.4 (S4): Técnica de enfermagem de Centro de Saúde, 39 anos, há 18 anos trabalhando na rede municipal de saúde e há nove anos na atual função. A entrevista ocorreu em uma sala disponível na unidade, no período da tarde e procedeu rapidamente, sem interrupções.

Sujeito n.5 (S5): Enfermeira de Centro de Saúde, 36 anos, especialização em licenciatura, há dois anos na atual função. A entrevista ocorreu em sua sala, na unidade de saúde no período da manhã. Ocorreram interrupções com o telefone tocando e por um funcionário da unidade, sem prejuízo para a entrevista.

Sujeito n.6 (S6): Enfermeira de Centro de Saúde, 36 anos, especialista em Saúde Pública, há seis anos na atual função. A entrevista ocorreu em uma sala disponível na unidade, no final da manhã, e por se tratar de uma sala com janela para rua, havia muito ruído externo. Houve uma breve interrupção por parte de outro funcionário da unidade que necessitava esclarecer uma dúvida, no entanto sem prejuízo para a entrevista.

Sujeito n.7 (S7): Enfermeira de Centro de Saúde, 38 anos, há cinco trabalhando na prefeitura e há um ano na atual unidade de APS. A entrevista ocorreu na sala da enfermeira, de forma tranquila. A entrevistada estava tímida com a necessidade de utilização do gravador mas, apesar disso, demonstrou bastante envolvimento e interesse em responder às questões.

Sujeito n.8 (S8): Enfermeira de Centro de saúde, 32 anos, há quatro na atual função. Entrevista realizada em sua sala disponível na unidade de saúde, no período da tarde, horário que a unidade encontra-se mais tranquila e contou com uma breve interrupção para a profissional registrar o retorno do horário de almoço. A entrevistada demonstrou-se interessada pelo tema, no entanto apresentou respostas curtas e objetivas às questões.

Sujeito n.9 (S9): Enfermeira do CR, 53 anos, há 15 anos atuando nesta função. A entrevista deu-se em sua sala no Centro de Referência onde se localiza o PCT e foi interrompida duas vezes por necessidade de atender algumas demandas do próprio serviço, sem que isso prejudicasse seu conteúdo.A entrevistada demonstrou grande interesse pela pesquisa e dedicou bastante tempo à entrevista, procurando ser bem detalhista em suas respostas, sendo a entrevista com maior duração.

Sujeito n.10 (S10): Médico que atua no CR municipal e acompanha os doentes em tratamento. A entrevista deu-se em seu consultório, após o término das consultas programadas para aquele dia. Já no início da conversa, o entrevistado relatou que não poderia demorar muito porque ainda teria que ir para seu consultório particular, o que deixou a entrevistadora

em uma situação desconfortável, fazendo com que não se estendesse muito nas questões. A entrevista contou com respostas curtas e objetivas e ocorreu sem interrupções, sendo a entrevista mais rápida deste trabalho, podendo indiciar menor envolvimento do profissional médico no que se refere às ações relacionadas ao TDO.

Sujeito n.11 (S11): enfermeira de ESF, 42 anos, há nove na atual função. A entrevista foi realizada no final da tarde, horário que a unidade encontrava-se com pouco movimento, em uma sala que estava disponível no momento. A entrevistada demonstrou tranquilidade e respondeu às questões com bastante calma. A entrevista ocorreu sem interrupções.

7.3 O processo de construção dos Blocos Discursivos

Após a leitura exaustiva das entrevistas, os discursos foram separados primeiramente por *codes.* Os *codes* deram origem às famílias que, por sua vez, foram organizadas na elaboração dos blocos discursivos, compostos pelas formações discursivas que serão analisadas, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Processo de organização do material empírico realizado com auxílio do *software* Atlas. ti, de acordo com *codes*, famílias e blocos discursivos.

CODES	FAMÍLIAS	BLOCOS DISCURSIVOS
Processo de transferência do TDO para a APS Necessidade de adequação da política para o contexto local Possibilidade de arranjos institucionais	Diretrizes do MS para a realização do TDO	**O acontecer do TDO no cotidiano dos serviços de saúde**
Centralização das ações de controle da TB no PCT Modalidade de supervisão do tratamento no município Protagonismo da equipe de enfermagem na execução do TDO	A organização do TDO no município	
Busca ativa dos pacientes faltosos Envolvimento da equipe de saúde com o doente Interlocução entre os serviços de saúde	A rede de atenção à saúde para o controle da TB e a articulação entre a equipe de saúde e o doente.	
Possibilidade de flexibilização de condutas para o cuidado centrado no doente TDO reduz casos de resistência aos medicamentos.	O TDO e a possibilidade de controle da doença	**A percepção dos atores locais sobre o TDO**
As contradições nos discursos dos profissionais em relação à autonomia do doente	O TDO e o favorecimento da adesão ao tratamento	

A negociação na escolha da modalidade terapêutica	O TDO e a autonomia do doente	**O TDO e o doente acometido por TB segundo os discursos dos profissionais de saúde**
O TDO e as atividades da rotina do doente Falta de versatilidade dos locais onde ocorre a supervisão A acessibilidade do doente ao serviço de saúde	A centralidade da atenção a partir da dimensão do doente	
A escassez de recursos humanos A importância do acolhimento do doente no serviço de saúde O estigma relacionado à doença	O TDO e as dificuldades relacionadas aos profissionais de saúde	

7.4 O acontecer do TDO no cotidiano dos serviços de saúde

Visando compreender o modelo e a supervisão do TDO no cenário de estudo, serão abordadas, com base nos discursos dos profissionais de saúde entrevistados, as diretrizes do MS para a realização do TDO, sua organização no município e a articulação entre o doente e a equipe de saúde.

7.4.1 Diretrizes do Ministério da Saúde para a realização do TDO

Neste bloco, serão apresentados discursos do coordenador e do médico que atuam junto ao PCT sobre a transferência do TDO para a APS do município, inseridos em formações discursivas (FD) que revelam o conflito existente entre as diretrizes preconizadas e o contexto municipal.

O sujeito S9 enuncia a transferência do TDO da seguinte maneira:

Recorte n.1:

> "No início, bem no início, (...) desde que eu estou aqui já existe essa proposta, já existia né, só que era... como faz 15 anos, era quando tava começando a se trabalhar essa parte do tratamento supervisionado. Então no início a gente fazia basicamente aqui [no PCT] o tratamento supervisionado. Mas logo, mas foi bem pouco, porque logo, a gente conversava com o paciente, e ele, como morava em vários lugares da cidade, era mais fácil pra ele, a gente já oferecia isso aí né, essa possibilidade de fazer próximo da casa dele. (...) porque não foi uma coisa assim, o tratamento supervisionado, então vamos fazer uma reunião específica do tratamento supervisionado, a princípio. A gente falava de tuberculose, (...) então a gente colocava isso… como que era a tuberculose, (...) e aí, embutia tudo que acompanhava inclusive o tratamento supervisionado. Então a gente falava da importância, falava que... é, quando então, tivesse paciente da unidade deles, a gente vai fazer o contato e encaminhá-los pra lá, e como eles tinham que proceder na realização desse tratamento." (S9 – Coordenador do PCT no município).

Algumas marcas linguísticas presentes no recorte n.1, evidenciam a memória discursiva do sujeito em relação à implantação da política do TDO no município: "*(...) como faz 15 anos, era quando tava começando a se trabalhar essa parte do tratamento supervisionado.*". Nesta sequência discursiva (SD), o sujeito faz referência ao ano de 2003, período em que ocorreu a expansão da estratégia DOTS e, consequentemente, do TDO nos municípios brasileiros – visto que o TDO é um dos cinco pilares contemplados nesta estratégia – a partir do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (1998), quando foram

estabelecidas novas diretrizes de trabalho, com ênfase na importância da descentralização das ações de vigilância, prevenção e controle da TB no âmbito da APS (SÁ et al., 2011a).

Alguns elementos levam a compreender que a transferência do TDO, realizado em princípio unicamente pelo CR onde está inserido o PCT municipal, para as unidades de APS, não foi uma ação planejada. Há indícios de que este processo iniciou-se a partir da necessidade do doente em realizar o tratamento mais próximo de seu domicílio, como mostrado na SD: *"(...) era mais fácil pra ele, a gente já oferecia isso aí né, essa possibilidade de fazer próximo da casa dele."*. Neste momento, o MS preconizava a ampliação da oferta de TDO de forma descentralizada, facilitando o acesso e a equidade da atenção aos doentes com TB. Isso significa oferecer locais de fácil acesso para a população, próximo ao local de moradia e trabalho das pessoas acometidas pela doença. No entanto, nem todos os municípios aderiram a esse movimento, mas para o município em voga, essa prerrogativa da descentralização foi compreendida como um potencial local, que passa a ser adotado.

Entretanto, vale destacar que a expansão da descentralização e qualificação das ações de enfrentamento da TB no âmbito da APS, que é a porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde e que pressupõe contato próximo e vínculo com a população do território, constitui-se ainda hoje como desafio a ser enfrentado pela gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2017).

A SD: *"Porque não foi uma coisa assim (...) então vamos fazer uma reunião específica do tratamento supervisionado, a princípio (...)"*, produz sentido de que a transferência das ações para a APS ocorreu sem o devido planejamento. De acordo com estudo realizado na capital gaúcha, frequentemente observa-se, por parte dos gestores e profissionais, dificuldade no que se refere ao planejamento estratégico nos mais diversos contextos de saúde, e isso pode ser observado na transferência do TDO para as unidades de APS.

Esta mesma SD mostra pistas de quem seriam os atores envolvidos neste processo (coordenador do PCT e profissionais de saúde), sugerindo que a transferência tenha acontecido de forma verticalizada, segundo determinações internacionais. Estudo realizado sobre a TP no controle da TB entre diferentes níveis de gestão destaca que uma política proveniente de organismos internacionais, com incentivos financeiros, e que é transferida a partir de instâncias superiores (como a OMS e MS) para estados e municípios é, em geral, pouco negociada, não considerando as diferentes realidades dos cenários locais (ASSIS, 2017).

Na SD "(...) *e aí, embutia tudo que acompanhava, inclusive o tratamento*

supervisionado.”, o efeito ideológico do termo “embutia” demonstra um discurso ancorado em uma ação mecânica e gestão verticalizada, partindo do estado para o município e dos gestores para os profissionais de saúde, sendo estes meramente receptores de informações sem um conhecimento prévio (OLIVEIRA et al., 2016).

Além disto, deixa transparecer que a transferência do TDO ocorreu a partir de um “pacote TB”, ou seja, um conjunto de ações pensadas para o controle da doença no município que, embora entenda a doença de forma ampliada, não contempla as especificidades dos indivíduos.

O próximo recorte declara a opinião do sujeito (S9) em relação à política do TDO.

Recorte n.2:

> “Bom... eu, eu sei que, até estudos mostram né, que nos locais onde isso [TDO] aconteceu, até fora do Brasil, foi o que diminuiu o abandono, que realmente levou à cura do paciente. Porém, eu acho que o Ministério [da Saúde], ele trata todo mundo igual, o Brasil inteiro igual e não é assim. Cada lugar tem uma realidade, então essa política de fazer o tratamento supervisionado, todo lugar tem que ter o mesmo critério pra todo mundo, eu não acho, eu não acho adequado. (...) então eu acho que ela é muito igual, um pacotão fechado que a gente não tem muito o que discutir. Tem que falar que, provaram que é, então nós temos que fazer.” (S9 – Coordenador do PCT no município).

Na SD: *“Bom... eu, eu sei que, até estudos mostram né, que nos locais onde isso [TDO] aconteceu, até fora do Brasil, foi o que diminuiu o abandono, que realmente levou à cura do paciente”*, observa-se a presença do interdiscurso, ou seja, aquilo que fala antes, em outro lugar, independentemente (ORLANDI, 2012), introjetado na memória discursiva do sujeito, ao enaltecer o TDO, revelando seu conhecimento prévio acerca desta política.

Conhecimento este derivado do acesso às normas e manuais do MS e dos relatos de sucesso das experiências internacionais.

Estes discursos pré-existentes, que evidenciam desfechos favoráveis de tratamentos entre os pacientes submetidos ao TDO quando comparados com pacientes em tratamento autoadministrado (TAA) (YEN et al, 2013), disponibilizam dizeres que afetam o modo como o sujeito significa a política do TDO nesta determinada situação discursiva (ORLANDI, 2009).

Ainda de acordo com o estudo realizado em Taiwan por YEN et al. (2013), o TDO foi significativamente associado a um menor risco de mortalidade específica por TB, revelando que os pacientes em TDO apresentaram mortalidade específica pela doença 55% menor quando comparados com pacientes em TAA (YEN et al, 2013).

No entanto, a SD: *"Cada lugar tem uma realidade, então essa política de fazer o tratamento supervisionado, todo lugar tem que ter o mesmo critério pra todo mundo, eu não acho, eu não acho adequado"*, aponta uma contradição ideológica presente no discurso deste sujeito, expressa pelo processo tensional existente entre reconhecer a eficácia da política (*"foi o que diminuiu o abandono"*) e questionar sua aplicabilidade no contexto municipal (*"o Ministério trata todo mundo igual"*), mostrando que o sujeito acredita no TDO, no entanto questiona a forma com que a política está instituída no contexto mundial, referindo-se a uma determinação da OMS que indica a realização do TDO em 100% dos doentes (WHO, 2014) e reforçando a ideia de inviabilidade de uma política, estratégia ou ação caso não sejam consideradas as especificidades de cada local de execução (SCISÚ, 2017).

Este posicionamento crítico do sujeito que reflete sobre a necessidade de adaptação no processo de transferência de políticas, dentre elas o TDO, para o alcance dos desafios impostos pela doença, estão em conformidade com o primeiro pilar da estratégia pelo fim da TB "The End TB Strategy" que prevê o cuidado e a prevenção de TB centrados no doente (WHO, 2015).

SCHNEIDER et al. (2006), revelam que as políticas com maior espaço para adaptações são mais prováveis de serem aceitas do que aquelas que são planejadas sem considerar as características contextuais, sendo fundamental o conhecimento dos locais onde as políticas serão aplicadas. Somados a isso, aspectos do contexto, como o sistema de saúde, fatores políticos, econômicos e culturais, devem ser considerados pelos tomadores de decisão, pois podem influenciar no processo de transferência de uma política (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011).

A SD *"que a gente não tem muito o que discutir(...)",* novamente deixa pistas a respeito dos atores envolvidos no processo de transferência. Ao utilizar a expressão "*a gente"*, o sujeito nomeia outras vozes e refere-se ao grupo de gestores e profissionais de saúde que não tiveram oportunidade de discutir o impacto desta política no contexto municipal. É possível observar ainda o "apagamento" desses atores diante das recomendações de instância superiores, destacando aspectos pouco negociados da transferência do TDO no município. O sujeito prossegue enunciando: "*provaram que é, então nós temos que fazer",* expressando pouca autonomia do município em relação ao modelo de transferência do TDO que, segundo o seu discurso, constitui-se como uma política pouco negociada, sem espaços para discussão entre os diversos atores envolvidos neste processo. É importante destacar que o sucesso na implementação de políticas públicas contempla, dentre outros fatores, estruturas que permitam negociações e diálogo entre os diversos atores envolvidos no processo

decisório (PERUHYPE et al, 2018).

Diante das produções de sentido apreendidas por meio do discurso do coordenador do PCT no município, é possível considerar que no contexto analisado, o TDO seria mais eficaz caso fosse recomendado para pacientes específicos, considerando-se a vulnerabilidade de cada indivíduo ao abandono do tratamento.

Ao ser questionado sobre a elegibilidade do doente ao TDO, o médico pneumologista, responsável pelo acompanhamento dos casos no município, enuncia:

Recorte n.3:

> "A gente vê principalmente pacientes é... que a gente sente que tem uma instabilidade ou que demonstra um é, um receio em tomar o remédio ou que tem algum fator de risco pra abandono, uso de alguma substância, aí esses pacientes a gente sugere mais serviço supervisionado." (S10 – Médico pneumologista do PCT).

No recorte acima, o sujeito revela que esta modalidade de tratamento é preferencialmente "sugerida" a pacientes com maior dificuldade de adesão ao tratamento (denominada por ele como *instabilidade*), ou seja,pacientes propensos ao abandono do tratamento como os usuários de drogas, ainda que este seja um critério subjetivo, conforme expresso na SD: *"A gente vê principalmente pacientes é... que a gente sente que tem uma instabilidade".*

Esta SD reforça a ideia de que o TDO seria mais eficaz às populações com maior risco para o abandono do tratamento. Neste sentido, é preciso pensar em como promover a equidade a partir do conceito da discriminação positiva, compreendendo que o objetivo fundamental das políticas públicas deve pautar-se na elaboração de programas que privilegiem os grupos populacionais mais despossuídos, na tentativa de facilitar-lhes o acesso aos SS. (CARNEIRO JUNIOR; SILVEIRA, 2003).

A partir do discurso do sujeito e diante do conceito da discriminação positiva, seria importante avaliar a indicação do TDO a populações que apresentem um grau de vulnerabilidade maior em relação ao abandono do tratamento, independentemente da posição social, econômica e cultural a que estes indivíduos estejam assujeitados.

Recorte n.4:

> "Porque eu tenho uma realidade que... que não... que, que se eu não fizer o supervisionado, eu tô tendo retratamento, não fazendo? Não é minha realidade. Eu tô... eu consigo fazer... eu vejo que a evolução do paciente é boa, muitos deles, né?" (S9 – coordenador do PCT).

Nesta SD, a repetição do pronome relativo *que* indica a resistência do sujeito em demonstrar pontos de discordância com a política transferida. Quando indaga: *"eu tô tendo retratamento, não fazendo?"* procura enfatizar por meio desta interrogação, que em "sua" realidade, é possível atribuir a conclusão do tratamento e os altos índices de cura do município, também à modalidade autoadministrada do tratamento.

Em relação a isto, estudo realizado em 2011 revela maior adesão ao tratamento da TB em pacientes submetidos ao TDO quando comparado ao TAA, sobretudo em populações de baixa renda (VIERA; RIBEIRO, 2011).

No entanto, a adesão ao tratamento para TB deve ser compreendida como um processo multifatorial. Dentre os diversos fatores psicossociais atribuídos à não-adesão ao tratamento, destacam-se fatores relacionados ao doente, à doença, ao tratamento, ao contexto social e aos serviços e profissionais de saúde (BRASIL, 2018). Diante disso, o TDO, como política isolada, parece não ser capaz de abranger a totalidade de elementos atribuídos ao abandono do tratamento.

Em relação às diretrizes preconizadas pelo MS para o tratamento da TB, observa-se a partir dos discursos analisados, que no município, o TDO não deve ser compreendido como única opção de tratamento viável para todos os doentes acometidos por TB, fazendo-se necessário o fortalecimento de negociações e reforçando a importância de espaços de discussão que valorizem as experiências e especificidades de cada região, viabilizando novas estratégias para o enfrentamento da doença.

7.4.2 A organização do TDO no município

Os recortes apresentados a seguir foram organizados buscando possibilitar melhor compreensão sobre a implementação da política do TDO no município. O coordenador do PCT descreve como é acordado o início do tratamento após a confirmação diagnóstica da TB:

Recorte n.5:

> "Aí a gente com... ah... faz dessa forma: orienta, já explica pra ele e já faz contato com a unidade avisando que já entrou um paciente daquele bairro, que ele vai procurar a unidade para, é... combinar isso aí com ele e acertar que horas que ele pode ir, com quem que ele pode procurar e tal. A gente a princípio, entrega pra ele uma folha, um envelope, que dentro tem as... a folha de anotação pra... dos tratamentos, ele vai levar essa folha, a receita e o medicamento, que ele já retira aqui. Ele leva pra enfermeira, a princípio vai no enfermeiro, eu falo o nome do enfermeiro, falo qual o posto e tal e ele vai

> lá, leva, e aí essa conversa com o enfermeiro, aí ele vai combinar: 'oh, o senhor vem aqui tal hora' ou, 'a hora que o senhor quiser entre tal e tal hora, procura tal pessoa'... Aí ele vai fazer, cada unidade vai fazer do seu... a sua rotina." (S9 – Coordenador do PCT no município).

O paciente, depois da confirmação diagnóstica da doença, é orientado a procurar a unidade de APS a qual pertence para iniciar o TDO. A SD: "*Aí a gente (...) já faz contato com a unidade avisando que já entrou um paciente daquele bairro"*, indicia a presença da regionalização, um dos princípios organizativos do SUS identificado neste contexto, como um importante condicionante para a organização da rede de atenção à TB no município.

Não por acaso, o paciente é orientado a procurar o enfermeiro na unidade de APS: *"Ele leva pra enfermeira, a princípio vai no enfermeiro, eu falo o nome do enfermeiro, falo qual o posto e tal e ele vai lá, leva, e aí essa conversa com o enfermeiro, aí ele vai combinar (...)".* Estudos demonstram que a enfermagem vem assumindo papel de destaque no TDO devido ao seu comprometimento com o desenvolvimento humano, a transformação social e uma prática interativa, multidimensional e interdisciplinar (SOUZA, 2014).

Na SD: *"oh, o senhor vem aqui tal hora' ou, 'a hora que o senhor quiser entre tal e tal hora, procura tal pessoa'... Aí ele [o enfermeiro] vai fazer, cada unidade vai fazer do seu... a sua rotina"*, é possível observar que os profissionais de saúde têm autonomia para discutir junto ao doente de que forma se dará a supervisão da tomada da medicação nas diversas unidades da APS.

Esta prerrogativa pode ser fundamental para o sucesso da política. Um estudo de 2008 mostra que a adesão ao tratamento é ameaçada quando as práticas de assistência não permitem flexibilização, e aponta que práticas rígidas do processo de produção de serviços ferem a cidadania e o exercício da liberdade como direito (TERRA; BERTOLOZZI, 2008).

O sujeito ressalta ainda que o paciente tem autonomia em optar por realizar o TDO no CR, onde está situado o PCT.

Recorte n.6:

> "Então, ele tem... geralmente a gente faz, cada um faz no seu, do seu limite né, de território. Nós fazemos o nosso limite, mas a gente faz de outros também, porque muitas vezes eles trabalham, acham mais fácil vir aqui, por ser central, acham mais pra perto do trabalho. Então eles têm essa liberdade." (S9 – Coordenador do PCT no município).

Na SD: *"geralmente a gente faz, cada um faz no seu, do seu limite né, de território.*

Nós fazemos o nosso limite, mas a gente faz de outros também", mais uma vez observa-se a presença do princípio da regionalização como ponto de partida para a organização da rede de cuidado ao doente no município. Todavia, a possibilidade do doente optar em realizar o TDO no CR caso considere mais adequado, expressa uma tentativa por parte dos profissionais do PCT em ampliar a oferta, favorecendo a adesão do doente a esta modalidade de tratamento.

Os recortes n.5 e n.6 apontam para a disponibilidade de diferentes portas de entrada dos SS para o tratamento da TB no município, partindo-se de negociações entre o doente, os profissionais da APS e do CR, focando o cuidado centrado no doente, uma vez que, embora aconteça somente nos SS, o local da supervisão terapêutica pode ser negociado de acordo com sua preferência ou necessidade.

Em relação a isso, pode-se inferir que, embora exista pouca negociação na TP dos níveis centrais para o nível local, o modelo de TP do TDO no Brasil não é rígido, permitindo aos municípios "arranjos institucionais" que atendam suas especificidades locais.

O próximo recorte, proferido por S11, denota sua aprovação em decorrência da descentralização do TDO para a APS:

Recorte n.7:

> "Ah, eu só, eu acho que... é importante, eu acho que foi super bacana ter descentralizado, eu acho que facilita para o paciente, facilita para a equipe de saúde, porque a gente tá perto, a gente conhece, a gente quer saber como esse paciente tá. Se ele está fazendo o tratamento lá no PCT, é..., centralizado num local só, é mais difícil pra ele, eu não fico sabendo se ele tá aderindo ou não ao tratamento, então fica mais difícil o acompanhamento né." (S11 – Enfermeiro da ESF).

Na SD: "*eu acho que... é importante, eu acho que foi super bacana ter descentralizado",* o sujeito revela compreender quão importante é, para o doente acometido por TB, o cuidado em saúde oferecido pela equipe de saúde próxima ao seu domicílio. E prossegue: *"(...) eu acho que facilita para o paciente, facilita para a equipe de saúde (...).*"

Ao enfatizar a expressão *"facilita*", o sujeito classifica a descentralização como um ponto positivo para o TDO, o que colabora com o sucesso desta estratégia, uma vez que a experiência subjetiva da adesão do doente ao tratamento da TB pode ser considerada trabalhosa para o profissional de saúde, cansativa para o doente e difícil para ambos (SOUZA, 2014).

Algumas marcas textuais evidenciam a proximidade e a preocupação da equipe de saúde*: "(...) porque <u>a gente</u> tá perto, <u>a gente</u> conhece, <u>a gente</u> quer saber como esse paciente tá".* A ideia de soma enfatizada pela repetição do pronome *"a gente"*mostra o envolvimento

da equipe da ESF com o tratamento do doente, a responsabilização pela população adscrita e o conhecimento da clientela assistida, ainda que não fique claro quem são os profissionais envolvidos neste processo.

Corroborando com isso, outros estudos indicam que a formação de vínculo afetivo entre o doente de TB e o profissional de saúde, sobretudo na ESF, é fundamental para a qualificação da atenção e o consequente desfecho terapêutico por cura. (SÁ et al., 2011b; GOMES, SÁ, 2009)

Além disso, ao possibilitar o seguimento continuado do doente, o TDO permite o estabelecimento de uma relação de proximidade entre o doente e o profissional de saúde, o que pode favorecer o acolhimento do doente ao apresentar alguma queixa e encontrar acesso mais facilitado junto a estes profissionais (TERRA, BERTOLOZZI, 2008).

Diante do modo como o município organiza seus serviços de saúde para a transferência de uma determinada política, neste caso do TDO, destaca-se a importância da descentralização para a APS, a regionalização e a autonomia por parte dos serviços de saúde no que se refere à operacionalização do tratamento junto ao doente nas unidades de saúde. Além disso, observa-se o protagonismo da equipe de enfermagem, a responsabilização das equipes de APS pelo cuidado das pessoas acometidas por TB e a construção do vínculo entre o doente e os profissionais como fatores fundamentais para o êxito do tratamento da TB naquele contexto.

No município em estudo, o PCT está inserido em um CR e este, por sua vez, é vinculado a uma Universidade Pública. Isto se deve ao antigo modelo de oferta de serviços de saúde existente no município antes mesmo da consolidação do SUS, que surge a partir do movimento de reforma sanitária sendo instituído em 1988 por meio da Constituição Federal.

Este CR foi criado pelo Governo do Estado de São Paulo em 1947 para exercer, dentro dos limites do município, as funções de Unidade Sanitária, simultaneamente com as de centro de aprendizado da Faculdade. Até 1983, o CR era o único serviço de saúde do município, sendo responsável pelo atendimento de toda a população. A partir deste ano, inicia-se o processo de descentralização das ações de saúde, com a instalação de unidades de saúde em alguns bairros do município.

À medida que o processo de municipalização avança, esta entidade teve de se adaptar a uma nova realidade em termos de organização dos serviços de saúde. Sendo assim, permaneceu como um importante serviço, ofertando ações mais específicas na área de vigilância em saúde, área na qual os novos centros municipais ainda não dispunham de suporte técnico e de recursos humanos, permanecendo nesta configuração até os dias atuais.

Quando questionado a respeito da relação existente entre o CR e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o coordenador do PCT revela, por meio de seu discurso, certo distanciamento por parte da SMS no que se refere às políticas de combate à TB no município.

Recorte n.8:

> "Bom, nós estamos é… aqui, somos da Universidade Pública, mas… a gente acompanha aí toda a parte, a política de saúde… é… municipal, reflete aqui. A gente executa essa política, né? Porém, como a tuberculose, ela é da, ela é municipal e é da Atenção Básica né, tá ligada à Atenção Básica. Mas como no passado, ela não era né, mais recentemente ela entrou na política de atenção básica né? Então eu per, a gente percebe ainda que, é… eles não se apropriaram tanto ainda de achar que eles têm alguma coisa a ver com a tuberculose. "(S9 – Coordenador do PCT no município).

De acordo com S9, esta organização política específica do município qualifica o PCT como um órgão executor **"***A gente executa essa política né?"* e a expressão *"né"* busca a aprovação do pesquisador, reforçando esta ideia. Ainda de acordo com o sujeito, a política municipal de controle da TB é de responsabilidade da APS e consequentemente deve ser organizada pela SMS: *"(...) Porém, como a tuberculose, ela é da, ela é municipal e é da Atenção Básica né, tá ligada à Atenção Básica (...)".*

Ao enunciar: *"(...) Mas como, no passado, ela não era né, mais recentemente ela entrou na política de atenção básica né? Então eu per, a gente percebe ainda que, é... eles não se apropriaram tanto ainda de achar que eles têm alguma coisa a ver com a tuberculose"*, o sujeito traz à memória o período em que a atenção à TB no município deixa de ser responsabilidade exclusiva do CR e passa ser gerida a partir da co-responsabilização municipal. Quando enuncia *"eu per",* e logo em seguida retoma sua fala com "*a gente percebe"*, revela no interdiscurso que emitiria uma opinião individual, no entanto reorganiza seu pensamento procurando atribuir maior ênfase ao que está sendo relatado, estendendo sua posição aos demais membros do PCT.

A partir dos sentidos produzidos pelo discurso do sujeito, é possível perceber uma relação de conflito no que se refere à responsabilização das ações de controle da TB no contexto analisado. Isto pode estar relacionado ao fato de coexistirem duas instituições pertencentes a esferas governamentais distintas - uma atrelada à esfera estadual e outra à esfera municipal - ambas com atribuições específicas no tangente ao controle da TB no município. Diante disto, é possível considerar este conflito como o reflexo de um princípio organizativo do sistema de saúde que ainda necessita ser melhor pactuado no que tange ao desenvolvimento das ações, ao unir diferentes instituições que se responsabilizem por uma

determinada política pública, como no contexto analisado.

Essa organização específica de atenção à TB no município pode refletir na dificuldade dos profissionais da APS em compreender a transferência do TDO, uma vez que o PCT concentra, ainda hoje, a maioria das ações de controle da doença, como abordado no próximo recorte.

Recorte n.9:

> "(...) mas na instituição Unidade Básica, ou serviço de atenção, estratégia de saúde da família, a gente percebe que eles ainda deixam um pouco… pro PCT né, quando a gente vai fazer, por exemplo, essa… transferência do paciente pra ele fazer o DOT lá. (...)" (S9 - Coordenadora do PCT no município).

A expressão "*a gente percebe"* faz referência à equipe do PCT, composta pela enfermeira coordenadora, médico pneumologista e dois TE, que no município é responsável por todo o acompanhamento do doente, ficando sob responsabilidade das unidades de APS a realização do TDO.

Em relação ao TDO, o MS considera quatro modalidades de supervisão do tratamento: domiciliar; na unidade de saúde; prisional e compartilhada. A partir da SD acima é possível compreender que o município adota a modalidade de supervisão compartilhada do tratamento, quando o doente recebe a consulta médica em uma unidade de saúde e faz o TDO em outra unidade de saúde, mais próxima em relação ao seu domicílio ou trabalho (BRASIL, 2018).

Na SD *"(...) a gente percebe ainda que, é... eles não se apropriaram tanto ainda de achar que eles têm alguma coisa a ver com a tuberculose",* a utilização dos pronomes a gente/eles, expressa uma segmentação entre os profissionais do PCT e os profissionais da APS, provavelmente reflexo deste modelo organizacional de acompanhamento dos casos de TB, em que os profissionais da APS estão envolvidos apenas com as ações voltadas ao TDO, reforçando a necessidade do fortalecimento de uma comunicação efetiva entre as diferentes instâncias envolvidas no controle à TB no município.

As SD: "Os pacientes que fazem o supervisionado fazem nas UBSs, porém todos fazem o acompanhamento e tratamento aqui, no PCT" e "Mas a gente, da tuberculose a gente atende todo o município", proferidos respectivamente pelo médico pneumologista (S10) e pelo coordenador do PCT (S9), reforçam a organização do tratamento da TB no município, em que a maioria das ações de controle da TB são coordenadas e executadas pelo PCT, com descentralização unicamente do TDO para as unidades de APS.

No entanto, é possível inferir que este modelo organizacional tem trazido bons

resultados conforme discutido anteriormente, de acordo com os índices favoráveis de cura e conclusão do tratamento apresentados pelo município.

Diante desta conformação em que distintos serviços de saúde disponíveis no município trabalham em conjunto para o efetivo acompanhamento do doente, a comunicação entre estas unidades torna-se imprescindível. Dos discursos proferidos pelos profissionais, emergiram a importância da interlocução entre os diversos serviços de saúde do município.

Recorte n.10:

> "A gente fazia um trabalho em conjunto com o PCT e com a enfermeira coordenadora lá. (...) Então, é, eu entrava em contato com a enfermeira coordenadora e a gente fechava bem. Então, a gente tem um trabalho bem..., vamos dizer, bem próximo né, bem próximo é, acompanhando a paciente aqui e lá." (S1 – Enfermeira de ESF).

Nesta SD, S1 traz à memória o bom relacionamento com a equipe do PCT durante realização do TDO. O emprego da expressão *"trabalho em conjunto"* revela uma relação harmoniosa entre os serviços de saúde durante o acompanhamento do doente. Quando enuncia *"a gente fechava bem"* utiliza o recurso da metáfora para expressar uma comunicação efetiva entre os enfermeiros das unidades que prestam cuidado ao doente, revelando espaços de negociação em que ambos os lados são ouvidos, mostrando que na prática a TP do TDO ocorre de forma não coerciva no município.

Mais uma vez destaca-se o protagonismo do enfermeiro na condução do tratamento, não havendo pistas do envolvimento dos demais profissionais da equipe de saúde. Vale reforçar que, no nível micropolítico, os profissionais de saúde são importantes atores para viabilização da TP do TDO, sendo de extrema importância para a efetivação das ações de controle da TB a participação de cada um desses profissionais de maneira articulada (GARCIA, 2001; SOUZA et al., 2009; BRASIL, 2011; BRASIL, 2018).

Conforme abordado anteriormente, observa-se que as unidades de saúde organizam a realização do TDO a partir da centralidade no doente. Os recortes de número 11 e 12 revelam como o TDO acontece nas unidades de APS.

Recorte n.11:

> "Então, eu tinha uma paciente que vinha todos os dias pela manhã. Então logo às 7h30 (sete e meia) da manhã, porque ela trabalhava, ela tinha vida normal então ela entrava às 9h (nove) no trabalho dela, então 7h30 (sete e meia) quando abria a unidade ela já estava aqui e ela, e eu já observava né, administrava a medicação, ela tomava na minha frente e a gente já assinava um documento que aquele dia ela tinha tomado. No final de semana, a gente entregava as doses para ela tomar no sábado e no domingo na casa dela.

> Então final de semana não era assistido. Só durante a semana." (S11 – Enfermeiro da ESF).

Na SD acima, S11 descreve a operacionalização do TDO na unidade de saúde em que atua, trazendo à memória o tratamento de uma determinada paciente para exemplificação. Segundo o enfermeiro, o horário da ingesta da medicação é acordado com base na necessidade do doente: "*(...) então 7h30 (sete e meia) quando abria a unidade ela já estava aqui (...)".* Nota-se que o sujeito enfatiza a atividade econômica da paciente ao enunciar: *"Então logo às 7h30 (sete e meia) da manhã, porque ela trabalhava, ela tinha vida normal então ela entrava às 9h (nove) no trabalho dela",* enfatizando que muitos pacientes seguem em suas atividades diárias no decorrer do tratamento e que estes fatores devem ser considerados pelos serviços de saúde.

A SD: "(...), e eu já observava né, administrava a medicação, ela tomava na minha frente e a gente já assinava um documento que aquele dia ela tinha tomado", sugere uma postura inconsciente do profissional enfermeiro em cumprir rigorosamente com as atribuições designadas pelo MS à sua função (BRASIL, 2011).

Recorte n.12:

> "Como já veio com o resultado positivo. E aí ele chegou aqui pra nós, já com uma contra referência do PCT, já com as medicações, né. E pra gente iniciar o tratamento supervisionado aqui, com a planilha já, tudo certinho. E aí, é, a gente conversa com o paciente, qual que é o melhor horário pra ele vir, né. E aí geralmente deixo uma pessoa da unidade responsável, não que seja só ela né, mas né, que ele crie o vínculo com aquela pessoa, mas se tiver alguma outra, outra pessoa na unidade também faz o tratamento." (S6 – Enfermeira de UBS).

No recorte n.12 observa-se o percurso realizado pelo doente, que após o diagnóstico é encaminhado para a unidade onde irá realizar o TDO, levando consigo as medicações e as planilhas de controle do tratamento. Mais uma vez observa-se o esforço do enfermeiro em acordar um horário que facilite para o doente: *"E aí, é, a gente conversa com o paciente, qual que é o melhor horário pra ele vir, né".*

O sujeito ressalta ainda a importância da construção de vínculo entre o profissional de saúde e o doente: "E aí geralmente deixo uma pessoa da unidade responsável, não que seja só ela né, mas né, que ele crie o vínculo com aquela pessoa".

A este respeito, o estreitamento da relação entre doente e profissional de saúde no contexto da atenção à TB permite uma atmosfera de confiança e compartilhamento de responsabilidades que culmina no sucesso do projeto terapêutico (SOUZA, 2014).

Quando questionados em relação ao local onde acontece a supervisão da medicação (no domicílio do doente ou na unidade de saúde), destacam-se os achados dos recortes a seguir.

Recorte n.13:

> "É, como nós somos uma unidade básica, ainda a gente não consegue ir até a casa do paciente né. Eu acho que num programa saúde da família tem até, é um jeito talvez de tá indo na casa, a gente não consegue, no caso na nossa unidade, (...) ele tem que vir até a gente né." (S4 – TE de UBS).

Nesta SD, o sujeito procura justificar porque o TDO é realizado apenas na unidade de saúde: *"É, como nós somos uma unidade básica, ainda a gente não consegue ir até a casa do paciente né. (...) no caso na nossa unidade, (...) ele tem que vir até a gente né.",* ou seja, a própria configuração do modelo de atenção à saúde (unidade básica de saúde), não prevê que os profissionais de saúde possam prestar atendimento domiciliar. Neste modelo, a demanda atendida se apresenta como espontânea, não há adstrição de clientela, e a delimitação da área de abrangência se refere exclusivamente às ações de vigilância à saúde (ELIAS et al, 2006).

O sujeito prossegue enunciando seu entendimento de que nas unidades com a presença das equipes de saúde da família (EqSF) a modalidade de supervisão poderia acontecer no domicílio do doente: *"Eu acho que num programa saúde da família tem até, é um jeito talvez de tá indo na casa."*

De acordo com a SD acima, observa-se mais uma vez a preocupação e o empenho da equipe de saúde em organizar o tratamento buscando favorecer a presença do doente na unidade de saúde, a partir da negociação de horários que contemplem suas atividades laborais e da indicação de um profissional de referência, revelando mais uma vez a centralidade do cuidado no doente, quer seja numa unidade básica tradicional ou em uma unidade de ESF.

Recorte n.14:

> "Por a gente ser ESF então, a ideia, a ideia não, a gente tenta ao máximo que o paciente venha aqui. Se ele não vem aqui, aí a gente tenta ver que forma que a gente consegue alcançar ele. Obviamente, ele não vai ficar sem medicação, né? A maioria dos casos chegam até nós. (...) Então, se o paciente pode vir até a unidade, ele vem e toma aqui. Se o paciente não pode vir, a gente tenta se organizar pra, ah, levar pra ele. Mas os dois casos, eles vieram até nós." (S1– Enfermeira de ESF).

Na SD acima, a enfermeira da ESF se contradiz quando enuncia: *"Por a gente ser ESF então, a ideia, a ideia não, a gente tenta ao máximo que o paciente venha aqui (...)"* uma vez

que, por se tratar de EqSF, compreende-se que a presença dos ACS e a disponibilidade para realização de visitas domiciliares viabilizaria a execução do TDO no domicílio do doente.

No entanto, ao prosseguir, o sujeito procura enfatizar os esforços desprendidos pela equipe para a efetivação do tratamento: *"Obviamente, ele não vai ficar sem medicação, né?*", embora não deixe claro se haveria a possibilidade real do TDO no domicílio ou no local de trabalho do doente quando declara que, nos dois casos acompanhados por ela, o TDO ocorreu na unidade de saúde.

Recorte n.15:

> "Mesmo que ele [paciente] tá como agente [ACS] vamos dizer, vai na casa, mas ele não vai sempre na mesma casa, naquela região todo dia. Ele tem que ir pra outro, fazer visita em outro lugar. Daí pra ele ir lá fica difícil. Entendeu?" (S9 -Coordenador do PCT no município).

Observa-se nesta SD que o próprio coordenador do PCT afirma ser inviável a possibilidade do ACS administrar a medicação no domicílio do doente, revelando que o município não dispõe de versatilidade da oferta quanto ao local da supervisão terapêutica, o que pode dificultar a adesão do doente ao TDO.

Em relação a isso, é importante ressaltar que a supervisão terapêutica contemplada no tratamento para TB não pode ser naturalizada como um ato simples. É preciso entender que cada supervisão medicamentosa compreende a um processo mais amplo capaz de possibilitar a interação com o doente e a descoberta das dificuldades e potencialidades para a conclusão ou o abandono do tratamento.

O profissional de referência para a supervisão necessita ser um profissional comprometido e que seja capaz de considerar as questões subjetivas que envolvem o doente e a organização dos SS e que possam vir a se tornar entraves para a cura da doença. Neste sentido, é possível considerar que o profissional mais adequado para ser referência ao TDO, seria aquele com uma percepção ampliada, capaz de compreender que estas questões subjetivas podem influenciar no desfecho do tratamento.

Ao que se refere à organização do TDO, observa-se que o município adota a modalidade compartilhada de supervisão, tendo ainda no PCT o foco da maioria das ações de controle da TB. Em relação à participação dos profissionais, destaca-se o empenho da equipe de enfermagem no cumprimento das normas do tratamento estabelecidas pelo MS.

Ainda que a supervisão terapêutica ocorra sempre no SS independente da estrutura das unidades, observa-se que a centralidade do cuidado no doente, pode configura-se numa

alternativa para a transposição dos obstáculos capazes de interferir no sucesso do tratamento.

7.4.3 A rede de atenção à saúde para o controle da TB e a articulação entre a equipe de saúde e o doente

Dos discursos proferidos pelos profissionais de saúde observa-se o empreendimento de esforços no que se refere à busca ativa de pacientes faltosos, na tentativa de manter a regularidade do tratamento.

O termo "faltoso" tem sido utilizado para designar pacientes que não compareceram à consulta agendada e/ou ao TDO e/ou à dispensa de medicamentos e devem ser contatados ou buscados. A organização do processo de controle e busca de faltosos deve ser organizada dentro da rotina do serviço. É importante destacar que, ao retornarem ao SS, os pacientes devem ser acolhidos pelos profissionais que deverão escutar suas dificuldades e reconstruir, juntamente com ele, um novo plano terapêutico, com o objetivo de evitar potencial abandono do tratamento (BRASIL, 2018).

Recorte n.16:

> "Então, aí a gente faz via telefone pelos sistemas que a gente tem aqui. Como nós somos uma unidade, um centro de saúde, nós não temos as agentes comunitárias né…de saúde (...). E então a gente tem essa dificuldade de ir até a residência, né. Quando é um caso, assim, que a gente, eles notificam, e que precisa ir atrás… a gente pede pro município um transporte, ou às vezes a gente acaba até pegando o nosso mesmo, e indo até a casa do paciente pra ver o que tá acontecendo. Convoca. Pede pra vir no médico ou então pra retornar a gente faz esse elo de, de agendamento né, no PCT. E eles também fazem busca ativa."(S5 – Enfermeira de UBS).

Recorte n.17:

> "Aí com certeza os técnicos vão dar falta, vem avisar a gente. A gente liga diretamente pro PCT e pergunta se passou em consulta, se deu algum sinal de vida né. Senão, a busca que eu consigo fazer é através de telefone mesmo." (S8 – Enfermeira de UBS).

Observa-se no recorte n.16 os esforços realizados pelo enfermeiro na tentativa de manter esse doente vinculado ao tratamento, no entanto a própria estrutura do serviço dificulta a busca ativa desses pacientes: "*Como nós somos uma unidade, um centro de saúde, nós não temos as agentes comunitárias né… de saúde (...) então a gente tem essa dificuldade de ir até*

a residência, né.", revelando sua opinião de que nas EqSF esse contato pode ser facilitado pela presença do ACS.

O sujeito ainda declara que, caso avaliem ser necessário, solicitam transporte à SMS: "*a gente pede pro município um transporte"* ou acabam utilizando o próprio transporte para realização desta busca ativa, indicando que nem sempre essa parceria junto à SMS é viabilizada. A literatura revela uma baixa cobertura quanto ao indicador relacionado à busca ativa e vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de TB, por razões operacionais e de logística, dentre elas, a falta de transporte para as equipes (CLEMENTINO et al., 2016).

Nas SD *"Então, aí a gente faz via telefone pelos sistemas que a gente tem aqui"* (recorte n. 16) e *"Senão, a busca que eu consigo fazer é através de telefone mesmo."* (recorte n. 17), proferidas pelos enfermeiros de UBS tradicionais, os sujeitos revelam fazer uso do contato telefônico como ferramenta para restabelecer o vínculo com o doente.

No recorte 16, a SD: *"(...) Pede pra vir no médico ou então pra retornar a gente faz esse elo de, de agendamento né, no PCT. E eles também fazem busca ativa"*, revela o contato com a equipe do PCT na tentativa de acompanhar o percurso do doente pelos diferentes serviços de saúde, uma vez que os sistemas de informação do município não se apresentam de forma integrada.

A existência de um bom relacionamento entre a equipe de saúde e a coordenação do PCT é de fundamental importância para a garantia de sucesso do tratamento, uma vez que a falta dessa interação é apontada como um agravante do processo de trabalho (CALIARI, FIGUEIREDO, 2012).

A busca ativa do paciente faltoso repercute de maneira diferenciada quando se refere à TB, pois o abandono ao tratamento pode acarretar resistência microbiana e a necessidade de retratamentos mais longos e dispendiosos ao doente. Por esta questão, a busca ativa deve ser compreendida de maneira mais abrangente, exigindo conhecimento e ações especializadas capazes de favorecer o retorno deste doente ao tratamento. Diante disto, é imprescindível que o SS organize-se a partir de um profissional de referência que possui um conhecimento amplo em relação às ações de controle da doença, a fim de favorecer o sucesso do desfecho terapêutico.

Outro recurso presente no município revela a integração da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com as unidades de APS para oferta da continuidade da assistência aos sintomáticos respiratórios.

Recorte n.18:

> "É, ai o médico pediu exames viu a clínica e sugestionou que... tá, a suspeita. Aí eles mandam uma notificação pra gente. Se o paciente não comparece, aí a gente entra em contato com o paciente, pergunta se ele já passou em consulta, se já foi solucionado o problema, senão a gente já faz uma convocação pra passar pelo médico." (S5 – Enfermeiro de CMS).

Nesta SD, observam-se marcas linguísticas que revelam o estigma da doença presente no inconsciente coletivo, quando o sujeito deixa implícito o termo tuberculose, usando sinônimos como "*a suspeita"* e "*o problema",* buscando em seu discurso palavras que sejam capazes de suavizar um possível diagnóstico para a TB.

Recorte n.19:

> "O que acontece também, não é do comunicante, mas é quando tem um serviço, que quando passa na UPA [Unidade de Pronto Atendimento], lá no 24 [vinte e quatro] horas e aí tem queixa de tosse há mais de tantas semanas, então manda uma notificação pra unidade, a gente liga pra esse paciente, pede pra ele vir na unidade. " (S7 – Enfermeira de CMS).

Os recortes n.18 e n.19 revelam o empenho do serviço de pronto-atendimento ao utilizar meios de referenciar o sintomático respiratório (SR) para a APS, sendo considerado pelos profissionais da APS como um aliado importante ao diagnóstico de possíveis portadores da TB.

A literatura internacional aponta que a obtenção do diagnóstico da TB pode estar relacionada ao tipo de serviço de saúde procurado pelo usuário como porta de entrada (DIÉZ et al., 2004; SANTOS et al., 2005). Estudo desenvolvido em São José do Rio Preto, município prioritário para o controle da TB, destacou a UPA como porta de entrada para o diagnóstico da TB (49,4%), sendo o hospital o serviço de saúde que mais diagnostica a doença (39,5%), seguido pelas UBSs (30,9%) (PONCE et al., 2013).

De acordo com os recortes analisados neste bloco discursivo, pôde-se apreender o processo de implementação do TDO no município a partir da visão dos profissionais de saúde. Em relação às recomendações do MS, ressalta-se que as diretrizes necessitam ser repensadas no âmbito municipal sendo observado no cenário analisado, que adaptações e inovações vêm acontecendo para o êxito da transferência desta política. Destaca-se ainda o envolvimento dos profissionais e a interlocução existente entre os serviços de saúde como ferramentas importantes para favorecer a articulação do trabalho em rede, destacando-se neste bloco discursivo, a centralidade do cuidado no doente.

Por fim, observa-se que a recomendação da OMS que indica a realização do TDO a

todos os doentes necessita de adaptações e deve ser objeto de negociação entre as diversas instâncias governamentais, englobando inclusive as equipes de saúde que compreendem os atores responsáveis pela operacionalização das ações de controle da TB.

Com o intuito de compreender os aspectos favoráveis ao TDO, os discursos organizados a seguir refletem a visão dos profissionais de saúde em relação a esta modalidade de tratamento.

7.5 A percepção dos atores locais sobre o TDO

Os dizeres dos profissionais organizados neste bloco discursivo revelam percepções distintas em relação às potencialidades do TDO, que refletem desde a necessidade de controle e fiscalização do doente até a importância da adesão ao longo período de tratamento, viabilizando a cura e reduzindo a resistência aos fármacos de primeira escolha.

7.5.1 TDO e a possibilidade de controle da doença

Recorte n. 20

> "Então, a gente, eu lembro que a gente acabou dando doses menores pra ela, dose que eu digo é assim, quantidade de medicação por pouco tempo, pra controlar, ver se ela tomava direitinho... a gente vê né a situação, os casos multirresistentes, então a gente tem realmente a preocupação de que o paciente seja medicado corretamente. (...). Eu acredito que você possa, lógico, que você possa até deixar ele fazer, mas cê tem que ter o controle de que ele esteja tomando né." (S1 – Enfermeira de ESF).

Recorte n. 21:

> "Eu penso que é válido porque você vê que a pessoa toma a medicação certinha né, ela vem aqui, ela toma a medicação na sua frente, e com isso também você vê a melhora do paciente no dia-a-dia. (...) Então aqui na unidade a gente fiscaliza isso né." (S3 – Enfermeira de UBS).

Nas SD acima, observa-se que os enfermeiros relacionam positivamente o TDO a um mecanismo efetivo no controle da doença. As falas dos sujeitos ancoram-se no conhecimento técnico destes profissionais sobre a doença, enfatizando a importância do acompanhamento desse doente ao longo do tratamento, que é complexo e apresenta muitas interferências como contextos sociais desfavoráveis e efeitos adversos importantes que podem comprometer um

desfecho favorável.

No recorte n. 20 o profissional considera a possibilidade do TAA: "*Eu acredito que você possa, lógico, que você possa até deixar ele fazer (...)"*, no entanto enfatiza que ainda assim o doente deve ser acompanhado, revelando aqui não uma postura autoritária, mas sua preocupação frente às dificuldades que possam surgir ao longo do tratamento. Essa SD pode ainda revelar o entendimento do profissional de saúde em relação à necessidade de flexibilização das condutas, no que diz respeito à possibilidade do TAA, buscando favorecer o autocuidado apoiado do doente.

Segundo Mendes (2012), o autocuidado apoiado objetiva preparar e empoderar as pessoas usuárias dos SS para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada. Ainda de acordo com este autor, o efetivo autocuidado é muito mais que dizer aos usuários o que eles devem fazer. Significa reconhecer o papel central das pessoas na atenção à saúde, desenvolvendo um sentido de auto-responsabilidade sanitária nos indivíduos adoecidos (MENDES, 2012).

Recorte n. 22:

> "Eu acho importante, eu acho que tem que ser mesmo observado né, porque como é um tratamento longo, se você às vezes deixar por conta do paciente, acredito que ele não tem o conhecimento técnico que nós temos, ele pode a partir do momento que ele não sente mais nada, ele pode parar né, ele pode falar: 'eu já estou bem, tô curado' ou 'já tomei dois meses esse remédio,vou parar', então eu acho interessante. Interessante não, extremamente importante né, ser supervisionado porque a equipe de saúde tem noção da gravidade do problema de saúde pública, da necessidade do tratamento pelo tempo correto né então, eu acho que tem que ser observado mesmo." (S11 – Enfermeira de ESF).

No recorte n. 22, a SD: "*se você às vezes deixar por conta do paciente, acredito que ele não tem o conhecimento técnico que nós temos (...) porque a equipe de saúde tem noção da gravidade do problema de saúde pública, da necessidade do tratamento pelo tempo correto né então, eu acho que tem que ser observada mesmo"*, expressa a compreensão do profissional de saúde de que o cotidiano do doente não é fácil. Esta preocupação fundamenta-se em seu conhecimento técnico e sua experiência profissional e o leva a refletir sobre a gravidade da doença enquanto um problema de saúde pública e sobre as consequências desastrosas relacionadas ao abandono do tratamento.

Recorte n. 23:

> "(...) eu acho que esse é o principal objetivo da supervisão, pra que... é..., o paciente, ah..., não tenha resistência né, consiga..., consiga, eliminar mesmo as bactérias né."(S2 – Enfermeira de UBS).

Outro ponto positivo atribuído ao TDO refere-se à prevenção dos casos de resistência aos fármacos, conforme observado nas SD presentes no recorte n.20 *"a gente vê né a situação, os casos multirresistentes"* e n. 23: "*eu acho que esse é o principal objetivo da supervisão, pra que... é..., o paciente, ah..., não tenha resistência (...)*", expressando novamente a preocupação dos profissionais, que relacionam os casos resistência às drogas antituberculose com tratamentos ainda mais difíceis e onerosos aos doentes.

O desenvolvimento da TB resistente ocorre durante o tratamento, após a exposição/infecção por bacilo sensível e resulta do inadequado ou incompleto regime de tratamento para tuberculose, com a seleção de bacilos mutantes resistentes (BRASIL, 2011).

7.5.2 O TDO e o favorecimento da adesão ao tratamento

O TDO é ainda considerado uma estratégia eficiente, capaz de driblar as dificuldades da baixa adesão ao tratamento da TB, aumentando as taxas de cura e diminuindo o abandono (TERRA; BERTOLOZZI, 2008; BRASIL, 2018).

Ao tomar como exemplo as pessoas que vivem com HIV/Aids, a OMS define adesão como um processo dinâmico, multifatorial, que envolve aspectos comportamentais, psíquicos e sociais e que requer decisões compartilhadas e corresponsabilidades entre usuário, equipe de saúde e a rede social de apoio e com abordagem que atenda às singularidades socioculturais e subjetivas, objetivando uma melhor qualidade de vida das pessoas (WHO, 2009).

Para o MS, a adesão é definida como "um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de um determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo". Portanto, a adesão deve ser compreendida como um processo de negociação entre usuários e profissionais de saúde, reconhecendo as responsabilidades de cada um para fortalecimento da autonomia e do autocuidado (BRASIL, 2011).

Um estudo qualitativo realizado em 15 municípios do estado do Paraná revela que os

profissionais de saúde reconhecem a importância do TDO para a redução do abandono ao longo esquema terapêutico proposto (CECÍLIO; MARCON, 2016).

Uma revisão da literatura de 2013 mostra que o TDO apresenta taxas muito baixas de abandono quando comparado ao TAA, apresentando bons resultados entre grupos de alto risco para abandono, como etilistas, população em situação de rua, adictos de drogas injetáveis, histórico de abandono anterior e portadores do HIV (IBANÊS; JUNIOR, 2012).

Os achados do presente estudo também destacam a importância do TDO para a adequada adesão do doente ao tratamento.

Recorte n.24:

> "Vários pacientes acabam não aderindo por conta de ser um tratamento prolongado né. Então é… a unidade é, se o paciente vem, a gente tem como é,tá dando seguimento né, e tá observando esse paciente, na progressão dele e dos comunicantes também né. Então a minha opinião… eu vejo como importante a adesão né, desse tratamento junto à unidade, pra que a gente também possa ter uma supervisão maior desse paciente. (...) É, por ser um tratamento prolongado, acaba muitas vezes se perdendo né, acho que é, não teria tanta necessidade de usar tanto tempo medicação." (S5 – TE de UBS).

Recorte n.25:

> "Ah, eu acho que é uma forma de garantir que o, que a pessoa que tá na, que tá fazendo o tratamento tá realmente fazendo o uso da medicação né. Que senão a gente não tem como garantir isso." (S6 - Enfermeira de UBS).

Nos recortes n. 24 e n.25, os profissionais destacam a importância do TDO para a garantia da adesão ao tratamento, atribuindo o longo tempo de tratamento como um fator que possa vir a favorecer o abandono.

A ação de promover a adesão é fundamental para o sucesso do tratamento e cura da TB (WHO, 2016). Diante disso, a equipes de saúde devem favorecer a adesão do doente, uma vez que a ausência ou baixa adesão ao tratamento resulta em aumento do sofrimento, mortalidade e multirresistência, gerando tratamentos mais dispendiosos e prolongados (DISTEFANO, SCHMIDT, 2016).

No entanto, ressalta-se que a adesão é um processo complexo construído no cotidiano e decorre de vários fatores que dizem respeito ao doente, aos profissionais e aos SS. Por outro lado, a adesão é ameaçada quando práticas de assistência não permitem flexibilização, inviabilizando mudança de horário ou local de administração de medicamento, por exemplo, tendo-se observado que práticas rígidas doprocesso de produção dos serviços de saúde ferem

o direito à cidadania e o exercício da liberdade (TERRA; BERTOLOZZI, 2008).

Neste sentido, é importante a compreensão dos reais motivos que desfavorecem a adesão. Segundo Souza (2010), a fragilidade na produção de cuidados ao indivíduo adoecido por TB, somada à pouca valorização do contexto sociocultural do doente na consecução de projetos terapêuticos singulares, tem contribuído para o abandono do tratamento (SOUZA et al, 2010).

Recorte n.26:

> "Eu acho que, também seria uma forma do serviço de saúde conseguir talvez se adequar um pouco às necessidades dos pacientes, não sei se, talvez, em alguns casos indo até o, até a casa e tal, fazendo isso, não sei também se isso é possível, se o serviço de saúde tem essa capacidade." (S10 – médico pneumologista do PCT).

Nesta SD, o sujeito expressa sua compreensão de que o serviço de saúde necessita se adequar às especificidades do doente, embora revele desconhecer se essas adequações seriam possíveis de serem viabilizadas.

A literatura mostra que os usuários que possuem algumas de suas necessidades atendidas como a participação da definição do local e frequência da supervisão dos medicamentos, apresentam maior adesão ao tratamento (QUEIROZ et al., 2012).

Recorte n.27:

> "(...) eu imagino que se não tiver esse tratamento supervisionado os pacientes quando já vai melhorando os sintomas simplesmente abandona o tratamento. (...) porque eu acho que se ele não tiver ciente que isso tudo é importante pra vida dele e dos demais, eu acho que isso já é uma entrave aí que, se ele, se ele abandonar o tratamento então não tem eficácia nenhuma."(S7 – Enfermeira de UBS).

Neste recorte o sujeito relata que a melhora dos sintomas clínicos pode ser um fator que contribui ao abandono. . Corroborando com isso, a literatura aponta que na percepção do doente, a sensação de recuperação da saúde é um dos contribuintes para o abandono do tratamento (PAIXÃO; CONTIJO, 2007).

Estudo realizado no Sul da Etiópia constatou que 26,0% dos faltosos mencionaram "estar se sentindo bem" como a principal razão para interromper o tratamento (SHARGIE; LINDTJORN, 2007), fazendo-se necessária a presença da equipe de saúde da unidade, treinada e organizada para adotar medidas que possam favorecer a adesão. Diante da indiscutível necessidade de adesão, observa-se o movimento dos profissionais de saúde ao que

se refere à sensibilização do doente quanto à importância e a necessidade da conclusão do tratamento para TB.

Recorte n. 28:

> "(...) a disciplina do paciente. Se ele não tiver, não for uma pessoa focada no, no autocuidado né, com certeza vai ser, é um desafio muito grande pra nós né, fazer com que ele cumpra o tratamento, que é longo né." (S1 – Enfermeira de ESF).

Recorte n. 29:

> "Ele entender da importância desse tratamento, que na opinião deles é longo, é um comprimido enorme, e é um saco ter que vim aqui na unidade tomar, então é, pensando assim do lado do paciente é, é um pouco chato né manter esse tratamento. (...).Então talvez os desafios sejam assim, no momento do diagnóstico, é eu acho que a conscientização do paciente sobre essa necessidade. Porque eu acho que se ele não tiver ciente que isso tudo é importante pra vida dele e dos demais, eu acho que isso já é um entrave aí que, se ele, se ele abandonar o tratamento então não tem eficácia nenhuma." (S7 – Enfermeira de UBS).

Nos recortes n. 28 e n. 29 observam-se a preocupação dos profissionais relacionada à sensibilização do doente, enfatizada pelas expressões *"a disciplina do paciente" e "a conscientização do paciente".*

Na SD n. 29, quando S7 enuncia: *"se ele não tiver ciente que isso tudo é importante pra vida dele (...)"*, o sujeito expressa a necessidade do doente em atribuir significado à experiência do adoecimento e, a partir desta significação, compreender a importânciada adesão ao tratamento para TB.

Em relação a isso, não foi possível apreender, no decorrer das entrevistas, esforços oriundos dos profissionais da APS para a efetiva sensibilização do doente, ficando esta função sob responsabilidade do enfermeiro do PCT, como observado a seguir:

Recorte n. 30:

> "É colocado que... a... é dado essa única, essa opção. (...) Única assim, eu vou, coloco, olha, o tratamento é... o Ministério, ainda falo que o Ministério da Saúde, a gente tem que prestar contas disso, que precisa, (...) porque já tem estudos que provam que é, o tratamento é eficaz dessa forma só, (...) e vou falando." (S9 – Enfermeiro coordenador do PCT).

No recorte n. 30, o enfermeiro do PCT expressa uma postura que em princípio aproxima-se do autoritarismo: *"é dado essa única, essa opção*". No entanto, ao prosseguir em seu discurso, observa-se uma atitude instrutora, pronta a fornecer informações ao doente a

respeito da doença e do tratamento, em uma tentativa de favorecer a adesão da pessoa adoecida ao TDO. Para tal, remete-se novamente às recomendações e indicações do MS, bem como a seu conhecimento prévio da literatura a respeito da eficácia da supervisão do tratamento.

A literatura é consistente ao relacionar a informação como um fator importante para a adesão. Um estudo realizado em Belo Horizonte revelou que o desconhecimento da possibilidade de cura pode incentivar o abandono do doente ao tratamento (PAIXÃO; CONTIJO, 2007).

Diante do que foi exposto, é importante observar que existe um compartilhamento de responsabilidades, revelando não somente a importância da sensibilização e da promoção do autocuidado do doente em relação ao tratamento, mas também a responsabilidade dos profissionais de saúde no que se refere ao cuidado do indivíduo adoecido.

De acordo com os discursos proferidos pelos profissionais, o TDO é considerado uma importante ferramenta de controle da doença, capaz de colaborar para a devida adesão ao tratamento favorecendo assim a cura e a redução dos casos de multirresistência. Ressalta-se ainda o comprometimento dos profissionais de saúde em relação à corresponsabilização pelo tratamento do doente, e a compreensão de que o compartilhamento de informações em prol do empoderamento do indivíduo pode contribuir para o sucesso do desfecho terapêutico.

7.6 O TDO e o doente acometido por TB segundo os discursos dos profissionais de saúde

Embora muitas vantagens sejam atribuídas ao TDO conforme abordado anteriormente foi possível apreender, a partir dos discursos dos profissionais de saúde entrevistados, algumas desvantagens relacionadas às políticas de controle da TB no município, como a falta de autonomia do doente em relação à escolha da modalidade de tratamento, a interferência da supervisão do tratamento com as atividades diárias do indivíduo, além das dificuldades operacionais relacionadas ao TDO como a acessibilidade do doente e a escassez de recursos humanos nos SS. Essas dificuldades serão exploradas a partir das SD que se seguem.

7.6.1 O TDO e a autonomia do doente

Quando questionados em relação à autonomia do doente em optar sobre o tipo de tratamento para TB, destacam-se os seguintes recortes:

Recorte n. 31:

> "Eu não sei te responder isso. Eu acredito, é... que esteja no, no protocolo, porque... mas eu não sei isso a fundo. (...) E já vir né, até designado... a dose supervisionada, a gente saber que há a necessidade de fazer, eu não vou me aprofundar, porque realmente eu não sei te falar (...)." (S1 – Enfermeira de ESF).

Em relação à autonomia do doente para escolher o tipo de tratamento mais adequado para si, nesta SD o sujeito novamente expressa o empenho da equipe em cumprir as determinações e diretrizes do MS quando enuncia: "*Eu acredito, é... que esteja no, no protocolo (...)"* ainda que não esteja certo de tal recomendação, revelando que esta negociação não ocorre nas unidades de APS: *"Eu não sei te responder isso (...) eu não sei isso a fundo"* e silenciando quem seriam os atores envolvidos neste processo decisório.

A autonomia pode ser entendida como uma competência humana de autogovernar-se, relacionada à capacidade de decisão. O indivíduo autônomo é compreendido como aquele age livremente e baseia-se em um plano escolhido por ele mesmo com base em crenças e valores pessoais, podendo divergir do predominante na sociedade. (MORAIS, 2010).

Recorte n. 32

> "(...) esse paciente ele vai passar no CES, que é o serviço especializado aqui do município, que nos envia essas medicações, tá? Então pra nós, sempre veio... nunca veio com essa liberdade. Sempre veio assim: não, é supervisionado na unidade né, pelo profissional da saúde, que eu saiba." (S11 – Enfermeira de ESF).

Recorte n. 33:

> ."Eu acho que ... não. Não é, acho que... Quem faz essa avaliação na verdade é o PCT né, que a gente quando suspeita de tuberculose, encaminha o exame pra esse centro de atendimento, e quando dá positivo eles mesmo já convocam e vêem é, se vai ser auto supervi, é, auto administrado ou supervisionado. Então a gente na verdade, não faz esse tipo de seleção, quem faz é o PCT, e aí quando é supervisionado eles entram em contato com a gente." (S2 –Enfermeira de UBS).

Os recortes n. 32 e n. 33 explicitam a orientação fornecida pelo PCT (baseada nas determinações do MS) da necessidade da supervisão do tratamento. O doente já é

encaminhado para a unidade de APS sob esta recomendação e os profissionais das unidades básicas parecem empenhar-se no cumprimento desta tarefa. Segundo essas SD, não foi possível apreender se há inclusão do doente no processo de escolha da modalidade terapêutica.

A ausência de envolvimento do doente em seu processo de cuidado foi descrita em um estudo qualitativo, no qual pacientes reivindicavam melhor atenção e escuta pelos profissionais de saúde, fornecimento de recursos e informações corretas sobre vantagens e desvantagens do tratamento, além da possibilidade de participação no processo decisório.

Recorte n. 34:

> "Não, eu acredito que ele tem, que ele é assim, convidado a vir na unidade mesmo. Não dá pra falar assim: *'Eu vou tomar em casa!'* Eu acredito que sim, e é o que dá certo." (S3 – TE de UBS).

Nesta SD, o profissional revela uma posição mais conservadora em relação ao que vem sendo observado nos discursos dos outros sujeitos, quando relata acreditar que não é possível a efetividade do TAA e afirmando que o TDO *"é o que dá certo".* Sua fala aponta para um discurso biomédico onde o profissional de saúde considera-se detentor do conhecimento, cabendo ao paciente acatar as recomendações que lhe são fornecidas.

Ainda que esta postura possa revelar a preocupação do profissional em relação às dificuldades do doente na condução do seu tratamento, não se observa a partir do discurso deste sujeito, um movimento de valorização da autonomia e do empoderamento do doente na condução de seu tratamento

Estudo apontou que profissionais acreditam que o TDO não favorece a autonomia do doente e não possibilita que o doente se responsabilize pelo seu tratamento, ficando esse encargo unicamente com a equipe de saúde que, portanto, "carrega o doente" (TERRA; BERTOLOZZI, 2008). Entretanto, o MS orienta que a equipe de saúde envolvida com o TDO deve realizar uma abordagem baseada no acolhimento e na cooperação, respeitando a autonomia e a participação ativa dos indivíduos na construção de uma responsabilização compartilhada com o doente em relação ao seu tratamento, recorrendo sempre que necessário ao Projeto Terapêutico Singular (PTS). Esta ferramenta visa à organização do cuidado, voltada para um indivíduo ou família, considerando a singularidade de cada caso. É construído entre equipe multidisciplinar de saúde e usuário, com atribuição de

responsabilidades e visa essencialmente valorizar a história de vida do indivíduo e trazê-lo para o centro do cuidado (BRASIL, 2018).

Recorte n. 35:

> "Eu acredito que não é bem o paciente que escolhe, eu acho que eles são incansavelmente orientados, eu acho que, da importância que tem desse tratamento ser supervisionado." (S7 – enfermeira de UBS).

No recorte n. 35, o enfermeiro da APS explicita sua desconfiança em relação à falta de participação do doente no processo de decisão da modalidade terapêutica após o diagnóstico confirmado da TB. Desconfia, mas não consegue ter certeza, uma vez que o tratamento é pactuado em momento anterior, no CR. No entanto, acredita que os profissionais que atuam no PCT compartilhem as informações necessárias com o doente para que este consiga compreender a importância da supervisão do tratamento "(...) *eu acho que eles são incansavelmente orientados, da importância que tem desse tratamento ser supervisionado",* revelando que, embora em alguns momentos haja a centralização da equipe do PCT no que se refere ao processo decisório sobre o tratamento de TB, essa postura pode ancorar-se no empenho da equipe em favorecer a adesão do doente ao tratamento.

Em relação a isto, faz-se necessário que a equipe de saúde negocie com o doente a condução do tratamento em função das suas necessidades de saúde, fortalecendo o cuidado centrado nas necessidades do indivíduo (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010; QUEIROZ et al., 2012).

Recorte n. 36:

> "(...) eu nem dou muito assim: olha, cê quer fazer assim ou cê quer fazer assado? Eu falo pra ele que é assim. Aí, nessa conversa que já vem esses… senão, porque sim… aí ali, talvez ele… ele tem autonomia nessa hora, mas primeiro eu tento insistir com essa questão do supervisionado, entendeu? Aí depois eu posso até dar… mas eu não chego já dando opção: olha você pode fazer de duas formas…" (S9 – coordenadora do PCT).

No recorte n. 36, a desconfiança de S7 é confirmada através do discurso do enfermeiro do PCT ao relatar que em um primeiro momento o paciente não participa desta decisão: "*Eu falo pra ele que é assim",* ainda que o estímulo à autonomia da pessoa com TB tenha sido apontado como benefício. Para o MS, o sucesso do tratamento para a TB está atrelado a um processo de negociação entre os doentes e profissionais de saúde, reconhecendo as responsabilidades de cada um para fortalecimento da autonomia e do autocuidado (BRASIL, 2011).

Além disso, estudo realizado por Surniche (2015) revela que quando a modalidade de tratamento foi negociada entre a pessoa adoecida e o profissional de saúde, houve maior satisfação do doente, contribuindo para a conclusão do tratamento.

No entanto esta postura "impositiva" do coordenador do PCT pode ser compreendida como uma tentativa de convencimento do doente quanto à importância da supervisão do tratamento, uma vez que são bem conhecidas por estes profissionais, as dificuldades que o doente poderá enfrentar durante este percurso. Em seguida, é possível apreender que no decorrer da conversa com o doente a possibilidade de discussão é flexibilizada conforme observado na SD: "*Aí, nessa conversa que já vem esses… senão, porque sim… aí ali, talvez ele… ele tem autonomia nessa hora.",* revelando a possibilidade de um espaço para negociações.

Ao que se refere à autonomia do doente de TB em relação a optar pela modalidade de tratamento, os recortes aqui analisados apontam contradições. Por um lado revelam a compreensão dos profissionais em atender às necessidades do doente, e por outro, sinalizam posturas centralizadoras que refletem o excesso de zelo desses profissionais.

Em relação aos profissionais que atuam no CR e nas unidades de APS, destaca-se a necessidade de fortalecimento do diálogo, favorecendo o planejamento de uma política de condução única, capaz de elucidar as atribuições de cada instância no que se refere às ações de controle da TB no município, pautada em uma comunicação clara que vise à integralidade da atenção e o cuidado centrado no doente.

7.6.2 A centralidade da atenção a partir da dimensão do doente

Outro aspecto considerado desfavorável ao TDO, de acordo com os discursos dos profissionais, refere-se à interferência que esta modalidade de tratamento provoca na rotina do doente, como observado nos recortes a seguir:

Recorte n. 37:

> "(...) o fato de ter que perder ou deixar de trabalhar, chegar atrasado no trabalho quando tem que realizar o tratamento diretamente supervisionado. São essas, são as principais queixas que eu tomo como experiência dos pacientes (...)" (S10 – Médico pneumologista do PCT).

No recorte n. 37, a fala do médico é construída a partir da significação atribuída por ele aos discursos dos doentes, que relatam a interferência da supervisão terapêutica com os

horários de trabalho do indivíduo adoecido como um fator desfavorável ao TDO.

Outros estudos descrevem sobre a dificuldade de conciliar o TDO com as atividades de trabalho do usuário. Neste sentido, é fundamental que os profissionais sejam flexíveis no horário da supervisão, buscando dinâmica harmônica com as atividades laborais do doente.

Recorte n. 38:

> "Então, teve uma situação que o, que o paciente veio, ele começou a fazer o supervisionado, aí ele ia começar, ele ia voltar a trabalhar, e ele queria ele mesmo tomar a medicação, obviamente eu não liberei. Eu conversei com a enfermeira do PCT, liguei 'Olha, ele, ele falou que ele precisa voltar a trabalhar, eu acredito que ele deva estar em condições de voltar a trabalhar e ele quer tomar a medicação, em casa'.(S7 - Enfermeira de UBS).

No recorte acima, o enfermeiro relata a incompatibilidade entre o TDO e as atividades laborais do doente no momento em que este apresenta condições físicas favoráveis para retornar ao trabalho: *"(...) ele falou que ele precisa voltar a trabalhar, eu acredito que ele deva estar em condições de voltar a trabalhar (...)".*

Nesta SD ainda observa-se que as decisões em relação ao tratamento do doente na APS são pactuadas em conjunto com os profissionais do PCT. Tendo em vista as especificidades dos doentes acometidos por TB, é latente a necessidade de fortalecimento da articulação entre os serviços de saúde para possibilitar respostas efetivas às necessidades dos pacientes.

Estudo realizado na Mongólia revela que quando o TDO é centralizado nos SS, muitas vezes requer que o paciente perca o dia de trabalho ou negligencie afazeres domésticos, além de considerar os custos envolvidos com o deslocamento do doente, o que inviabiliza a realização do tratamento, ainda que este seja oferecido gratuitamente (DOBLER et al., 2015).

Recorte n. 39:

> "Alguns pacientes que tem é um grau de compro, que já demonstra um grande grau de comprometimento ou tem um nível sócio-econômico-cultural que demonstra que eles, é vão fazer o tratamento adequado, às vezes eles inclusive falam que tem mais dificuldade, ou seja, que eles trabalham, tem algum emprego, uma estabilidade, então isso traria mais malefício pro tratamento né, mais dificuldade deles fazerem o tratamento... supervisionado, então esses pacientes a gente acaba tendo, dando um pouco mais de liberdade, tá."(S10 – Médico pneumologista do PCT).

Neste recorte o sujeito, imbuído de seu conhecimento científico, revela em seu discurso a possibilidade de acordar com o doente a realização do TAA mediante uma "seleção prévia" de pacientes que demonstrem ser comprometidos e suficientemente capazes de

realizar o tratamento sozinhos.

Em estudo de 2008, realizado na cidade de São Paulo, o depoimento dos profissionais entrevistados menciona que a estratégia de supervisão deveria ser indicada apenas aos pacientes rebeldes, complicados, complexos, sem consciência da doença e àqueles resistentes aos medicamentos (TERRA; BERTOLOZZI, 2008).

Todavia é importante frisar que, segundo o MS, não existe perfil ou características definidas que identifiquem o paciente que não terá adesão ao tratamento (BRASIL, 2018), destacando que as pessoas não "são aderentes" ou "não-aderentes", mas "estão", em um dado momento, seguindo seu tratamento com maior ou menor facilidade (MELCHIOR et al., 2007).

Recorte n. 40:

> "Ele, como, ele, ele tava tendo sintomas ainda, então ele teve um período de afastamento do trabalho e depois, ele teve que retomar o trabalho dele, e ele entrava no serviço às cinco horas da manhã, e a medicação teria que ser feita em jejum né, logo de manhã em jejum, e aí a gente teve essa dificuldade. (...) Mas a grande dificuldade é questão de horário, atividade, depende da atividade que o paciente faz né?" (S6 – Enfermeira de UBS).

No recorte n. 40, o enfermeiro destaca a incapacidade do indivíduo em realizar suas atividades laborais em decorrência dos sintomas da doença apresentados no início do tratamento, evidenciada na SD: *"Ele, como, ele, ele tava tendo sintomas ainda, então ele teve um período de afastamento do trabalho (...)".*

A TB é sabidamente uma enfermidade socialmente determinada, pois sua ocorrência está diretamente associada à forma de reprodução social. A doença ainda está atrelada à fome e a pobreza e, não raramente, tem sido relacionada a comportamento desregrado como causa de uma doença que envergonha e que é temida por expressar algo que é socialmente passível de censura (BRASIL, 2018). Somado a isto, traz sofrimento físico e mental, gera impactos negativos na vida dos usuários, afastando-os do trabalho, fonte de sustento e representação de independência, o que dificulta ainda mais a superação da situação de exclusão (QUEIROZ et al., 2012).

Em seguida, S6 declara que com a progressão do tratamento e a melhora dos sintomas, o doente apresentou possibilidade de retornar ao trabalho e a necessidade de deslocar-se até a UBS para a realização do TDO foi tida como uma dificuldade. Diante da incompatibilidade de horários com suas atividades laborais,o doente tenta negociar com o profissional de saúde a

possibilidade do TAA. Neste momento, vale frisar que para o favorecimento do sucesso do TAA, é preciso enfatizar a responsabilização do indivíduo em relação à sua saúde e ao tratamento.

Recorte n. 41:

> "Ah, mas todo dia eu tenho que'… esse questionamento que eles fazem no início... então o desafio, eu acho que ele tem que transpor isso e é difícil pra gente. 'Mas eu trabalho, eu entro antes do posto abrir... Eu trabalho e aí, o posto abre às sete, eu saio de casa às seis da manhã'. Então... é... 'Porque que eu preciso, gente, pelo amor de Deus!Eu tomo sozinho, todo dia'. Porque é difícil você... ele entender, ele de cara, como eu te falei ele já questiona, e aí você, é... tem, se esbarra com alguns, alguns que trabalham né? Porque o trabalho é um... geralmente eles saem bem cedo de casa." (S9 – Enfermeiro do PCT).

O recorte n. 41 revela o diálogo entre o enfermeiro do PCT e o paciente, marcado por um discurso conflituoso a partir das posições discursivas assumidas por cada um dos sujeitos. O paciente, ao ser "selecionado" para o tratamento supervisionado, enxerga sua autonomia ameaçada. Na SD: *'Porque que eu preciso, gente, pelo amor de Deus! Eu tomo sozinho, todo dia'*, o sujeito parafraseia o discurso do doente e a expressão: '*gente, pelo amor de Deus!'*, revela um apelo do doente em realizar o TAA e expressa sua insatisfação em relação à supervisão do tratamento, que considera um excesso de cuidado desprendido pelos profissionais dos SS.

Diante das SD analisadas observa-se a influência da supervisão terapêutica nas atividades rotineiras do doente. Por meio de seus discursos foi possível apreender que os profissionais de saúde sensibilizam-se com a necessidade de flexibilização das condutas terapêuticas visando o favorecimento das atividades laborais doente, por compreendem este indivíduo numa dimensão que extrapole o aspecto biológico.

A este respeito, observa-se no município a possibilidade de arranjos operacionais para a transferência de uma política com vista a favorecer o cuidado centrado no doente. Neste contexto, a negociação deve sempre ocorrer a partir da corresponsabilização entre os profissionais e os sujeitos adoecidos, fortalecendo a autonomia do doente e favorecendo desfechos terapêuticos mais exitosos.

Ainda analisando a atenção da TB a partir da dimensão do doente, observa-se que a acessibilidade aos SS pode configurar também uma dificuldade para a realização do TDO conforme será abordado a seguir.

Em princípio torna-se importante a diferenciação dos termos "acesso e acessibilidade". Segundo Penchansky e Thomas (1981), 'acessibilidade' relaciona-se à 'dimensão de acesso

caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes (PENCHANSKY; THOMAS, 1981).

Donabedian (2003) destaca a acessibilidade em duas dimensões: geográfica e sócio-organizacional (ALBUQUERQUE et al., 2014). A primeira refere-se à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegar aos serviços, incluindo os custos da viagem, dentre outros. Já a segunda diz respeito a todas as características da oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas no uso dos serviços de saúde, tais como o acolhimento dos profissionais, o acesso a exames e consultas de controle e à resolubilidade das queixas e demandas apresentadas no decorrer do tratamento.

Neste trabalho, os recortes selecionados referem-se à acessibilidade geográfica do doente em TDO ao SS como um potencial agravante para esta modalidade terapêutica.

Recorte n. 42:

> "Eu acho que principalmente o fato, que eles relatam muito pra gente né, e a gente acaba tomando como experiência é, o fato de ter que ir até o local de tratamento" (S10 – médico pneumologista do PCT).

Recorte n. 43:

> "Eu acho que é... a logística né, a distância. Porque essa, essa unidade, ela abrange muitos bairros aqui; aqui é como se fosse uma cidade. (...) Então, a gente tem pacientes que, por exemplo, tem que vir de a pé cerca de 10 quilômetros né. Que a gente atende até o Vale Verde, que é um bairro longe daqui, né, assim. Então, é, eu acho que muitas vezes a locomoção né, fica prejudicada (…)" (S5 – TE de UBS.)

Nos recortes acima, observa-se que os sujeitos relatam o deslocamento do doente até o SS como um fator que pode associar-se negativamente ao TDO. No recorte n. 42, novamente o sujeito evoca outras vozes, pois atribui significados em seu discurso através da experiência que adquiriu no dia-a-dia com o doente.

Como o município oferece a supervisão do tratamento unicamente nos SS (mesmo em territórios com a cobertura da ESF), se este serviço estiver localizado longe do domicílio do doente, como relatado na SD do recorte n. 43: *"(...) tem pacientes que, por exemplo, tem que vir de a pé cerca de 10 quilômetros né. (...)",* isto implicará em um esforço adicional do indivíduo, que muitas vezes já encontra-se debilitado, para a realização do TDO.

Estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto mostra que os desdobramentos implicados pela distância geográfica, como a necessidade de utilização de transporte motorizado para o deslocamento até as unidades de saúde e a consequente perda de tempo,

energia e dinheiro com este deslocamento, podem gerar diversos obstáculos, traduzidos em lacunas na acessibilidade dos doentes em tratamento para TB e gerando deficiências na assistência (ARAKAWA et al., 2011).

Recorte n. 44:

> "(...) eles prefeririam que a gente desse né, pra eles tomarem em casa, é, ficam tentando negociar com a gente essa questão aí pra não ter que se deslocar né? Aqui é um Centro de saúde então, o território é muito grande, nem sempre é fácil deles tarem vindo." (S2 – enfermeira de UBS).

Neste recorte pode-se observar através da memória discursiva do sujeito, a tentativa do doente em negociar com o profissional de saúde a possibilidade de realização do TAA como solução para a dificuldade de deslocamento até o SS. A SD: "*nem sempre é fácil deles tarem vindo",* indicia a compreensão implícita do sujeito com esta dificuldade, revelando empatia do profissional em relação ao doente e apontando novamente a importância da centralidade do cuidado a partir das necessidades do doente.

Recorte n. 45:

> "Seria só mesmo a... a locomoção vai, quem mora perto, por exemplo, quem tem seu posto de saúde perto, é mais fácil. Agora, por exemplo, quem mora numa chácara, numa fazenda, que daí o posto de saúde é no centro da cidade, por exemplo, daí essa locomoção, às vezes a pessoa deixa de vir por causa disso. Então, eu acredito que seja isso." (S3 – Enfermeira de USF).

Recorte n. 46:

> "Então, eu só vejo realmente dificuldade nesse sentido, quando você tá em uma unidade básica tradicional. (...) você atende um, uma área ampla e se essa pessoa tem que gastar com transporte, gasolina, alguma coisa, aí cê pode ter problemas." (S11 – Enfermeiro de ESF).

Os recortes de n. 45 e n. 46, ainda que enfoquem a dificuldade de acessibilidade do doente ao SS para a realização do TDO, despertam a atenção também por outro motivo. Nas SD: "*Seria <u>só</u> mesmo a... a locomoção (...)"* e *"(...) eu <u>só</u> vejo realmente dificuldade nesse sentido (...)"*, o emprego do advérbio *só* denuncia uma visão muito limitada dos profissionais diante da complexidade de fatores que permeiam o tratamento para a TB. Em estudo realizado sobre abandono do tratamento, destaca-se a necessidade de reflexões acerca das ações de saúde na perspectiva da integralidade da atenção, considerando a complexidade do processo saúde-doença e suas dimensões biológica, cultural, psicológica e social (ALVES et al., 2012).

No entanto, ao prosseguir, S11 parece ampliar sua compreensão em relação à multifatoralidade atrelada com o êxito do tratamento supervisionado.

Recorte n. 47:

> "Olha, eu acho, que se o paciente mora longe da unidade de saúde, talvez tenha o problema de transporte. (...) Mas talvez, se ele entrasse no mesmo horário do trabalho que, abre a unidade, se ele entrasse às sete horas da manhã em algum trabalho e ele trabalhasse no horário comercial então talvez tivesse esse problema, questão de horário de funcionamento da unidade, transporte… tudo isso tem que estar adequado de acordo com a realidade de cada paciente." (S11 – enfermeira de ESF).

Neste recorte, S11 enfatiza não somente a acessibilidade do doente, mas também a possível incompatibilidade do TDO com suas atividades laborais, destacando a importância do SS também adequar-se às necessidades de cada indivíduo como fundamental para o êxito da terapêutica.

Gonzales et al. (2008) destacam que é necessária uma organização dos SS que possibilite a flexibilidade das equipes no acompanhamento do paciente, podendo a supervisão do tratamento ocorrer no domicílio ou mesmo no local de trabalho do doente para que haja um efetivo controle da doença.

Diante do que foi apresentado, é possível apreender que o TDO, embora seja um elemento fortalecedor para o combate à TB, pode ser considerado frágil ao que tange à autonomia do doente, de acordo com as percepções vivenciadas por ele em seu processo de adoecimento.

Neste sentido, torna-se importante, sempre que possível, o favorecimento da autonomia do doente para a escolha da modalidade de tratamento mais adequada para si, de acordo com as atividades realizadas em seu cotidiano ou da dificuldade que apresente de acesso ao SS, implicando no fortalecimento de espaços de discussão entre o doente e os profissionais de saúde com o fim de viabilizar a construção de projetos terapêuticos individualizados.

No entanto, as dificuldades existentes para a execução do TDO não se restringem aos doentes, mas estão também relacionadas aos profissionais e SS, como será abordado a seguir.

7.6.3 O TDO e as dificuldades relacionadas aos profissionais e serviços de saúde

A escassez de recursos humanos e a sobrecarga de atribuições dos profissionais dentro das unidades de saúde são apontadas como desfavoráveis para a execução do TDO, segundo as condições de produção dos profissionais, como observado nos recortes a seguir.

Quando questionados em relação às dificuldades encontradas pelo serviço de saúde para a execução do TDO, destaca-se:

Recorte n. 48:

> "É...é mais o desafio de... de busca ativa mesmo né, é... da gente tá sempre aconselhando, incentivando né, esse é o nosso papel, mas acho que a dificuldade mesmo fica na busca ativa de quando né, quando eles não vêm, a gente tem muita demanda diariamente na unidade assim, fica difícil né, às vezes não atende um telefone, a gente tem dificuldade pra fazer visita..." (S2 – Enfermeira de UBS).

No recorte n. 48, a enfermeira S2 destaca a dificuldade na realização da busca ativa dos pacientes faltosos, diante da realidade vivenciada na UBS que contempla um grande número de atendimentos: "*a gente tem muita demanda diariamente na unidade",* muitas atividades em geral centralizadas na pessoa do enfermeiro, e recursos humanos e materiais escassos contando, na maioria das vezes, apenas com a disponibilidade do aparelho telefônico.

De acordo com o discurso de S2, mais uma vez percebe-se a dificuldade de meio de transporte para a realização da busca ativa deste paciente. Na SD "*às vezes não atende um telefone, a gente tem dificuldade pra fazer visita...",* o profissional revela não dispor de outras opções de busca, diante do não comparecimento do doente no SS.

Observa-se ainda que ao enunciar: "*da gente tá sempre aconselhando, incentivando né, esse é o nosso papel",* o sujeito revela sua compreensão de que as ações das unidades de APS deveriam contemplar acolhimento, prevenção e promoção da saúde, além das tão enfatizadas ações de tratamento e reabilitação. Embora este aconselhamento possa ser trabalhado nos momentos de observação da ingesta da medicação, não foi possível apreender por meio de seu discurso se o profissional beneficia-se de tal estratégia durante a execução do tratamento, revelando a necessidade dos profissionais tornarem o TDO um momento oportuno para a educação em saúde.

Recorte n. 49:

> "(...) ou ir até o local, que é distante, e a política aqui não permite que ninguém vá na casa porque, por questão de número de funcionário... não tem essa. (...). O município como um todo. Sempre o supervisionado é o paciente que vai no posto." (S9 - Enfermeiro coordenador do PCT).

Nesta SD o sujeito revela falhas em relação à operacionalização das ações de vigilância em saúde a serem realizadas pelas unidades de APS ao enunciar: "*e a política aqui não permite que ninguém vá na casa porque, por questão de número de funcionário... não tem essa. (...)",* denunciando a falta de negociação para o deslocamento da equipe e enfatizando a limitação de recursos humanos. Ao declarar que: "*Sempre o supervisionado é o paciente que vai no posto.",* o sujeito novamente deixa transparecer que o município não dispõe de opções versáteis para a realização do TDO, limitando as possibilidades de supervisão do tratamento do doente.

A literatura aponta que recursos humanos qualificados e em quantidade suficiente possibilitam a melhoria e o aumento da oferta dos serviços de saúde. (MONROE et al., 2008).

Recorte n.50:

> "E o que eu vejo que eles colocam, as unidades, é que às vezes eles não têm gente. Logo que cê abre o posto, o paciente já quer, aquele horário, ser atendido pra, já ir pra casa e fazer o que ele tem que fazer. (...) E ele acha um desrespeito, o paciente coloca isso, que ele fica lá esperando ela atender o outro, ela fazer não sei o quê: 'Eu esperei não sei quanto tempo' e tal... Então eu acho que eles [os profissionais] não têm muita condição, com os recursos humanos deles, de fazer esse atendimento ágil. Eu acho, pelo que eu escuto do... do que o paciente coloca e pelo que eu vejo que a unidade tem de problemas com recursos humanos. Eu acho que eles têm essa dificuldade, de poder atender prontamente o paciente que chega lá." (S9 – Enfermeiro coordenador do PCT).

Conforme observado no recorte n. 50, o coordenador do PCT no município elenca, por meio de seu discurso, as dificuldades relatadas a ele tanto por parte dos doentes quanto por parte dos profissionais de saúde, atuando neste contexto como interlocutor entre os atores envolvidos no processo de produção do cuidado em saúde.

Se por um lado o doente sente que não é bem acolhido na unidade de saúde e não vê sua necessidade como prioridade do serviço: "E ele acha um desrespeito, o paciente coloca isso, que ele fica lá esperando ela atender o outro, ela fazer não sei o quê (...)", por outro lado, os profissionais mais uma vez atribuem à escassez de recursos humanos a falta de agilidade

no atendimento ao indivíduo adoecido por TB: "(...) e pelo que eu vejo que a unidade tem de problemas com recursos humanos."

As marcas linguístico-discursivas: *"eles não têm gente"* e *"problemas com recursos humanos"* denunciam a falta de um componente fundamental para a TP do TDO, uma vez que a indisponibilidade de recursos humanos adequados pode comprometer a obtenção dos resultados esperados para o tratamento da TB, produzindo sentidos das dificuldades vivenciadas pelos SS na execução desta política.

A escassez de recursos faz com que os profissionais realizem tarefas em condições desfavoráveis, com possível prejuízo nas relações interpessoais. Para Gonzales et al (2008), tal situação pode comprometer a capacidade resolutiva do serviço, dificultando a prestação de uma assistência integral e humanística.

Dos discursos dos profissionais emergiram ainda a importância do acolhimento diário nas unidades de APS a este paciente que, além de tudo, carrega consigo o estigma da doença.

Embora seja uma enfermidade curável, observa-se que a TB ainda é estigmatizada, sobretudo nas comunidades mais carentes. A doença frequentemente está associada à miséria e à pobreza e tem sido relacionada a comportamento desregrado como causa de uma doença que envergonha e que é temida por expressar algo que é socialmente passível de censura. As ideias de contágio são vagas e a observação de frequentes recaídas, em determinados grupos sociais, provocam descrença na possibilidade de cura da doença. Mesmo reconhecendo a TB como doença curável existe a crença de que "sempre fica alguma coisa por dentro", uma "mancha no pulmão", impondo ainda mais desafios ao controle da doença (BRASIL, 2018).

Recorte n. 51:

> "O paciente passa é, tem uma suspeita, daí de repente ele, se você fala declaradamente as suspeitas, às vezes ele até assusta, mesmo você dando as informações necessárias, eu acho que o nome ainda assusta a população, né? E aí acaba deixando passar né. É, então quando fala de tosse há três semanas e aí vem com o nome tuberculose eu acho que eles assustam" (S8 – Enfermeira de UBS).

No recorte acima, o emprego da palavra "suspeita" deixa claro que a doença ainda é tida como ameaça ao paciente, possivelmente pelo risco de morte associada a ela no passado. A SD: "(...) *eu acho que o nome ainda assusta a população né?"* expressa a opinião do profissional de que a TB ainda é uma doença temida pela população não somente por seus condicionantes clínicos, mas principalmente pela discriminação social a ela atribuída.

A literatura destaca o isolamento, o auto isolamento, o estigma e o afastamento do

convívio social das pessoas com tuberculose, revelando um contexto caracterizado pelo distanciamento da família, que se opõe à atitude de apoio necessária para o enfrentamento da doença (DODOR, 2012).

Recorte n. 52:

> "E... até no próprio serviço de saúde, é receber bem esse paciente, sem preconceito, sem é… receber bem ele já entendendo a situação dele bem, acolher. Principalmente no primeiro momento quando ele chega, acolhe, olha tá aqui, tá tudo certo, oferece e tal, então eu acho que ele vai criando uma, um vínculo de confiança. (...) e às vezes, não sei se isso pode ser algum fator que desestimule, mas eu acho que tem que ter um acolhimento sim dele (...)." (S7 – Enfermeira de UBS).

Neste recorte, o sujeito enfatiza a importância do acolhimento deste paciente no SS, declarando através de seu discurso que o próprio profissional de saúde pode apresentar preconceito em relação ao adoecimento do usuário.

Acolher significa colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para sua solução (RAMOS; LIMA, 2003).

Para S7, o acolhimento deste doente é capaz de transpor o estigma atrelado à doença, possibilitando o fortalecimento do vínculo deste usuário com o SS e colaborando assim para bons desfechos no tratamento da TB.

Corroborando com isso, destaca-se que o acolhimento se concretiza a partir da tolerância às diferenças, da escuta solidária e da busca de produção de vínculo, capazes de identificar necessidades e da elaboração conjunta de estratégias voltadas para o sucesso do tratamento (SCHIMITH; LIMA, 2004).

A análise das produções de sentidos dos discursos dos profissionais responsáveis pela transferência do TDO no cotidiano dos SS no município aponta alguns aspectos desfavoráveis em relação a esta política. O doente pode considerar sua autonomia ameaçada caso a política de controle da TB no município não favoreça a negociação de outra modalidade de tratamento que não seja o TDO.

Além disto, as dificuldades encontradas por alguns doentes em conciliar o TDO com suas atividades cotidianas e a acessibilidade geográfica do indivíduo aos SS podem ser compreendidas como fatores que desfavoreçam a operacionalização desta política, reforçando a necessidade dos SS oferecerem soluções criativas capazes de contemplar as

demandas destes usuários.

A escassez de recursos humanos foi apontada como um agravante para realização de atendimento ágil ao doente nos SS e para a realização de busca ativa dos pacientes faltosos. Independentemente da disponibilização destes recursos, o acolhimento e a escuta qualificada deste doente durante a realização do TDO foram apontados como aspectos importantes para a transposição do preconceito e estigma que acompanham o indivíduo adoecido por TB, favorecendo a consecução de desfechos terapêuticos exitosos.

Mesmo diante das fragilidades e contradições apresentadas, observa-se que os SS procuram organizar as ações de controle da TB a partir das necessidades do doente. Ainda que existam dificuldades à operacionalização do TDO no município, esses aspectos podem contribuir para o favorecimento de ações que contemplem a centralidade do cuidado no doente.

8. Considerações Finais

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivo analisar a TP do TDO a partir da visão dos profissionais de saúde envolvidos com as ações de controle da TB em um município do interior paulista, buscando compreender o processo de implementação da política no contexto municipal, bem como as potencialidades e fragilidades relacionadas a esta estratégia.

Diante da análise dos resultados, vários sentidos emergiram a partir dos discursos dos profissionais, revelando que a transferência do TDO para o município ocorreu com pouca discussão, a partir de determinações de instâncias superiores e, por conseguinte, a transferência do TDO para a APS municipal ocorreu também sem o devido planejamento.

Ainda que a TP do TDO no município tenha apresentado aspectos ainda pouco negociados, foram observados espaços de flexibilização para a operacionalização do TDO, compreendendo que são necessárias adaptações locais para o êxito da transferência de uma política, capazes de contemplar as necessidades do SS e dos doentes, aos atores envolvidos no contexto do tratamento da TB.

Foram produzidos sentidos de que os profissionais de saúde refletem a viabilidade do TDO se indicado à pacientes específicos, considerando individualmente os sujeitos que apresentem maior vulnerabilidade ao abandono, a partir do conceito da discriminação positiva, que visa equilibrar a oferta do cuidado em saúde de acordo com as demandas dos indivíduos e populações.

Diante do exposto, o TDO como política isolada no município, não parece contemplar a totalidade de aspectos atribuídos a adesão ou abandono do tratamento. No entanto, no estudo realizado, não foi possível apreender se esta prerrogativa de pensar a centralidade do cuidado no doente foi capaz de colaborar com desfechos favoráveis da doença, sendo necessário avaliar quais outros aspectos estão favorecendo a adesão deste indivíduo ao tratamento.

Este trabalho destaca o protagonismo da equipe de enfermagem frente ações de controle da TB. A construção de vínculo e a responsabilização partilhada entre o profissional e o doente em relação ao tratamento, foram apontadas como favoráveis para o alcance de desfechos terapêuticos exitosos.

Em relação à organização do TDO, o município adota a modalidade compartilhada de supervisão. Diante desta modalidade, em que profissionais de níveis de atenção distintos responsabilizam-se pelo cuidado do doente, verifica-se a necessidade de uma comunicação

efetiva entre os diferentes pontos da rede de atenção visando favorecer o compartilhamento de informações e contribuindo para o efetivo acompanhamento do doente nos serviços de saúde.

Embora a supervisão medicamentosa aconteça sempre nos SS foi possível observar a autonomia das unidades de saúde como elemento capaz de favorecer a negociação com o doente quanto à forma de condução do TDO, indiciando práticas flexíveis no processo da produção de cuidados, que permite inclusive ao doente optar pelo SS que considere mais próximo de seu domicilio ou local de trabalho, apontando que este município procura organizar do tratamento da TB visando à centralidade do cuidado no doente.

Diante disto é possível considerar que, embora a transferência do TDO dos níveis centrais para as esferas municipais apresente aspectos de pouca negociação, observa-se dentro do município, a possibilidade de arranjos institucionais capazes de permitir a adequação desta política ao contexto local.

Segundo os profissionais, o TDO foi considerado estratégia importante capaz de permitir o controle da doença, favorecer a adesão do doente ao tratamento e a redução dos casos de resistência aos fármacos. O acolhimento do doente nos SS e o vínculo entre o doente e profissional/equipe de saúde, foram também apontados como ferramentas capazes de transpor o preconceito e o estigma atribuídos ao doente, além de contribuir para a vinculação do indivíduo ao tratamento.

Os profissionais entrevistados apontaram fragilidades em relação à política de controle da TB no município, considerando que esta política pode ser compreendida como limitadora da autonomia do doente caso não permita ao indivíduo escolher a modalidade de tratamento que lhe seja mais adequada de acordo com suas percepções e vivências relacionadas à doença e ao tratamento.

Somado a isso, como o município não apresenta versatilidade nos locais de oferta de supervisão terapêutica, a acessibilidade geográfica e a interferência do TDO com as atividades cotidianas e laborais do doente também foram apontadas como fatores capazes de dificultar a adesão do doente a esta modalidade de tratamento.

Em relação aos desafios enfrentados pelos SS para a execução atividades de controle da TB, destacam-se a escassez de recursos humanos e a sobrecarga de atribuições dos profissionais de saúde como dificuldades enfrentadas para a execução e sucesso desta política no âmbito municipal.

Sendo assim e visando o favorecimento da autonomia e do empoderamento do indivíduo adoecido, torna-se necessário que o município viabilize espaços de discussão que

permitam a construção de projetos terapêuticos individualizados, atribuindo responsabilidades específicas aos diferentes atores envolvidos neste complexo contexto do tratamento da TB.

O referencial da TP abordado neste trabalho possibilita a análise das políticas públicas seja em sua fase de discussão, implantação ou implementação, podendo ser aplicado para favorecer a compreensão de políticas de saúde relacionadas à TB, mas também de outros agravos de importância epidemiológica nos distintos cenários. Este estudo constitui-se como um importante diagnóstico situacional da operacionalização do TDO no município, subsidiando reflexões para o fortalecimento desta política de acordo com necessidades e especificidades do contexto local.

Além disso, os resultados aqui obtidos ainda que se relacionem a um município específico, corroboram com os resultados apontados em outros estudos, auxiliando na compreensão da TP do TDO e possibilitando melhorias no processo de produção de cuidados ao indivíduo acometido por TB nos diferentes contextos.

Como limitação deste estudo, destaca-se a compreensão do processo de TP a partir da visão dos profissionais de saúde, considerando que não foram analisados os sentidos produzidos pelos discursos dos doentes e tampouco a relação existente entre doente e profissional de saúde.

Por fim, considera-se que analisar a TP a partir da interação entre o doente e profissional de saúde, favoreceria a compreensão dos fatores que envolvem a complexidade do tratamento para a TB, colaborando para o alcance das audaciosas metas impostas pelo fim da TB como problema de saúde pública nos países prioritários para o controle da doença.

Referências

REFERÊNCIAS

ADEWOLEA, O.O., et al. A randomized controlled study comparing community based with health facility based direct observation of treatment models on patients satisfaction and TB treatment outcome in Nigeria. **Trans R Soc Trop Med Hyg.** v. 109, n.12, p. 783-92, 2015.

ALBUQUERQUE, M.S.V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde Debate**, v. 38, p. 182-94, out. 2014.

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

ARAKAWA, T. et al. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, 9 p., Jul/Ago., 2011.

ARNADOTTI, T. The Styblo model 20 years later: what holds true? **Int J Tuberc Lung Dis.** v. 13, n.6, p. 672-90, 2009.

ASSIS, E. G. Transferência de políticas no controle da tuberculose: o Tratamento Diretamente Observado em diferentes níveis de gestão. (Doutorado). 2017. 205p. - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2017.

BARREIRA, D; GRANGEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública.** v. 41, supl.1, p.4-8, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Manual de Administração/Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Bol Pneumol Sanit.** v.4, n.1, p. 7-56, 1996.

BRASIL. Ministério da saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002. Disponível em: <HTTP:bvs.saude.gov.br/saudelegis/Gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>.Acesso em: 15 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 1998. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf>. Acesso em: 14 Nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília/DF: 248p., 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=comcontent &view=article &id=11045&Itemid=674 >. Acesso em: 10 Dez. 2016

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. v. 46, n.9, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Brasil livre da TB**: **Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília/DF: 248p., 2018.

BISSEL, K.; LEE, K.; FREEMAN, R. Analysing policy transfer: perspectives for operational research. **Int J Tuberc Lung Dis**, v.35, n.9, 2011.

CALIARI, J.S.; FIGUEIREDO, R.M. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. **Acta paul. enferm.**, v. 25, n. 1, p. 43-7, 2012.

CARDOSO, G.C.P. et al. 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. **Cad. Saúde Colet.** v. 20, n.2, p. 203-10, 2012.

CARNEIRO JUNIOR, N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1827-35, Nov/Dez 2003.

CECÍLIO, H.P.M.; MARCON, S.S. O tratamento diretamente observado da tuberculose na opinião de profissionais de saúde. **Rev enferm UERJ**, v. 24, n. 1, 6 p., 2016.

CHUA, A.P-G. et al. Outcome of a grocery voucher incentive scheme for low-income tuberculosis patients on directly observed therapy in Singapore. **Singapore Medical Journal**. v.56, n.5, p.274-279, 2015.

CLEMENTINO, F.S. et al. Ações de controle da tuberculose: análise a partir do Programa de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 4, 9p., 2016.

COURTINE, J.J. **Análise do discurso político**: O discurso comunista endereçado aos cristãos. São Carlos: EDUFSCAR, 2009.

CRODA, M. et al. Tuberculosis control in a highly endemic indigenous community in Brazil. **Trans R Soc Trop Med Hyg**. v.106, n.4, p.223-9, 2012.

DIAS, A.A.L. et al. Tratamento da Tuberculose na visão do usuário. **Rev. Rene.,** v.14, n.6, p.1133-40, 2013.

DIÉZ, M. et al. Determinants of patient delay among tuberculosis cases in Spain. **Eur J Public Health**,, v. 14, p. 151-5, 2004.

DISTEFANO, M..J.; SCHMIDT, H. mHealth for Tuberculosis Treatment Adherence: A Framework to Guide Ethical Planning, Implementation, and Evaluation. **Glov Health SelPract**., v.4, p. 211-21, 2016.

DOBLER, C.C. et al**.** Success of community-based directly observed anti-tuberculosis treatment in Mongolia. **Int J Tuberc Lung Dis.**, v.19, n.6, p.657-62, 2015.

DODOR, E.A. The feelings and experiences of patients with tuberculosis in the Sekondi-Takoradi metropolitan district: implications for control efforts. **Ghana Med J**, v. 46, n. 4, p.211-8, 2012.

DOLOWITZ, D; MARSH, D. Who learns what from whom: a review of the Policy Transfer literature. **Political Studies**, p. 343-57, 1996.

DOLOWITZ, D; MARSH, D. **Policy transfer: a famework for comparative analysis.** In. MIMINOGUE, M; POLIDANO, C; HULME, D (Eds.), Beyond the new public management. Northhampton, MA: Edward Elgar; 1998.

DOLOWITZ, D; MARSH, D. Learning from Abroad: the Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making, **Governance**, v.13, n.1, p. 5-24, Jan. 2000.

ELIAS, P.E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 633-41, 2006.

EVANS, M; CERNY, P.G. Globalisation and public policy under New Labour. **Policy studies,** v.25, n.1, p.84-107, 2004.

EVANS, M. At the interface between theory and practice – policy transfer and lesson-drawing. Public administration, v.84, n.2, p. 479-515, 2006.

EVANS, M. **New Directions in the Study of Policy Transfer.** Taylor & Francis, 2010.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p.17-27, Jan, 2008.

FERNANDES, C.A. **Análise do discurso**: reflexões introdutórias. São Carlos, SP. Editora Claraluz, 2008.

FREITAS, K.G. et al. Conhecimento de auxiliares de enfermagem da saúde da família sobre tuberculose. **Rev. Rene.** v.14, n.1, p. 3-10, 2013.

GARCÍA, G.G. Las reformas sanitárias y los modelos de gestión. **Rev Panam Salud Publica**, v. 9, n. 6, 7p., 2001

GARFEIN, R.S. et al. Feasibility of tuberculosis treatment monitoring by video directly observed therapy: a binational pilot study. **Int J Tuberc Lung Dis**. v.19, n.6, p.1057-64, 2015.

GEBREZGABIHER, G. et al. Treatment Outcome of Tuberculosis Patients under Directly Observed Treatment Short Course and Factors Affecting Outcome in Southern Ethiopia: A Five-Year Retrospective Study. **PLOS ONE**., v.11, n.2, 2016.

GOMES, A.M.T. O desafio da análise do discurso: os dispositivos analíticos na construção de estudos qualitativos. **R Enferm UERJ.,** v. 14, n. 4, p. 620-6, 2006.

GOMES, A.L.C.; SÁ, L.D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 43, n. 2, p 365-72, 2009.

GONZÁLEZ, C. et al. Tratamiento directamente observado de la tuberculosis en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires. **Medicina (B. Aires)**., v.72, n. 5, p. 371-379, 2012.

GONZALES, R.I.C. et al . Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 42, n. 4, p. 628-34, Dec. 2008.

HUNCHANGSIT, P. et al. Cost-effectiveness of various tuberculosis control strategies in Thailand. **Value In Health**. n. 15, Sup 1, p.50-5, 2012.

IBANÊS, A.S.; JUNIOR, N.C. Panorama Internacional e Nacional da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) nas políticas de controle da tuberculose. **ABCS Health Sciences** – Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde. 2012. <Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2013/v38n1/a3661.pdf>. Acesso em: 02 Ago. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades – Araraquara.** Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/perfil.php?lang=&codmun=350320&search>. Acesso em: 20 Set 2016.

LOE, R.C. et al. Policy Transfer Among Reginal-Level Organizations: Insights from Source Water Protection in Ontario. **Environmental Management**, v. 58, n.1, p. 31-47, jul. 2016.

MAFIGIRI, D.K.; MCGRATH, J.W; WHALEN, C.C. Task Shifting de Controle da Tuberculose: um estudo qualitativo de Terapia Baseada na Comunidade Diretamente Observado em Uganda Urban. **Glob Saúde Pública**., v.7, n.3, p. 270-284, 2012.

MARQUES, L. O. C. **Representação e identidade: uma análise de discurso de professores de inglês de escolas de idiomas**. Dissertação (Mestrado em Estudos Lingüísticos e Literários em Inglês) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MELCHIOR, R. et al. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Revista de saúde pública**, v. 41, p. 87–93, 2007.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento** - Pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: HUCITEC; 2012.

MKOPI, A. et al. Adherence to Tuberculosis Therapy among Patients Receiving Home-Based Directly Observed Treatment: Evidence from the United Republic of Tanzania. **PLOS ONE**., v.7. n. 12, 2012.

MONROE, A.A. et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 2, p.262-7, 2008.

NAZARETTI, C. As linhas de análise do discurso na França nos anos 60-70. **RevLet – Revista Virtual de Letras**, v. 2, n. 2, 2010.

OLIVEIRA, R.C.C. et al. Discursos de gestores sobre informação e conhecimento relacionado ao tratamento diretamente observado da tuberculose. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 2, 9p., 2016.

ORLANDI, E.P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. São Paulo: Ed. Pontes; 2009. 100 p.

PAIXÃO, L.M.M.; CONTIJO, E.D. Perfil de casos de tuberculose notifi cados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG**. Rev Saúde Pública,** v. 41, n. 2, p. 205-13, 2007.

PATRIOTA, K.R.M.P.; TURTON, A.N. Memória discursiva: sentidos e significações nos discursos religiosos da TV. **Ciências & Cognição**. Vol 01, 2004. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/>. Acesso em: 15 Jan 2017.

PENCHANSKY, D.B.A.; THOMAS, J.W. The concept to faccess – definition and relationship to consumer satisfaction. **MedCare**, v. 19, p. 127-40, 1981.

PERUHYPE, R. C. et al. Planning pathways in the transfer of Directly Observed Treatment of Tuberculosis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 26, 8p., 2018.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 35, n.1, p.51-58, 2002.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. 2.ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP; 1995.

PONCE, M.A.S. et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**., v. 29, n.5, p.945- 54, 2013.

QUEIROZ, E.M., BERTOLOZZI, M.R. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 453-61, 2010.

QUEIROZ, E.M. et al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**., v. 20, n. 2, 8p., Mar/Abr, 2012.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. DA S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 19, p. 27–34, 2003.

SÁ, L.D. et al. Implantação da estratégia DOTS no controle da tuberculose n Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999 – 2004). **Ciência e Saúde Coletiva,** v.16, n.9, p. 3917-24, 2011a.

SÁ, L.D. et al. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, 9p., Mar/Abr, 2011b.

SANTOS, M.A.P.S. et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. **BMC Public Health**, p. 5-15, 2005.

SANTOS, M.L.S, et al. A gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. **Texto Contexto – Enferm.,** v. 19, n. 1, p. 64-69, 2010.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria de Controle de doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". **Plano Estadual pela eliminação da tuberculose: 2018 a 2021**. 2017.

SCHENEIDER, H. et. al. Health systems and the implementation of disease programmes: Case studies from South Africa. **Global Public Health**, v.1, n. 1, p. 49-64, 2006.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.D.A.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1487–94, 2004.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 22 ed. São Paulo: Cortez, 2002, 237 p.

SHARGIE, E.B.; LINDTJORN, B. Determinants of treatment adherence among smear-positive pulmonary tuberculosis patients in Southern Ethiopia**. Plos Med**. v. 4, n. 2, p.:37, 2007;.

SICSÚ, A.N. Transferência da política do tratamento diretamente observado na atenção primária à saúde em municípios prioritários para tuberculose no Amazonas: um estudo de métodos mistos. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2017.

SILVA, L.M.C. Elaboração e validação de um instrumento de avaliação da trasferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose Segundo a perspectiva de profissionais de saúde de nível médio e superior (ATP-IINFOC-TB). 178p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2016.

SIVA, S.E.D. Brigido Vizeu Camargo, Maria Itayra Padilha. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm**,, v. 64, n. 5, p. 947-51. Set/Out 2011.

SOARES, E.C. et al. Tuberculosis control in a socially vulnerable area: a community intervention beyond DOT in a Brazilian favela. **Int J Tuberc Lung Dis.**, v.17, n.12, p.1581-6, 2013.

SOBRINHO, E.C.R. Avaliação da transferência de política do tratamento diretamente observado para tuberculose em Ribeirão Preto/SP. 97p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos (SP), 2014.

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

SOUZA, M.S.P.L et al. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 998 -1005, 2009.

SOUZA, K.M.J. et al. Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP,** São Paulo, v. 48, n. 5, p. 874-82, 2014.

SOUZA, L.O. et al. Terapia de curta duração da tuberculose: uma análise discursiva. **Rev Bras Enferm**, v.69, n.6, pag 1154-63, nov./dez. 2016.

STONE, D. Transfer agents and global networks in the 'transnationalization' of policy. Journal of European public policy. **London**, v. 11, n. 3, p. 545-566, 2004.

STORY, A. et al. Monitoring Therapy Adherence of Tuberculosis Patients by using Video-Enabled Electronic Devices. **Emerging Infectious Diseases**., v. 22, n. 3, p.538-40, 2016.

SURNICHE, C.A. A continuidade da assistência na visão do doente de tuberculose: uma análise discursiva. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2015.

TERRA, M.F.; BERTOLOZZI, M.R. O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** V.16, n.4, 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S**. Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURGEON, J.; GAGNON, F.; MICHAUD, M.; TREMBLAY, S. **Policy Transfer and Healt Impact Assessment**. Series Transfer of knowledge. Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé. Canada, 2008.

UNITED NATIONS. **United Nations Milleniun Declaration**. 2000. Disponível em: <http://www.unmillenniumproject.org/goals/index.htm>. Acesso em: 16 Dec. 2016.

VIEIRA, A.A.; RIBEIRO, S.A. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, Grande São Paulo. **J Bras Pneumol**. v. 37, n. 2, p. 223-31, 2011.

WHO. Stop TB Partnership. **Global Plan to Stop TB**. Geneva, 2001. Disponível em: <http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GLOBAL_PLAN_TO_STOP_TB_2001_2005.pdf>. Acesso em: 15 Nov. 2016.

WHO. Stop TB Partnership. The global plan to stop tb 2006-2015: **progress report 2006-2008.** Geneva, 2009.

WHO. **The End TB Strategy**. Geneva, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/tb/post2015_TBstrategy.pdf>. Acesso em: 20 Jun. 2016.

WHO. **The End TB Strategy**. Geneva, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/tb/post2015_TBstrategy.pdf>. Acesso em: 20 Jun. 2016.

WHO. **Global tuberculosis report 2018**. Geneva, 2018. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en />. Acesso em: 15 Dez. 2018.

YEN, Y.F.; YEN, M.Y.; LIN, Y.P.; SHIH, H.C.; Li LH. Directly Observed Therapy Reduces Tuberculosis-Specific Mortality: A Population-Based Follow-Up Study in Taipei, Taiwan. **PLOS ONE**. V8, n11, 2013.

Apêndices

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA – COORDENADORA DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (PCT)

Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose
Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde

Instrumento de Coleta de Dados Projeto Transferência de Políticas e Tratamento Diretamente Observado

Número do questionário: _____ Município: _____
Responsável pela coleta de dados: _____ Data da coleta de dados: ___/___/____
Local da coleta: _____
Horário de início da entrevista: _____ Horário de término da entrevista: _____
Recusa da entrevista: ☐ Sim ☐ Não Justificar: _____

1.	**Iniciais:**			
2.	**Sexo:** 1-☐ Feminino 2-☐ Masculino		3.	**Data de Nascimento:** ____/____/_____
4.	**Função:**		5.	**Tempo que exerce a atual função:** _____ anos 99 ☐ - NSI
6.	**Nível de instrução**	1 ☐ - Ensino fundamental (primeiro grau) incompleto 2 ☐ - Ensino fundamental (primeiro grau) completo 3 ☐ - Ensino médio (segundo grau) incompleto 4 ☐ - Ensino médio (segundo grau) completo 5 ☐ - Ensino técnico incompleto 6 ☐ - Ensino técnico completo 7 ☐ - Ensino superior (terceiro grau) incompleto 8 ☐ - Ensino superior (terceiro grau) completo - Especifique:_____ 9 ☐ - Especialização completa - Especifique:_____ 10 ☐ - Mestrado completo - Especifique:_____ 11 ☐ - Doutorado Completo – Especifique_____		

1. Como ocorre o desenvolvimento das ações de atenção à TB no município de Araraquara?
2. Como foi a história de descentralização do TDO no município?
3. Como a política do TDO vem acontecendo no SESA? E no município?
4. Sendo o SESA um serviço vinculado a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, como é a relação do SESA com a SMS?
5. O que você pensa sobre o TDO?
6. Quais os desafios enfrentados pelo doente para a execução do TDO?
7. Quais os desafios enfrentados pelos serviços de saúde para a execução do TDO?
8. Todos os doentes realizam TDO?
9. Como o serviço define a modalidade de administração do tratamento para TB a ser adotada?
10. Como esta modalidade é discutida com o doente?
11. O doente tem autonomia para escolher se quer fazer o tratamento supervisionado ou autoadministrado? Por quê?
12. Como acontece o contato com os comunicantes dos doentes? Existe busca ativa?
13. Existem ações para realização de busca ativa dos sintomáticos respiratórios?
14. Você gostaria de acrescentar alguma informação em relação ao que foi perguntado?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose
Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde

Instrumento de Coleta de Dados Projeto Transferência de Políticas e Tratamento Diretamente Observado

Número do questionário: _____ Município: _____
Responsável pela coleta de dados: _____ Data da coleta de dados: ___/___/____
Local da coleta: _____
Horário de início da entrevista: _____ Horário de término da entrevista: _____
Recusa da entrevista: ☐ Sim ☐ Não Justificar: _____

1.	**Iniciais:**			
2.	**Sexo:** 1-☐ Feminino 2-☐ Masculino		3.	**Data de Nascimento:** ____/____/_____
4.	**Função:**		5.	**Tempo que exerce a atual função:** _____ anos 99 ☐ - NSI
6.	**Nível de instrução**	1 ☐ - Ensino fundamental (primeiro grau) incompleto 2 ☐ - Ensino fundamental (primeiro grau) completo 3 ☐ - Ensino médio (segundo grau) incompleto 4 ☐ - Ensino médio (segundo grau) completo 5 ☐ - Ensino técnico incompleto 6 ☐ - Ensino técnico completo 7 ☐ - Ensino superior (terceiro grau) incompleto 8 ☐ - Ensino superior (terceiro grau) completo - Especifique:_____ 9 ☐ - Especialização completa - Especifique:_____ 10 ☐ - Mestrado completo - Especifique:_____ 11 ☐ - Doutorado Completo – Especifique_____		

1. O que você pensa sobre o TDO?
2. Como o TDO está estruturado em sua unidade de saúde?
3. Quais os desafios enfrentados pelo doente para a execução do TDO?
4. Quais os desafios enfrentados pelos serviços de saúde para a execução do TDO?
5. Todos os doentes realizam TDO?
6. Como o serviço define a modalidade de administração do tratamento para TB a ser adotada?
7. O doente tem autonomia para escolher se quer fazer o tratamento supervisionado ou autoadministrado? Por quê?
8. Como acontece o contato com os comunicantes dos doentes? Existe busca ativa?
9. Existem ações para realização de busca ativa dos sintomáticos respiratórios?
10. Você gostaria de acrescentar alguma informação em relação ao que foi perguntado?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Por meio deste termo, gostaríamos de informá-lo (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa *"O tratamento diretamente observado para tuberculose em um município do interior paulista: uma avaliação da transferência de política"*, e convidá-lo a participar da realização deste estudo. Meu nome é Noriza Veiga, mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e sou orientada pelo professor Pedro Fredemir Palha. Esta pesquisa tem por objetivo identificar como ocorre o Tratamento Diretamente Observado da tuberculose no município de Araraquara e quais circunstâncias colaboram ou dificultam esta modalidade de tratamento.

Sua participação consistirá em responder a uma entrevista composta por questões abertas, que permitirão que o (a) senhor (a), fale sobre os aspectos relacionados ao Tratamento Diretamente Observado para a tuberculose no município. Para isso, precisaremos nos encontrar uma vez, em local e horário que for melhor para o (a) senhor (a) como, por exemplo, em uma sala reservada em seu local de trabalho, em data previamente agendada. Esta entrevista será audiogravada, podendo durar em média 30 minutos, podendo ser parada a qualquer momento para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que surgirem.

Todas as informações fornecidas pelo senhor (a), serão mantidas sob nossa guarda e responsabilidade, e também serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seu nome não irá aparecer em momento algum, e se o senhor (a) não quiser responder a alguma questão ou contar algo relacionado à pesquisa, não tem problema. Quando finalizarmos esta pesquisa, o resultado que ela originar poderá ser divulgado em revistas e apresentado em encontros científicos, tais como congressos relacionados à nossa área de estudo. A participação do (a) senhor (a) será completamente voluntária e não haverá custo algum pelo fato do senhor (a) estar participando, nem o senhor (a) receberá qualquer remuneração. O (a) senhor (a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sendo que seu vínculo empregatício não será prejudicado de forma alguma por conta disso.

Os riscos em participar desta pesquisa são considerados mínimos e estão relacionados aos desconfortos e constrangimentos que podem acontecer durante a entrevista ao lembrar situações vivenciadas no seu trabalho, mas terá a liberdade de não responder e parar a entrevista se assim desejar e estaremos à disposição para conversarmos sobre o assunto. Informamos que o (a) senhor (a) tem direito a indenização, conforme as leis vigentes no país, na ocorrência de danos relacionados à participação na pesquisa, por parte do pesquisador.

Destacamos ainda que os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para o (a) senhor (a) neste momento, mas que sua participação será extremamente importante para

VERSO TCLE

avaliarmos o modo como ocorre a transferência da política do Tratamento Diretamente Observado para a tuberculose, bem como, compreender quais os fatores que auxiliam ou dificultam a mesma, o que contribui muito para a discussão sobre a melhoria da atenção à tuberculose no município e no país. Se o senhor (a) concordar em participar, solicito que assine duas vias deste documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter a oportunidade de tirar suas dúvidas comigo. O (a) senhor (a) também receberá uma via deste Termo assinada por mim.

A presente pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O Comitê de Ética em Pesquisa também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam de pesquisas e preservar os seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este Comitê de Ética em Pesquisa para obter maiores informações pelo telefone (16) 3315-9197, de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas. Caso deseje falar conosco, o (a) senhor (a) poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3315-3949, ou procurar-nos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), na Avenida dos Bandeirantes, 3.900 – Campus Universitário, Ribeirão Preto – São Paulo, CEP: 14.040-902. Será possível ainda o contato por e-mail, nos endereços eletrônicos: norizaveiga.enf@gmail.com e palha@eerp.usp.br.

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com a minha participação, pela qual decidi de livre e espontânea vontade.

Eu, _____, aceito fazer parte desta pesquisa, contribuindo por meio das minhas respostas junto ao questionário sobre a transferência do Tratamento Diretamente Observado no município de Araraquara/SP.

_____, ___ de _____ de 201_.

_____	_____	_____
Entrevistado (a)	Noriza Veiga Mestranda	Pedro Fredemir Palha Orientador

Anexo

ANEXO A – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – CEP/EERP/USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3981 - Fax: 55 16 3315.8918
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 309/2017, de 21/12/2017

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 35ª Reunião Extraordinária, realizada em 20 de dezembro de 2017.

Protocolo CAAE: 79841717.0.0000.5393

Projeto: O tratamento diretamente observado para tuberculose em um município do interior paulista: uma avaliação da transferência de política

Pesquisadores: Noriza Veiga
Pedro Fredemir Palha (orientador)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP