

Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose

NURSING PERFORMANCE IN THE POLICY TRANSFER OF DIRECTLY OBSERVED TREATMENT OF TUBERCULOSIS

ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL TRASLADO DE LA POLÍTICA DEL TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO EN LA TUBERCULOSIS

Káren Mendes Jorge de Souza¹, Lenilde Duarte de Sá², Laís Mara Caetano da Silva³, Pedro Fredemir Palha⁴

RESUMO

Objetivo: Analisar a transferência de política do tratamento diretamente observado da tuberculose sob a perspectiva da Enfermagem. **Método:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa que teve como sujeitos 10 enfermeiras da Estratégia Saúde da Família do município de São Paulo. As entrevistas foram realizadas entre maio e junho de 2013. Adotou-se a técnica da análise de conteúdo temática e o referencial da transferência de políticas. **Resultados:** Na significação desse tratamento, relacionam-se sentidos de monitoramento disciplinar, vínculo e aproximação ao contexto de vida do doente. Operacionalmente, o enfermeiro, o agente comunitário de saúde e o técnico de enfermagem destacam-se como agentes da implementação dessa política, desenvolvendo ações múltiplas e acolhedoras. O enfermeiro é evidenciado como educador em saúde, líder na equipe de saúde da família e capaz de produzir vínculo afetivo com o usuário. **Conclusão:** Identificou-se que as inovações propostas ao tratamento são incipientes no cotidiano de trabalho dos enfermeiros.

DESCRIPTORIOS

Tuberculose
Terapia diretamente observada
Atenção Primária à Saúde
Política de saúde
Enfermagem em saúde pública

ABSTRACT

Objective: Analyzing the policy transfer of directly observed treatment of tuberculosis from the perspective of nursing. **Method:** This is a descriptive study with qualitative approach, which had 10 nurses of the Family Health Strategy in São Paulo as subjects. The interviews were carried out between May and June 2013, and were adopted the technique of thematic content analysis and the referential of policy transfer. **Results:** On the signification of this treatment, are related the senses of disciplinary monitoring, the bond and approximation to the context of patients' lives. Operationally, nurses, community health agents and nursing technicians stand out as agents of implementation of this policy, developing multiple actions of user embracement. The nurse is evidenced as an educator in health, leader in the family health team, and capable of creating emotional bond with users. **Conclusion:** It was found that the innovations proposed in the treatment are incipient in the daily work of nurses.

DESCRIPTORS

Tuberculosis
Directly observed therapy
Primary Health Care
Health policy
Public health nursing

RESUMEN

Objetivo: Analizar el traslado de política del tratamiento directamente observado en la tuberculosis bajo la perspectiva de la Enfermería. **Método:** Estudio descriptivo, con abordaje cualitativo que tuvo como sujetos 10 enfermeras de la Estrategia Salud de la Familia del municipio de São Paulo. Las entrevistas se llevaron a cabo entre mayo y junio de 2013. Se adoptó la técnica del análisis de contenido temático y lo referencial del traslado de políticas. **Resultados:** En la significación de dicho tratamiento, se relacionan sentidos de monitoreo disciplinar, vínculo y aproximación al marco de vida del enfermo. Operacionalmente, el enfermero, el agente comunitario de salud y el técnico de enfermería se destacan como agentes de la implantación de esa política, desarrollando acciones múltiples y acogedoras. Al enfermero se le evidencia como educador en salud, líder del equipo de salud de la familia y capaz de producir vínculo afectivo con el usuario. **Conclusión:** Se identificó que las innovaciones propuestas al tratamiento son incipientes en el cotidiano de trabajo de los enfermeros.

DESCRIPTORES

Tuberculosis
Terapia por observación directa
Atención Primaria de Salud
Política de salud
Enfermería en salud pública

¹ Pós-Doutora, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ² Professora Associada, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. ³ Doutoranda, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ⁴ Professor Associado, Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença transmissível relacionada à pobreza, à presença de aglomerados urbanos e às situações de vulnerabilidade em saúde, com importância epidemiológica no cenário brasileiro e mundial. Nas duas últimas décadas, embora tenha ocorrido uma redução global do número de casos e óbitos, a TB ainda é reconhecida como doença negligenciada, particularmente pela incipiência das ações voltadas ao enfrentamento dos determinantes sociais que lhe envolvem.

No Brasil, em 2013, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) estabeleceu duas prioridades para o enfrentamento da doença: a ampliação do diagnóstico com implantação de nova tecnologia e o fortalecimento das ações de TB na Atenção Básica (AB). Como inovação tecnológica, o Ministério da Saúde introduziu o teste rápido molecular para a TB (TRM-TB) em alguns serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), por se tratar de um método mais preciso e eficiente para a detecção, em até duas horas, do *Mycobacterium tuberculosis* e mutações associadas à resistência à rifampicina⁽¹⁾. Na AB, por sua vez, as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da TB devem ser guiadas por princípios estratégicos para a organização do sistema de saúde, a exemplo de serviços acessíveis, custo efetivos, funcionalmente integrados e fundamentados nas necessidades de saúde da pessoa, família e comunidade.

Recentes estudos científicos, nacionais e internacionais, recomendam o acompanhamento contínuo do doente de TB, com supervisão da terapia medicamentosa por um profissional de saúde, visando melhorar a qualidade da atenção à saúde, fortalecer a adesão ao tratamento e prevenir o surgimento de bactérias resistentes aos tuberculostáticos⁽²⁻⁵⁾. Contudo, há pesquisas que mostram que as dificuldades para a operacionalização do tratamento diretamente observado (TDO) comprometem o alcance de impactos positivos relacionados aos índices de cura e abandono de tratamento e recomendam atenção às especificidades locais, uma vez que a operacionalização do TDO se apresenta heterogênea em diferentes espaços geográficos onde se desenvolve⁽⁶⁻⁸⁾.

Na constituição da Estratégia *Directly Observed Treatment, Short-course* (DOTS), mundialmente conhecida, o TDO articula-se a outros quatro pilares: detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios; fornecimento regular de drogas; sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento e compromisso do governo de inserir o controle da TB como prioridade entre as políticas de saúde⁽³⁾.

A Estratégia DOTS, que envolve um conjunto de políticas, foi transferida para o contexto brasileiro em 1998 e alguns Estados, como São Paulo, aderiram às suas orientações no mesmo ano⁽⁹⁾. Cabe assinalar que o compromisso político com a incorporação do DOTS ao contexto do SUS

foi, inicialmente, induzido por incentivos financeiros fornecidos aos municípios prioritários para o controle da TB, cujo repasse estava atrelado a bônus sobre o desenvolvimento do tratamento supervisionado. De 1999 a 2006, os recursos foram repassados, periodicamente, conforme rubricas específicas, porém desde o ano de 2007, o repasse tem sido do fundo nacional para o fundo municipal de saúde⁽⁷⁾.

No ano 2000, a TB passa a compor o rol das atividades do Departamento da Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde e os municípios, que desde 1993 vinham assumindo a gestão das políticas públicas de saúde, passam a gerenciar e operacionalizar as ações de controle da TB, entre elas o TDO, em articulação à porta preferencial de entrada no SUS, ou seja, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Os obstáculos percebidos nesse processo de descentralização referem-se, principalmente, à manutenção de recursos financeiros e materiais para a sustentabilidade da estratégia, além das exigências de qualificação técnica para trabalhadores de saúde, visando ao desenvolvimento dessas ações em nível local^(7,10). Nesse sentido, esta pesquisa, sob a perspectiva de enfermeiros, objetivou analisar a transferência de política do TDO para o controle da TB na ESF.

Ao destacar a Enfermagem, neste estudo, valoriza-se a historicidade que liga o trabalho dos enfermeiros às ações de prevenção e controle da TB⁽¹¹⁾, ao mesmo tempo que se contextualiza a atuação do profissional enfermeiro na ESF, concebendo-a como um cenário promissor de práticas e saberes que lhe traz desafios, possibilidades de autonomia e inovações.

Com esta investigação, fundamentada no referencial internacional da transferência de políticas (*Policy transfer*), deseja-se avançar na produção de conhecimentos em Enfermagem, à luz de um marco teórico que propõe pensar inovações, ou seja, a incorporação de novos conhecimentos e práticas nos serviços de saúde. Os resultados deste estudo podem, segundo essa perspectiva, sinalizar alternativas para o aprimoramento da execução do TDO, voltadas principalmente às ações de monitoramento e avaliação na ESF, sendo respeitadas as particularidades de cada local, onde essa política esteja sendo desenvolvida.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa operacional, a qual busca investigar estratégias, intervenções, instrumentos ou conhecimentos que possam promover qualidade, cobertura, efetividade ou desempenho dos sistemas de saúde ou programas, objetivando, desse modo, mudanças na política e na prática dos serviços de saúde⁽¹²⁻¹³⁾. Para a compreensão dessa realidade, realizou-se um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que teve como sujeitos enfermeiros de 10 unidades básicas de saúde (UBS), com ESF, pertencentes a três Supervisões Técnicas de Saúde,

da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Norte, na capital do Estado de São Paulo.

A eleição desta CRS apoiou-se na observação de que o coeficiente de incidência por TB e a tendência sintetizada pela variação percentual ajustada (VPA), para o período de 2004 a 2009, apontou a CRS Norte como aquela que apresentou maior redução no coeficiente de incidência por TB (-3,5%), seguida pela região leste (-2,5%), centro-oeste (-2,4%), sudeste (-1,4%) e sul (-1,1%). Acrescenta-se o fato de que, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, a CRS Norte foi reconhecida, no mesmo período, como uma das regiões de expressivo aumento de cobertura da ESF⁽¹⁴⁾.

Foram definidos, previamente, os seguintes critérios de inclusão na amostra: (1) ser enfermeiro(a) inserido(a) na ESF; (2) ter tido pelo menos 1 (um) ano de experiência na execução do TDO.

Para a produção do material empírico, foi empregada a técnica da entrevista semidirigida, com 10 participantes, no período de 21 de maio a 25 de junho de 2013. As entrevistas foram audiogravadas e guiadas por um roteiro com dados para caracterização dos participantes e quatro questões de investigação, a saber: *O que você pensa sobre o tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose? Como a sua equipe de saúde da família se organiza para realizar o TDO? Como você avalia a contribuição da Enfermagem para o TDO? e Pensando sobre seu cotidiano de trabalho, que adequação ou inovação você considera necessária para favorecer a adesão do doente ao tratamento da TB?*

À exceção da segunda entrevista, que foi realizada em uma instituição de ensino a pedido da enfermeira, as demais foram feitas nas Unidades de Saúde, onde trabalhavam os participantes do estudo. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 12 minutos.

O recrutamento dos participantes e fechamento amostral iniciou com a identificação das UBS puras da CRS Norte, ou seja, aquelas apenas com ESF, que notificaram casos de TB no período de 01/11/2012 a 24/04/2013 e realizavam o TDO. Posteriormente, foram excluídas as unidades que, após três contatos telefônicos com o enfermeiro da equipe, não possibilitaram o agendamento da entrevista.

A amostra qualitativa foi encerrada com a verificação da saturação teórica⁽¹⁵⁾, ou seja, a pesquisadora identificou uma certa redundância dos temas nas falas dos sujeitos entrevistados, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

O material de linguagem bruto foi organizado e analisado pela técnica de análise de conteúdo – modalidade temática⁽¹⁶⁾, segundo a qual temas são identificados, classificados, reunidos em categorias empíricas (categorização) e discutidos em função dos objetivos da pesquisa, do referencial teórico e da literatura pertinente. A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado

assunto. É a unidade de significação correspondente às unidades de registro das entrevistas transcritas que pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, frase ou resumo⁽¹⁶⁾. Os temas emergentes do material empírico foram articulados à abordagem da transferência de políticas, desenvolvendo assim uma nova perspectiva de análise em estudos operacionais.

O referencial da transferência de políticas investiga o modo como ocorre a transferência de uma determinada política, incluindo as de saúde, que são executadas em um determinado tempo e/ou espaço para outro tempo e/ou espaço, em um movimento que busca compreender o contexto e as influências exercidas sobre esse processo. Tal perspectiva é inovadora e a pesquisa qualitativa se reveste de grande importância como aliada para aprofundar a compreensão desse fenômeno^(12,17).

A transferência de política trata, ainda, de um modelo de mudança política, que ocorre em cinco níveis: transnacional, internacional, nacional, regional e local. Operacionalmente, a transferência envolve diferentes sujeitos e/ou grupos em suas diferentes etapas. São os chamados agentes *oficiais* da transferência, que participam do desenvolvimento e da avaliação da transferência de uma dada política, sobretudo durante o estágio de implementação⁽¹⁸⁾. Nesta pesquisa, considerando a política do TDO já transferida ao contexto brasileiro e, localmente, ao município de São Paulo, valorizamos a participação dos enfermeiros da ESF como agentes importantes na sua implementação.

A pesquisa foi conduzida segundo os padrões éticos exigidos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente da pesquisa, bem como pelo CEP da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, sob o protocolo número CAAE: 07310812.0.0000.5393.

RESULTADOS

Quanto à caracterização dos sujeitos da pesquisa, as 10 enfermeiras participantes possuíam, à época da coleta de dados, idade média de 36,1 anos (25-47) e tempo médio de experiência na ESF de 6,5 anos (1-12). Delas, apenas duas não possuíam especialização na área de Saúde Pública ou em Saúde da Família.

No que se refere à ligação das enfermeiras entrevistadas às Supervisões Técnicas de Saúde da CRS-Norte, suas unidades de trabalho ficaram distribuídas da seguinte forma: 7 em Freguesia do Ó/Brasilândia, 2 em Santana/Jacanaã, 1 em Casa Verde/Cachoeirinha, 0 em Pirituba/Perus e 0 em Vila Maria/Vila Guilherme.

No que tange à análise de conteúdo das entrevistas transcritas, foram produzidas quatro categorias e subcategorias, que expressam a classificação e agrupamento, por semelhanças e divergências, dos temas presentes no material de linguagem analisado.

No Quadro 1, que apresenta discursos sobre o TDO, destaca-se que todas as participantes enfatizaram o fato dessa modalidade de tratamento ser eficaz para o monitoramento e a cura do doente. Outros temas de recorrência importante referem-se à produção de

vínculo entre usuários e equipe de saúde (50%), à redução dos casos de abandono (30%) e à experiência de colocar o profissional de saúde diante de desafios sociais, como o uso abusivo de drogas e álcool, além de desajustes familiares (30%).

Quadro 1 - Temas sobre o TDO segundo subcategorias de análise e ocorrência por entrevistas - São Paulo, Brasil, 2013

Categoria 1: Discursos de enfermeiros sobre o TDO		
Subcategoria	Temas	Ocorrência por número de entrevistas
O TDO aproxima os profissionais de saúde ao doente de TB, gerando vínculo e reduzindo os casos de descontinuidade do tratamento.	O TDO conduz à cura do doente.	10/10
	O TDO gera vínculo entre profissionais de saúde e usuários.	5/10
	O TDO diminui o abandono do tratamento.	3/10
	O TDO permite a identificação precoce de necessidades de saúde dos usuários.	2/10
O TDO expressa sentidos de supervisão permanente e disciplina do doente.	O TDO consiste em um monitoramento.	10/10
	O doente precisa seguir a <i>linha</i> do tratamento.	1/10
	A internação compulsória deve ser indicada aos doentes bacilíferos, que não aderirem ao tratamento.	1/10
O TDO evidencia dificuldades inerentes ao contexto de vida do doente de TB, que se transformam em desafios à equipe de saúde.	Drogadição.	3/10
	Etilismo.	3/10
	Desajustes familiares.	3/10
	O TDO oferece benefícios sociais ao doente e sua família (transporte e cesta básica).	2/10

Quando questionados sobre o modo de organização do trabalho em equipe para a operacionalização do TDO, da fala das enfermeiras entrevistadas, emergiram 12 temas, apresentados no Quadro 2. Nesta categoria, os temas de maior destaque expressam o seguimento do doente de TB no curso do tratamento, quais sejam: a realização de planilha para registro e controle da frequência de tomada diária da medicação (100%); a observação da ingestão de medicação antituberculosa no domicílio pelo

agente comunitário de saúde (ACS) (100%); a realização da observação pelo técnico de enfermagem no serviço de saúde (60%); a flexibilização do local de observação (60%); e a oferta de consulta médica ou de enfermagem, mensalmente, para avaliação do usuário (60%). Os resultados apresentados no Quadro 2 produzem evidências de que o TDO não foi apenas uma política transferida, mas que também desencadeou inovações no processo de trabalho da equipe.

Quadro 2 - Temas sobre a operacionalização do TDO segundo subcategorias de análise e ocorrência por entrevistas - São Paulo, Brasil, 2013

Categoria 2: Operacionalização do TDO		
Subcategoria	Temas	Ocorrência por número de entrevistas
Ações relacionadas ao TDO como política da APS.	Observação e registro de frequência da tomada diária da medicação mediante planilha.	10/10
	Consulta mensal, médica ou de Enfermagem, para avaliação do usuário.	6/out
	Realização de exames de avaliação e controle (baciloscopia e cultura).	3/10
	Realização de busca de faltosos às consultas agendadas.	2/10
	Orientação sobre a doença à pessoa em tratamento.	2/10
Agentes da transferência de política do TDO na ESF.	O ACS destaca-se no TDO em domicílio.	10/10
	O técnico de enfermagem destaca-se no TDO na unidade de saúde.	6/10
	O enfermeiro, o técnico de enfermagem e o ACS destacam-se na busca dos usuários que não comparecem às consultas.	2/10
Abordagem desenvolvida pelos profissionais de saúde.	Os profissionais de saúde flexibilizam o local do TDO (unidade de saúde ou domicílio), segundo preferência do usuário.	6/10
	O enfermeiro estimula a modalidade do TDO durante a primeira consulta de Enfermagem.	3/10
	Os profissionais de saúde utilizam a oferta de benefícios sociais (cesta básica e transporte) como um estímulo à continuidade do tratamento.	3/10
	Os profissionais de saúde preocupam-se com o acolhimento do doente de TB em tratamento.	3/10

Na visão das entrevistadas, a Enfermagem destaca-se na condução do TDO, por sua atuação com liderança, humanização e compromisso, bem como pelas ações desenvolvidas na educação em saúde. Os temas de maior recorrência, que sustentam essa interpretação, inserem-se no Quadro

3: o enfermeiro desenvolve vínculo afetivo com o usuário do serviço (50%); e o enfermeiro orienta o doente sobre o tempo de tratamento, as consequências do abandono terapêutico, as reações adversas dos fármacos, a convivência com a família, a alimentação e outros tópicos (50%).

Quadro 3 - Temas sobre a contribuição da Enfermagem para o TDO segundo subcategorias de análise e ocorrência por entrevistas - São Paulo, Brasil, 2013

Categoria 3: Contribuições da Enfermagem ao TDO		
Subcategoria	Temas	Ocorrência por número de entrevistas
A Enfermagem na educação em saúde.	O enfermeiro orienta o doente sobre o tempo de tratamento, as consequências do abandono terapêutico, as reações adversas dos fármacos, a convivência com a família, a alimentação adequada.	5/10
Assistência de Enfermagem.	O enfermeiro desenvolve vínculo afetivo com o usuário do serviço.	5/10
	O enfermeiro faz a busca de usuários faltosos às consultas.	4/10
	O enfermeiro constrói um projeto terapêutico singular, ajustado às necessidades e perfil do usuário.	2/10
	O enfermeiro incentiva a continuidade do tratamento supervisionado.	2/10
	O enfermeiro faz um contrato de adesão com o usuário relacionando à quantidade mínima de medicação supervisionada (3 vezes por semana) e à concessão do benefício da cesta básica.	1/10
	O enfermeiro monitora a frequência do paciente e observa os registros do prontuário, bem como a solicitação e realização de exames de controle.	1/10
Liderança da Enfermagem no trabalho em equipe na ESF.	Sem a Enfermagem o TDO não aconteceria do modo eficaz como vem acontecendo.	4/10
	A Enfermagem se destaca no trabalho na ESF.	3/10
	Os enfermeiros supervisionam o trabalho do ACS para o TDO no domicílio.	1/10

Quando questionados sobre a necessidade de inovação na política do TDO, no contexto da ESF, os participantes do estudo apresentaram temas diversos, nos quais

sugerem ações necessárias para favorecer a adesão do doente ao tratamento da TB. Os temas são apresentados no Quadro 4.

Quadro 4 - Temas sobre a inovação para o TDO segundo subcategorias de análise e ocorrência por entrevistas - São Paulo, Brasil, 2013.

Categoria 4: Inovações para o TDO		
Subcategoria	Temas	Ocorrência por número de entrevistas
Valorização do ACS.	Oferecer algum benefício ao ACS, que faz o TDO no domicílio, para motivar o sucesso no monitoramento do tratamento.	1/10
Autonomização do doente de TB.	Substituir a doação de benefícios sociais pelo desenvolvimento da responsabilização do doente por sua saúde.	1/10
Educação permanente com os profissionais de saúde.	Qualificações técnicas periódicas para os profissionais envolvidos com o TDO.	1/10
	Discussões mensais e troca de experiências entre profissionais de saúde de unidades distintas, mediadas por gestores da Secretaria Municipal de Saúde.	1/10
Consulta de Enfermagem.	Para o doente com dificuldade de adesão ao tratamento, realizar retorno de consulta a cada 10 ou 15 dias.	1/10
	Esclarecer ao doente de TB sobre a doença e o tratamento na primeira consulta ou na ocasião do diagnóstico.	1/10
Intersetorialidade.	Contar com parcerias externas à unidade de saúde (Pastoral da criança e líderes comunitários) para a sensibilização dos usuários e comunidade ao enfrentamento da TB.	1/10
Coordenação do cuidado ao doente de TB.	Coordenação da assistência através do TB-Web.	1/10

DISCUSSÃO

Considerando que a transferência de política consiste em um processo no qual um programa é transferido

integralmente ou em partes a outro contexto, podendo sofrer uma série de adaptações pelos tomadores de decisão, que têm a responsabilidade de delinear a política pública⁽¹⁷⁾, acrescenta-se que os enfermeiros e demais

profissionais de saúde da ESF podem identificar as necessidades de saúde do doente de TB, quando na efetivação do TDO, para qualificar sua atuação.

Na perspectiva de se inovar uma prática de cuidado, consequente na transferência de uma dada política, o conceito de necessidades de saúde deve ser manejado em relação ao doente de TB, considerando que essas necessidades são afetadas, mas não somente pela configuração do espaço que esse sujeito ocupa na sociedade, exigindo, portanto, a superação da dicotomia indivíduo/sociedade, para que a atenção expresse qualidade e efetividade⁽¹⁹⁾. Também, nesse processo, os enfermeiros devem reconhecer e valorizar as situações de vulnerabilidades em que se encontra o doente de TB, para melhor assisti-lo e protegê-lo, pois a análise da vulnerabilidade permite conhecer e compreender as diferenças como cada um vivencia e enfrenta o processo saúde-doença, que tem determinação sociocultural.

É fato que muitos estudiosos consideram o TDO como uma política favorável à adesão terapêutica e à prevenção das consequências clínicas, epidemiológicas e sociais de um tratamento irregular⁽²⁻⁵⁾. Contudo, é fundamental aprofundar a discussão sobre a experiência subjetiva da adesão do doente ao tratamento da TB, que pode ser considerado trabalhoso para o profissional de saúde, cansativo para o doente e difícil para ambos^(6,9). Nesse aspecto, os resultados de alguns estudos, à semelhança da presente investigação, indicam que o vínculo afetivo produzido entre o doente de TB e o profissional de saúde é fundamental para a qualificação da atenção e a consecução do desfecho terapêutico por cura⁽²⁰⁻²²⁾. É a partir do estreitamento da interação entre esses sujeitos que nasce a atmosfera de confiança e partilha de responsabilidades para o sucesso do projeto terapêutico. O aspecto da subjetividade da pessoa adoecida é algo a ser considerado na transferência da política do TDO de modo a não valorizar apenas os aspectos técnicos e normativos.

Considerando o contexto político-assistencial de atuação dos enfermeiros entrevistados, cabe ressaltar que um dos princípios fundamentais da ESF é a construção de vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade adscrita, objetivando a manutenção do cuidado dos sujeitos e de suas famílias ao longo do tempo, mediante uma postura proativa face aos problemas de saúde-doença⁽²³⁾. Assim, o vínculo, como dimensão da APS, sugere uma interdependência e depende do modo como as equipes se responsabilizam pela saúde das pessoas. Nos dias atuais, a ESF é considerada pelo seu potencial em promover a construção de vínculo entre profissionais e pessoas com TB⁽²²⁾, de modo a fortalecer e facilitar o monitoramento das ações de controle da doença, principalmente o TDO.

Um estudo desenvolvido em João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, ao analisar as percepções de enfermeiros da ESF sobre o tratamento supervisionado da TB, mostrou que essa modalidade de tratamento, além de

promover um vínculo entre usuários e profissionais de saúde, aproxima os membros da equipe de saúde da família, fortalecendo a cooperação entre os mesmos⁽²³⁾.

A diretriz da interdisciplinaridade deve ser considerada nos processos de transferência de políticas. O trabalho em equipe interdisciplinar é particularmente importante quando se apresentam situações complexas no contexto de vida do doente de TB, como a drogadição, o etilismo, as crises familiares e outros problemas sociais, como relatados nesta pesquisa. Qualquer política que não valorize os determinantes sociais da saúde, mesmo implementada, corre o risco de não ser efetivada.

É preciso significar a função do TDO como política a ser capilarizada para o sistema de saúde sob o desenho de uma rede de atenção. A literatura científica apresenta o TDO como a estratégia que possui maior efetividade para aumentar as taxas de cura da TB. Essa modalidade de supervisão do tratamento possui taxas muito baixas de abandono quando comparada ao tratamento autoadministrado, apresentando, particularmente, bons resultados entre grupos de alto risco para abandono, como etilistas, população em situação de rua, adictos de drogas injetáveis e pessoas com sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou com histórico de abandono do tratamento⁽²⁴⁾.

Em se tratando da operacionalização do TDO, o Ministério da Saúde preconiza quatro modalidades de supervisão: domiciliar, na unidade de saúde, no sistema prisional e a modalidade compartilhada⁽²⁵⁾. Contudo, é importante ressaltar a importância da equipe de saúde negociar com o doente a condução do tratamento em função das suas necessidades de saúde⁽⁶⁻⁹⁾ e desejos, como expressado por uma das participantes deste estudo.

Assim, na operacionalização do TDO, é fundamental que o processo da transferência de políticas munície o profissional de saúde de informações pelas quais possa ele considerar o contexto de vida do doente de TB e sua família, pois essa aproximação pode qualificar a escuta terapêutica desenvolvida pelos profissionais de saúde. Nessa perspectiva, o ACS ganha destaque pelo fato de residir e trabalhar no mesmo território que os usuários do serviço de saúde, compartilhando a prática organizativa e a produção cultural da comunidade. Desse modo, o ACS traz importantes contribuições ao reconhecimento das necessidades de saúde do doente de TB, contudo, admite-se a necessidade de qualificação desse profissional dentro do PCT^(6,9), em especial ao deparar-se com doenças infectocontagiosas como a TB, que apresenta dificuldades em seu controle e especificidades quanto a sua representação para a pessoa adoecida e sua família.

Em relação à contribuição da Enfermagem à política do TDO, neste estudo, os participantes destacaram, além do vínculo já discutido, o papel que o enfermeiro desempenha como educador e líder na ESF.

Sabe-se que orientar o doente de TB, sua família e comunidade sobre a doença, sua prevenção e tratamento favorece o empoderamento desses sujeitos no enfrentamento do processo de adoecimento e da situação epidemiológica da TB^(6,9). Esclarecer sobre o tempo de tratamento e possíveis reações adversas dos fármacos é, particularmente, importante para evitar o abandono terapêutico⁽²¹⁾.

Os participantes do estudo reconhecem que a Enfermagem vem, ao longo dos anos, assumindo um papel de destaque no TDO, bem como, de modo mais amplo, na ESF, que reconhecidamente amplia as possibilidades de atuação desse profissional, comprometido com o desenvolvimento humano, a transformação social e uma prática interativa, multidimensional e interdisciplinar⁽²⁶⁾.

A partir do referencial da transferência de políticas, cabe assinalar que a informação, o conhecimento e a inovação são dimensões interligadas no processo de transferência de uma política, cujos objetos podem ser assim classificados: as metas políticas; a estrutura e o conteúdo; as técnicas administrativas; as instituições; as ideologias; as ideias, as atitudes e os conceitos; e, por fim, as experiências negativas⁽¹⁷⁾. Nesta investigação, focamos as ideias, as atitudes e os conceitos de enfermeiros sobre o TDO, que foram explorados nas quatro questões do roteiro de entrevista.

Nesse sentido, o TDO tem a sua implementação nos serviços da AB, dependente da transferência de informações e conhecimentos e também de governança, envolvendo formuladores de políticas, administradores e aqueles que o operacionalizam no cotidiano de trabalho dos serviços de saúde, o que demanda um período de adaptações, além de capacidade inovadora e empreendedora de enfermeiros na ESF. Neste estudo, os novos pensamentos e procedimentos relacionados ao TDO ligam-se à autonomia do doente, à atuação da equipe de saúde e à ordenação do cuidado, com sentido de integralidade.

Sabe-se que existe uma base técnica comum que orienta, para fins operacionais que, ao final do tratamento, o doente deverá ter tido no mínimo vinte e quatro ingestas medicamentosas diretamente observadas por um profissional de saúde na fase de ataque (dois primeiros meses) e quarenta e oito na fase de manutenção⁽²⁵⁾. Entretanto, deve-se dar atenção especial ao contexto do território, onde as pessoas vivem, trabalham e desenvolvem seu processo saúde-doença, permeado por subjetividade.

O trabalho em saúde e Enfermagem está ligado à intersubjetividade, mediante a qual nos constituímos como sujeitos singulares. É, pois, no encontro de subjetividades que os profissionais de saúde podem inovar, produzir cuidado e atuar como sujeitos protagonistas. Nesse sentido, a inovação na transferência de política do TDO pode partir do reconhecimento de que a normatividade do trabalho sempre impõe um conjunto de constrangimentos e limites, mas os trabalhadores de saúde não estão fadados a

sua reprodução, podendo imprimir mudanças, com base em sua experiência, que aproximem as dimensões tecnológica, interativa e intersubjetiva de suas práticas⁽²⁷⁾.

Com esse sentido, as ideias e atitudes acerca do TDO podem expressar maior grau de liberdade sobre a escolha do modo de produzir atos de saúde, mediante projetos terapêuticos singulares, que expressem a intersubjetividade da pessoa em TDO e do profissional de saúde com maior autonomia e autogoverno.

No Brasil, o tratamento supervisionado já vem sendo feito há mais de uma década e meia e tem mostrado bons resultados, contudo há críticas a essa modalidade pela possibilidade de infantilizar ou constranger o doente de TB⁽⁶⁾. Quando uma participante-entrevistada afirma que o benefício social estimula a continuidade do tratamento, mas ao mesmo tempo enfraquece o sentido de responsabilização do usuário por sua saúde, é ressaltada a questão da hipossuficiência do sujeito, ainda que o TDO seja considerado menos restritivo do que a internação⁽⁹⁾.

De modo geral, o *empowerment* de profissionais de saúde e usuários é o fator que mais consistentemente contribui para o espaço de inovação na transferência de política do TDO. Contudo, alguns profissionais da ESF ainda enfrentam condições adversas no cotidiano laboral, como insegurança no vínculo trabalhista e poucos espaços para processos de qualificação na perspectiva da Educação Permanente em Saúde. Tudo isso afeta o trabalho em equipe e a criatividade transformadora desses agentes de mudanças. Por outro lado, alguns doentes de TB ainda são afetados pelo autoritarismo que rege relações assimétricas entre profissionais de saúde e usuários, os quais pouco desenvolvem a autonomia, a cidadania e o empoderamento.

CONCLUSÃO

No presente estudo, observa-se que a transferência do TDO para a ESF, segundo os enfermeiros participantes do estudo, concorreu para uma nova organização do serviço de saúde no enfrentamento das ações de controle da TB. São claras as suas ações em função do tratamento da doença. Verifica-se também que as ações desenvolvidas sob essa modalidade de tratamento deram visibilidade ao trabalho do enfermeiro e dos profissionais da equipe de saúde da família que atuam sob a sua supervisão, a exemplo do ACS e do técnico de enfermagem. Notadamente, com base no estudo realizado, pode-se constatar a liderança do enfermeiro quando se trata da execução do TDO para o controle da TB.

Em relação ao que projetam na perspectiva de aprimorar essa modalidade de tratamento como política transferida ao contexto da ESF, os participantes apresentam sugestões que apontam para importantes inovações, entre elas as que atingem princípios basilares do SUS, a exemplo do tema intersetorialidade, a autonomia do doente – sobre o qual recai uma acentuada crítica pela infantilização

mediante a supervisão medicamentosa – e o emprego de tecnologia midiática associada, no caso a coordenação da assistência pelo emprego do TB-Web.

Verificou-se que os discursos sobre o TDO relacionam-se ao monitoramento do usuário, que produz vínculo e aumenta a probabilidade do desfecho terapêutico por cura. Para os participantes do estudo, o TDO aproxima a equipe de saúde do contexto social e familiar do usuário e, nessa relação, o ACS se destaca pelo trabalho de realizar a observação da ingestão medicamentosa em domicílio.

Os dois pontos de maior destaque no que concerne à contribuição da Enfermagem ao TDO foram: o papel do enfermeiro como educador em saúde e sua capacidade de formar vínculo afetivo com o usuário. Também, destaca-se a competência de liderança, que os enfermeiros vêm desenvolvendo no trabalho em equipe na ESF.

REFERÊNCIAS

1. Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. 2013;44(2).
2. Getahun B, Ameni G, Medhin G, Biadgilign S. Treatment outcome of tuberculosis patients under directly observed treatment in Addis Ababa, Ethiopia. *Braz J Infect Dis*. 2013;17(5):521-8.
3. Sá LD, Oliveira AAV, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Collet S. Caring for tuberculosis patients in the Family Health Strategy: the nurses' perceptions. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):356-63.
4. González C, Sáenz C, Herrmann E, Jatai M, Kaplan P, Monzón D. Tratamiento directamente observado de la tuberculosis en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires. *Medicina (B Aires)*. 2012;72(5): 371-9.
5. Ferreira V, Brito C, Portela M, Escosteguy C, Lima S. DOTS in primary care units in the city of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(1):40-8.
6. Queiroz EM, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Ferreira KR, Bertolozzi MR. Tuberculosis: limitations and strengths of Directly Observed Treatment Short-Course. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2012;20(2):369-77.
7. Palha PF, Villa TCS, Ruffino Netto A, Protti ST, Silva LMC, Weiller TH, et al. Tratamento diretamente observado (DOT): sustentabilidade no controle da tuberculose em municípios prioritários do Estado de São Paulo, 1998-2004. In: Villa TCS, Ruffino-Netto A. Tuberculose: pesquisas operacionais. Ribeirão Preto: FUNPEC; 2009. p.194-206.
8. Gazeta CE, Vendramini SHF, Ruffino-Netto A, Oliveira MRC, Villa TCS. Descriptive study of the implementation and impact of the directly observed treatment, short-course strategy in the São José do Rio Preto municipal tuberculosis control program (1998-2003). *J Bras Pneumol*. 2007;33(2):192-8.
9. Queiroz EM, Bertolozzi MR. Tuberculosis: supervised treatment in North, West and East Health Departments of São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2014 Apr 26]; 44(2):453-61. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_30.pdf
10. Sá LD, Andrade MN, Nogueira JA, Villa TCS, Figueiredo TMRM, Queiroga RPF, et al. Implantação da estratégia DOTS no controle da tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3917-24.
11. Oblitas FYM, Loncharich N, Salazar ME, David HML, Silva I, Velásquez D. Nursing's role in tuberculosis control: a discussion from the perspective of equity. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2010;18(1):130-8.
12. Bissell K, Lee K, Freeman R. Analysing policy transfer: perspectives for operational research. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011;15(9):1140-8.
13. Zachariah R, Harries AD, Ishikawa N, Rieder HL, Bissell K, Larseron K, et al. Operational research in low-income countries: what, why, and how? *Lancet Infect Dis*. 2009;9(11):711-7.
14. São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde; Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Diagnóstico sintético da saúde na cidade de São Paulo [Internet]. São Paulo; 2011 [citado 2014 abr. 26]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/DiagnosticoSinteticoSaudeCidadeSaoPaulo.pdf>.

15. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27.
16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
17. Dolowitz D, Marsh D. Who learns what from whom: a review of the policy transfer literature. *Polit Stud (Oxf)*. 1996;44(2):343-57.
18. Turgeon J, Gagnon F, Michaud M, Tremblay S. Policy health transfer and health impact assessment. Québec: Groupe d'Étude sur les Politiques Publiques et la Santé; 2008.
19. Hino P, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Egry EY. Health needs according to the perception of people with pulmonary tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2012 [cited 2014 Apr 26];46(6):1438-45. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/en_22.pdf
20. Sá LD, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Souza KMJ, Palha PF. Intersectorality and bonding in tuberculosis control in Family Health. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2011;19(2):387-95.
21. Souza KMJ, Sá LD, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS, Figueiredo DA. Tuberculosis treatment drop out and relations of bonding to the family health team. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2010 [cited 2014 Apr 26];44(4):904-11. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_07.pdf
22. Gomes ALC, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):365-72.
23. Silva ACO, Sousa MCM, Nogueira JA, Motta MCS. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. *Rev Eletr Enferm [Internet]*. 2007 [citado 2014 abr. 26];9(2):402-416. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n2/pdf/v9n2a09.pdf
24. Ibanês AS, Carneiro Junior N. Panorama internacional e nacional da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) nas políticas de controle da tuberculose. *ABCS Health Sci*. 2013;38(1):25-32.
25. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília; 2010.
26. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Büscher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(1):223-30.
27. Carvalho BG, Peduzzi M, Mandú ENT, Ayres JRCM. Work and inter-subjectivity: a theoretical reflection on its dialectics in the field of health and nursing. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2012;20(1):19-26.

Apoio financeiro

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).