

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

SIMONE SARDETO VALLOTO

Desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde na utilização do tratamento diretamente observado em pacientes com tuberculose nos municípios do noroeste do Paraná.

Maringá
2016

SIMONE SARDETO VALLOTO

Desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde na utilização do tratamento diretamente observado em pacientes com tuberculose nos municípios do noroeste do Paraná.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde
Área de concentração: Doenças Infecciosas e Parasitárias
Orientador: Prof.^a Dr.a Rosilene Fressatti Cardoso.

Maringá
2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

SIMONE SARDETO VALLOTO

Desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde na utilização do tratamento diretamente observado em pacientes com tuberculose nos municípios do noroeste do Paraná.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Prof^a. Dr^a. Rosilene Fressatti Cardoso
Universidade Estadual de Maringá (Presidente)

Prof^a. Dr^a. Betina Mendes Alcantara Gabardo
Universidade Federal do Paraná

Prof^a. Dr^a. Katiany Rizzieri Caleffi Ferracioli
Universidade Estadual de Maringá

Aprovada em: 29 de Março de 2016.

Local de defesa: Sala 01, Bloco 126, campus da Universidade Estadual de Maringá.

Desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde na utilização do tratamento diretamente observado em pacientes com tuberculose nos municípios do noroeste do Paraná.

RESUMO

A tuberculose (TB), doença causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, pode acometer diversos órgãos e/ou sistemas, porém a forma pulmonar é a mais frequente e a mais preocupante, pois em sua forma bacilífera, é a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. No estado do Paraná, em 2014, a incidência de tuberculose foi de 18,7 casos/100 mil habitantes, entre os casos de TB pulmonar bacilífera, 79,2% dos pacientes apresentaram cura e 8,9% abandonaram o tratamento. No mesmo ano, o coeficiente de mortalidade foi de 1,2 casos/100 mil habitantes. Na 15ª Regional de Saúde as taxas de cura e abandono foram respectivamente 77,8% e 5,8%, estas taxas estão aquém do preconizado para o controle da doença na região. Uma das estratégias para aumentar a cura e reduzir o abandono é o Tratamento diretamente observado (TDO), implantado na 15.ª RS em junho de 2012. Este estudo teve como objetivo analisar o desempenho e o processo de implantação do TDO pelas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios da 15ª Regional de Saúde do Paraná. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quali-quantitativo, envolvendo levantamento de dados operacionais e epidemiológicos após implantação da estratégia Directly Observed Treatment Short Course (DOTS) no Estado do Paraná. No período de junho a agosto de 2015 foram entrevistados médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS), agentes de controle de endemias (ACE), farmacêuticos, dentistas, auxiliares e ou técnicos de enfermagem, auxiliares e ou técnicos de saúde bucal (ASB) atuantes nas equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) com casos notificados e confirmados de tuberculose no SINAN NET no período de Janeiro a Dezembro de 2014. Foi aplicado um questionário aos profissionais com perguntas norteadoras (01 aberta ou dissertativa e outras 04 de múltipla escolha): “O que você entende por TDO em Tuberculose?; Na unidade de saúde que você trabalha é realizado o TDO? De que forma?; Quem é responsável pelo TDO na Unidade de Saúde que você trabalha?; Na sua opinião, o que você acha da realização do TDO nos paciente com Tuberculose?; Quais as principais dificuldades em realizar o TDO Tuberculose?;”. Os dados qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo e os dados quantitativos foram digitados em planilha do programa Microsoft Excel 2010 e analisados com auxílio do *software* estatístico *Statistica 8.0*. Foram entrevistados 387 profissionais com média de idade de 41,2±10,3 anos, onde 44% dos entrevistados atuavam há mais de 10 anos em saúde pública. A maioria dos profissionais entrevistados (93,8%) tem conhecimento da definição do Tratamento Diretamente Observado (TDO), (84,5%) realizam o TDO ao menos 5 dias na semana. Dentre os profissionais responsáveis pela efetivação do TDO está o Agente Comunitário de Saúde (43,7%). Dentre os entrevistados, 48,3% afirmaram que a principal dificuldade na realização desta atividade é a falta de comprometimento do usuário ao tratamento, com relação a questão opinativa 53,2%, consideraram o TDO como ótimo, bom ou necessário. Conclui-se que há necessidade de aprimoramento das ações relacionados ao cuidado do paciente com tuberculose de forma que a organização e o desempenho dos serviços de saúde possam contribuir efetivamente para o controle da tuberculose no país.

Palavras-chave: tuberculose, tratamento diretamente observado, profissionais de saúde.

Challenges faced by health workers in the use of directly observed treatment in patients with tuberculosis in municipalities in northwestern Paraná.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB), a disease caused by *Mycobacterium tuberculosis*, can make various organs and / or systems, but the pulmonary form is the most common and most worrisome, since in his bacillus, it is responsible for the transmission chain maintenance disease. In the state of Paraná in 2014 the incidence of tuberculosis was 18.7 cases / 100,000 inhabitants, among the cases of pulmonary TB bacillus, 79.2% of patients were cured and 8.9% abandoned treatment. In the same year, the mortality rate was 1.2 cases / 100,000 in habitants. The Regional Health 15a healing and dropout rates were respectively 77.8% and 5.8%, these rates are lower than those recommended for the control of disease in the region. One of the strategies to increase healing and reduce abandonment is the directly observed treatment (DOT), implanted in the 15th RS in June 2012. This study aimed to analyze the performance and the TDO process of implementation of the Primary Health teams in the municipalities of the 15th Regional of Health of Paraná. This is a descriptive study with qualitative and quantitative approach, involving lifting operational and epidemiological data after implementation of the strategy *Directly Observed Treatment Short Course* (DOTS) in the State of Paraná. In the period June-August 2015, physicians, nurses, community health workers (CHW), endemic diseases control agent, pharmacists, dentists, assistants and nursing technicians, dental health aides or technicians, working at the Health Primary Care teams in municipalities of 15th Health Regional in state of Paraná were interviewed with reported and confirmed cases of TB in SINAN NET from January to December 2014. A questionnaire with 5 questions (01 open or dissertation and 04 with multiple choice) was applied to these professionals. "What do you understand by DOT in TB?; Does DOT is performed at the health facility you work? In what way?; Who is responsible for DOT at the Health Unit you work ?; In your opinion, what do you think of the completion of DOT in TB patient ?; What are the main difficulties in performing the DOT for TB?". The qualitative data were submitted to content analysis and the quantitative were typed in a worksheet Microsoft Excel program 2010 and analyzed by statistical software Statistica 8.0. Three hundred eight-seven professionals were interviewed with an age average of 41.2 ± 10.3 years old, where 44% of respondents worked more than 10 years in public health. Most of the interviewed professionals (93.8%) knew the definition of DOT, 84.5% have been performed the DOT at least 5 days a week. Among those who believe in HOSE 48.3% said that the main difficulty in carrying out this activity is the lack of commitment of the user to treatment, with respect to question opinionated 53.2% considered the ODD as excellent, good or necessary. In conclusion there is need for improvement of actions related to patient care with TB so that the organization and performance of health services can effectively contribute to the control of tuberculosis in the country

Keywords: tuberculosis, directly observed therapy, health professionals

Dissertação elaborada e formatada conforme as normas da
ABNT (Capítulo I) e da publicação científica (Capítulo II):
Caderno de Saúde Pública (artigo I)

SUMÁRIO

1	CAPÍTULO I	08
1.1	Histórico da Tuberculose	08
1.2	Tuberculose no Brasil	10
1.3	Tuberculose no Paraná	11
1.4	Tuberculose na 15ª Regional de Saúde de Maringá	13
1.5	Tratamento Diretamente Observado	14
1.6	Tuberculose na Atenção Primária em Saúde	17
1.7	Justificativa	18
1.8	Objetivos	19
1.9	Referências	20
2	CAPÍTULO II	23
2.1	Artigo: Desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde na utilização do tratamento diretamente observado em pacientes com tuberculose em municípios no noroeste do Paraná	25
3	CAPÍTULO III	43
3.1	Conclusões	43
3.2	Perspectivas futuras	43

CAPÍTULO I

HISTÓRICO TUBERCULOSE

A tuberculose (TB), doença causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, pode acometer diversos órgãos e/ou sistemas, porém a forma pulmonar é a mais frequente e a mais preocupante, já que em sua forma bacilífera, é a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2011a).

A história da TB se confunde com a história da humanidade, pois há evidências de que junto com a expansão dos seres humanos, a TB migrou por todo o globo terrestre (ESMAEL et al., 2014).

A TB seguramente foi introduzida no Brasil pelos portugueses e missionários jesuítas, a partir do ano de 1500 (RUFFINO-NETTO, 1999). Nas cartas de padres jesuítas existiam relatos de que os índios ao serem catequizados adoeciam e apresentavam febre, tosse com produção de escarro, muitas vezes sanguinolento e a maioria acabava evoluindo a óbito (DE SOUZA MACIEL et al., 2012).

Devido ao fastígio da cultura do café, que antecedeu o período de 1885, ocorreram grandes movimentos migratórios que contribuíram para o desenvolvimento de cidades interioranas e profundas transformações na sociedade da época. Em termos de políticas de saúde, deve-se assinalar que o Dr. Paula Candido, presidindo a Junta Central de Higiene da capital do império, conseguiu junto ao Parlamento que fossem adotadas novas medidas sanitárias para o início do controle da TB. O Decreto nº 6.387, de 15 de novembro de 1876, reorganiza os serviços sanitários nas cidades do império. De 1876 a 1886, baixaram-se cinco decretos e um aviso ministerial relativos à polícia sanitária domiciliar (RUFFINO-NETTO, 1999).

Sanatório e regime higienodietético foi a simbiose fundamental para a cura da TB, entrando por toda a primeira metade do século 20, até o advento da era da moderna quimioterapia. O sanatório foi associado à mística do ar da montanha, porém aos poucos, o conceito climático para o tratamento da doença foi se extinguindo e os hospitais para tratamento do paciente com TB passaram a ser localizados em regiões independentes das condições climáticas (ROSEMBERG, 2011).

As Santas Casas de Misericórdia tiveram um papel importante no atendimento aos doentes desde a colonização do Brasil, ofertando alimento, descanso e tratamento aos menos favorecidos e marginalizados. A participação do poder público no controle da doença começou efetivamente em 1907 quando Dr. Oswaldo Cruz, no cargo de Diretor Geral de Saúde Pública, instituiu o “Plano de Ação Contra a Tuberculose”. No entanto na década de 20, a TB era ainda

era considerada a principal causa de morte na cidade do Rio de Janeiro (HIJJAR et al., 2007; DE SOUZA MACIEL et al., 2012).

O “Serviço Nacional de Tuberculose” foi criado em 1941 para elaborar métodos para a prevenção e controle da doença. Também, houve grande alteração na tendência da mortalidade por TB em decorrência da utilização dos tuberculostáticos: estreptomina (S) a partir de 1948, ácido para-amino-salicílico (PAS) a partir de 1949 e Isoniazida (H) em 1952. O uso de esquemas poliquimioterápicos iniciou-se em 1964 com SM, H, PAS por 18 meses, sendo esse período reduzido em 1965 para uso contínuo de 12 meses. Em 1979, o Brasil preconizou um sistema de tratamento composto pelo esquema I, no qual se implementava adição de pirazinamida (P) e rifampicina (R) a H por 2 meses seguido de 4 meses com R e H (2RHZ/4RH) para os casos novos diagnosticados. Para pacientes que apresentavam resistência ao esquema I, preconizou-se a utilização adicional do etambutol (E) por 6 meses (2RHZE/4RHE) para retratamentos (esquema IR). Nos caso de TB meningoencefálica o uso esquema II (2RHZ/7RH) aplicado por 9 meses. Em situações de falência ao esquema IR utilizava-se o esquema III (3SZEet/9EEt) no qual os quimioterápicos S, Z, E e etionamida (Et) eram ministrados por 3 meses seguido de 9 meses de E e Et, o que totalizava 12 meses de tratamento (BRASIL, 2011a).

Em 1972, implantou-se a vacinação utilizando BCG intradérmica, em substituição a BCG oral usada até 1968. A BCG intradérmica tornou-se obrigatória para menores de um ano de idade a partir de 1976, com objetivo de prevenir as formas mais graves da doença como meningoencefalite tuberculose e a tuberculose miliar (BARRETO et al., 2006).

A TB foi equivocadamente considerada controlada nos anos 1980, sendo que as últimas décadas do século XX foram marcadas por enormes desigualdades sociais nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Essas desigualdades são traduzidas em aumento das condições de pobreza e falta de acesso a serviços, crescimento populacional e concentração urbana. Isto repercutiu negativamente nas doenças endêmicas, como a TB e a pandemia de infecção pelo HIV. Nesse cenário, a deterioração dos programas de controle da TB resultou em grandes desafios no terreno das doenças infecciosas (PICON III, 2007). Os indivíduos que vivem com HIV tem 29 vezes mais chance de desenvolver TB. Essa coinfeção TB/HIV foi e continua sendo fatal em um grande número de pacientes (WHO, 2014).

Às portas do novo milênio, os indicadores epidemiológicos da TB continuam, lembrando-nos que a longa luta travada pela humanidade contra esta doença, encontra-se longe de uma vitória contra o seu agente causador. As esperanças de erradicá-la, a partir da década de

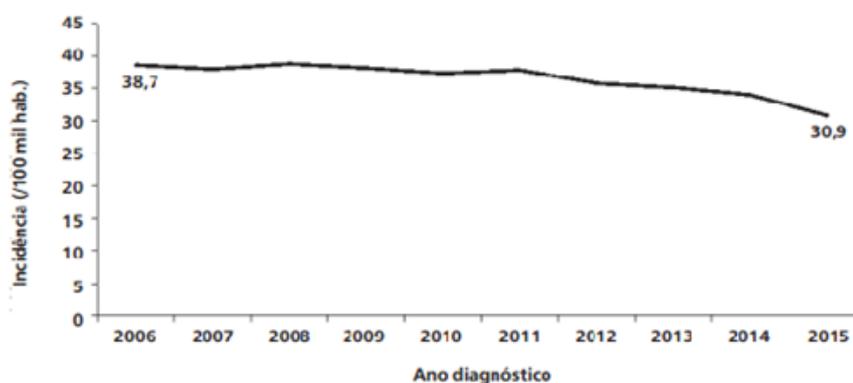
40, oriundas da descoberta de medicamentos eficazes, frustraram-se ao apagar das luzes do século XX (SANCHES, et al., 2009).

De acordo OMS, a prevalência da TB caiu 41% de 1990 a 2013. Duas das seis grandes regiões do planeta, Américas e a região do Pacífico Ocidental, conseguiram atingir as metas de redução da incidência, prevalência e mortalidade. Observou-se uma tendência de queda nas taxas da TB no continente africano, Mediterrâneo Oriental e Regiões da Europa, mas não o suficiente para atingir as metas propostas (WHO, 2012).

Novas metas para a eliminação da TB até 2050 foram propostas pela OMS no final de 2014. Estas metas envolvem não só as medidas específicas para controle da doença, mas também ressaltam a importância do desenvolvimento socioeconômico e do tratamento antirretroviral em coinfectados HIV/TB na África subsaariana. Também apontam para a necessidade de desenvolver novas tecnologias e abordagens para detecção e tratamento da doença ativa bem como da TB latente (ESMAEL et al., 2014).

TUBERCULOSE NO BRASIL

De acordo com a OMS, o Brasil é um dos 22 países que concentram 80% da carga mundial de TB. Nesse grupo de países, atualmente o Brasil ocupa a 18ª posição em relação a carga da doença e a 22ª posição em relação ao coeficiente de incidência (CI), prevalência e mortalidade (WHO, 2015). Apesar de ser observado nos últimos dez anos uma redução nos coeficientes de incidência do Brasil (Figura 1), os mesmos não são homogêneos no país o que demanda o desenvolvimento de ações específicas, considerando-se as particularidades de cada local (Figura 2). O coeficiente de mortalidade da TB também apresentou redução ao longo dos anos (Brasil, 2016).



Fonte: Sinan.
*Dados sujeitos a alteração.

FIGURA 1: Coeficiente de Incidência de Tuberculose. Brasil, 2006 a 2015*.

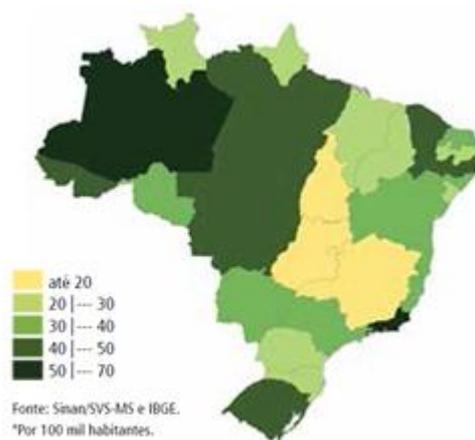


FIGURA 2: Coeficiente de Incidência de Tuberculose por Região. Brasil, 2012.

Até fevereiro de 2016, foram registrados 63.189 casos novos da doença no Sistema de Notificação de Agravos SINAN NET no ano de 2015. As taxas de incidência foram de 51,8/100 mil habitantes em 1990 para 34,1/100 mil habitantes e segundo dados preliminares divulgados pelo MS 30,9 casos/100 mil habitantes em 2015 (FIGURA 2). Quanto ao diagnóstico da coinfeção HIV/TB, 68,9% dos casos tiveram testagem realizada, sendo que 4.223 foram positivos, o que corresponde a um percentual 9,7%. Entre os casos de TB pulmonar bacilífera diagnosticados em 2015, 74,2% dos pacientes apresentaram cura e 11,0% abandonaram o tratamento, taxas estas muito inferiores às preconizadas pela OMS que é de no mínimo 85% e 5% de abandono. No ano de 2014, foram registrados 4.374 óbitos por TB, com uma taxa de mortalidade por causa básica de 2,2/100 mil habitantes (BRASIL, 2016) (FIGURA 2).

Em 2014, o coeficiente de incidência de TB na população de cor preta foi 1,93 vezes maior do que da população geral. Para a população indígena, foi 3 vezes maior, para população privada de liberdade 28 vezes maior e para população de rua 44 vezes maior (BRASIL, 2015).

TUBERCULOSE NO PARANÁ

O Paraná possui três municípios prioritários (Curitiba, Foz do Iguaçu, Colombo) para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, pois são municípios ou capitais com população maior que 150 mil habitantes, que apresentam coeficiente de incidência (todas as formas) superior ao coeficiente nacional (35,3/100 mil habitantes) ou coeficiente de mortalidade por tuberculose superior ao coeficiente nacional (2,3 /100 mil habitantes), ou, ainda, mais de 200 casos novos diagnosticados em 2013.

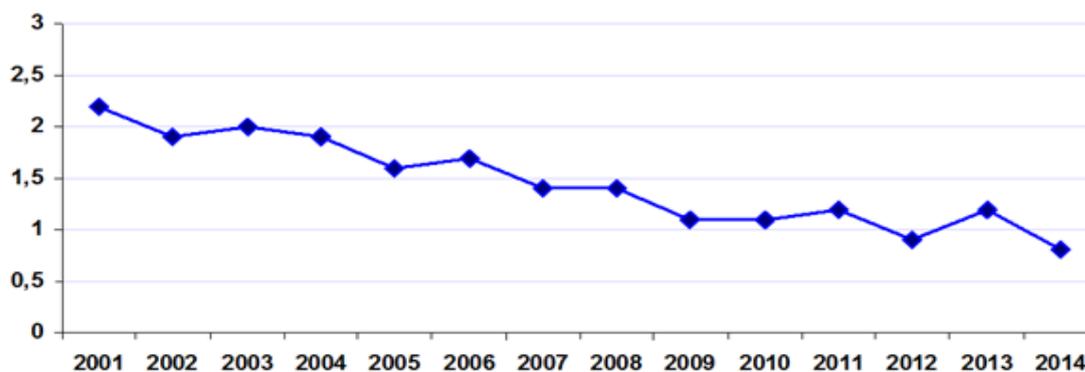
Até final de 2015, foram registrados 2.214 casos novos da doença no SINAN NET. As taxas de incidência foram de 18,7/100 mil habitantes para todas as formas de TB e de 11,8/100 mil habitantes para os casos bacilíferos (Figura 3). Quanto ao diagnóstico da coinfeção HIV/TB,

90,2% dos casos tiveram testagem realizada, sendo que 382 foram positivos, o que corresponde a um percentual de positividade de 14,5%. Entre os casos de TB pulmonar bacilífera diagnosticados em 2014, 79,2% dos pacientes apresentaram cura e 8,9% abandonaram o tratamento. No mesmo ano, foram registrados 83 óbitos por TB, com um taxa de mortalidade por causa básica de 0,8 /100 mil habitantes (Figura 4) (BRASIL, 2015; SINAN NET-DATASUS atualizado em 15 fev. 2016).



Fonte: SESA/CEPI/DVDST/HI/AIDS/HV/TB. SINAN: 14/01/2016*Dados Preliminares.

FIGURA 3: Coeficiente de Incidência de tuberculose por município, Paraná, 2015.

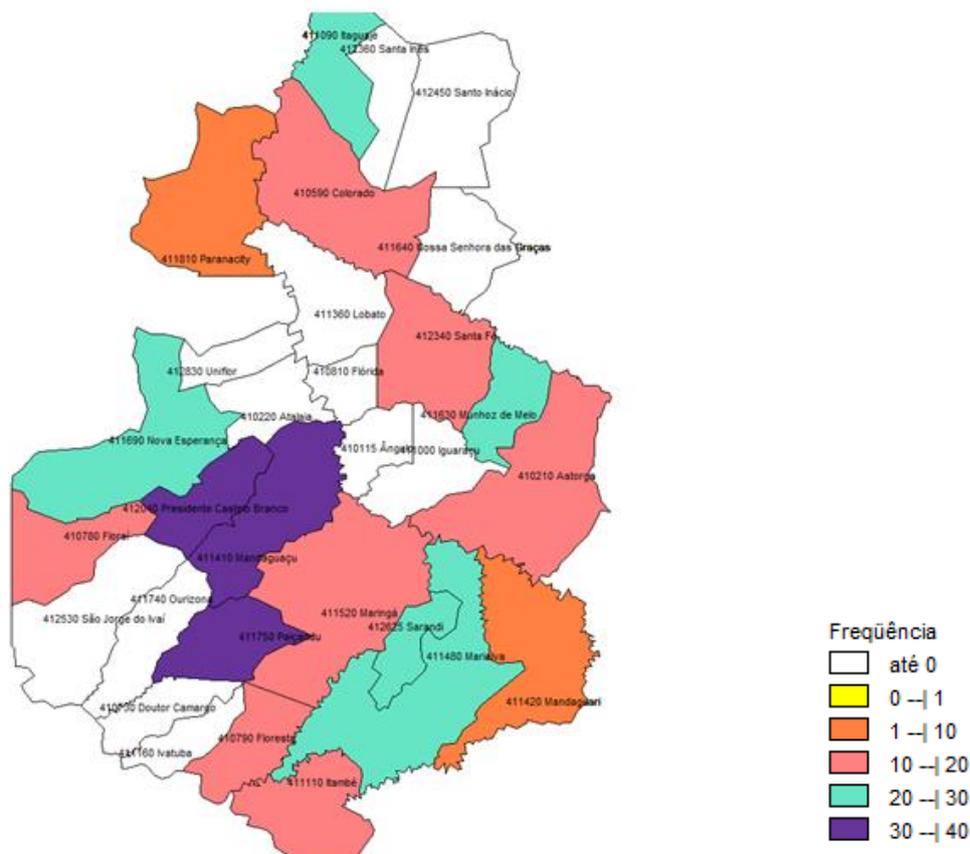


Fonte: SESA/CEPI/DVDST/HI/AIDS/HV/TB. SINAN: 04/01/2015. *Dados Preliminares

FIGURA 4: Coeficiente de mortalidade da tuberculose. Paraná, 2001-2014*.

TUBERCULOSE NA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DE MARINGÁ

A 15ª Regional de Saúde do Paraná abrange 30 municípios, dos quais destacamos como maior coeficiente de incidência Munhoz de Melo (25,93 casos/100 mil hab), Marialva (26,63 casos/ 100 mil hab), Sarandi (28,29 casos/100 mil hab), Paiçandu (31,26 casos/100 mil hab), Mandaguaçu (33,09 casos/ 100 mil hab) e Presidente Castelo Branco (39,56 casos/100 mil hab) (Figura 5). Em 2014, foram registrados 147 casos novos, 04 recidivas e 09 pacientes com reingresso pós abandono de tratamento da doença no SINAN NET. As taxas de incidência foram de 18,79/100 mil habitantes para casos novos de TB e de 8,56/100 mil habitantes para os casos bacilíferos. Quanto ao diagnóstico da coinfeção HIV/TB, 93,4% dos casos tiveram testagem realizada, sendo que 25 foram positivos, o que corresponde a um percentual de positividade de 14,9%. Entre os casos de TB pulmonar bacilífera diagnosticados em 2014, 77,9% dos pacientes apresentaram cura e 5,81% abandonaram o tratamento. No mesmo ano, foram registrados 5 óbitos por TB, com uma taxa de mortalidade por TB como causa básica de 0,63/100 mil habitantes (SINAN NET-DATASUS, atualizado em 15 fev. 2016).



Fonte: SESA/15ª RS/SCVGE. SINAN: 15/02/16. *Dados preliminares

Figura 5 – Coeficiente de Incidência de Tuberculose por município da 15ª Regional de Saúde do Paraná em 2014*.

TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO

O uso dos medicamentos fora do esquema preconizado, seja por dose incorreta ou por abandonos e reingressos sucessivos, agravou a resistência microbiana e levou o fenômeno conhecido por TB-MDR – em inglês: *multidrug-resistant tuberculosis* e mais recente a TB-XDR – *extensively drug-resistant tuberculosis*. Estas formas da doença tornam o tratamento mais difícil, com o uso de fármacos que causam mais efeitos adversos, prolongamento do tratamento, piores chance de cura e custo mais elevado (FURLAN et al., 2012).

No plano político, o Ministério da Saúde (MS) tem tido decisiva atuação desde que em 2003, elegeu a TB como problema prioritário de saúde pública a ser combatido, ampliou o orçamento e qualificou a equipe do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) viabilizando sua ativa participação em todo território nacional.

Em 1993, a OMS declarou o estado de urgência da TB, propondo a Estratégia DOTS em inglês *Directly Observed Treatment Short Course* que enfatiza: necessidade de compromisso político governamental a fim de garantir a inserção da TB nas agendas das autoridades ligadas direta ou indiretamente à saúde; detecção de casos prioritariamente a partir da realização de baciloscopia em pelo menos 70% dos casos estimados de TB pulmonar; aumento nas taxas de cura acima de 85% com a adoção do tratamento medicamentoso de curta duração contendo rifampicina e isoniazida sob tratamento diretamente observado (TDO); provisão regular dos medicamentos; sistema de notificação adequada dos casos de TB para o monitoramento das atividades de controle (GRANICH et al., 1999).

Sendo assim, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Plano Emergencial para o controle da enfermidade que teve como objetivo aumentar a efetividade das ações de controle da TB por meio da implementação de atividades específicas em 230 municípios prioritários. Estes municípios foram escolhidos segundo critérios de magnitude epidemiológica da TB e da AIDS, tamanho da população e informações operacionais. Estes locais foram eleitos devido a concentração de 75% dos casos estimados da doença no Brasil. Essa estratégia foi elaborada visando diminuir a transmissão do bacilo na população até o ano de 1998. (JONES et al., 2000). Em outubro de 1998 foi iniciado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), considerando as diretrizes: o Ministério da Saúde (MS) é responsável pelo estabelecimento das normas, a aquisição e abastecimento de medicamentos, referência laboratorial e de tratamento, coordenação do sistema de informações, apoio aos estados e municípios por repasses financeiros e articulação intersetorial visando maximizar os resultados de políticas públicas. (BRASIL, 1996).

O PNCT reconhece que a condição essencial para o controle da TB é a articulação e a complementaridade de ações dos três níveis de gestão do SUS (União, Estados e Municípios), envolvimento e participação social e apoio de organizações não governamentais. Também, estabelece a detecção e diagnóstico realizados fundamentalmente pela baciloscopia em todos os sintomáticos respiratórios (SR), disponibiliza os medicamentos anti-TB, assegura o tratamento supervisionado e vigilância da resistência aos fármacos, além de prover um sistema de informações de acordo com recomendações da OMS (RUFFINO-NETTO, 2002).

Este plano introduziu duas inovações: o tratamento supervisionado e a instituição de um bônus financeiro para o município por cada caso de doente com TB que seja diagnosticado, tratado e curado, seja por TDO ou não. O repasse desse bônus é feito automaticamente por ocasião da notificação da alta por cura, ficando suprimida toda e qualquer burocracia de assinaturas de convênio para esses repasses.

Em 1997, foi introduzido oficialmente no Brasil o tratamento diretamente observado – (TDO) que é uma ação que visa garantir a conclusão do tratamento e evitar a multidroga resistência. Esta estratégia de tratamento consiste na administração direta do medicamento por uma segunda pessoa (BRASIL, 1999). O paciente em regime de TDO não arca sozinho com a responsabilidade de adesão ao tratamento. Os profissionais de saúde, governo, e as comunidades também compartilham com as responsabilidades de cura do doente. A estratégia fornece uma série de serviços de suporte que os pacientes necessitam para continuar e terminar o tratamento (GRANICH et al., 1999). A primeira cidade do Brasil a utilizar tal estratégia foi Ribeirão Preto e o primeiro estudo piloto para sua implantação no país foi na Macro Região Centro Oeste do Brasil.

A meta estabelecida pela OMS de identificar 70% dos casos estimados e curar 85% dos casos de TB foi atingida em muitos países. Porém não foi suficiente para deixar de preocupar as autoridades em saúde pública e colocou a TB na agenda das Nações Unidas como parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

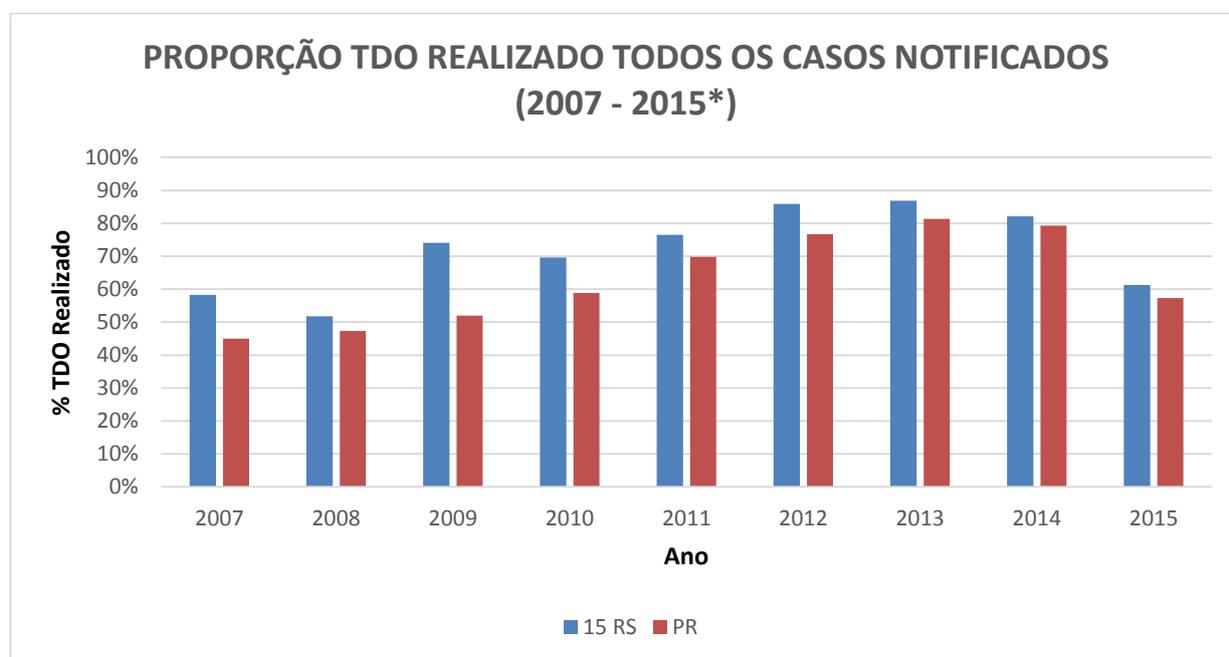
Um dos objetivos propostos na agenda das Nações Unidas é combater a coinfeção HIV/AIDS, a malária e outras doenças graves, onde consta a TB. Foi também estabelecida a redução de 50% dos óbitos por TB até 2015 quando comparado ao nível de 1990. Até 2012 a redução da taxa de mortalidade chegou a 45% (ESMAEL et al.; 2014).

Paralelamente, o MS tem se pautado pelo fortalecimento do sistema de saúde, promovendo a articulação entre diferentes programas que possam contribuir para o controle da endemia no país, particularmente no combate a coinfeção HIV/TB e na promoção de acesso aos

serviços de saúde das populações mais vulneráveis, sempre na perspectiva da descentralização das ações de controle da TB, com ênfase absoluta na atenção básica (BRASIL, 2011b).

Em 2009, o PNCT juntamente com o seu Comitê Técnico Assessor, reviu o sistema de tratamento da TB no Brasil. Com base nos resultados preliminares do II Inquérito Nacional de Resistência aos Medicamentos anti-TB, que mostrou aumento da resistência primária à isoniazida (de 4,4% para 6,0%), o etambutol foi introduzido como quarto fármaco na fase intensiva de tratamento (dois primeiros meses) do Esquema Básico. Para as crianças menores de 10 anos permaneceu a recomendação da utilização do Esquema Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida - RHZ. Os medicamentos anti-TB estão disponíveis pelo Sistema Único de Saúde – SUS e são distribuídos gratuitamente para os doentes. Os fármacos promovem a cura em quase 100% dos casos novos. Em situações de reação adversa, interação medicamentosa principalmente no caso da coinfeção com o HIV, falência de tratamento e resistência aos fármacos, podem ser utilizados esquemas especiais conforme Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a).

A oferta de TDO no Brasil foi expandida, mas ainda é necessário que seja intensificada, uma vez que, em 2014, apenas 46,7% dos casos novos foram acompanhados por meio dessa estratégia (BRASIL, 2015). No Paraná e 15ª Regional de Saúde, no mesmo ano, 79,28% e 82,14% dos casos de TB estavam sob o TDO respectivamente (figura 6).



Fonte: SESA/15ª RS/SCVGE. SINAN: 15/02/16. *Dados preliminares.

FIGURA 6: Proporção de realização TDO (todos os casos) 15ª Regional de Saúde, Paraná 2007 a 2015.

A TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária foi integrada ao Departamento de Atenção Básica (DAB), em 2000 (FIGUEIREDO et al., 2009), com o principal objetivo de fortalecer a relação entre o Programa Saúde da Família (PSF) e as ações programáticas, agregando assim, instrumentos para a organização da atenção ao paciente com TB (BRASIL, 2011c). Assim, visou-se desenvolver um Plano Estratégico para Implementação do Controle da TB no Brasil, juntamente com a criação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (FIGUEIREDO et al., 2009). As Normas Operacionais de Assistência em Saúde (NOAS) 01/2002, ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, no processo de regionalização e hierarquização dos serviços bem como a busca pela equidade (GAZETTA et al., 2006; MUNIZ et al., 2006; MACIEL et al., 2009).

Como instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde surge o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, visando a negociação das metas a serem alcançadas em relação aos indicadores previamente acordados. Em 2003, o indicador “Proporção de Abandono do Tratamento da Tuberculose” foi considerado um dos 20 principais indicadores para o monitoramento da atenção básica no país (GAZETTA et al., 2006).

Com a integração das ações desenvolvidas pelo DAB, esperava-se um salto qualitativo e quantitativo no programa de controle da doença. Todavia, faltava ainda a implementação do programa em termos operacionais, principalmente em relação ao aumento na detecção de casos, redução da taxa de abandono de tratamento e aumento da taxa de cura (FIGUEIREDO et al., 2009). Para alcançar os novos objetivos propostos, em 2004 foi lançado o novo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) (GAZETTA et al., 2006), que reconhece a importância de estender o programa a todos os serviços de saúde do SUS, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), além da adoção do tratamento supervisionado (MACIEL et al., 2009; GONÇALES et al., 2008).

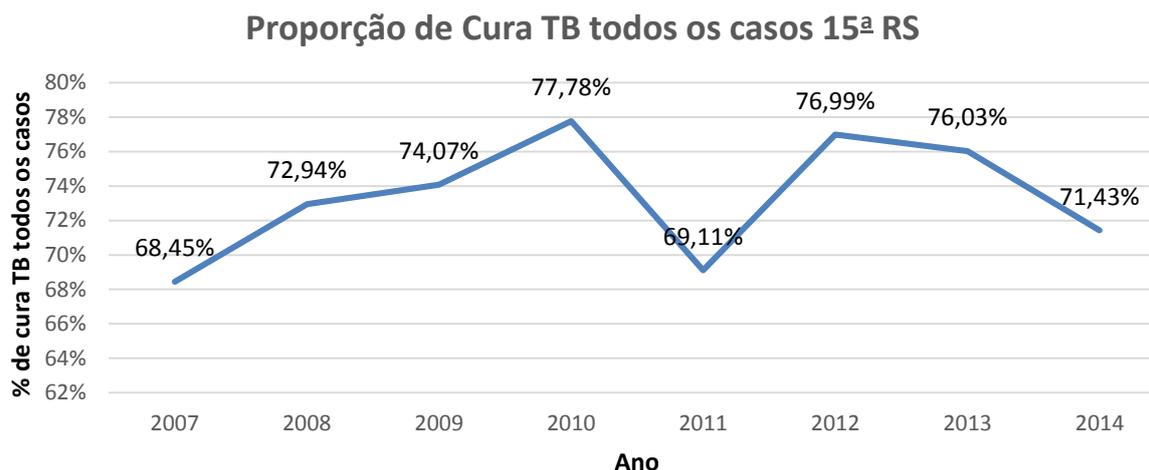
A partir de 2000, o controle da TB foi estendido à Atenção Básica de Saúde, articulando-se primeiramente à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e posteriormente aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A descentralização das ações de controle da doença favoreceria a integração das equipes da ESF com as do Programa de Controle de TB (PCT) nas unidades básicas tradicionais (OLIVEIRA, 2007). Uma das propostas era expandir o TDO para 100% das unidades de saúde (US) dos municípios prioritários e para pelo menos 80% dos usuários bacilíferos desses municípios até 2007 (BRASIL, 2011b).

O atual PNCT está integrado na rede de serviços de saúde e é desenvolvido por intermédio de um programa unificado e executado em conjunto pelos âmbitos federal, estadual e municipal. O programa propõe intensificar a identificação dos sintomáticos respiratórios (HARTWING et al., 2008), introduzir novas possibilidades de intervenção, promover a integração dos serviços de forma a expandir as atividades de controle da TB. Desse modo, vem sendo proposto que a ESF incorpore em suas atividades, a responsabilidade pelo desenvolvimento das ações de controle da doença. Para tanto, é necessário que os profissionais estejam capacitados para realizar o diagnóstico dos casos, tratar e acompanhar os pacientes e seus contatos, manter o sistema de informação atualizado e realizar ações preventivas e educativas junto à comunidade (MARCOLINO et al., 2009; BARRÊTO et al., 2012). As ESF representam, hoje, uma forma de acesso e equidade à saúde para todos os cidadãos assim como melhorias das condições de vida e redução da desigualdade social.

A operacionalização e a sustentabilidade dessas políticas sociais (TDO, ESF, PACS) se dão de forma desigual entre os municípios, o que interfere tanto na gestão como na oferta dos serviços de saúde (SOUZA, 2004).

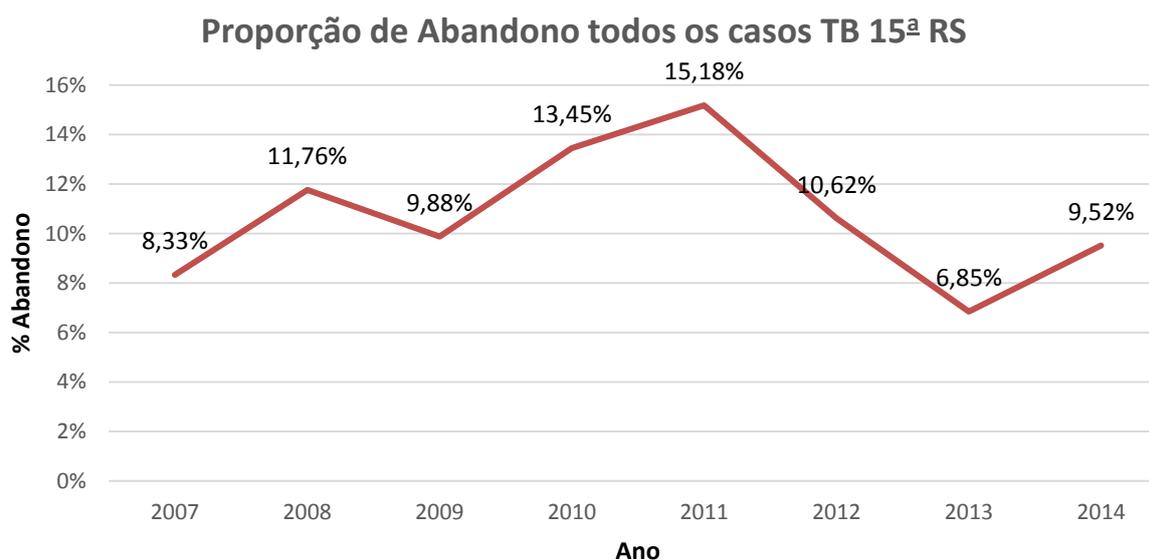
JUSTIFICATIVA

O TDO foi implantado no Estado do Paraná no ano de 2010. Para sua implantação, foram realizadas oficinas, promovidas pelo MS, com o objetivo de nortear os profissionais para atuarem com as equipes regionais para a utilização da estratégia TDO. A 15ª Regional de Saúde realizou uma capacitação para cerca de 250 profissionais da Atenção Primária e Vigilância Epidemiológica, dos trinta municípios que compõem a regional, em julho do ano de 2012. Nesta ocasião acreditava-se que após tal treinamento os indicadores de TB alcançariam facilmente as metas estabelecidas pelo PNCT (percentual de cura superior a 85% e abandono de tratamento inferior a 5%). Após análise dos dados e indicadores, nos anos de 2012, 2013, 2014, a 15ª Regional de Saúde obteve números inferiores de cura e superiores de abandono de tratamento aos conquistados nos anos anteriores a implantação do TDO na região. Até onde se sabe existe uma lacuna importante em termos de investigações sobre a efetividade do TDO. Surgiu então a necessidade de compreender alguns aspectos da organização dos serviços de saúde que executam TDO na 15ª Regional de Saúde do Paraná. Até onde se sabe não existem estudos sobre os desafios na implantação do TDO na 15ª Regional de Saúde sob o olhar de todos os profissionais que compõem as equipes de Atenção Primária em Saúde (APS).



Fonte: SESA/15ª RS/SCVGE. SINAN: 15/02/16. * Dados preliminares.

Figura 7: Proporção de Cura de tuberculose (todos os casos) 15ª Regional de Saúde, Paraná 2007 a 2014.



Fonte: SESA/15ª RS/SCVGE. SINAN: 15/02/16. * Dados preliminares.

Figura 8: Proporção de Abandono de tuberculose (todos os casos) 15ª Regional de Saúde, Paraná 2007 a 2014.

OBJETIVOS

GERAL

Analisar o desempenho e o processo de implantação do TDO pelas equipes de Atenção Primária a Saúde nos municípios da 15ª Regional de Saúde (RS) do Paraná.

REFERÊNCIAS

BARRÊTO, A.J.R.; SÁ, L.D.; NOGUEIRA, J.A.; PALHA, P.F; PINHEIRO, P.G.O.D.P. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet], p. 1875-1884, 2012.

BARRETO, M.L.; PEREIRA, S.M.; FERREIRA, A.A. BCG vaccine: efficacy and indications for vaccination and revaccination. **Jornal de pediatria**, v. 82, n. 3, p. s45-s54, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Guidelines for tuberculosis control in Brazil. A. Normas e Manuais Técnicos, p. 284-284, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Apoio à Gestão de Vigilância em Saúde. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica : protocolo de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Apoio à Gestão de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico: Tuberculose – 2015: Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileira frente a tuberculose. Vol 46 Brasília: Ministério da Saúde disponível na internet: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/27/2015-007-BE-tuberculose--para-substitui-o-no-site.pdf> acessado em Novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico: Tuberculose – 2016: Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública. Vol 46 Brasília: Ministério da Saúde disponível na internet: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/2016-013-BE-tuberculose--para-substitui-o-no-site.pdf> acessado em Março de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Datasus. SINAN NET, atualizado em 15 fevereiro, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Administração/ Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Boletim de Pneumologia Sanitária 4:7-56, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília; 1999.

CARDOSO-GONZALES, R.I.; MONROE, A.A.; ASSIS, E.G.; PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP** vol.42 no.4 São Paulo Dec. 2008.

DE SOUZA MACIEL, M.; MENDES, P.D.; GOMES, A.P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. **Rev Bras Clin Med. São Paulo**, v. 10, n. 3, p. 226-30, 2012.

ESMAIL, H.; BARRY, C.E.; YOUNG, D.B.; WILKINSON, R.J. The ongoing challenge of latent tuberculosis. 2014. Disponível em: <http://rstb.royalsocietypublishing.org/content/369/1645/20130437.long>.

FIGUEIREDO, T.M.R.M.; VILLA, T.C.S.; SCATENA, L.M.; GONZALES, R.I.C.; RUFFINO-NETTO, A.; NOGUEIRA, J.A.; OLIVEIRA, A.R.; ALMEIDA, S.A. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 825-831, 2009.

FURLAN, M.C.R.; OLIVEIRA, S. P. D.; MARCON, S. S. Factors associated with nonadherence of tuberculosis treatment in the state of Paraná. **Acta paul. enferm**, v. 25, n. spe1, p. 108-114, 2012/00PY - 2012 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&

GAZETTA, C.E.; VENDRAMINI, S.H.F.; RUFFINO-NETTO, A.; OLIVEIRA, M.R.D.C.; VILLA, T.C.S. Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998-2003). **J BrasPneumol**. 2007;33:192-8.

GRANICH, R.; JARVIS, W.R.; SIMONE, P.M. Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings. Geneva: WHO, 1999.

HARTWIG, S.V.; IGNOTTI, E.; OLIVEIRA, B.F.; PEREIRA, H.C.; SCATENA, J.H. Evaluation of surveillance of contacts of new tuberculosis cases in the state of Mato Grosso-Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 34, n. 5, p. 298-303, 2008.

HIJJAR, M.A.; GERHARDT, G.; TEIXEIRA, G.M.; PROCOPIO, M.J. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 50-57, 2007. ISSN 0034-8910.

JONES, L.R.; THOMPSON, F. Um modelo para nova gerência pública. **Revista do Serviço Público** 51:41-79, 2000.

MACIEL, E.L.N.; ARAUJO, W.K.D.; GIACOMIN, S.S.; JESUS, F.A.D.; RODRIGUES, P.M.; DIETZE, R. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. **Ciências Saúde Coletiva**; 14 (1):1395-1402; 2009.

MARCOLINO, A.B.; NOGUEIRA, J.A.; RUFFINO-NETTO, A.; MORAES, R.N.; SÁ, L.D.; VILLA, T.C.; et al. [Evaluation of access to tuberculosis control actions in the context of family health teams in Bayeux – PB]. **Rev Bras Epidemiol**. 2009; 12(2):144-57.

MUNIZ, J.N.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S.; YAMAMURA, M.; ARCENCIO, R.; & CARDOSO-GONZALES, R.I. Aspectos epidemiológicos da co-infecção tuberculose e vírus da imunodeficiência humana em Ribeirão Preto (SP), de 1998 a 2003. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 2006 32(6), 529-534.

OLIVEIRA, L.G.D. Avaliação do programa de controle da tuberculose no município de Niterói – RJ: a integração entre a unidade de saúde e a unidade de saúde da família. Rio de Janeiro: **Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz**; 2007

PICON III, P.D. Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle. **Rev Saúde Pública** 41.Supl 1 (2007): 34-42.

ROSEMBERG, J. Tuberculose - Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. Bol. Pneumol. Sanit., Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, dez. 1999 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X1999000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 maio 2011.

RUFFINO NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Boletim de Pneumologia Sanitária** 7:7-18, 1999.

SANCHEZ, A.; LAROUZÉ, B.; ESPINOLA, A.B.; PIRES, J.; CAPONE, D.; GERHARDT, G.; HIJJAR, M.A.; MASSARI, V.; et al. Screening for tuberculosis on admission to highly endemic prisons? The case of Rio de Janeiro State prisons. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, 2009. 13(10), 1247-1252.

SOUZA, C. Governos locais e gestão políticas sociais universais. **São Paulo em Perspectiva** (2004); 18 (2):27-41.

RUFFINO NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Soc. Brasileira de Medicina Tropical**, 35(1): 51-58, 2002.

WHO | Global tuberculosis report 2014. WHO, 2014-12-05 11:28:04 2014. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/>.

WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. In: (Ed.). Recommendations for Investigating Contacts of Persons with Infectious Tuberculosis in Low- and Middle-Income Countries. Geneva: World Health Organization. Copyright (c) World Health Organization 2012.

WHO. World Health Organization. Global tuberculosis report 2015. Geneva: WHO; 2015. 192 p.

CAPÍTULO II

Artigo 1: “Desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde na utilização do tratamento diretamente observado em pacientes com tuberculose nos municípios do noroeste do Paraná”

Desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde na utilização do tratamento diretamente observado em pacientes com tuberculose nos municípios do noroeste do Paraná.

Simone Sardeto Valloto¹, Rosilene Fressatti Cardoso² e Betina Mendez Alcântara Gabardo³,
Katiany Rizzieri Caleffi Ferracioli⁴, Luciana Dias Ghiraldi Lopes⁵, Simoni Pimenta de
Oliveira⁶.

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde;

Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR

Endereço para correspondência: Universidade Estadual de Maringá. Programa Ciências da Saúde (PCS)– Av. Colombo 5790 CEP 87020-900, Maringá, Paraná, Brasil.

Desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde na utilização do tratamento diretamente observado em pacientes com tuberculose nos municípios do noroeste do Paraná.

RESUMO

A tuberculose (TB), doença causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, pode acometer diversos órgãos e/ou sistemas, porém a forma pulmonar é a mais frequente e a mais preocupante, já que em sua forma bacilífera, é a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. No estado do Paraná em 2014 a incidência de tuberculose era de 18,7 casos/100 mil habitantes, entre os casos de TB pulmonar bacilífera diagnosticados em 2014, 79,2% dos pacientes apresentaram cura e 8,9% abandonaram o tratamento. No mesmo ano, foram registrados 101 óbitos por TB. O estudo teve como objetivo analisar o desempenho e o processo de implantação do TDO pelas equipes de Atenção Primária a Saúde nos municípios da 15ª Regional de Saúde do Paraná. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quali-quantitativa, envolvendo levantamento de dados operacionais e epidemiológicos após implantação da estratégia DOTS no Estado do Paraná. No período de junho, julho e agosto de 2015 foram entrevistados médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS), agente de controle de endemias (ACE), farmacêuticos, dentistas, auxiliares ou técnicos de enfermagem, auxiliares ou técnicos de saúde bucal (ASB) atuantes nas equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) em municípios localizados no âmbito da 15ª RS do Paraná com casos notificados e confirmados de tuberculose no SINAN NET no período de Janeiro a Dezembro de 2014. Foi aplicado um questionário aos profissionais com perguntas norteadoras (01 aberta ou dissertativa e outras 04 de múltipla escolha): “O que você entende por TDO em Tuberculose?; Na unidade de saúde que você trabalha é realizado o TDO? De que forma?; Quem é responsável pelo TDO na Unidade de Saúde que você trabalha?; Na sua opinião, o que você acha da realização do TDO nos paciente com Tuberculose?; Quais as principais dificuldades em realizar o TDO Tuberculose?;”. Os dados quantitativos foram submetidos análise de conteúdo e os dados quantitativos foram digitados em planilha do programa Microsoft Excel 2010, analisados com auxílio do software estatístico Statistica 8.0. Foram entrevistados 387 profissionais com média de idade de 41,2±10,3 anos, onde 44% dos entrevistados atuavam mais de 10 anos em saúde pública. A maioria dos profissionais entrevistados (93,8%) tinha conhecimento da definição do Tratamento Diretamente Observado (TDO), (84,5%) realizam o TDO ao menos 5 dias na semana, entre os profissionais responsáveis pela efetivação do TDO está o Agente Comunitário de Saúde (43,7%), Em torno de 50% dos profissionais acreditam que a principal dificuldade na realização do TDO é a falta de comprometimento do usuário ao tratamento, com relação a questão opinativa 53,2% consideraram o TDO como ótimo, bom ou necessário. A execução do TDO não depende apenas da qualificação dos profissionais, mas também da humanização do cuidado, oferecimento de suporte social e desenvolvimento de ações em parceria com áreas fora do setor saúde, enfim para cada paciente a construção de um projeto terapêutico singular.

Palavras-chave: tuberculose, tratamento diretamente observado, profissionais de saúde.

Financiamento

Não houve financiamento.

Challenges faced by health workers in the use of directly observed treatment in patients with tuberculosis in municipalities in northwestern Paraná.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB), a disease caused by *Mycobacterium tuberculosis*, can attack various organs and/or systems, but the pulmonary form is the most common and more frequent and worrying, since in its bacillary form, it is responsible for the transmission chain maintenance of the disease. In the state of Paraná, Brazil in 2012, TB incidences was 20.9 cases/100,000 inhabitants and among the cases of pulmonary TB 80.5% of patients were cured and 6.1% abandoned treatment. In the same year, there were 101 deaths caused by TB. In this sense, the present study aimed to analyze the performance and implementation process of the Directly Observed Treatment (DOTs) by Health Primary Care teams in the municipalities of the 15th Health Regional in state of Paraná. This is a descriptive study with quantitative and qualitative approach, involving lifting operational and epidemiological data after implementation of the DOTs strategy in the state of Paraná. In the period of June to August 2015, physicians, nurses, community health workers (CHW), endemic diseases control agent, pharmacists, dentists, assistants and nursing technicians, dental health aides or technicians, working at the Health Primary Care teams in municipalities of 15th Health Regional in state of Paraná were interviewed with reported and confirmed cases of TB in SINAN NET from January to December 2014. A questionnaire with 5 questions (01 open or dissertation and 04 with multiple choice) was applied to these professionals. "What do you understand by DOTs in TB?; Does DOTs is performed at the health facility you work? In what way?; Who is responsible for DOTs at the Health Unit you work ?; In your opinion, what do you think of the completion of DOTs in TB patient ?; What are the main difficulties in performing the DOTs for TB?". The qualitative data were submitted to content analysis and the quantitative were typed in a worksheet Microsoft Excel program 2010 and analyzed by statistical software Statistica 8.0. Three hundred eight-seven professionals were interviewed with an age average of 41.2 ± 10.3 years old, where 44% of respondents worked more than 10 years in public health. Most of the interviewed professionals (93.8%) knew the definition of DOTs, 84.5% have been performed the DOTs at least 5 days a week. Among the responsible professionals for the DOTs performing is the Community Health Agent (43.7%), 48.3% believe that the main difficulty in performing DOTs is the lack of patient commitment. Regarding the issue with multiple choices, 53.2% considered DOTs as excellent, good or necessary. Regarding the issue with multiple choices, 53.2% considered DOTs as excellent, good or necessary. The execution of TDO did not depend only on the qualification of the professionals, but also the humanization of care, social support and offer development activities in partnership with areas outside the health sector, in short for each patient to build a unique therapeutic project. Keywords: Tuberculosis, directly observed therapy, health professionals.

Financing: There was funding.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é considerada um problema de saúde pública mundial que se mantém nos países em desenvolvimento como uma das mais importantes causas de mortalidade^{1,2}. No Brasil em 2014, a taxa de incidência de TB foi de 34,1 casos/100 mil habitantes, sendo considerada a 3ª causa de morte por doenças infecciosas e, atualmente a principal causa de mortalidade entre as pessoas infectadas por HIV³.

O tratamento da TB é complexo e demorado, envolvendo o uso de vários fármacos e com continuidade até seis meses de tratamento, mesmo após a recuperação clínica do paciente. O abandono do tratamento é alto e pode levar ao surgimento de formas resistentes de *Mycobacterium tuberculosis*, impondo-se como obstáculo ao controle da doença. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou a implantação do tratamento diretamente observado de curta duração (em inglês, *Directly Observed Short Course Treatment* – DOTS), como estratégia para que os pacientes tenham tratamento correto e completo⁴.

No plano político brasileiro, o Ministério da Saúde (MS) tem tido uma decisiva atuação no controle da TB desde que, em 2003, elegeu essa doença como um problema prioritário de saúde pública a ser combatido. O status de doença prioritária, tem estimulado firmemente a organização e a participação da sociedade civil no controle social da TB⁵. Paralelamente, a estratégia DOTS, proposta pela OMS desde 1993, tem sido enfatizada de forma permanente. Operacionalmente, estas ações consistem em garantir a quimioterapia regular e correta exigindo, para tanto, supervisão diária da ingestão dos medicamentos⁶.

Há que se considerar as seguintes modalidades de tratamento: domiciliar (supervisionada na residência do doente ou em local indicado pelo mesmo), unidade de saúde (unidades básicas de saúde (UBS), unidades básicas de saúde da família (UBSF), serviços de atendimento às pessoas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Adquirida e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) (ambulatórios especializados ou hospitais), prisional (sistema prisional), ou compartilhada (realizado em duas unidades de saúde, sendo que em uma se dá a consulta médica e em outra, mais próxima à residência do doente, faz-se o TDO propriamente dito). A escolha da modalidade terapêutica é de suma importância e deve ser norteadas de forma conjunta entre a equipe de saúde e o doente. Entretanto, a lógica de organização em diversos serviços de atenção à TB segue normas rígidas, as quais são instituídas por métodos epidemiológicos internacionais, estabelecendo o controle da doença e, sobretudo, do doente, não considerando a autonomia deste sujeito no processo assistencial da terapêutica⁷.

A adesão ao tratamento anti-TB é um dos principais determinantes do sucesso na cura da doença. Nos países em desenvolvimento, onde as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde são elevados e os recursos de saúde são escassos, a magnitude e o impacto da baixa adesão é considerado alta⁸. Fatores como o esquecimento, coinfeção pelo HIV, a vivência de efeitos colaterais dos medicamentos anti-TB e em casos de esquemas adicionais estão significativamente associados a não-adesão ao tratamento da TB⁹. Sendo assim, as pessoas tratadas com TDO teriam maior probabilidade de serem curadas da TB ou de não apresentar a Tuberculose Multidroga Resistente (TB-MDR) do que aquelas que não têm acesso a esta estratégia¹⁰.

O emprego do TDO aproxima os profissionais do contexto social dos indivíduos. Ao mesmo tempo, impossibilita os efeitos do estigma ao identificar grupos de risco para a não adesão ao tratamento por meio de um método de baixo custo, e, estabelece vínculos entre serviço de saúde, doente e a família¹¹. É o momento impar em que o profissional de saúde cria a oportunidade para dar poder ao paciente em relação ao processo do tratamento, com linguagem acessível, de fácil entendimento, propiciando uma educação individual e dialogada¹². Um profissional de saúde de confiança do paciente, que preferencialmente viva perto do paciente, apresenta fator crucial para o sucesso do tratamento^{13,14}.

As mudanças na complexa situação global de saúde estão ocorrendo em um contexto no qual a força de trabalho não está preparada para enfrentá-las¹⁵. A falta de envolvimento, sensibilização, conscientização e habilidade técnica associada à rotatividade dos membros das equipes no sistema de saúde, bem como, a drenagem dos profissionais com maior capacitação para os sistemas privados são problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁶. As propostas de humanização em saúde suscitam repensar o processo de formação dos profissionais, pois tal processo ainda está centrado no aprendizado técnico, racional e individualizado, com tentativas de crítica, criatividade e sensibilidade¹⁷. O processo saúde-doença é um fenômeno complexo e não restrito à biologia, construindo a base de uma prática integral. Utilizam o conceito de integralidade da atenção à saúde como um princípio norteador das necessárias transformações nas graduações em saúde, orientando-as para as necessidades do SUS e da população. Essa mudança nas graduações de saúde, segundo os autores, deveria configurar-se como uma política pública a ser assumida na interface entre setor da educação e setor da saúde, dando lugar à humanização também na ordem da formação, não apenas da gestão e atenção, como previsto na Programa Nacional de Humanização¹⁸. Programas de saúde específicos, como o da TB, reconhecem que o controle da doença ainda não foi alcançado devido à deficiência quali-quantitativa na força de trabalho em saúde¹⁹.

Até onde se sabe, existe uma lacuna importante em termos de investigações sobre a efetividade do TDO sob ponto de vista de todos os profissionais que compõem as equipes de APS, fato este que justificou o desenvolvimento do presente estudo. Este trabalho tem por objetivo analisar o desempenho e os desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde nos municípios de abrangência desta regional na utilização do TDO na TB.

MÉTODOS

O presente trabalho é um estudo descritivo com abordagem quali-quantitativa, envolvendo levantamento de dados operacionais e epidemiológicos após implantação da estratégia DOTS no Estado do Paraná, Brasil.

O estado do Paraná possui 10.997.462 habitantes, residentes em 399 municípios²⁰. O estado está dividido em 22 Regionais de Saúde (RS), denominadas instâncias administrativas intermediárias da Secretaria Estadual de Saúde.

A 15ª Regional de Saúde do Paraná é composta por 30 municípios com população estimada de 782.186 habitantes. Em 2014, 17 municípios tiveram casos de TB notificados no SINAN NET (Tabela 1), destes 09 municípios participaram deste estudo (Tabela 2): Itambé (5.983 habitantes); Mandaguaçu (20.227 habitantes); Marialva (32.451 habitantes); Maringá (367410 habitantes); Nova Esperança (26.749 habitantes); Paçandu (36.717 habitantes); Paranacity (10.423 habitantes); Presidente Castelo Branco (4.857 habitantes) e Sarandi (84.573 habitantes).

Situação de Encerramento dos Todos os Casos de Tuberculose notificados 15ª Regional de Saúde em 2014, Paraná.																	
	IgnBranco	% IgnBranco	Cura	% Cura	Abandono	% Abandono	Óbito por tuberculose	% Óbito por TB	Óbito por outras causas	% Óbito por outras causas	Transferência	% Transferência	TB-DR	% TB-DR	Mudança de Esquema	% Mudança de Diagnóstico	Total
15. Reg. Saúde Maringá	4	2,38%	120	71,43%	12	7,14%	8	4,76%	11	6,55%	11	6,55%	1	0,60%	1	0,60%	168
Angulo																	NHC
Astorga	0	0,00%	1	16,67%	1	16,67%	1	16,67%	2	33,33%	1	16,67%	0	0,00%	0	0,00%	6
Atalaia																	NHC
Colorado	1	25,00%	2	50,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	25,00%	0	0,00%	0	0,00%	4
Doutor Camargo																	NHC
Floraí	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	1
Floresta	0	0,00%	1	50,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	50,00%	0	0,00%	0	0,00%	2
Flórida																	NHC
Iguaraçu																	NHC
Itaguajé	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1
Itambé	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1
Ivatuba																	NHC
Lobato																	NHC
Mandaguaçu	0	0,00%	7	77,78%	0	0,00%	1	11,11%	1	11,11%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	9
Mandaguari	0	0,00%	3	75,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	25,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	4
Marialva	0	0,00%	6	66,67%	1	11,11%	0	0,00%	1	11,11%	0	0,00%	1	11,11%	0	0,00%	9
Maringá	3	3,90%	58	75,32%	7	9,09%	1	1,30%	3	3,90%	4	5,19%	0	0,00%	1	1,30%	77
Itunhoz de Melo	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1
Nossa Senhora das Graças																	NHC
Nova Esperança	0	0,00%	6	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	6
Ourizona																	NHC
Paçandu	0	0,00%	10	76,92%	0	0,00%	2	15,38%	1	7,69%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	13
Paranacity	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	1
Presidente Castelo Branco	0	0,00%	3	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3
Santa Fé	0	0,00%	2	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2
Santa Inês																	NHC
Santo Inácio																	NHC
São Jorge do Ivaí																	NHC
Sarandi	0	0,00%	19	67,86%	3	10,71%	3	10,71%	1	3,57%	2	7,14%	0	0,00%	0	0,00%	28
Uniflor																	NHC

Fonte: SESA/15ª RS/SCVGE. SINAN: 15/02/16. * Dados preliminares.

Quadro 1: Situação de Encerramento de Todos os casos notificados Tuberculose 15ª RS 2014, Paraná.

Situação de Encerramento dos Todos os Casos de Tuberculose notificados 15ª Regional de Saúde em 2014, Paraná.																	
	Ign/Branco	% Ign/Branco	Cura	% Cura	Abandono	% Abandono	Óbito por tuberculose	% Óbito por TB	Óbito por outras causas	% óbito por outras causas	Transferência	% Transferência	TB-DR	% TB-DR	Mudança de Esquema	% Mudança de Diagnóstico	Total
15. Reg. Saúde Maringá	4	2,38%	120	71,43%	12	7,14%	8	4,76%	11	6,55%	11	6,55%	1	0,60%	1	0,60%	168
Itambé	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1
Mandaguacu	0	0,00%	7	77,78%	0	0,00%	1	11,11%	1	11,11%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	9
Manalva	0	0,00%	6	66,67%	1	11,11%	0	0,00%	1	11,11%	0	0,00%	1	11,11%	0	0,00%	9
Maringá	3	3,90%	58	75,32%	7	9,09%	1	1,30%	3	3,90%	4	5,19%	0	0,00%	1	1,30%	77
Nova Esperança	0	0,00%	6	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	6
Paicanandu	0	0,00%	10	76,92%	0	0,00%	2	15,38%	1	7,69%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	13
Paranacity	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	1
Presidente Castelo Branco	0	0,00%	3	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3

Fonte: SESA/15ª RS/SCVGE. SINAN: 15/02/16. * Dados preliminares.

Quadro 2: Situação de Encerramento de Todos os casos notificados Tuberculose 15ª RS 2014, Paraná.

A população do estudo foi composta por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS), agente de controle de endemias (ACE), farmacêuticos, dentistas, auxiliares ou técnicos de enfermagem, auxiliares ou técnicos de saúde bucal (ASB) atuantes nas equipes de Atenção Primária em Saúde (APS). Os municípios estavam localizados no âmbito da 15ª RS do Paraná com casos notificados e confirmados de tuberculose no SINAN NET e que apresentaram casos notificados no período de Janeiro a Dezembro de 2014, o que totalizou 17 municípios. Foram excluídos os municípios cujos gestores municipais de saúde não confirmaram o aceite da participação na pesquisa pela solicitação de autorização para realização do estudo após três tentativas de contato via e-mail ou telefone. Também, foram excluídos os municípios nos quais os profissionais embora tivessem aceite participar da pesquisa, não preencheram corretamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ou não devolveram o questionário no prazo estabelecido (profissionais em férias, licença ou atestado médico no período de coleta de dados). Seguindo estes critérios, compuseram este estudo 387 sujeitos.

Nos meses de junho a Agosto de 2015 foram realizadas reuniões com todos os profissionais enfermeiros da Vigilância Epidemiológica e/ou Atenção Primária dos municípios selecionados, destacando a importância da pesquisa, assim como apresentação das questões norteadoras, público alvo e ambiente profissional para operacionalização do mesmo (solicitado que as enfermeiras restringissem a aplicação do questionário nas reuniões com as equipes e não expressassem nenhuma opinião verbal sobre o tema das perguntas). No momento, foram entregues os questionários individuais a serem respondidos por todos os profissionais pertencentes às Equipes de Estratégia Saúde da Família e ou Unidade Básica e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Questões norteadoras: 1 Questão: O que você entende por TDO em Tuberculose? O profissional que respondeu esta questão teve a opção de escolher uma alternativa entre cinco

respostas sendo uma delas de não saber responder. Esta questão foi escolhida com o objetivo de saber se os profissionais tem conhecimento sobre o que é TDO. 2 Questão: Na unidade de saúde que você trabalha é realizado o TDO? De que forma? O profissional que respondeu esta questão teve a opção de escolher uma alternativa entre seis respostas sendo uma delas de não saber responder. Esta questão busca saber se o TDO é feito ou não na unidade de saúde, quantos dias da semana e se depende ou não da disponibilidade do profissional. 3 Questão: Quem é responsável pelo TDO na Unidade de Saúde que você trabalha? O profissional que respondeu esta questão teve oito opções de escolha, mas selecionar até quatro alternativas. As opções são: agente comunitário de saúde, agente de endemias, recepcionista da unidade de saúde, auxiliar ou técnico de enfermagem, enfermeiro, dentista, médico, e especificar se existem outros. 4 Questão: Na sua opinião, o que você acha da realização do TDO nos paciente com Tuberculose? Questão aberta sobre o ponto de vista do profissional sobre este método, apontando as dificuldades e facilidades na execução. 5 Questão: Quais as principais dificuldades em realizar o TDO Tuberculose? O profissional que respondeu esta questão teve dez opções de escolha, mas selecionar até quatro alternativas. As opções são: Dificuldade de ida do usuário até a UBS; Dificuldade de ida do profissional até o paciente; Equipe insuficiente de recursos humanos; Não ter o apoio da gestão; Espaço físico desfavorável na UBS; Falta de comprometimento do usuário ao tratamento; Pacientes usuários de drogas ilícitas; TDO não é considerado prioridade na unidade; Não sei responder; especificar se existem outros.

Para análise dos dados qualitativos, as repostas foram transcritas na íntegra e submetidas à Análise de Conteúdo Modalidade Temática, que trabalha as palavras e significados, ou seja, é uma busca de outras realidades pela mensagem, deduzindo com base nos indicadores, as mensagens particulares²¹. A organização inicial do material compreendeu a aquisição das mensagens e a identificação das mesmas, pela leitura flutuante, seguida da leitura minuciosa das entrevistas.

Posteriormente, deu-se início a codificação dos dados. Os dados brutos foram transformados e agregados em unidades, permitindo uma descrição das características dos conteúdos²¹. Depois de concluída a codificação, iniciou-se a análise temática e categorização, baseadas nos temas encontrados, o que deu origem a categoria: Tuberculose: Desafios na implantação do tratamento diretamente observado.

Os dados quantitativos obtidos foram digitados em planilha do programa Microsoft Excel 2010, analisados com auxílio do *software* estatístico *Statistica 8.0* e em seguida organizados em tabelas de frequência relativa. Para verificar possíveis associações entre as variáveis, estas foram

agrupadas em tabelas de contingência e avaliadas pelo Teste Exato de Fisher. Foram consideradas significativas as associações $p < 0,05$ ²².

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde²³ e o projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética do Hospital do Trabalhador/SES/PR conforme parecer n **941.463 de 28/01/2015**. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Para a diferenciação dos sujeitos e preservação de sua identidade, os questionários receberam número de 01 à 387 e foram utilizados iniciais do nome, idade, sexo, profissão, tempo de atuação profissional em saúde e local de trabalho.

RESULTADOS

Foram entrevistados 387 pessoas com média de idade de $41,2 \pm 10,3$ anos, 33,9% (n=131) tinham de 39 a 48 anos, 59,4% (n=230) eram ACS e 44,4% (n=172) atuavam há 10 anos ou mais (Tabela 1). Com relação ao entendimento de TDO, 58,9% (n=228) afirmaram que O TDO para tuberculose consiste na tomada diária (de segunda a sexta-feira) da medicação sob supervisão do profissional de saúde, possibilitando interação, corresponsabilidade e 76,0% (n=294) afirmaram que o TDO é disponibilizado em sua unidade de saúde em cinco dias da semana na UBS (Tabela 2 e 3).

TABELA 1. Distribuição do perfil dos entrevistados dos municípios de Itambé, Mandaguaçu, Marialva, Maringá, Nova Esperança, Paçandu, Paranacity, Presidente Castelo Branco e Sarandi, junho a agosto 2015.

Variáveis	n	%
Faixa etária		
De 18 a 28 anos	38	9,8
De 29 a 38 anos	111	28,7
De 39 a 48 anos	131	33,9
De 49 a 58 anos	87	22,5
Faixa etária: 59 anos ou mais	20	5,2
Profissão		
Cirurgião Dentista	12	3,1
Enfermeiro (a)	47	12,1
Agente Comunitário de Saúde	230	59,4
Aux. Enf/ Tec Enf	46	11,9
Médico (a)	27	7,0
Aux. Dentista/Tec ou Aux Saúde bucal	11	2,9
Farmacêutica	3	0,8
Recepcionista	2	0,5
Agente Controle de Endemias	2	0,5
Agente Ambiental	7	1,8

Tempo de atuação

Menos de 5 anos	141	36,4
De 5 a 10 anos	74	19,1
10 anos ou mais	172	44,4

TABELA 2. Distribuição do entendimento sobre o TDO para os entrevistados dos municípios de Itambé, Mandaguaçu, Marialva, Maringá, Nova Esperança, Paiçandu, Paranacity, Presidente Castelo Branco e Sarandi, junho a agosto 2015.

Entendimento de TDO	n	%
O TDO da tuberculose consiste na tomada diária (segunda à domingo) da medicação sob supervisão do profissional de saúde, possibilitando interação, corresponsabilidade e aprendizado de todos os atores (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde)	135	34,9
O TDO da tuberculose consiste na tomada diária (de segunda a sexta-feira) da medicação sob supervisão do profissional de saúde, possibilitando interação, corresponsabilidade	228	59,0
O TDO da tuberculose consiste na tomada (3 vezes na semana) da medicação sob supervisão do profissional de saúde, possibilitando interação, corresponsabilidade e aprendizado	11	2,8
O TDO da tuberculose consiste na tomada (1 vez ao mês) da medicação sob supervisão do profissional de saúde, possibilitando interação, corresponsabilidade e aprendizado de todos os atores (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde)	4	1,0
Não sei responder.	9	2,3

TABELA 3. Distribuição da efetividade do tratamento diretamente observado (TDO) nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios de Itambé, Mandaguaçu, Marialva, Maringá, Nova Esperança, Paiçandu, Paranacity, Presidente Castelo Branco e Sarandi, junho a agosto 2015.

Realiza TDO na UBS	n	%
Sim, todos os dias da semana de segunda – domingo	33	8,5
Sim, cinco dias da semana	294	76,0
Sim, três dias da semana	22	5,7
Depende da disponibilidade do profissional	9	2,3
Não é realizado TDO	13	3,4
Não sei responder	16	4,1

Os profissionais mais lembrados como responsáveis pelo TDO para TB foram os ACS (n=169, 43,7%); seguido das enfermeiras (n=147, 38%) (Tabela 4).

TABELA 4. Responsabilidade da realização do tratamento diretamente observado (TDO) por categoria profissional nos municípios de Itambé, Mandaguaçu, Marialva, Maringá, Nova Esperança, Paiçandu, Paranacity, Presidente Castelo Branco e Sarandi, junho a agosto 2015.

Responsável pelo TDO	N	%
Enfermeira	147	38,0
Médico	8	2,1
Outro	17	4,4
Agente Comunitário de Saúde	169	43,6
Auxiliar ou técnico de Enfermagem	41	10,6
Não é realizado TDO	5	1,3

Quanto às dificuldades na realização do TDO, a mais lembrada pela população estudada foi a falta de comprometimento do usuário com o tratamento ou não adesão ao tratamento (n=187, 48,3%). De acordo com os entrevistados, a ida do usuário até à UBS foi a segunda dificuldade mais lembrada (n=113, 29,2%) e em terceiro e quarto lugares ficaram as alternativas dificuldade de ida do profissional até o paciente para TDO e pacientes (n=34, 8,8%) usuários de drogas ilícitas (n=15, 3,9%), respectivamente (Tabela 5).

TABELA 5. Principais dificuldades para realização do tratamento diretamente observado (TDO) pelos profissionais entrevistados dos municípios Itambé, Mandaguaçu, Marialva, Maringá, Nova Esperança, Paiçandu, Paranacity, Presidente Castelo Branco e Sarandi, junho a agosto 2015.

Principais dificuldades do TDO	n	%
Dificuldade de ida do usuário até à UBS	122	31,4
Dificuldade de ida do profissional até o paciente para TDO	34	8,8
Pacientes usuário de drogas ilícitas	15	3,9
Espaço físico desfavorável na UBS	8	2,1
Equipe insuficiente faltando recursos humanos	16	4,1
Falta de comprometimento do usuário ao Tratamento	187	48,3
TDO não é considerado prioridade na Unidade	2	0,5
Não é realizado TDO	1	0,3
Não tem apoio da gestão	1	0,3
Outro	1	0,3

Com relação a questão norteadora 4 na qual se pesquisou a opinião do profissional de saúde entrevistado sobre a realização do TDO nos pacientes com TB, n=206 (53,2%) descreveram o TDO como sendo “bom”, “ótimo”, “importante”, “necessário”, “uma boa estratégia”. Dos entrevistados n=29 (7,5%) concordam com o TDO e mencionam em suas escritas fatores relacionados ao Projeto Terapêutico Singular (PTS); n=77 (19,9%) responderam de forma positiva porém com ressalvas principalmente em relação a adesão do paciente ao tratamento; n=41 (10,6%) profissionais não concordam com esta modalidade de tratamento; n=34 (8,8%) deixaram em branco ou não souberam responder esta pergunta.

DISCUSSÃO

Após análise dos dados e indicadores levantados no presente estudo, nos anos de 2012 a 2014, a 15ª Regional de Saúde apresentou taxas inferiores de cura de doentes com tuberculose e superiores de abandono de tratamento aos conquistados nos anos anteriores à implantação do TDO. Neste sentido, compreender alguns aspectos da organização dos serviços de saúde que executam TDO nesta Regional de Saúde do Paraná, tornou-se de extrema importância. O que

chama atenção na presente investigação, é que a maioria dos profissionais reconhecem a importância da aplicação do TDO. Afirma D.R.F.S, enfermeira, 28 anos “*O TDO é de suma importância, tendo em vista que muitos pacientes desistem/abandonam o tratamento antes do término*”, porém, as ações integradas para a escolha da modalidade de tratamento entre as categorias profissionais investigadas não são efetivas.

O desenvolvimento de ações do programa de controle da TB está associado à categoria profissional de quem as realizam⁶. Portanto, é importante que cada componente da equipe conheça suas reais atribuições para efetivação do TDO. Desta forma a Portaria nº 2.488/GM de 21/10/2011 estabelece a equipe mínima e as atribuições dos profissionais de saúde para a organização da atenção básica na Estratégia Saúde da Família (ESF)²⁴. Este protocolo assinala as atribuições específicas para cada categoria profissional na atenção à TB. O ACS além das atribuições gerais dentro da ESF, também deverá supervisionar a tomada da medicação, conforme o planejamento da equipe. Em adição, alguns estudos apontam para as variáveis mais importantes como preditoras da presença de abandono ao tratamento de TB como sendo: modalidade do tratamento não supervisionado, pacientes do sexo masculino, pacientes com histórico de abandono prévio, pacientes que se encontram assintomáticos a partir do segundo/terceiro mês de tratamento, pacientes com baixo nível de escolaridade, os efeitos adversos do esquema preconizado, vulnerabilidade social, drogadição, etc²⁵.

O abandono do tratamento da TB acentua-se quando as ações de controle da doença não estão embasadas na concepção da integralidade do cuidado ao doente. Isto nada mais é do que o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Desta forma pressupõem-se a continuidade da atenção por meio do acompanhamento pelo mesmo profissional.

De acordo com as falas das profissionais V.A.P, farmacêutica, 42 anos “*A realização do TDO melhora a adesão dos pacientes e reduz a taxa de abandono evitando surgimento de bacilos multirresistentes e a transmissão da doença*” e J.G.S.G, ACS, 34 anos “*Eu acho ótimo pois assim garantimos a cura do paciente, assim garantimos que o paciente tome o medicamento todos os dias*” observamos conhecimento das ações do TDO por parte dos profissionais. Pode-se observar claramente na entrevista que, adesão para os profissionais entrevistados significa tomar ou não tomar medicação e não construir um vínculo com o ambiente no qual o paciente se encontra inserido. A adesão ao tratamento para TB é um constructo teórico aplicado ao contexto epidemiológico e clínico, composto por diferentes facetas analíticas²⁶. Essa concepção aponta para o caráter multidimensional da categoria adesão. A qualidade do cuidado em saúde, destaca

que o aspecto técnico científico para o alcance do sucesso terapêutico é fundamental, mas insuficiente se não levarmos em consideração o aspecto inter-relacional da qualidade do vínculo e do local no qual ocorrem as ações²⁷.

Alguns estudos identificaram quatro grupos de fatores inter-relacionados para adesão do paciente ao tratamento. Estes podem ser classificados como: estruturais (pobreza, gênero e discriminação), do usuário (motivação, conhecimento, crenças, atitudes e interpretação sobre o processo de saúde e doença), sociais (família, comunidade e redes de suporte social) e dos serviços de saúde (organização do cuidado e do tratamento, evolução da doença e efeitos adversos)²⁸.

Em outras falas, M.A.S, ACS, 37 anos comenta *“É importante que a equipe faça sua parte mas é fundamental que a família também participe colaborando com a ministração dos medicamentos”* e S.L.M.T, médico, 30 anos *“Trata-se de um método eficaz para controle do tratamento da tuberculose mantendo a integridade do mesmo e reforçando uma boa relação sistema de saúde-paciente-família”* torna clara a fragilidade na relações de cuidado entre profissionais de saúde e usuários. A ausência de uma escuta solidária conduz o tratamento do doente apenas na dimensão biológica do processo de adoecimento não o inserindo num projeto terapêutico. O fato do trabalhador de saúde conhecer melhor o ambiente no qual o doente está inserido, suas necessidades e singularidades, é um fator que auxilia na identificação de intercorrências durante o tratamento, possibilitando novas oportunidades de interação com o doente e a família.

Apesar das ESF defenderem uma prática fundamentada na aproximação com o doente de TB e sua família e na participação efetiva durante o tratamento, alguns estudos apontam que alguns profissionais nem chegam a conhecer o doente, acreditando que esse fato não interferirá no cuidado prestado pela equipe²⁹. Esta deficiência na efetivação do TDO fica clara na fala de C.H.D.P, enfermeira, 32 anos *“Infelizmente é uma ação necessária, em vista dos resultados obtidos, mas demonstra a falta de comprometimento da população com a saúde individual e coletiva”*.

O resgate da individualidade destes doentes, o conhecimento da sua história de vida, o nível de entendimento a respeito dos objetivos de tratamento e o fornecimento de informações ao doente, são fundamentais neste processo de adesão multifatorial ao tratamento, podendo minimizar constrangimentos com relação ao TDO. O projeto terapêutico, construído em encontros, requer o emprego de ações educativas voltadas à promoção da autonomia e da participação do usuário e sua família em seu tratamento. Durante o processo da supervisão da ação terapêutica, é possível observar que se estabelece uma relação do doente para com

visitadora domiciliária bastante singular, permeada por uma afetividade, disponibilidade de tempo para o diálogo, caracterizando um atendimento humanizado.

Além disso, outros aspectos como o abandono da família e o desnível social, articulados à dependência química e as situações de vulnerabilidade (baixa renda, condições insalubres de moradia, desnutrição, imigração, acesso aos bens básicos como saúde e educação, etc) tem contribuído para além do aumento da exposição e da susceptibilidade, para fragilização do usuário e ESF.

A partir destas colocações, é possível observar uma deficiência no preparo destes profissionais para atendimento ao doente de TB.

A fala de *E.P.B*, enfermeira, 25 anos “*Acredito que poderia ser realizado uma triagem para saber a situação de entendimento da doença, socioeconômica e estrutura familiar. Se constatar dificuldades, sim o TDO seria de extrema importância caso contrário, poderia fazer o acompanhamento semanal.*” vem ao encontro da necessidade observada no presente estudo no que tange ao tratamento mais efetivo e humanizado de doentes de TB.

A TB é uma doença crônica e debilitante, que exige um tempo prolongado de tratamento, pode representar para o doente um obstáculo ao desempenho do trabalho. A enfermidade determina rupturas ou modificações importantes no cotidiano da produção e reprodução social. Estes problemas poderiam ser resolvidos, se houvesse a inclusão de outros atores sociais no processo terapêutico, como professores, padres, doentes curados, além de outros que não tivessem envolvimento emocional com o doente, como tem a família. Este vínculo facilitaria a contribuição destes no processo de adesão e também resolvendo problemas relacionados ao horário da visita, que dificulta ainda mais a inserção do doente no mercado de trabalho.

A doença coloca à tona, uma série de sentimentos durante o período que vai da descoberta, passando pelo tratamento até a cura. Normalmente, são sentimentos diretamente relacionados às repercussões da enfermidade sobre o processo de produção social, e tudo o que dele pode advir. Não se referem, apenas ao fato de estarem doentes e na vivência da doença, como um processo individual, mas do fato de que a enfermidade pode vir a determinar rupturas nas condições de existência³⁰.

Nas falas de *J.C.A*, técnica de enfermagem, 31 anos “*Acho bom (mas penso que pra isso o profissional tenha um curso sobre o assunto)*” e “*R.A.M.C., ACS, 51 anos “É um tratamento muito importante, é uma forma do paciente não abandonar o tratamento, pois além da medicação ser muito forte, tem pacientes dependentes químicos e alcoólicos, que não querem tomar medicação*”, pode-se observar a carência em relação aos treinamentos (educação continuada) ou mesmo ao ensino formal da temática TB e drogas, a qual tem sido pouco

explorada nos currículos de graduação, sendo considerados indispensáveis na formação dos profissionais de saúde com vistas à oferta de uma assistência qualificada a essa população. É fundamental a inserção da equipe multiprofissional de saúde no enfrentamento do problema, que necessita de uma ampla estrutura de conhecimento sobre promoção e prevenção para a saúde de toda a sociedade e as medidas de prevenção do uso e abuso de todas as drogas lícitas e ilícitas³¹.

A partir do TDO, é possível estabelecer relações de acolhimento, vínculo e de responsabilidade do doente para com o tratamento e com a equipe de saúde. Além disso, torna a organização do processo de assistência mais flexível, incluindo a visita domiciliar que favorece o estabelecimento de vínculo, considera também que o sujeito é o protagonista do seu processo assistencial, sendo um ponto essencial no processo de adesão ao tratamento^{32,33}.

No trabalho das equipes de saúde da família, como de resto em todo o trabalho na atenção básica, a atividade clínica depende de profissionais com formações diferenciadas (médicos, enfermeiros, entre outros), mas depende também da interação interdisciplinar entre estas diversas formas de exercício clínico existentes, interação que tem seu momento privilegiado no trabalho em equipe. Assim, podemos pensar que a organização do trabalho clínico nas Equipes de Saúde da Família passa por uma elaboração conjunta das agendas de seus profissionais, visando à melhor utilização de seus esforços, seja no atendimento individual de um profissional a um paciente, seja no atendimento conjunto de alguns profissionais a um grupo de pacientes. Em outras palavras, a equipe precisa combinar suas atividades. Precisa se acertar sobre o que fazer, como fazer, com que frequência fazer³⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como fator limitante do estudo, aponta-se a dificuldade de avaliar, quantitativamente, diferentes contextos vividos por estes profissionais. Cada município possui características peculiares de condições de vida, saneamento, oferta de emprego e escolaridade, acesso aos serviços, estrutura dos serviços e organização dos mesmos. Outro ponto relevante, é que a perspectiva de usuários, profissionais de saúde e gestores são diferenciadas, visto que as necessidades e exigências de cada um dependem da sua posição no serviço. É fato que os objetivos traçados pela OMS e PNCT estão ainda longe da efetividade.

A maioria absoluta da população entrevistada define o tratamento diretamente observado como cinco ou mais dias na semana, estando de acordo com a definição do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), 84,5% da população entrevistada respondeu que efetivamente o TDO em sua unidade é realizado no mínimo cinco dias na semana.

Observou-se como principais desafios na implantação do TDO nesta região de saúde a falta de comprometimento do usuário ao tratamento e dificuldade de ida do usuário até a UBS, ou seja: adesão ao tratamento. São situações que exigem dos profissionais e gestores da saúde uma capacidade gerencial que possibilite criar mecanismos de condução do processo de reorganização e planejamento das ações e serviços de acordo com as especificidades de cada contexto social e cultural onde se desenvolve tal atividade. A execução do TDO não depende apenas da qualificação e supervisão contínua dos profissionais, mas também da humanização do cuidado, oferecimento de suporte social e desenvolvimento de ações em parceria com áreas fora do setor saúde. Observa-se que não se trata de desafios específicos desta região de saúde e sim do país e o mundo, tanto que a OMS recomenda como estratégia de controle da TB pós-2015 a proteção social específicas para os casos da doença, tais como auxílio alimentação e transporte gratuito.

CONFLITOS DE INTERESSE

Declaramos não haver conflito de interesses.

REFERENCIAS

1. Maciel ELN, Araújo WKD, Giacomini SS, Jesus FAD, Rodrigues PM, Dietze R. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. *Ciências Saúde Coletiva* 2009; 14 (1):1395-1402.
2. Mascarenhas MDM, Araujo LM, Gomes KRO. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no Município de Piripiri, Estado do Piauí, Brasil. *Epidemiologia e Serviço de Saúde* 2005; 14(1):7-14.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico: Tuberculose – 2015: Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileira frente a tuberculose. Vol 46 Brasília: Ministério da Saúde disponível na internet: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/27/2015-007-BE-tuberculose--para-substitui-o-no-site.pdf> acessado em Novembro de 2015.
4. Rodrigues L, Barreto M, Kramer M, Barata RDCB. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. *Rev. Saúde Pública* 2007;41(Supl 1), 1-2.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil 2011 Guidelines for tuberculosis control in Brazil. A. Normas e Manuais Técnicos, p. 284-284.
6. Santos TMMGD, Nogueira LT, Santos LNM, Costa CDM. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro. *Rev. enferm.* 2012 UERJ, 20(3), 300-305.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Apoio à Gestão de Vigilância em Saúde. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Apoio à Gestão de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
8. Rocha M, Pereira S, Ferreira L, Barros H. The role of adherence in tuberculosis HIV-positive patients treated in ambulatory regimen. *European Respiratory Journal* 2003, 21(5), 785-788.
9. Adane AA, Alene KA, Koye DN, Zeleke BM. Non-Adherence to Anti-Tuberculosis Treatment and Determinant Factors among Patients with Tuberculosis in Northwest Ethiopia. *PLOS ONE* 2013 8(11): e78791. doi:10.1371/journal.pone.0078791.
10. Thorn P. *La Tuberculosis: Información y consejos para vencer la enfermedad.* [s.l.:s.n.], 2008.
11. Ruffino-Netto A, Villa TCS. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil-histórico e peculiaridades regionais. In: *Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil-histórico e peculiaridades regionais.* REDE-TB, 2000.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. Guia para o controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

- 13.Mkopi A, Range N, Lwilla F, Egwaga S, Schulze A, et al. Adherence to Tuberculosis Therapy among Patients Receiving Home-Based Directly Observed Treatment: Evidence from the United Republic of Tanzania. PLOS ONE 2012 7(12): e51828. doi:10.1371/journal.pone.0051828.
- 14.Queiroz EMD, Ferreira KR, Bertolozzi MR. (2012). Tuberculosis: limitations and strengths of Directly Observed Treatment Short-Course. Revista latino-americana de enfermagem 2012; 20(2), 369-377.
- 15.Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams O, Mckee M. Public health in the new era: improving health through collective action. Lancet. 2004; 363(9426):2084-6.
- 16.Nogueira JDA, Ruffino-Netto A, Villa TCS, Monroe AA, Lucca MES. Implantação da estratégia DOTS no controle da tuberculose em Ribeirão Preto, São Paulo (1998-2004). Boletim de Pneumologia Sanitária 2006, 14(3), 141-144.
- 17.SOUZA, W.S.; MOREIRA, M.C.N. The topic of humanization within healthcare: some issues for debate. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.25, p.327-38, abr./jun. 2008.
- 18.CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública, v.20, n.5, p.1400-10, 2004.
- 19.Figueroa-Munoz J, Palmer K, Poz MR, Blanc L, Bergstrom K, Raviglione M. The health workforce crisis in TB control: a report from high-burden countries. Hum Resour Health [serial on the Internet]. 2005 [cited 2007 Jan 7];3(2): [about 9 p.] Available from: <http://www.humanresources-health.com/content/3/1/2/abstract>.
- 20.IBGE. IBGE Cidades, 2013:Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes ao Estado Paraná. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat>. Acesso em: 11 nov. 2015.
- 21.Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
- 22.Vieira S. *Introdução à bioestatística*. 2015 Elsevier Brasil.
- 23.Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- 24.Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria n.2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília(DF); 2011 Out 24: Seção 1:48-55.
- 25.Hartwig SV, Ignotti E, Oliveira BF, Pereira H.C, Scatena J.H. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá-MT-Brasil. J Bras Pneumol, v. 31, n. 5, p. 427-35, 2005.
- 26.Nemes M, Santa-Helena E, Caraciolo J, Basso C. Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: differentiating between epidemiological and clinical approaches. Cad Saúde Pública. 2009; 25 (Supl 3):S392-400.
- 27.Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y método de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.

- 28.Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient adherence to tuberculosis treatment: A systematic review of qualitative research. *Plos Med.* 2007;4(7):1230-45.
- 29.Gomes ALC, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* 2009 v. 43, n. 2, p. 365-72.
- 30.Bertolozzi MR. Adesão ao programa de controle da tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã. [tese de Doutorado em Saúde Pública]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo:1998. 211p.
- 31.Carraro TE, Rassol GH, Luis MAV. Nursing formation and the drugs phenomenon in the South of Brazil: nursing students' attitudes and beliefs on care. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(spe): 836-44.
- 32.Vendramini S.H.; Villa TC, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. *Bol Pneumol Sanit.* 2002; 10(1):5-12.
- 33.Caliari JS, Figueiredo RM. Tuberculosis: patient profile, service flowchart, and nurses' opinions. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(1): 43-7.
- 34.Pinto CAG, Coelho IV. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de Atenção Básica. *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada* 2008 v.2, p.323-345.

CAPITULO III

CONCLUSÕES

A tuberculose (TB) continua sendo um desafio a ser superado pelo Brasil. Apesar da queda da taxa de mortalidade, a doença ainda é endêmica no país, se concentrando em grandes centros urbanos, nos aglomerados populacionais e, sobretudo, em populações mais vulneráveis.

Apesar dos profissionais de saúde saber a definição do TDO, compreender sua necessidade no espaço de saúde no qual realiza seu trabalho, os indicadores continuam demonstrando que este será um processo muito lento.

Desta forma, os desafios contemporâneos impostos pela tuberculose estimulam o Brasil a trabalhar no sentido de incorporar e criar ações que visem promover o acesso de toda a população ao diagnóstico em tempo apropriado e tratamento de qualidade, contemplando os determinantes sociais.

PERSPECTIVAS FUTURAS

Implantar o Projeto Terapêutico Singular (TPS) em pacientes com diagnóstico de TB, numa unidade de saúde atendida pela Estratégia Saúde da Família com maior número de casos de tuberculose da 15ª Regional de Saúde.