

# TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICA DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE: DISCURSOS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

POLICY TRANSFER OF DIRECT OBSERVATION OF THERAPY FOR TUBERCULOSIS: PRIMARY HEALTH CARE PROFESSIONALS' SPEECHES

TRANSFERENCIA DE POLÍTICA DEL TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO DE LA TUBERCULOSIS: DISCURSOS DE LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

-  Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira <sup>1</sup>
-  Karinne Dantas de Oliveira Adário <sup>2</sup>
-  Anne Jaquelyne Roque Barrêto <sup>3</sup>
-  Khivia Kiss da Silva Barbosa <sup>3</sup>
-  Ariele Nóbrega Rodrigues Videres <sup>3</sup>
-  Jordana de Almeida Nogueira <sup>4</sup>
-  Pedro Fredemir Palha <sup>5</sup>

<sup>1</sup> Centro Universitário de João Pessoa – UNIPE, Curso de Enfermagem. João Pessoa, PB – Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal da Paraíba – UFPB, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF. João Pessoa, PB – Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Curso de Enfermagem. João Pessoa, PB – Brasil.

<sup>4</sup> UFPB, Departamento de Enfermagem Clínica. João Pessoa, PB – Brasil.

<sup>5</sup> Universidade de São Paulo – USP, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto, SP – Brasil.

**Autor Correspondente:** Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira  
**E-mail:** ritaoliver2002@yahoo.com.br

## Contribuições dos autores:

**Análise estatística:** Rita C. C. Oliveira, Anne J. R. Barrêto, Ariele N. R. Videres, Jordana A. Nogueira, Pedro F. Palha; **Coleta de Dados:** Rita C.C. Oliveira, Karinne D. O. Adário, Khivia K. S. Barbosa, Pedro F. Palha; **Investigação:** Rita C.C. Oliveira, Pedro F. Palha; **Metodologia:** Rita C.C. Oliveira, Jordana A. Nogueira, Pedro F. Palha; **Redação-Preparação do original:** Rita C.C. Oliveira, Karinne D. O. Adário, Khivia K. S. Barbosa, Jordana A. Nogueira, Pedro F. Palha; Anne J. R. Barrêto; **Redação-Revisão e Edição:** Rita C. C. Oliveira, Karinne D. O. Adário, Ariele N. R. Videres, Jordana A. Nogueira, Pedro F. Palha; **Supervisão:** Rita C.C. Oliveira, Pedro F. Palha.

**Fomento:** Não houve financiamento.

**Submetido em:** 28/01/2018

**Aprovado em:** 12/12/2018

## Como citar este artigo:

Oliveira RCC, Adário KDO, Barrêto AJR, Barbosa KKS, Videres ANR, Nogueira JA, Palha PF. Transferência de política do tratamento diretamente observado da tuberculose: discursos de profissionais da atenção primária. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em \_\_\_\_\_];23:e-1158. Disponível em: \_\_\_\_\_  
DOI: 10.5935/1415-2762.20190005

## RESUMO

**Objetivo:** analisar os discursos de profissionais da saúde acerca dos aspectos motivacionais relacionados à transferência de política do tratamento diretamente observado da tuberculose no município de João Pessoa, Paraíba. **Método:** estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido nas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde e em cinco distritos sanitários de saúde de João Pessoa. A amostra foi composta de 26 profissionais de saúde que participaram de uma entrevista semidirigida no período de junho a dezembro de 2013. Os dados empíricos foram analisados por meio do dispositivo teórico analítico da análise de discurso (AD) de filiação francesa pecheutiana. **Resultados:** observaram-se como aspectos motivacionais para a transferência de política: benefícios da descentralização das ações da estratégia TDO para o serviço de atenção primária; diminuição dos índices epidemiológicos relacionados ao abandono no tratamento; aumento no percentual de cura e encerramento dos casos; o fortalecimento do vínculo terapêutico entre profissionais e usuários a partir da responsabilidade compartilhada pelo tratamento e cuidados em geral de saúde; e melhorias na acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde. **Conclusão:** embora sejam visíveis esforços e vontade política dos atores-chave envolvidos na transferência da política, verificou-se que o município necessita ainda implementar estratégias a fim de superar os amplos desafios impostos pela doença e, assim, alcançar a detecção, tratamento e cura dos casos de tuberculose.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Pessoal de Saúde; Tuberculose.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the speeches of health professionals about the motivational aspects related to the policy transfer of the direct observation of therapy for tuberculosis in the city of João Pessoa, Paraíba, Brazil. **Method:** Descriptive and qualitative study developed in the Municipal and State Health Departments and in five Sanitary Districts of João Pessoa. The sample consisted of 26 health professionals who participated in a semi-directed interview from June to December 2013. The empirical material produced was analyzed according to the theoretical-analytical basis of the French discourse analysis by Pêcheux. **Results:** The motivational aspects for the policy transfer were benefits from the decentralization of actions of the direct observation of therapy strategy to the primary care service; reduction of epidemiological indices associated with treatment abandonment; increase in cure percentage and closure of cases; strengthening of therapeutic bond between professionals and users based on shared responsibility for general health care and treatment; and improvements in users' accessibility to health services. **Conclusion:** Although efforts and political will of the key actors involved in policy transfer are visible, our data tend to support that the municipal government still needs to implement strategies to overcome the broad challenges posed by the disease and thus achieve diagnosis, treatment and cure of tuberculosis cases.

**Keywords:** Health Primary Care; Health Personnel; Tuberculosis.

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar el discurso de los profesionales de salud sobre los aspectos motivacionales vinculados con la transferencia de la política de tratamiento directamente observado de la tuberculosis en la ciudad de João Pessoa, estado de Paraíba. **Método:** estudio descriptivo, cuantitativo, llevado a cabo en las secretarías municipal y estatal de salud y en cinco distritos sanitarios de salud de João Pessoa. La muestra consistió en 26 profesionales de salud que participaron de una entrevista semidirigida entre junio y diciembre de 2013. Los datos empíricos fueron analizados mediante el Análisis del Discurso (AD) en la línea Francesa Pecheutiana. **Resultados:** se observaron los siguientes aspectos motivacionales para la transferencia de la política: beneficios de la descentralización de acciones de la estrategia TDO para los servicios de atención primaria; disminución de los índices epidemiológicos relacionados con el abandono del tratamiento; aumento en el porcentaje de cura y cierre de casos; fortalecimiento del vínculo terapéutico entre profesionales y usuarios a partir de la responsabilidad compartida del tratamiento y cuidados en general de la salud; mejora de la accesibilidad de los usuarios a los servicios de salud. **Conclusión:** a pesar de los visibles esfuerzos y voluntad política de los actores clave involucrados en la transferencia de la política, es necesario implementar estrategias con miras a superar los retos de la enfermedad y poder detectar, tratar y curar los casos de tuberculosis. **Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; Personal de Salud; Tuberculosis.

## INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) permanece como uma das principais causas de morte por doenças infecciosas no mundo, principalmente nos países em desenvolvimento, mesmo considerando os esforços empreendidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde a década de 1970, final do século XX, para garantir sua erradicação ou mesmo controle. Fatores como pobreza, más condições de vida, ampla dispersão geográfica, emergência de casos multirresistentes, coinfeção com *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e deficiências nos sistemas de saúde contribuem para o seu agravamento.<sup>1</sup>

Configura-se em uma doença curável em praticamente 100% dos casos notificados, desde que obedecidos os princípios básicos da terapia medicamentosa e adequada operacionalização dos pilares que compõem a estratégia *Directly Observed Treatment-short course* (DOTS), lançada em 1993 pela OMS como resposta global para o seu controle.<sup>2</sup>

O tratamento diretamente observado (TDO) compõe um dos cinco pilares do DOTS e consiste na supervisão da ingestão diária do medicamento por um profissional de saúde treinado, visando ao fortalecimento da adesão terapêutica, à prevenção do aparecimento de cepas resistentes, à redução das taxas de abandono e ao aumento da probabilidade de cura.<sup>2</sup>

A partir de 2001, em razão do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), a gerência e operacionalização das ações de controle da TB passaram a ser de responsabilidade dos municípios.<sup>3</sup> Nessa perspectiva, em 2007

foi implementada em João Pessoa, capital do estado da Paraíba, a transferência de política (TP) do TDO para os serviços de atenção primária à saúde (APS), anteriormente centralizado no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Clementino Fraga (CHCF), unidade de referência do estado.

A TP é um evento que vem sendo estudado no contexto internacional desde a década de 1940. Compreende um processo que ocorre por meio do tempo e espaço, no qual conta com a participação de gestores e profissionais para o desenvolvimento e avaliação de determinadas políticas públicas, adquirindo, assim, grande importância para a análise dessas políticas em âmbitos diversos, considerando, sobretudo, informação, conhecimento e ações inovadoras voltadas para mudanças significativas dos sistemas e serviços, nos quais tais políticas podem efetivamente ser experienciadas.<sup>4,5</sup>

Sob esse prisma, frente à complexidade envolvida nesse processo de transferência e considerando que a participação, negociação e compromisso dos gestores e profissionais de saúde entre as instâncias estadual e municipal podem favorecer ou não a transferência das ações relacionadas à política do tratamento diretamente observado da tuberculose, elaborou-se a seguinte questão de investigação que norteou o desenvolvimento do presente estudo: quais aspectos motivacionais foram favoráveis ao processo de transferência de política do tratamento diretamente observado da tuberculose no município de João Pessoa, estado da Paraíba?

Tal questionamento surgiu pela necessidade de se analisar como se deu esse processo de transferência de política entre as instâncias estadual e municipal relacionadas ao TDO, o qual é visto como protagonista na descentralização das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) para a atenção primária. A relevância deste estudo consiste em favorecer reflexões a gestores e profissionais sobre estratégias de enfrentamento da tuberculose a partir do conhecimento das aspirações que motivaram a concretização da transferência de política do TDO.

Destarte, objetivou-se analisar os discursos de profissionais da saúde acerca dos aspectos motivacionais relacionados à transferência de política do tratamento diretamente observado da tuberculose no município de João Pessoa, Paraíba.

## MÉTODOS

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido nas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde e em cinco distritos sanitários de saúde (DSS) do município de João Pessoa-PB, considerado prioritário, pelo Ministério da Saúde (MS), no desenvolvimento de ações de controle da TB.

Nesse município, a rede de atenção primária está organizada de maneira regionalizada dispondo de cinco DSS que administram 192 equipes de saúde distribuídas em 110 unidades de saúde da família (USF), perfazendo 85% da cobertura populacional. Cada

unidade distrital tem sua própria administração, direção, equipe de profissionais, incluindo os apoiadores matriciais (AM) que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os apoiadores técnicos que compõem os grupos de trabalhos (GT), entre eles o GT de tuberculose e hanseníase.

Participaram do estudo 26 profissionais de saúde, a saber: enfermeiros (16), fisioterapeutas (quatro), psicólogos (dois), educador físico (um), assistente social (um) odontólogo (um) e farmacêutico (um), selecionados intencionalmente por atenderem aos critérios de inclusão: estar ocupando o cargo de gestor e/ou coordenador das ações ligadas a organização, vigilância e monitoramento do controle da tuberculose no estado e/ou município; estar no cumprimento ou exercício de suas funções quando da realização da coleta de dados; e manifestar interesse em participar do estudo.

O material empírico foi coletado no período de junho a dezembro de 2013, utilizando-se a técnica de entrevista semidirigida, composta de duas seções. A primeira diz respeito à caracterização da amostra e abrangeu as variáveis sexo, data de nascimento, formação, função/cargo, tempo de atuação na atual função e nível de instrução. Na segunda, os enunciadores discorreram sobre os fatores motivacionais que favoreceram a transferência de política do TDO entre as instâncias estadual e municipal para o serviço de atenção primária.

Conforme disponibilidade de dia e horário dos participantes, as entrevistas foram realizadas individualmente com auxílio de dispositivo de áudio MP4 nas dependências das Secretarias Municipal e Estadual de saúde e em cinco distritos sanitários.

Após o devido esclarecimento dos aspectos éticos, foi solicitada a assinatura dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para preservar o anonimato, eles foram identificados, ao longo do texto, com a letra maiúscula E de Enunciador, seguida por algarismos arábicos representativos da ordem das entrevistas (E1 a E26).

Os dados empíricos foram analisados por meio do dispositivo teórico analítico da análise de discurso (AD) de filiação francesa pecheutiana, que propõe apreender processos de produção de sentidos na relação entre a língua, a ideologia e o sujeito, compreendendo como a língua produz sentidos por e para sujeitos, visto que não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia.<sup>6</sup>

O plano de análise dos dados se deu com a circunscrição do conceito-análise, objeto de análise que busca investigar como um texto produz determinado sentido sobre o tema pesquisado. Esse plano envolveu escolha, interpretação e análise (discursiva) do *corpus* (material empírico apreendido) por meio de três perguntas heurísticas: qual o conceito-análise presente no texto? Como o texto constrói o conceito-análise? A que discurso pertence o conceito-análise?<sup>6,7</sup>

No presente estudo, o *corpus* foi constituído por textos transcritos das entrevistas realizadas com 26 participantes, denominados de enunciadores na AD, tendo como conceito-análise defini-

do *a priori*: aspectos motivacionais relacionados à transferência de política do tratamento diretamente observado da tuberculose no município de João Pessoa. Realizaram-se repetidas leituras do *corpus*, em um constante ir-e-vir entre teoria e análise, em busca de compreender os processos de produção de sentido.<sup>6,7</sup>

A análise discursiva configurou-se em uma passagem do material empírico, que aqui se caracteriza como as entrevistas transcritas, para o objeto discursivo, mediante as seguintes etapas: a) da superfície linguística para o texto (discurso); b) do objeto discursivo para a formação discursiva; c) do processo discursivo para a formação ideológica.<sup>6</sup>

Na primeira etapa foram observadas as condições de produção dos discursos que compreenderam fundamentalmente os enunciadores e a situação das circunstâncias da enunciação ao contexto sócio-histórico e ideológico mais amplo.<sup>6</sup> Nessa etapa, foram identificadas as paráfrases, sinonímia, polissemia, metáfora e circunstâncias do dizer e não dizer. Esteve-se atento à configuração das formações discursivas, nas quais determinaram o que pôde ser dito na formação ideológica, ou seja, analisou-se o que foi dito, como foi dito, quem disse e quais as circunstâncias discursivas específicas. Procurou-se responder a segunda pergunta heurística: como o texto construiu o conceito-análise?<sup>7</sup>

Na segunda etapa, procurou-se descortinar contradições, identificar silenciamentos, atos falhos, repetições e hesitações no universo discursivo dos enunciadores. Assumiu-se que o sujeito discursivo se inscreve em diferentes formações discursivas porque ocupa diferentes posições e, portanto, não há uma linearidade. É pela formação discursiva (FD) que pretendemos, em nosso trabalho de analista de discurso, compreender, no funcionamento discursivo, diferentes sentidos.<sup>6</sup>

A FD é definida como aquilo que, numa formação ideológica dada, determina o que pode e deve ser dito. Desse modo, “tudo que dizemos tem, pois, um traço ideológico em relação a outros traços ideológicos”, estando na essência da discursividade, na maneira como, no discurso, a ideologia produz seus efeitos, materializando-se nele.<sup>6,43</sup>

Na terceira etapa, observaram-se as relações das FDs com os efeitos da ideologia. As formações ideológicas deixam marcas linguístico-discursivas, as quais o analista de discurso busca interpretar. Pelas marcas observaram-se os textos que ficaram de fora, as propriedades do discurso, a formação discursiva a que pertenciam e, por fim, a formação ideológica que lhes deu sustentação.<sup>6</sup> Procurou-se responder à terceira pergunta heurística: a que discurso pertence o conceito construído?<sup>7</sup>

Partindo dessas considerações, foram realizados gestos de interpretação sobre enunciados acerca dos aspectos motivacionais relacionados à transferência de política do TDO ocorrido no município de João Pessoa. Todo enunciado é linguisticamente descritível como uma série de pontos de deriva possível, oferecendo lugar à interpretação. Ele é sempre suscetível de

ser/tornar-se outro. Esse lugar do outro enunciado é o lugar da interpretação, manifestação do inconsciente e da ideologia na produção dos sentidos e na constituição dos sujeitos.<sup>6,7</sup>

O estudo atendeu aos requisitos formais contidos nos padrões regulatórios nacionais de pesquisa envolvendo seres humanos em conformidade à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (Protocolo 0301/2012).

## RESULTADOS

Por meio das condições de produção dos discursos, os enunciadores caracterizaram-se como profissionais predominantes do sexo feminino, atuando como gestores nas secretarias e distritos sanitários de saúde a aproximadamente um intervalo de tempo que varia de quatro meses a quatro anos (média de 16 meses).

Desenvolveram atividades de coordenadores vinculados ao Programa de Controle da Tuberculose, Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica. A maioria tinha pós-graduação *lato*

*sensu* direcionada para a área da saúde pública e saúde coletiva; dois possuíam títulos de Mestre em Enfermagem, enquanto outros dois eram apenas graduados.

Após a leitura analítica foi possível apreender marcas textuais que conformaram quatro formações discursivas, assim denominadas: a) benefícios da descentralização das ações da estratégia TDO para o serviço de atenção primária; b) abandono e não adesão ao TDO; c) fortalecimento do vínculo terapêutico a partir da responsabilidade compartilhada; d) acessibilidade aos serviços de saúde. Essas formações conformaram o bloco discursivo que exprime o conceito-análise investigado (Tabela 1).

## DISCUSSÃO

Estudo sobre transferência de política enfatiza que a motivação para essa transferência pode acontecer por diferentes aspectos, entre eles um conflito percebido com eficiência técnica, pressões coercitivas para implementação ou pressões múltiplas e contraditórias sobre a organização.<sup>8</sup>

Tabela 1 - Bloco discursivo: aspectos motivacionais relacionados à transferência de política do tratamento diretamente observado da tuberculose no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil; 2013

Formações discursivas	Segmentação textual
Benefícios da descentralização das ações da estratégia TDO para o serviço de atenção primária	[...] As equipes vão ter mais oportunidade para esse usuário que é acometido pela tuberculose, que garanta, assim, o <u>tratamento completo e a</u> alta por cura utilizando a estratégia do TDO na atenção primária (E20); [...] Eu acredito que a valorização do vínculo, do conhecimento, da valorização do dia a dia do usuário (E14). [...] Na estratégia do TDO, os profissionais de saúde estão mais perto, nessa conscientização da importância de tomar o medicamento, de fazer o tratamento de forma correta para debelar essa doença (E16). [...] com a descentralização das ações do TDO, vai proporcionar aumento no percentual de cura e redução do abandono (E17). Eu acho que uma das potencialidades do TDO foi a questão de a gente estar <u>garantindo o tratamento do usuário até o final</u> . Outra foi a busca ativa de sintomáticos respiratórios que, com isso, a gente procurou mais, ficou mais atento, vê quem são, e também examinar os contatos daqueles pacientes. Tudo isso foram melhorias, foram lições dessa estratégia, o TDO (E01).
Abandono e não adesão ao tratamento.	[...] O que motivou na época quando nós implantamos em 1999 o DOTS no estado foi o <u>alto índice de abandono</u> que tínhamos no estado, estávamos com mais de 20% de abandono, onde o Ministério preconiza 5% [...] (E25). [...] Eu acho que motivou foi o <u>baixo percentual de cura</u> da TB [...] (E19). [...] O que motivou, penso eu que foi a dificuldade no tratamento do usuário portador da tuberculose que ao longo dos anos vem demonstrando bastante resistência em concluir o tratamento, né? (E15). [...] O município de João Pessoa adotou essa estratégia para que os usuários tivessem uma <u>maior adesão ao tratamento</u> conseguindo concluir como cura comprovada [...] (E23).
Fortalecimento do vínculo terapêutico a partir da responsabilidade compartilhada.	[...] Eu acho que a vinculação com esse usuário maior é com a saúde da família. O vínculo dele, hoje por conta do TDO, é a maior mensagem que se tem, o <u>vínculo de adesão ao tratamento</u> (E02). [...] É estar chamando mesmo, a corresponsabilização de todos e não apenas do gestor ou apenas do usuário ou do profissional, é de todos os atores envolvidos (E12). [...] Era uma forma da gente se <u>responsabilizar pelos casos</u> do nosso território, monitorar, se responsabilizar e <u>monitorar as ações do acompanhamento</u> desses usuários né [...] (E21). [...] É de suma importância a gente descentralizar o tratamento porque a atenção básica <u>fortalece a questão do vínculo</u> desses usuários com essa equipe de saúde da família [...] (E22).
Acessibilidade aos serviços de saúde.	[...] Ter o <u>acesso mais fácil</u> , a acessibilidade ao usuário através do distrito, e do distrito para as unidades de saúde [...] (E6). [...] Necessidade de <u>acompanhamento</u> dos usuários portadores do bacilo[...] (E10). [...] houve uma parceria, um envolvimento realmente interpessoal, inclusive para que houvesse o alcance dessa meta (E24). [...] É uma das experiências que a gente nunca vai esquecer, né... quando o usuário relata que houve uma <u>inserção dele como cidadão</u> , como usuário dentro do serviço devido a esse processo todo, a essa política que o favoreceu (E24).

O termo “motivação”, como vocábulo, é conceituado como um neologismo que está diretamente relacionado ao motivo (do latim *motus* – movimento). Motivo é apresentado como causa ou origem de algo ou, ainda, como razão, aquilo que impulsiona alguém a fazer algo.<sup>9</sup>

No contexto da TB no município de João Pessoa, os enunciadores evocaram de suas memórias discursivas fatores motivadores do processo de TP do TDO, tais como os benefícios da descentralização das ações da estratégia TDO para o serviço de atenção primária, diminuição dos índices epidemiológicos relacionados ao abandono no tratamento; aumento no percentual de cura e encerramento dos casos; o fortalecimento do vínculo terapêutico entre profissionais e usuários a partir da responsabilidade compartilhada pelo tratamento e cuidados em geral de saúde; e melhorias na acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde.

Em referência aos benefícios do TDO citados pelos enunciadores, cabe assinalar que a escolha da modalidade do TDO deve ser decidida conjuntamente entre a equipe de saúde e o paciente, considerando a realidade e a estrutura de atenção à saúde existente. É desejável que a ingestão do medicamento seja diária, de segunda à sexta-feira, sob a supervisão de um profissional de saúde que pode ser um enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de Enfermagem ou agente comunitário de saúde.<sup>2</sup>

O Ministério da Saúde (MS) estabelece que, se o TDO não for realizado por profissionais da equipe de saúde, não será considerado para fins operacionais e de notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).<sup>2</sup> Para a implementação do TDO, o MS preconiza ainda que devam ser levadas em conta quatro modalidades de supervisão: *domiciliar*, por meio da observação realizada na residência do doente ou em local por ele solicitado; na *unidade de saúde*, por meio da observação em unidades de ESF, Serviços de atendimento de HIV/AIDS ou hospitais; *sistema prisional*, pela observação da ingestão medicamentosa nesse local; *modalidade compartilhada*, quando o doente recebe a consulta médica numa dada unidade de saúde, apesar de fazer o TDO em outra mais próxima do domicílio ou trabalho.<sup>2</sup>

Excepcionalmente, quando não for possível escolher alguma das modalidades citadas, a unidade poderá propor ao paciente que a observação seja realizada por uma pessoa da família ou da comunidade treinada ou supervisionada por profissional da equipe de saúde para realizar e ser considerada TDO. Nesses casos, a unidade e o seu responsável deverão visitá-lo semanalmente para monitorar o tratamento.<sup>2</sup>

Um dos grandes entraves para o sucesso no controle da tuberculose se dá justamente pela deficiência na operacionalização do TDO, na baixa adesão e elevadas taxas de abandono do tratamento, conforme foi compartilhado pela enunciativa E25, que vivenciou todo esse processo de transferência ocorrido durante o período de 1999 a 2007 no referido município. Como consequência, os índices de cura foram desfavoráveis às metas da OMS, a

qual estimava que o percentual de cura fosse superior a 85% e a redução da taxa de abandono fosse inferior a 5%.<sup>3</sup>

Em 2010, a proporção de cura no Brasil foi de 73,4% e em 2011 alcançou 71,6%, ainda não conseguindo obter a meta estipulada pelo MS, qual seja, curar pelo menos 85% por ano. Já em relação à taxa de abandono, estudos mostram índices em torno de 14 a 17%, porém em algumas regiões e capitais esse índice alcança 30 a 40%.<sup>10</sup>

Os dados epidemiológicos descritos expressam que a taxa de abandono do tratamento da TB no Brasil é elevada, o que resulta em risco de ocorrência de formas resistentes da doença e persistência da cadeia de transmissão. Diante disso, o conhecimento dos fatores associados ao alto índice do abandono do tratamento da TB é imprescindível para a identificação de barreiras que culminem na adesão ao tratamento.<sup>11,12</sup>

Estudo desenvolvido no estado do Paraná entre os anos de 2006 e 2010 constatou que a idade jovem, o etilismo, o desemprego, a baixa escolaridade, a dependência química e o reingresso após abandono do tratamento foram os elementos responsáveis pelo abandono à terapêutica.<sup>13</sup>

Quanto menos se sabe sobre a TB, mais altos são os riscos de não concluir o esquema terapêutico. A educação em saúde é uma importante estratégia para a redução das taxas de abandono do tratamento da doença, pois a falta de informação ou a sua inadequada assimilação concorrem para o não uso da medicação e/ou interrupção precoce do tratamento.<sup>14</sup>

Fornecer subsídios necessários para assegurar o tratamento adequado e sem atraso a todo indivíduo com diagnóstico de tuberculose é papel dos serviços de saúde. A adesão do paciente, o acolhimento no serviço, informá-lo sobre a doença e tratamento são condições básicas para o êxito do tratamento.<sup>3</sup>

Concomitantemente, o fortalecimento do vínculo terapêutico a partir da responsabilidade compartilhada entre profissional e paciente emergiu dos discursos dos enunciadores E21 e E22 como uma das molas propulsoras da TP do TDO. Sentidos relacionados à monitoração, acompanhamento e responsabilização do caso sugeriu o anseio dos mesmos por uma assistência mais afetiva e efetiva, que culminasse na construção de laços interpessoais duradouros capazes de interferir positivamente no tratamento da TB.

Outros sentidos vieram à tona e se interligaram ao vínculo terapêutico, como citado por E12, no que diz respeito à corresponsabilização de todos os envolvidos no processo, e não apenas do gestor ou apenas do usuário ou do profissional. Essa corresponsabilização evocada pelo enunciatador, por intermédio do interdiscurso, traz sentidos que sugerem o comprometimento de todos os profissionais da equipe nesse processo de transferência e/ou descentralização do TDO.

Sabe-se que o sucesso da adesão ao tratamento está intimamente ligado à relação humanizada entre o profissional e a

pessoa com TB, permitindo a ambos a compreensão do contexto da enfermidade, passando a serem corresponsáveis pelo por esse sucesso.<sup>15</sup>

Estudo desenvolvido sobre o abandono do tratamento da TB e as relações de vínculo com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) enfatizou que o vínculo favorece a continuidade do cuidado e que o conhecimento do entorno social, econômico e cultural da pessoa doente e sua família pela equipe de saúde contribui para o não abandono do tratamento, mediante uma relação de partilha de compromisso e confiança.<sup>16</sup>

Ao trazer à sua memória discursiva o desejo de acompanhar e monitorar mais intensivamente o tratamento das pessoas com TB, os enunciadores E21 e E22, por um ato falho, deslizam e exprimem o não dito: as relações de vínculo não foram solidamente construídas ao longo do processo de adoecimento, contribuindo para uma assistência fragmentada, no qual não se vêem como peça fundamental para o sucesso do tratamento. Tal fato contraria a dimensão de vínculo preconizado pela APS.

Entende-se vínculo como a relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o usuário, permitindo, com o passar do tempo, que os laços criados se estreitem e eles se conheçam cada vez mais, facilitando a continuidade do tratamento e, conseqüentemente, evitando consultas e internações desnecessárias. Essa relação requer a cooperação mútua entre as pessoas da família, da comunidade e os profissionais.<sup>17</sup>

Além disso, o vínculo permite uma aproximação mais efetiva entre o usuário e o profissional, de modo a se estabelecer relações de escuta, de diálogo e de respeito. Nesse caso, o primeiro se sente mais seguro com a unidade de saúde, por se perceber aceito e próximo dos profissionais que se responsabilizam pelo seu bem-estar.<sup>17</sup>

Torna-se mister considerar ações que, nos serviços da APS, contemplem o acolhimento, o vínculo e a busca ativa de sintomas respiratórios. O acolhimento é uma das principais diretrizes éticas e políticas da Política Nacional de Humanização (PNH) no Brasil, definido como uma tecnologia leve e que deve ser usada na perspectiva de implantação de novas práticas de saúde.<sup>18</sup>

As ações de acolhimento fazem parte do processo de trabalho dos profissionais da ESF e são essenciais para a construção de um vínculo entre eles e o usuário/família, podendo ser caracterizado como uma relação de cumplicidade, concretizando-se no âmbito do acolhimento e sendo ponto de partida para a construção de elos de confiança entre os envolvidos. Nesse sentido, destacam-se o acolhimento e o vínculo como dispositivos de elevada importância para o estabelecimento do cuidado em saúde.<sup>18</sup>

Nesse ínterim, a melhoria da acessibilidade de usuários aos serviços de saúde foi mobilizada como um sentido extraído dos discursos dos enunciadores E6, E10 e E24 relacionado às motivações da TP do TDO em João Pessoa. Garantir o acesso e a equidade da pessoa com TB na APS significa atentar para a localiza-

ção da unidade onde se pretende lhe dar atenção; escolher local de fácil acesso para a ingestão do medicamento; e observar o tempo e meios de transporte utilizados para o seu deslocamento, na tentativa de minimizar os obstáculos enfrentados.

O acesso aos serviços de saúde configura-se como a dimensão essencial da APS no controle da TB. Contudo, o termo APS por vezes causa divergência de interpretações por parte da população, que associa o termo primária a conjunturas iniciais, frágeis ou de pouca profundidade no estabelecimento dos cuidados com a saúde do indivíduo.<sup>19</sup>

Tais interpretações ocasionam descrença nas ações promovidas nesse nível de atenção, fazendo com que a população opte pela procura de atendimento nos níveis de atenção secundária e terciária de saúde, que possuem a média e alta complexidade para diagnóstico e tratamento das doenças.

O acompanhamento dos casos de TB (investigação, diagnóstico e tratamento) é uma das prioridades da APS, de fundamental importância na articulação dos procedimentos de acesso das pessoas com TB aos serviços de saúde. As ações articuladas entre o PCT e gerências de APS devem ser parte da rotina dos gestores, causando impacto nos territórios, visto que possuem uma visão geral do processo de saúde-doença determinante no enfrentamento da doença.<sup>20</sup>

Notadamente, deve-se ser vigilante em relação aos entraves que dificultam a gestão do cuidado em cada dimensão e entre as dimensões, de modo a fazer fluir a atenção ao usuário.

As estratégias para que a pessoa com TB tenha acesso ao tratamento e, a partir daí, possam chegar ao seu final com o estabelecimento da cura precisam estar de acordo com a realidade das dificuldades encontradas para adesão ao tratamento, como estigma da doença, falta de suporte social e necessidade do desenvolvimento de ações em parceria com áreas fora do setor saúde.<sup>20</sup>

Estudo revela algumas barreiras para o acesso à confirmação diagnóstica da TB na APS, entre elas: horário de funcionamento das unidades de saúde da família; transferência de responsabilidades; visitas domiciliares sem controle de comunicantes; demora do serviço de saúde em suspeitar da doença; e repetidas idas do usuário sintomático respiratório ao serviço de saúde para obtenção do diagnóstico.<sup>21</sup>

O controle do tratamento da TB consiste na execução das atividades programáticas que permitem o acompanhamento da evolução da doença, na utilização correta dos medicamentos e no sucesso terapêutico. Essas ações de controle devem estar pautadas na garantia da acessibilidade aos serviços de saúde e na disponibilidade de profissionais qualificados, incorporando em seu processo de trabalho os conhecimentos necessários para organizar prestação de cuidados desde a suspeição da doença até a alta por cura.<sup>3,15</sup>

Considerando que a AB se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do

cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social; e que o sujeito é visto em sua singularidade e inserção sociocultural, observa-se nos discursos dos enunciadores uma fragilidade no alicerce dessa política no município em estudo, dificultando a efetividade da assistência integral.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de transferência de política do TDO para o controle da tuberculose adveio de maneira voluntária e negociada entre as gestões estadual e municipal de saúde de João Pessoa/Paraíba. Estratégias envolvendo a gestão, os profissionais, a comunidade e a própria pessoa com TB foram utilizadas para implementação das ações do TDO nas unidades de saúde.

Embora visíveis os esforços e anseios políticos dos atores-chave envolvidos na transferência e/ou descentralização dessas ações com vistas à efetivação do TDO, evidencia-se a necessidade de rever os gargalos existentes na rede de atenção do município e introduzir estratégias efetivas no processo de trabalho dos profissionais na tentativa de superar os amplos desafios impostos pela doença.

Sugere-se a possibilidade de ambas as gestões priorizarem, entre os coordenadores do Programa de Controle da Tuberculose, da Vigilância Epidemiológica e as equipes de saúde da família, a resignificação das práticas de cuidado na perspectiva da educação permanente em saúde, de modo a impactarem positivamente o cenário da TB na Paraíba, oferecendo ao usuário uma assistência de qualidade direcionada para a integralidade do cuidado humano.

Torna-se mister enfatizar que o desenvolvimento de pesquisas com esse caráter pode contribuir para a elucidação de questões importantes e aprofundamento de conhecimentos sobre o processo de transferência de políticas no campo da saúde relacionadas ao planejamento, à organização, ao monitoramento e à avaliação da estratégia DOTS nas instituições gestoras da APS.

## AGRADECIMENTOS

Gratidão a Lenilde Duarte de Sá (*in memoriam*), pelo impacto de suas contribuições científicas desenvolvidas ao longo de mais de 30 anos de atividades acadêmicas no campo da Enfermagem e Saúde Coletiva Brasileira.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis control report. Geneva: WHO; 2011. [citado em 2017 out. 07]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44728/1/9789241564380\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44728/1/9789241564380_eng.pdf).
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento Diretamente Observado (TDO)

- da Tuberculose na Atenção Básica: protocolo de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Bissell K, Lee K, Freeman R. Analysing policy transfer: perspectives for operational research. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011[citado em 2017 out. 07];15(9):1140-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21943837>
5. Dolowitz DA. Policy-maker's guide to Policy Transfer. *Political Quarterly Publishing Co* 2003[citado em 2017 out. 13];74(1). Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1467-923X.t01-1-00517>
6. Orlandi EP. Análise do discurso: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes; 2012.
7. Souza SAF. Análise de discurso: procedimentos metodológicos. Manaus: Instituto Censur; 2014.
8. Sayim KZ. Policy transfer from advanced to less advanced institutional environments: Labour market orientations of US MNEs in Turkey. *Human Relations*. 2011[citado em 2017 set. 15];64(4):573-97. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0018726710396247>
9. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio da língua portuguesa. 8ª ed. São Paulo: Saraiva; 2010.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose: alinhada com o social, afinada com a tecnologia. *Bol Epidemiol*. 2013[citado em 2017 out. 15];44(2):1-6. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/06/boletim2-2013-tb-web.pdf>
11. Alves RS, Souza KMJ, Oliveira AAV, Pedro FP, Nogueira JA, Sá LD. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2012[citado em 2017 out. 07];21(3):650-7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000300021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300021)
12. Braga JU, Pinheiro JS, Matsuda JS, Barreto JAP, Feijão AMM. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose nos serviços de atenção básica em dois municípios brasileiros, Manaus e Fortaleza, 2006 a 2008. *Cad Saúde Colet*. 2012[citado em 2017 set. 15];20(2):225-33. Disponível em: [http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012\\_2/artigos/csc\\_v20n2\\_225-233.pdf](http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_225-233.pdf).
13. Furlan MCR, Oliveira SP, Marcon SS. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose no estado do Paraná. *Acta Paul Enferm*. 2012[citado em 2017 out. 06];25(esp.1):108-14. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000800017&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000800017&script=sci_arttext&lng=pt)
14. Oliveira MG, Silva CB, Lafaiete RS, Motta MCS, Villa TCS. O doente em tratamento de tuberculose no município de Itaboraí, Rio de Janeiro – participação da família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011[citado em 2017 dez. 16];6(18):40-5. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/117>
15. Sá LD, Oliveira AAV, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Collet N. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. *Rev Esc Enferm USP*. 2012[citado em 2017 out. 06];46(2):356-63. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200013)
16. Souza KMJ, Sá LD, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS, Figueiredo DA. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. [internet]. *Rev Esc Enferm USP*. 2010[citado em 2017 dez. 16];44(4):904-10. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342010000400007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000400007&lng=en).
17. Brunello MEF, Ponce MAS, Assis EG, Andrade LP, Scatena LM, Palha PF, et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paul Enferm*. 2010[citado em 2017 out. 15];23(1):131-5. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000100021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100021)

18. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Pública*. 2014[citado em 2017 out. 15];35(2):144-9. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>
  19. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
  20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose. *Bol Epidemiológico*. 2015[citado em 2017 out. 06];46(9):1-9. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/25/Boletim-tuberculose-2015.pdf>.
  21. Oliveira AAV, Sá LD, Nogueira JA, Andrade SLE, Palha PF, Villa TCS. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2013[citado em 2017 out. 16];47(1):145-51. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100018&script=sci_abstract&tlng=pt)
-