

**ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (DOTS) PARA TUBERCULOSE NO BRASIL: UM ESTUDO QUALITATIVO***SUPERVISED THERAPY STRATEGY FOR TUBERCULOSIS IN BRAZIL: A QUALITATIVE STUDY*BRUNO RUSSONI¹, ANA ANGÉLICA MARTINS DA TRINDADE²

1 - Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador-BA, Brasil

2 - Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador-BA, Brasil

RESUMO

Nos últimos anos, a Terapia Supervisionada (TS) tornou-se protagonista no monitoramento e cuidado ao acometido pela Tuberculose na Atenção Primária a Saúde brasileira. Diante disso, procurou-se avaliar os benefícios, limitações, e atribuições dos grupos sociais envolvidos através de um estudo qualitativo e descritivo pautado numa revisão integrativa. A partir da consulta às plataformas MEDLINE, LILACS, e SCIELO, com os descritores DECS “Tuberculose”, “Brasil”, e “Terapia Diretamente Observada”, selecionou-se estudos baseados na aplicação de critérios de inclusão e de exclusão, seguida da categorização dos achados. Como resultados, destacaram-se na literatura consultada: i) em termos de benefícios, a contribuição da TS à reabilitação das pessoas, devido a fatores, como: maior adesão ao tratamento, maior satisfação com o cuidado recebido, boa aplicabilidade para grupos vulneráveis, e redução de desfechos desfavoráveis; ii) quanto ao papel dos grupos sociais, o envolvimento dos familiares, enfermeiros e agentes comunitários de saúde é indispensável; iii) em termos de limitações, indicaram-se o enfraquecimento na presença de disputas políticas, questões organizacionais e operacionais. No Brasil, a TS é, então, considerada bem sucedida na produção do cuidado voltado para a Tuberculose por propiciar o vínculo profissional-usuário, integrar a atenção individualizada com a coletiva, bem como favorecer ações de educação em saúde.

Palavras-chave: Terapia diretamente observada; Tuberculose; Brasil.**ABSTRACT**

In recent years, Supervised Therapy (ST) has become a protagonist in the monitoring and care of people affected by Tuberculosis in Primary Health Care in Brazil. Therefore, we sought to evaluate the benefits, limitations, and attributions of the social groups involved through a qualitative and descriptive study based on an integrative review. From the consultation on the MEDLINE, LILACS and SCIELO platforms, with the descriptors DECS “Tuberculosis”, “Brazil” and “Directly Observed Therapy”, we selected studies based on the application of inclusion and exclusion criteria, followed by categorization of the findings. As results, the following were highlighted in the literature: i) in terms of benefits, ST contribution to the rehabilitation of people, due to factors such as: greater adherence to treatment, greater satisfaction with care received, good applicability for vulnerable groups, and reduction of unfavorable outcomes; ii) with regard to the role of social groups, the involvement of family members, nurses and community health workers is indispensable; iii) in terms of limitations, it was indicated the weakening in the presence of political disputes, organizational and operational issues. In Brazil, ST is considered to be successful in the production of care for Tuberculosis by providing the professional-user link, integrating individualized attention with the collective, as well as favoring health education actions.

Keywords: Directly observed therapy; Tuberculosis; Brazil.**INTRODUÇÃO**

A Tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa de grande relevância no cenário da saúde global e persiste de maneira importante na presença de condições como as descritas pela Organização Mundial de Saúde, em 2017:

cerca de 10 milhões de adoecimentos, 1 milhão e 300 mil mortes como agente infeccioso único e 300 mil mortes em coinfestado com HIV/AIDS¹.

O Brasil, apesar da redução dos índices de incidência e mortalidade em seu território, está entre os 20 principais países do mundo com maior número de casos/ano e é destaque



entre os países da América Latina¹⁻³. Em estados das regiões Norte, Sudeste e Nordeste, a doença segue como um grave problema de saúde pública^{4,5}.

A negligência caracteriza a TB em termos de vulnerabilidades de acesso à saúde, sendo a doença associada em geral às condições de pobreza, de baixa escolaridade, de consumo de drogas e de precário saneamento básico⁶⁻⁸. Tais aspectos a tornam historicamente um problema de difícil manejo, principalmente para grupos sociovulneráveis, pois mesmo na presença de bons métodos diagnósticos e excelente resposta terapêutica, há riscos de insucesso de combate e controle da mesma. Além disso, esse cenário se agrava na presença de outras particularidades da doença, dentre elas a coinfeção pelo HIV/AIDS, casos de TB multirresistente, e alto poder de disseminação na comunidade^{6,9,10}.

Desde os anos 90, a agenda do Ministério da Saúde prioriza ações voltadas para o controle da TB, levando o país a coordenar acordos internacionais pactuados junto à Organização Mundial da Saúde (OMS), como a criação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) que assumiu o compromisso com outros países de acabar com a TB até 2035, além da criação da Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose^{3,10}.

A estratégia de Tratamento Diretamente Observado (TDO)/Directly Observed Treatment, short course (DOTS), também conhecida como Terapia Supervisionada (TS) surgiu em 1999, após um ano da criação do PNCT, com objetivo de contribuir com a redução da morbidade, mortalidade e transmissão da doença^{3,11}. A principal iniciativa da estratégia foi de melhorar a adesão ao tratamento para tuberculose e diminuir a taxa de abandono no país, utilizando medidas de fornecimento de medicações e métodos diagnósticos, ingestão supervisionada da medicação, estabelecimento do apoio e cuidado integrado centrado na pessoa, fortalecimento do vínculo entre o profissional e o paciente, incentivo a programas permanentes de educação em saúde e criação de um sistema de informação e monitoramento dos casos^{12,13}.

Por meio dessas medidas, a DOTS tornou-se o principal instrumento para alcançar as metas nacionais e internacionais, contando com a expansão das ações de controle entre municípios no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS)^{3,11}, sendo os gestores municipais e estaduais responsáveis pela mobilização e planejamento, de forma a garantir a implantação das ações de controle da Tuberculose^{3,11,12}.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) e suas equipes multiprofissionais, que incluem os agentes comunitários de saúde (ACS), tornaram-se centrais para a prática organizada do tratamento supervisionado^{3,10,11}. A ESF volta-se, ainda mais, para atenção integrada dos indivíduos e associa-se aos esforços do PNCT para o incentivo de políticas arrojadas, com sistemas de apoio aos acometidos pela TB, intensificação da pesquisa e inovação visando melhorias para o combate e controle da doença^{3,10}.

Nesse sentido, as recentes mudanças trazidas pela

DOTS a consolidam como uma importante iniciativa do cuidado aos acometidos pela Tuberculose, tornando-se fundamental à análise integrada e qualitativa de estudos de diversos campos a fim de refletir, sintetizar e revelar informações úteis para o aprimoramento das políticas de saúde voltadas para a TB, levando em consideração os conhecimentos acerca dos benefícios e limitações da estratégia, com ênfase em percepções sobre as contribuições e fragilidades identificadas pelos grupos sociais envolvidos.

Este estudo estruturou-se a partir de uma revisão sistemática integrativa de literatura com a finalidade de analisar de forma ampla a produção no campo da Saúde Coletiva disponível sobre a DOTS no Brasil¹⁴⁻¹⁷. Objetivou-se, por meio da metodologia qualitativa de investigação, compreender percepções em torno do tratamento supervisionado que repercutem em práticas e ações cotidianas dos serviços de saúde, o que permite novas interpretações e inovações na construção de conhecimentos sobre o tema.

METODOLOGIA

Segundo Mendes Silveira e Galvão¹⁴⁻¹⁶, as principais etapas da revisão integrativa são: estabelecimento do problema de revisão; seleção da amostra; categorização dos estudos; análise dos resultados; apresentação e discussão dos resultados; apresentação das conclusões, etapas seguidas nesta revisão, com vistas a aproximações do rigor metodológico.

As perguntas de investigação orientadoras do estudo foram: Quais são os benefícios e limitações relacionados à estratégia DOTS indicados pela literatura? Quais são as repercussões para os grupos sociais relacionados à estratégia?

A busca online ocorreu nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Utilizaram-se os seguintes descritores de busca DeCS: “Tuberculose”, “Brasil” e “Terapia Diretamente Observada”, sendo agrupados, em alguns momentos, de forma correlacionada com o objetivo de refinar a busca dos estudos.

O período da busca ocorreu entre fevereiro de 2017 e julho de 2018. Para a seleção dos estudos, considerou-se estudos publicados na Saúde Coletiva, entre janeiro de 2010 e março de 2018, na língua inglesa e/ou portuguesa e/ou espanhol, de caráter observacional ou intervencional, quantitativo ou qualitativo, de conteúdo compatível em relação aos objetivos do estudo, e metodologias aplicadas em território brasileiro. Excluíram-se os estudos que não atendiam a todos os critérios supracitados.

No processo de seleção, identificaram-se 1.353 (um mil trezentos e cinquenta e três) estudos nas bases de dados através da combinação dos descritores: Terapia diretamente observada “AND” Tuberculose; Tuberculose “AND” Brasil “AND” Terapia diretamente Observada. Os estudos identificados estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Estudos identificados nas bases de dados

Base de dados	Terapia diretamente observada “AND” Tuberculose	Tuberculose “AND” Brasil “AND” Terapia diretamente Observada
MEDLINE	1.204	35
LILACS	53	28
SCIELO	24	9
Total	1.281	72

Os resumos desses estudos foram submetidos a análise em concomitante aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Num segundo momento, uma nova seleção totalizou 30 (trinta) trabalhos que compuseram o grupo dos pré-selecionados. Estes foram lidos na íntegra, levando a exclusão de nove (9) estudos e manutenção de vinte e um (21), em função do atendimento dos objetivos propostos. Os trabalhos selecionados (Quadro 1) foram agrupados em duas categorias

de análise: Benefícios e limitações na DOTS (Categoria 1); Sujeitos relacionados na Terapia Supervisionada (Categoria 2). Foi válido um estudo selecionado a participar de uma ou duas categorias de análise conforme suas propostas e resultados apresentados.

Após a categorização dos estudos, houve a extração dos achados, através da ferramenta Matriz de Síntese^{14,16}, o que permitiu perceber as coincidências com informações produzidas por outros estudos, bem como indicar novas lacunas no conhecimento, dentre elas os efeitos da terapia supervisionada em paralelo às alterações dinâmicas sociais até o presente o momento.

RESULTADOS

Inicialmente, os principais achados dos estudos selecionados incluídos nas categorias 1 e 2 foram extraídos e expostos de maneira objetiva (Quadro 2).

Quadro 1. Estudos selecionados para as categorias 1 e 2

	Ano	Base de dados	Autor principal*	Categorias de análise
1	2015	MEDLINE	Reis-Santos B	1
2	2017	LILACS/SCIELO	Arakawa T, Magnabosco GT	1
3	2015	LILACS/MEDLINE	Vieira AA,	1
4	2011	LILACS/MEDLINE	Ferreira V	1 e 2
5	2014	LILACS/SCIELO/MEDLINE	Lâvor DCBS	1
6	2015	LILACS/MEDLINE	Soares ECC	1
7	2010	LILACS/SCIELO	Garcia ME	1
8	2013	LILACS	Silva MD	1
9	2014	LILACS/SCIELO/MEDLINE	Yamamura M	2
10	2015	LILACS	Rocha SSG	2
11	2015	MEDLINE	Oliveira RCC	1 e 2
12	2013	LILACS	Dias LAA	1 e 2
13	2016	LILACS/MEDLINE/SCIELO	Sousa LO	1 e 2
14	2016	MEDLINE	Snyder RE	1
15	2010	MEDLINE	Steffen R	1
16	2010	LILACS/MEDLINE/SCIELO	Queiroz EM Bertolozzi MR	2
17	2012	LILACS	Queiroz EM, De-a-Torre-Ugarte-Guanilo MC	2
18	2014	LILACS	Grecco R	1
19	2017	SCIELO	Shuhama BV	1 e 2
20	2011	LILACS	Arakawa T, Arcêncio RA	1
21	2014	LILACS	Souza KMJ	1 e 2

* Nos casos em que o autor principal seja idêntico em outro estudo selecionado, menciona-se o segundo autor para fins de diferenciação.

Quadro 2. Extração dos principais achados relacionados a estratégia DOTS dos estudos selecionados

Achados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
A	•	•	•	•		•	•	•						•		•	•		•		•
B	•	•		•		•	•							•		•					•
C			•	•																	
D				•			•					•	•			•	•	•	•		•
E		•		•	•					•			•		•	•	•	•	•	•	•
F												•				•	•		•		
G				•		•	•		•	•	•		•			•	•		•		•

A. Aumento da adesão ao tratamento e da taxa de cura; **B.** Redução de desfechos desfavoráveis; **C.** Superior a terapia autoadministrada; **D.** Atividades de promoção à saúde; **E.** Limitações da estratégia; **F.** Usuários: Percepções e fragilidades; **G.** Profissionais de saúde e familiares: Percepções; contribuições; fragilidades.

Benefícios e limitações na Terapia Supervisionada

Os achados da primeira categoria de análise permitem admitir que as atividades realizadas pela estratégia obtiveram êxito no aumento da taxa de cura de casos de TB, da mesma forma que possibilitaram o aumento da adesão ao tratamento¹⁸⁻²⁷. Acrescenta-se que, em alguns estudos, houve o reconhecimento da superioridade do tratamento supervisionado em comparação a terapia autoadministrada^{19,21}, somada à redução de desfechos desfavoráveis, dentre eles o abandono ao tratamento, óbito, e transferência de área de tratamento^{18-20,22-25,28}.

Na temática “Promoção a Saúde”, a estratégia proporcionou práticas de atividades que incluem: estabelecimento do vínculo entre o paciente e as equipes de saúde; divulgação de conhecimentos em saúde; capacitação profissional através de práticas educativas; participação do doente no processo saúde-doença e incentivo ao cuidado integrado e individualizado^{22, 24-27}.

Destacou-se a capacidade da DOTS de identificar e atender necessidades de grupos refratários ou de baixa adesão ao tratamento, além da habilidade de atuar em condições de vulnerabilidade física e socioeconômica como pobreza, consumo de drogas lícitas ou ilícitas, comorbidades associadas, áreas de baixa renda e de elevada urbanização, precário saneamento básico, e baixa escolaridade^{18-20,22}.

Em outros trabalhos, indicou-se o incremento da eficiência da DOTS em locais onde ocorreram atividades da ESF, e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)^{18,19,22-26}. Além disso, a provisão de insumos como transporte e cestas básicas exerceu papel de facilitador nas ações da estratégia^{18,29,30}.

As limitações do programa referem-se, principalmente, às falhas ou deficiências nos âmbitos político, organizacional, e operacional, o que repercutiu na precária implementação da estratégia nas regiões avaliadas^{19,31,32}.

Reconheceu-se achados relacionados à falta de autonomia técnica, financeira, política, e uma série de agravantes operacionais e organizacionais que incluem: carência de recursos e insumos facilitadores para a prática do tratamento supervisionado; custo elevado; baixa versatilidade na oferta de serviços; falta de capacitação profissional e envolvimento das equipes; alta rotatividade e baixa fixação dos profissionais; baixa cobertura; problemas de gestão; sobrecarga de funções; prejuízos no fornecimento de medicações; violência local; falta de reconhecimento profissional; busca ativa de bacilíferos insuficiente^{19-24-26,31-34}

Além disso, revelou-se que as particularidades regionais como porte populacional, baixo nível de implementação da ESF e do PACS, e condições sociodemográficas debilitantes interferiram nos desfechos de pacientes submetidos ao tratamento supervisionado¹⁸.

Ainda em termos de limitações, identificou-se o desconhecimento de gestores sobre a importância e funcionamento da DOTS, o que gerou fragilidades na condução e organização das ações³², e constatou-se o baixo incentivo a aprendizagem no ensino superior acerca dos fundamentos da terapia supervisionada³⁵.

Sujeitos relacionados na Terapia Supervisionada

Na segunda categoria de análise deste estudo, evidenciou-se a importância do estabelecimento do vínculo e cuidado integral pelas equipes, e pelo compromisso assumido pelo paciente, visando o tratamento até a reabilitação^{24,25,27,36}. Fora esses achados, revelou-se a amenização do sofrimento gerado pela doença como estigma e efeitos colaterais do tratamento^{24,25,36}.

Apesar desses achados positivos, identificou-se fatores desfavoráveis para a prática do tratamento supervisionado relatados pelos usuários, dentre eles o tempo de deslocamento para o atendimento, a saúde debilitada, risco de afastamento das atividades cotidianas por conta do tratamento, culpabilidade transferida ao usuário pelos profissionais de saúde, e vulnerabilidade social e física^{24,25,36}.

A participação do agente comunitário de saúde (ACS) foi fundamental no que tange a adesão ao tratamento, supervisão da medicação, comunicação entre as equipes de saúde e os usuários, e divulgação de informações para a comunidade^{19,25,27,37}. Observou-se que o tempo de atuação e nível de conhecimento técnico são fatores que influenciaram na capacidade do ACS de atuar na estratégia DOTS, em contrapartida, houve achados de carência de conhecimento acerca da terapia supervisionada por essa categoria profissional³⁷.

Constatou-se que a maioria dos familiares se envolveu com a DOTS e a reconheceram como importante para a recuperação e reabilitação do membro da família, devido à orientação adequada e boa relação com as equipes de saúde, o que estava intimamente relacionado com a concepção de participação ativa da família no cuidado e adesão ao tratamento do familiar acometido pela doença^{24,25,38}. Além disso, em um dos estudos destacou-se que os familiares apresentaram conhecimentos relacionados à doença, no que tange sua problemática social e biológica, em detrimento da deficiência de orientações quanto aos efeitos da terapia medicamentosa³⁸.

Os enfermeiros relacionados à prática do tratamento supervisionado desempenham papel decisivo na condução da estratégia, entretanto, o excesso de atividades de caráter administrativo que assumiram nos serviços da APS reduziu a dedicação para a produção do cuidado a saúde. Além

disso, esta categoria profissional reconhece a importância da visita domiciliar na execução do tratamento supervisionado, sendo esta um procedimento capaz de ampliar e integrar o acolhimento às necessidades particulares dos pacientes^{27,29}.

DISCUSSÃO

A decisão terapêutica é fundamental para se atingir a eficiência clínica. Isso se deve ao fato de que a escolha terapêutica com maior probabilidade de sucesso é aquela que leva em consideração as múltiplas condições de vida das pessoas, incluindo as diferentes experiências de adoecimento, aliado a uma base humanística, técnica e ética de promoção a saúde^{39,40}. Tal fato valoriza a adesão de conhecimentos nas práticas em saúde que consideram o processo multifatorial do adoecer, valorizam a gestão participativa, incluem o entendimento sobre a importância processo saúde-doença, e que inviabilizem fenômenos de violência institucional, discriminação e preconceito³⁹⁻⁴¹.

Nesse contexto, é plausível nomear a Terapia Supervisionada para Tuberculose como uma modalidade de cuidado eficiente, pois ela apresenta a capacidade de assumir práticas humanísticas de saúde³⁹, como acolhimento⁴², integralidade⁴², vínculo profissional-usuário, além de aliar-se a competência técnica e tecnológica, acarretando nos achados relacionados a redução de desfechos desfavoráveis, aumento dos índices de adesão ao tratamento e cura da doença, aumento da satisfação dos usuários e práticas de promoção à saúde como incentivo aos programas de educação permanente na comunidade.

Há evidências que tornam possível associá-la ao modelo de gestão participativa³⁹, pois o estreitamento da relação entre as equipes e os pacientes oferecida pela TS permite que o usuário tenha autonomia para participar e protagonizar no processo do cuidado, a partir da construção de saberes e soluções oriundas das experiências das pessoas envolvidas, considerando realidades institucionais específicas de cada região, e a construção de instâncias de participação dos envolvidos, com a finalidade de alcançar maior adesão terapêutica, e por fim, produção do cuidado^{39,41}.

Analisa-se também o empenho dos profissionais de saúde da estratégia na evocação de valores humanitários como solidariedade, igualdade e compreensão em contraste aos elementos que configuram a violência institucional, a qual ainda persiste e é caracterizada por atitudes paternalistas, prescritivas, biologicistas e verticalizadas na assistência, reproduzindo-se, assim, a naturalização do sofrimento, dos estigmas, da falta de responsabilidade na promoção a saúde, e culpabilidade do usuário³⁹.

A promoção à saúde, valorizada pelo SUS é praticada pela DOTS, na medida em que esta se baseia na noção de saúde como um direito cidadão, de acesso universal aos meios de atenção, com centralidade na pessoa e respeito à autonomia dos sujeitos e estímulo a participação social⁴³. Além disso, o tratamento supervisionado apresenta aspectos

que se assemelham às bases da prática da clínica ampliada e compartilhada, principalmente na ampliação do entendimento sobre o processo saúde-doença e na construção conjunta do diagnóstico e tratamento⁴⁴.

Outros elementos humanísticos são identificados na estratégia como o fortalecimento do trabalho em equipe entre gestores, trabalhadores e usuários, com destaque para o papel dos ACS e dos familiares dos usuários. Esse destaque é merecido devido ao papel fundamental destes grupos na realização da interlocução entre os usuários e as equipes sendo, portanto, um elemento essencial para o estabelecimento do acolhimento, seguido do vínculo entre as equipes e os usuários, com conseqüente maior adesão e continuidade do tratamento.

É possível ainda atribuir o papel da família e dos agentes comunitários na atenuação do sofrimento do sujeito, na preservação da pactuação entre as equipes e usuários com respeito a privacidade e a confidencialidade da atenção, e também na responsabilidade por melhorias no entendimento da dinâmica familiar e das reais necessidades da comunidade⁴⁵.

Deve-se também valorizar a particularidade da estratégia de alcançar grupos sociovulneráveis, que são, historicamente, caracterizados pela dificuldade de adesão ao tratamento, pelo baixo acesso aos serviços de saúde, e pela maior incidência de desfechos desfavoráveis^{18-20,22}.

Em contraposição, manifestam-se achados que informam o esforço demasiado e a presença de dificuldades enfrentadas pelos usuários para concluir o tratamento, cabendo a crítica quanto a falta de medidas que favoreçam o maior dinamismo, flexibilidade, empoderamento e comunicação na relação entre as equipes e usuários, a fim de evitar-se atritos e desgastes que possam vir a comprometer as atividades necessárias para a cura de casos submetidos ao tratamento supervisionado^{24,25,36}.

As limitações organizacionais e operacionais identificadas podem ser consideradas frutos do planejamento inadequado do PNCT, pois este sofre sob a influência de interesses político-administrativos distintos das necessidades em Saúde, resultando no sucateamento e burocratização dos serviços de saúde combinado ao desgaste dos profissionais devido a precárias condições de trabalho. Esse cenário, é um sinal grave para a incidência de deficiências na atenção aos acometidos pela TB na APS.

Na análise do discurso dos gestores, destaca-se ainda a presença de fragilidades na condução e organização das ações em relação ao tratamento supervisionado, além do desconhecimento sobre a importância da terapia diretamente observada³². Essas dificuldades de gestão desempenham efeitos prejudiciais na condução da estratégia da terapia supervisionada, pois se subentende que uma gestão que não percebe a proposta da transferência de cuidado para o tratamento supervisionado, não se capacita para planejar ações que estabeleçam a terapia supervisionada como agente protagonista no cuidado ao acometido pela TB.

No mesmo raciocínio, verifica-se que o desempenho dos ACS esteve diretamente relacionada ao nível do conhecimento sobre o tratamento supervisionado³⁷, e que em localidades onde os ACS são presentes, houve melhores resultados da estratégia^{19,25,27,37}. No entanto, tornam-se alarmantes achados que demonstraram carência de informações relacionadas à DOTS por essa categoria profissional, além da constatação de deficiência de recursos, segurança, reconhecimento profissional, e infraestrutura adequada para a prática da terapia diretamente observada, o que viabiliza um cenário pouco propício para atividades realizadas por essa categoria profissional³⁷.

Aponta-se também o enfermeiro como o principal responsável pelas atividades na DOTS, o que permite melhores formas de condução dos casos de TB, mas tal fato é contrário ao estabelecimento de um eixo de cuidado multiprofissional e integral entre as categorias que a compõem^{27,29}.

O domínio pelo grupo de enfermeiros fundamenta outra crítica sobre o papel de outros profissionais de saúde na condução do tratamento supervisionado. Constatou-se que outros profissionais de saúde são menos participativos das atividades voltadas a estratégia, como por exemplo, a carência de consulta às informações da ficha do tratamento supervisionado por outros profissionais da área da saúde²⁹. Isso revela a perda de integralidade e fragmentação da equipe atuante, com conseqüente fragilização do cuidado.

Diante de achados que expõem o risco da perda da integralidade, é necessário reafirmar a importância e os significados desta nas práticas em saúde⁴². No que tange a temática da ESF, a integralidade é essencial na organização das ações em saúde, evitando-se o fenômeno de fragmentação dos serviços, a qual é responsável por obstáculos na relação entre as equipes e os usuários com conseqüente prejuízo para a promoção em saúde e estabelecimento do tratamento humanístico. Do ponto de vista da Medicina, a integralidade evita a produção de silenciamentos e insegurança na relação entre os profissionais de saúde e usuários, o que diminui os riscos de comprometimento do vínculo e acolhimento que são necessários para a produção do cuidado⁴².

Portanto, é importante o desenvolvimento progressivo de habilidades facilitando o acolhimento, o vínculo, e o diálogo entre a comunidade e as equipes, e ressalta-se a necessidade constante da promoção de programas de educação permanente em saúde nas redes de atenção da ESF e nas universidades, pois dessa forma permite-se, respectivamente, a transmissão dos princípios humanísticos aos presentes e futuros profissionais de saúde, além de estimular a consciência crítica, a qual estimula a procura por boas medidas de promoção a saúde do sujeito, em consonância com sua cultura, vivências e ambiência^{39,42,45}.

Ademais, é indispensável o planejamento de ações institucionais que valorizem o ambiente de trabalho e o próprio trabalho, e o maior envolvimento dos profissionais de saúde no planejamento, execução e avaliação de suas atividades de maneira que não ocorra fenômenos, dentre eles, de baixa

capacitação profissional, sobreposição de tarefas, desvalorização profissional, e fragmentação do processo de trabalho.

Deve-se também repensar a favor de um novo posicionamento do Programa Nacional de Controle da Tuberculose que vise, além das melhorias para os profissionais, um novo planejamento de ações que conceda recursos, autonomia política, gerencial e assistencial suficientes para que se constitua um cenário próspero, onde ocorra dissociação entre interesses político-administrativos e as medidas de implementação, de organização, e de operação da estratégia DOTS.

CONCLUSÃO

Nos últimos anos, a estratégia DOTS foi responsável pelo acolhimento dos acometidos pela TB na Atenção Primária, e favoreceu a formação da gestão participativa, a qual resulta em vínculos entre profissional-usuário, participação social dos usuários, redução da incidência de desfechos desfavoráveis da doença e maior adesão ao tratamento.

Comporta-se como uma modalidade diferenciada e inovadora de cuidado individualizado e integrado, favorecendo a maior satisfação dos usuários, e o desenvolvimento de programas de educação permanente em saúde.

Pode-se associá-la ao surgimento de melhorias na compreensão do processo saúde-doença e ao maior comprometimento no acolhimento e no cuidado integral do sujeito, por meio de serviços desempenhados por a uma rede multiprofissional e integrada. Ela também favorece a promoção em saúde de forma continuada para diversos grupos, inclusive populações caracterizadas pela negligência ao acesso a saúde, pela vulnerabilidade física e social, e também por estigmas e discriminação.

A sua conexão com a ESF permitiu outras propriedades que facilitam o controle da TB nas comunidades brasileiras, como a busca ativa de novos casos ou de faltosos ao tratamento, divulgação de informações sobre práticas em saúde, envolvendo rastreio, prevenção, e diagnóstico precoce de agravos na comunidade, com a participação efetiva dos familiares e agentes comunitários de saúde.

No entanto, nota-se a presença de limitações na visão do usuário, o que torna preciso o desenvolvimento de práticas mais flexíveis, pactuadas e dialogadas entre a equipe e o doente, respeitando valores como privacidade, a confidencialidade e o empoderamento dos usuários.

As dificuldades relacionadas à sua implementação, organização, e operacionalidade tornam necessárias um planejamento inovador que vise a capacitação dos profissionais e dos futuros profissionais envolvidos na estratégia, somada a fixação e fortalecimento dos recursos humanos presentes, defesa da autonomia política, gerencial e assistencial, evitando-se, assim, a vulnerabilidade perante o clientelismo político e os conflitos de interesses político-partidários.

Os gestores de saúde precisam de capacitação e comprometimento a fim de proporcionar o planejamento da

estratégia em nível regional de maneira adequada e eficiente. É preciso, também, o desenvolvimento de iniciativas institucionais onde o ambiente de trabalho e o processo de trabalho sejam priorizados, visando facilitar a qualidade das práticas de saúde, e é relevante a necessidade do resgate dos significados da integralidade na atenção a saúde, visando a redução da fragmentação do trabalho.

Os grupos sociais envolvidos na estratégia são decisivos para o sucesso do tratamento dos sujeitos acometidos por TB. Destaca-se o desempenho do ACS e dos familiares na divulgação de informações na comunidade, e principalmente na interlocução entre as equipes de saúde e os usuários.

O enfermeiro exerce o papel central na DOTS, sendo responsável pela execução da maioria das atividades da terapia supervisionada. No entanto, cabe o questionamento sobre a sobrecarga profissional que esse grupo sofre nessa atividade.

Diante das reflexões, apesar das limitações identificadas, pode-se afirmar que o Tratamento Diretamente Observado é uma política de saúde inovadora, humanística, capacitada para a condução de casos de Tuberculose na Estrutura da Saúde e da Família e está de acordo com as novas perspectivas do Ministério da Saúde e da OMS, sustentando uma relação contratualística com os sujeitos e detendo a capacidade de promover a prática de conceitos da Clínica Ampliada e Compartilhada.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2017 [Internet]. Geneva, 2018. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274453/9789241565646-eng.pdf?ua=1>>. [2018 jul 27]
2. Brasil. Ministério da Saúde. Situação Epidemiológica da Tuberculose nos Estados Partes e Associados do MERCOSUL 2009 a 2013 [Internet]. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=Qlc8jVAKFFQ%3D>>. [2017 jun 14]
3. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública [Internet]. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf>. [2018 jan 9]
4. Brasil. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico 2017**[Internet]. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/2016-009-Tuberculose-001.pdf>>. [2018 mar 15]
5. Brasil. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico 2018** [Internet]. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf>>. [2018 jul 5]
6. San Pedro A, Gibson G, Santos JPC, Toledo LM, Sabroza PC, Oliveira RM. Tuberculose como marcador de iniquidades em um contexto de transformação socioespacial. **Rev. Saúde Públ.** 2017; 51:9: 1-10. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006533.pdf>. [2018 mai 5]
7. Santos MLSG, Vendramini SHF, Gazetta CE, Oliveira SAC, Villa TCS. Pobreza: Caracterização socioeconômica da tuberculose. **Rev. Latino-Am Enfermagem** 2007; (15): 1-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_07.pdf>. [2017 mar 12]
8. Maciel MS, Mendes PD, Gomes AP, Siqueira-Batista R. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, 2012 (3): 226-30 Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2886.pdf>>. [2017 abr 13]
9. Yin J, Yuan J, Hu Y, Wei X. Association between Directly Observed Therapy and Treatment Outcomes in Multidrug-Resistant Tuberculosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS ONE** 2016; 1-14. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4773051/pdf/pone.0150511.pdf>>. [2018 abr 3]
10. Barreira B. Desafios para a eliminação da tuberculose no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde** 2018; 27(1): 1-4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n1/2237-9622-ress-27-01-e00100009.pdf>>. [2018 mai 4]
11. Ibanês AS, Junior NC. Artigo de revisão: Panorama internacional e nacional da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) nas políticas de controle da tuberculose. **ABCS Health Sci.** 2013; 38(1): 25-32. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2013/v38n1/a3661.pdf>>. [2018 mar 30]
12. Brasil. Ministério da Saúde. **Tratamento Diretamente Observado na Atenção Básica** [Internet]. Protocolo de enfermagem. Brasília; 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf>. [2017 jun 22]
13. Cecílio HPM, Marcon SS. O tratamento diretamente observado da tuberculose na opinião de profissionais de saúde. **Rev. enferm. UERJ** 2016; 24(1): 1-6. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a16.pdf>>. [2017 out 12]
14. **Manual Revisão Bibliográfica Sistemática: a pesquisa baseada em evidências** [Internet]. Belo Horizonte, Grupo Anima Educação, 2014. Disponível em: <http://disciplinas.nucleoad.com.br/pdf/anima_tcc/gerais/manuais/manual_revisao.pdf>. [2017 mai 14]
15. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm** 2008; 17(4): 758-64. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>> [2017 mai 15]

16. Botelho LRR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade** 2011; 5(11): 121-136. Disponível em: <<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/download/1220/906/>>. [2017 mai 15]
17. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein** 2010; 8(1): 102-106. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>. [2017 mai 15]
18. Arakawa T, Magnabosco GT, Andrade RLP, Brunello MEF, Monroe AA, Ruffino-Netto A. Programa de controle da tuberculose no contexto municipal: avaliação de desempenho. **Rev. Saúde Públ.** 2017; 51(23): 1-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006553.pdf>. [2017 nov 28]
19. Ferreira V, Brito C, Portela M, Escosteguy C, Lima S. Título: DOTS na atenção primária na cidade de Rio de Janeiro, Sudeste Brasil [Internet]. **Rev. Saúde Públ.** 2011; 45(1): 40-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1335.pdf>>. [2017 out 6]
20. Soares ECC, Vollmer WM, Cavalcante SC, Pacheco AG, Saraceni V, Silva JS, et al. Tuberculosis control in a socially vulnerable area: a community intervention beyond DOT in a Brazilian favela. **Int J Tuberc Lung Dis** 2013; 17(12): 1581–1586. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtd/2013/00000017/00000012/art00014#>>. [2017 ago 22]
- Vieira AA, Ribeiro SA. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, Grande São Paulo. **J Bras Pneumol.** 2011; 37(2): 223-231. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n2/v37n2a13.pdf>>. [2017 out 21]
21. Garcia EM, Leal ML. Implementação do Programa Municipal de Controle da Tuberculose em Marataízes-ES, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde** 2015; 24(3): 559-564. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00559.pdf>>. [2017 set 13]
22. Snyder, RE, Marlow, MA, Phuphanich, ME, Riley, LW e Maciel, ELN. Fatores de risco para desfecho diferencial após tratamento diretamente observado (DOT) de pacientes com e sem tuberculose em favelas: um estudo de coorte retrospectivo. **BMC Infectious Diseases** 2016; 16:494: 1-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5029075/pdf/12879_2016_Article_1835.pdf>. [2017 nov 17]
23. Queiroz EM, Bertolozzi MR. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP** 2010; 44 (2): 453-461. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/30.pdf>>. [2017 ago 30]
24. Queiroz EM, De-a-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Ferreira KR, Bertolozzi MR. Tuberculose: limitações e pontos fortes do Tratamento Curto Diretamente Observado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2012; 20(2): 369-377. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200021&lng=en>. [2017 dez 2]
25. Shuhama BV, Silva LMC, Andrade RLP, Palha PF, Hino P, Souza KMJ. Evaluation of the directly observed therapy for treating tuberculosis according to the dimensions of policy transfer. **Rev. esc. enferm. USP** 2017; 51/e03275. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/0080-6234-reeusp-S1980-220X2016050703275.pdf>>. [2017 dez 16]
26. Souza KMJ, Sá LD, Silva LMC, Palha PF. Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose [Internet]. **Rev. esc. enferm. USP** 2014; 48(5): 874-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-874.pdf>. [2017 ago 26]
27. Reis-Santos B, Posses P.I, Macedo R.L, Golub E. J, Riley W.L, Maciel L.E. Directly observed therapy of tuberculosis in Brazil: associated determinants and impact on treatment outcome. **Int J Tuberc Lung Dis** 2015; 9(10): 1188-1193. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtd/2015/00000019/00000010/art00011;jsessionid=ohuitnlt8d64.x-ic-live-01>>. [2017 jun 14]
28. Sousa LO, Mitano F, Lima MCRAA, Sicsú AN, Silva LMC, Palha PF. Short-course therapy for tuberculosis: a discourse analysis. **Rev. Bras. Enferm.** 2016; 69(6): 1089-98. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1154.pdf>>. [2017 nov 17]
29. Arakawa T, Arcêncio RA, Scatolin BE, Scatena LM, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2011; 19(4): 1-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_19.pdf>. [2017 dez 1]
30. Lavôr DCBS, Pinheiro JS, Gonçalves MJF. Evaluation of the implementation of the directly observed treatment strategy for tuberculosis in a large city. **Rev. esc. enferm. USP** 2016; 50(2): 245-252. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0247.pdf>. [2017 out 2]
31. Oliveira RCC, Sá LD, Dias DCB, Pinheiro PGOD, Palha PF, Nogueira JA. Speeches of managers about the policy of the directly observed treatment for tuberculosis. **Rev. Bras. Enferm.** 2015; 68(6): 761-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1069.pdf>>. [2017 ago 5]
32. Silva DM, Nogueira JA, Sá LD, Wysocki AD, Scatena LM, Villa TCS. Avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose. **Rev.**

- esc. **enferm.USP** 2014; 48(6): 1044-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1044.pdf>. [2017 nov 25]
33. Steffen R, Menzies D, Oxlade O, Pinto M, de Castro AZ, Monteiro P, et al. Custos dos pacientes e custo-benefício do tratamento da tuberculose em instalações DOTS e não-DOTS no Rio de Janeiro, Brasil. **PLoS ONE** 2010; 5 (11): 1-7. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2984447/pdf/pone.0014014.pdf>>. [2017 set 19]
34. Grecco R, Oliveira CBB, Silva LMC, Souza KMJ; Santos GP, Palha PF. Tratamento diretamente observado da tuberculose: processos de aprendizagem em uma instituição de ensino superior. **Rev. enferm. UERJ** 2014; 22(1): 77-82. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n1/v22n1a12.pdf>>. [2017 set 5]
35. Dias AAL, Oliveira DFM, Sobrinho ECR, Palha PF, Figueiredo RM. Tratamento da tuberculose na visão do usuário. **Rev. Rene.** 2013; 14(6): 1133-40. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3726>>. [2017 dez 6]
36. Rocha GSS, Lima MG, Moreira JL, Ribeiro KC, Ceccato MGB, Carvalho WS, et al. Título: Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre a tuberculose, suas medidas de controle e tratamento diretamente observado. **Cad. Saúde Públ.** 2015; 31(7): 1483-1496. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701483>. [2017 nov 4]
37. Yamamura M, Martinez TR, Popolinc MP, Rodrigues LBB, Freitas IM, Arcêncio A.R. Famílias e o tratamento diretamente observado da tuberculose: sentidos e perspectivas para produção do cuidado. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2014; 35(2):.60-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/pt_1983-1447-rgenf-35-02-00060.pdf>. [2017 ago 13]
38. Rios IC. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. **Rev. bras. educ. med.** 2009; 33 (2): 253–261. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/13.pdf>>. [2018 jan 15]
39. Langdon EJ. **A Doença como Experiência: A Construção da Doença e seu Desafio para a Prática Médica** [Internet]. UFSC. Disponível em: <http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/A_Doenca_como_Experiencia.htm>. [2018 jun 23]
40. Maskud I. Estigma e discriminação: desafios da pesquisa e das políticas públicas na área da saúde. **Physis** 2014; 24 (1): 311-321. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00311.pdf>>. [2018 abr 2]
41. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu)** 2005; 9(17): 287-301. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>>. [2018 mai 15]
42. Cruz MM. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde [Internet]. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p. 21-33. <Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf>. [2018 abr 17]
43. Brasil. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. [2018 jun 7]
44. Lima CA, Oliveria APS, Macedo BF, Dias OV, Costa SM. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. bioet.** 2014; 22 (1): 152-60. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a17v22n1.pdf>>. [2018 mai 9]

Endereço para correspondência:

Bruno Russoni/Ana Angélica Martins da Trindade
Faculdade de Medicina (FMB), Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS), Universidade Federal da Bahia (UFBA) Largo do Terreiro de Jesus s/n, Centro Histórico, Salvador, Bahia, Brasil, CEP: 40.026-010.
E-mail: brunorussoni@hotmail.com/angelica.ana@ufba.br