

Desempenho de serviços de saúde no Tratamento Diretamente Observado no domicílio para controle da tuberculose

THE PERFORMANCE OF HEALTH SERVICES IN PROVIDING DOTS IN HOUSEHOLDS TO CONTROL TUBERCULOSIS

DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS A TRAVÉS DEL TRATAMIENTO DOMICILIAR DIRECTAMENTE OBSERVADO

Roxana Isabel Cardozo Gonzales¹, Aline Aparecida Monroe², Elisangela Gisele de Assis³, Pedro Fredemir Palha⁴, Tereza Cristina Scatena Villa⁵, Antonio Ruffino Netto⁶

RESUMO

Este é um estudo exploratório de natureza quantitativa e qualitativa, que avalia o desempenho dos serviços de saúde na execução do DOT no domicílio em um município de grande porte. Para a análise quantitativa foram construídos indicadores que avaliaram a otimização dos recursos materiais/humanos e a efetivação da observação da ingestão da medicação. Identificou-se que o desempenho dos serviços é influenciado pela disponibilidade de recursos humanos/materiais, organização interna dos serviços e ausência do doente no domicílio. Para a análise qualitativa, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. *A Debilidade de recursos materiais e humanos dos serviços de saúde e o Contexto sócio-cultural e econômico do doente* foram identificados como os principais fatores que influenciam no desempenho dos serviços de saúde. Considera-se necessário uma permanente qualificação gerencial, organizativa e técnico-assistencial dos profissionais no controle da TB.

DESCRITORES

Tuberculose.
Terapia diretamente observada.
Serviços de assistência domiciliar.
Avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

Exploratory study of qualitative and quantitative nature that evaluates the performance of the health services in providing DOT in households of a big city in Brazil. For the quantitative analysis, indexes were created to evaluate the optimization of material/human resources and the observation of the medicine ingestion. It was observed that performance of services is influenced by the availability of human/material resources, the internal organization of services and the absence of the ill person in the household. For the qualitative analysis it was used the content analysis, thematic modality. The main factors influencing the performance of the health service were found to be its *insufficiency of material and human resources and the ill person's social-cultural and economic context*. Concluding, it is necessary permanent managerial, organizational and techno-assistance qualification of the health professionals in the TB control.

KEY WORDS

Tuberculosis.
Directly observed therapy.
Home care services.
Health services evaluation.

RESUMEN

Estudio exploratorio de tipo cuantitativo y cualitativo, que evalúa el desempeño de los servicios de salud al realizar el DOT en el domicilio en una ciudad grande. Para el análisis cuantitativo fueron construidos indicadores que evalúan la optimización de los recursos materiales/humanos y la observación de la ingestión de los medicamentos. Se identificó que el desempeño es influenciado por la disponibilidad de recursos humanos/materiales, organización interna de los servicios y la ausencia del enfermo en el domicilio. Para el análisis cualitativo, se utilizó la técnica de análisis de contenido por temática. *La Debilidad en cuanto a recursos materiales y humanos en los servicios de salud y el Contexto socio-cultural y económico del enfermo* fueron identificados como principales factores que influyen en el desempeño de los servicios de salud. Es importante una permanente calificación gerencial, organizativa y técnico-asistencial de los profesionales para el control de la TBC.

DESCRIPTORES

Tuberculosis.
Terapia por observación directa.
Servicios de atención de salud a domicilio.
Evaluación de servicios de salud.

¹ Doutora pelo Programa Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. enroisab@eerp.usp.br ² Mestranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. amonroe@eerp.usp.br ³ Graduanda de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. elisasis@eerp.usp.br ⁴ Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. palha@eerp.usp.br ⁵ Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP). Coordenadora da Área de Estudos Operacionais em Tuberculose da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB). Ribeirão Preto, SP, Brasil. tite@eerp.usp.br ⁶ Professor Titular do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Coordenador da REDE-TB. Ribeirão Preto, SP, Brasil. aruffino@fmrp.usp.br

INTRODUÇÃO

As políticas de controle da tuberculose (TB) através da Estratégia DOTS proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1993, enfatizam: a) necessidade de compromisso político governamental a fim de garantir a inserção da questão da TB nas agendas das autoridades ligadas direta ou indiretamente à saúde; b) detecção de casos prioritariamente a partir da baciloscopia em pelo menos 70% dos casos estimados de TB pulmonar bacilífero (utilizando o resultado positivo da baciloscopia no escarro espontâneo); c) 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 (DOT); d) provisão regular dos medicamentos; e) sistema de notificação de casos de TB adequado para o monitoramento das atividades de controle⁽¹⁾.

Visando garantir a conclusão do tratamento e evitar a multidrogaresistência (MDR) no ano de 1997 foi introduzido oficialmente no Brasil o componente DOT, que consiste na administração direta do medicamento por uma segunda pessoa⁽²⁾.

O paciente em DOT não arca sozinho com a responsabilidade de adesão ao tratamento, os profissionais da saúde, governo, e as comunidades também compartilham com as responsabilidades e a estratégia fornece uma série de serviços de suporte que os pacientes necessitam para continuar e terminar o tratamento⁽¹⁾.

Para um efetivo controle da TB é necessário organizar os serviços, considerando a flexibilidade das equipes no acompanhamento do paciente, podendo a supervisão ocorrer no domicílio ou mesmo no local de trabalho, além de poder ser realizada por alguém disposto, treinado, responsável, que o paciente aceite, e sob a responsabilidade dos Programas de Controle da TB (PCT)⁽¹⁾.

A OMS, ainda, destaca a importância da dimensão organizacional e de desempenho dos serviços de saúde (SS) ao afirmar que *o problema não está nas formas de detecção e tratamento, mas, sim, na forma de organização dos serviços de saúde para detectar e tratar os casos de TB*⁽¹⁾.

A apreciação de uma intervenção envolve uma dimensão técnica dos serviços que focaliza sua adequação às necessidades dos clientes e a qualidade dos serviços; uma dimensão voltada para as relações interpessoais que observa a interação psicológica e social entre os clientes e os produtores de cuidados, no apoio aos pacientes e na satisfação destes e finalmente uma dimensão organizacional do processo que diz respeito à acessibilidade aos serviços e à extensão de cobertura dos serviços oferecidos⁽³⁾.

Em virtude da necessidade de compreender alguns aspectos da gestão e organização dos serviços de saúde que executam o DOT no controle da TB, esse estudo teve como objetivo

avaliar o desempenho dos serviços de saúde na execução do DOT no domicílio em um município de grande porte.

MÉTODO

O estudo de natureza quantitativa e qualitativa foi realizado em julho de 2003 no município de Ribeirão Preto-SP. A assistência à saúde no município é organizada em 05 regiões, denominadas Distritos de Saúde. Cada Distrito de Saúde conta com uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), cada um contempla um número determinado de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Existem 30 UBS que tem como finalidade prestar atendimento básico nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem, para a população de sua área de abrangência.

A identificação e detecção de casos de TB são atividades previstas para serem realizadas pelas equipes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de maneira constante e integrada à rotina do serviço. O tratamento e monitoramento dos casos diagnosticados de TB são realizados por equipes do PCT em unidades de referência (UBDS). O DOT é realizado predominantemente no domicílio do doente.

A abordagem quantitativa teve como objetivo avaliar a otimização dos recursos materiais e humanos e a efetivação da observação da ingestão da medicação nos serviços de saúde que realizam o DOT no domicílio.

Nesse sentido, elaboraram-se dois indicadores de desempenho da equipe de saúde do PCT: *Aproveitamento dos recursos* (tempo gasto dos recursos/tempo disponível dos recursos) e *Monitoração da administração da medicação* (nº de visitas domiciliares com Observação da Ingestão da Medicação (OIM)/nº de visitas domiciliares para OIM).

O tempo disponível foi considerado desde a chegada da viatura com o motorista ao serviço de saúde para a realização das visitas domiciliares de supervisão; e o tempo gasto dos recursos corresponde ao tempo desde a saída do profissional de saúde da unidade até o retorno ao serviço. As visitas para OIM foram aquelas que tinham como finalidade principal a própria observação, e a visita domiciliar com OIM quando o doente tomou a medicação na presença do profissional de saúde.

Para a coleta de dados quantitativos utilizou-se a Técnica de Observação Sistemática através do acompanhamento das visitas domiciliares realizadas pelo profissional de saúde responsável pela supervisão do tratamento do doente com TB no domicílio, nos quatro distritos de saúde do município, designados como serviços A, B, C e D.

Foram acompanhados 47 doentes dos quatro Distritos de Saúde que receberam DOT no domicílio durante o período de 1 (um) mês. Do total de doentes, 28 eram do sexo masculino e 19 do sexo feminino; 91,49% apresentavam a

forma pulmonar da doença e 74,47% receberam tratamento pela primeira vez.

A abordagem qualitativa buscou uma compreensão mais ampla do objeto em estudo a partir da análise dos significados e valores construídos socialmente pelos sujeitos em estudo. Metodologias de pesquisas qualitativas *são aquelas capazes de incorporar a questão do Significado e Intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais*⁽⁴⁾.

Nesse sentido foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde do PCT por considerá-los fundamentais para obter informações que auxiliem a compreensão dos fatores que facilitam ou dificultam a operacionalização do DOT no domicílio do doente.

Participaram do estudo 8 profissionais de saúde. O roteiro de entrevista incluiu as seguintes questões norteadoras: *Quais as dificuldades relacionadas ao serviço de saúde para a realização do DOT no domicílio? Quais as dificuldades relacionadas ao doente e família para a realização do DOT no domicílio?*

As falas foram gravadas e transcritas na íntegra com a autorização dos sujeitos participantes do estudo mediante termo de consentimento livre e esclarecido, em cumprimento da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Protocolo nº 0406/2003).

Análise dos dados

A análise dos dados quantitativos foi realizada na relação de variáveis selecionadas para o estudo. A determinação das diferenças entre os PCT foi realizada em função da análise de variância aplicando o teste de Tukey, considerando 5% o nível de significância ($p < 0,05$) com o auxílio do programa Estatístico Graphpad InStat, versão 3.01.

Para análise dos dados qualitativos utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática que possibilitou organizar o conjunto das falas emitidas pelos sujeitos da pesquisa durante as entrevistas e descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação cuja presença ou frequência podem revelar aspectos relevantes para a análise do desempenho dos serviços de saúde na execução do DOT no domicílio (1979)⁽⁴⁾.

Utilizou-se como marco teórico para análise e interpretação dos dados os componentes estruturais de ação, dos cuidados inovadores para condições crônicas, proposto pela OMS, Macro-Meso-Micro, privilegiando no estudo o nível *Meso* que envolve a organização de saúde e sua relação com a comunidade, e o nível *Micro* que compreende interação do paciente-comunidade-equipes de saúde⁽⁵⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando a importância dos Recursos Humanos (profissional de saúde supervisor e motorista) e Recursos

Materiais (viatura) para o desenvolvimento do DOT no domicílio apresentam-se os resultados obtidos em relação ao indicador aproveitamento dos recursos em cada serviço de saúde, o qual foi maior no programa B (91,3%), seguido do D (89,6%), A (88,5%) e C (75,0%). Isto significa que o programa B teve um melhor aproveitamento do tempo disponível dos recursos tanto material quanto humano em relação aos outros programas.

Os maiores e menores tempos de aproveitamento dos recursos pelos Programas se devem à *disponibilidade de Recursos Humanos (RH) e Recursos Materiais (RM)* nos mesmos. Os serviços de saúde A, B e C dispõem de um profissional de saúde designado para o desenvolvimento das atividades do DOT domiciliar, enquanto o serviço de saúde D dispõe apenas de um profissional que tem a responsabilidade de realizar, além da supervisão domiciliar, outras atividades dentro e fora do serviço de saúde, as quais demandam maior tempo, impossibilitando a realização das visitas ao doente no domicílio no tempo programado. Além disso, esse programa não dispõe de viatura e motoristas designados apenas para a execução do DOT, obrigando ao profissional negociar constantemente com a equipe gerencial de outros programas para obter tais recursos. Cabe destacar que os profissionais de saúde designados para o DOT também respondem por algumas atividades em função das necessidades internas do serviço de saúde. Ressalta-se que eventualmente alguns programas assumem a responsabilidade da realização do DOT de doentes pertencentes a outras áreas de abrangência do município em situações de férias, licença de funcionários ou por opção do doente realizar o tratamento em um determinado serviço de saúde como ocorre na unidade C.

A própria *organização interna dos serviços*, onde há falta de planejamento de forma sistemática do número de doentes a serem supervisionados para a OIM diária; atraso na saída do profissional da unidade de saúde para a supervisão e falta de RH alocado para a realização do DOT no horário planejado, também, podem influenciar no aproveitamento dos recursos.

Destaca-se que a realização do DOT no domicílio exige uma reorganização das atividades internas do serviço, em função da necessidade de uma estrutura mínima (viatura, motorista e designação de um profissional de saúde supervisor) para desenvolver as atividades inerentes ao tratamento do doente de TB no domicílio, e para garantir a continuidade das atividades executadas no âmbito do serviço de saúde.

Tanto a falta de recursos humanos para o desenvolvimento do DOT no domicílio, quanto a não sistematização das atividades relacionadas ao DOT, traz como resultado o atraso na saída do profissional do serviço de saúde para o deslocamento ao domicílio do doente e, portanto, havendo uma redução do tempo para a realização das atividades do DOT, situação esta que pode afetar a qualidade da assistência prestada ao doente de TB.

Considera-se também que quanto maior o tempo de aproveitamento dos recursos do DOT, maior será o tempo do profissional de saúde para realizar as visitas domiciliares.

Em relação à monitoração da administração da medicação, observa-se que o serviço de saúde A alcançou maior porcentagem de visitas com OIM (77,4%), seguida da unidade C (66,0%), unidade D (64,1%) e unidade B (54,8%).

A baixa porcentagem das visitas com OIM encontrada deve-se à *ausência do doente no domicílio* no momento da visita domiciliar. No serviço de saúde A, 39,3% dos doentes estavam ausentes durante a visita, na unidade B: 40,0%; C: 56,4%; D: 100,0%. Destaca-se que é considerado visita com OIM apenas quando o profissional efetivamente observou o doente engolir a medicação.

Os desencontros no momento da visita domiciliar entre o profissional de saúde e o doente podem estar relacionados aos horários restritos da visita, ao planejamento das supervisões domiciliares sem levar em consideração as preferências/necessidades do doente e o ambiente sociocultural e econômico do mesmo. O cuidado à saúde deve considerar necessidades e preferências dos doentes para facilitar o acesso e adesão ao tratamento⁽⁶⁾.

Um estudo realizado em um município de grande porte no Estado de São Paulo, sobre a percepção do doente em relação ao DOT no domicílio mostrou como uma debilidade do DOT a dependência de horário da visita para OIM pelo profissional de saúde, situação que poderia ser amenizada se houvesse a inclusão de outros atores sociais no processo terapêutico (familiares dos doentes, doentes curados, membros da comunidade, dentre outros)⁽⁷⁾.

Cabe ressaltar que o monitoramento da administração da medicação, no município em estudo privilegia a OIM, contudo, outras atividades são realizadas de forma complementar (entrega de incentivos, vigilância em saúde, solicitação de baciloscopia de controle, avaliação dos contatos, apoio psicossocial, dentre outras), as quais são fundamentais para a adesão ao tratamento e prevenção da doença no contexto familiar. O monitoramento da administração da medicação necessariamente envolve uma interação com uma realidade bio-psico-social, incluindo o repertório cultural e crenças mágico-religiosas de cada membro da família⁽⁸⁾.

Torna-se fundamental avançar para uma abordagem interdisciplinar e explorar determinantes psicológicos, socioeconômicos da doença, e com isto ajudar a desenvolver intervenções apropriadas e efetivas para a detecção de casos e tratamento, olhar para o doente no contexto da comunidade e obter doentes motivados para a resolução dos problemas de saúde ao invés de estar preocupados apenas com a busca de melhores formas de controlar a ingestão da medicação⁽⁹⁾.

Os modelos atuais de saúde para o controle das doenças infecciosas, dentre elas a TB, estão direcionados a doenças específicas e, verticalmente, focados apenas em resultados em curto tempo (taxas de cura) e não na produção de saúde. Ainda o controle das doenças é prioridade apenas do setor saúde. Outros setores políticos e sociais não são necessariamente julgados relevantes para o controle de doenças infecciosas⁽¹⁰⁾.

O tempo disponível dos RH e RM é um fator importante na realização do DOT no domicílio do doente, tendo em vista, a necessidade de estabelecer vínculo e co-responsabilidade entre o profissional de saúde e o doente/família, pois, possibilita abordar outros problemas e/ou necessidades no processo de assistência ao doente e família que vão além do plano terapêutico. Destaca-se que o êxito destas atividades pode estar relacionado ao tempo em que estas são operadas. Uma disponibilidade maior de tempo para a realização das visitas domiciliares possibilitaria melhores condições para o planejamento e desenvolvimento de atividades no DOT incluindo a própria educação do doente, família e comunidade tornando-se multiplicadores de conhecimento para uma participação ativa no desenvolvimento de ações de saúde no controle da doença.

O cuidado à saúde deve considerar necessidades e preferências dos doentes para facilitar o acesso e adesão ao tratamento.

A partir da abordagem qualitativa realizou-se a codificação dos depoimentos dos sujeitos em estudo e identificou-se a *Debilidade quantitativa de Recursos Humanos e Materiais nos serviços de saúde* e o *Contexto sócio-cultural do doente de tuberculose* como as principais barreiras apontadas pela equipe de saúde do PCT para a execução do DOT no domicílio. Tais aspectos podem comprometer a otimização, efetividade do DOT e a qualidade da interação profissional-usuário para o adequado gerenciamento da doença nos serviços de saúde.

A Debilidade Quantitativa de Recursos Humanos e Materiais nos Serviços de Saúde está relacionada à equipe de saúde reduzida para o desenvolvimento das ações de controle da TB, a horários restritos dos recursos básicos (viatura e motorista) para a execução do DOT no domicílio e à descontinuidade dos incentivos (cesta básica, leite e vale transporte).

A equipe de saúde reduzida gera uma dificuldade para o início das atividades de supervisão pelo profissional de saúde quando disponível a viatura, em virtude das outras demandas do serviço de saúde dificultando o maior aproveitamento dos recursos disponíveis para a DOT no domicílio.

[...] a viatura não chega cedo você se envolve com outra coisa [...] porque nós dividimos com outra unidade [...] nós temos uma hora e meio para fazer esse monte de coisas (E1).

Eu [profissional responsável do DOT no domicílio] tinha que ajudar na pré-consulta [...] porque tinha muita gente [...] os pacientes se irritam [...] eu tenho que me atrasar, eu já tenho pouco tempo [...] se você vai ajudar o serviço in-

terno você tem menos tempo para sair, às vezes você se encontra obrigada a ajudar o serviço (E2).

[...] pessoal é um problema [...] não tem uma pessoa exclusiva para isso, a equipe é muito reduzida [...] ela [responsável do DOT no domicílio] fica um pouco na sala de vacina e depois sai [...] (E1).

Acredita-se que tanto a falta RM e RH repercutem na organização dos serviços e nas práticas dos profissionais de saúde e, por conseqüência, na identificação dos problemas de saúde a serem enfrentados pelas equipes do PCT no processo de assistência aos doentes de TB e família.

A escassez de recursos faz com que os profissionais tenham que, na maioria das vezes, improvisar e executar suas tarefas em condições desfavoráveis, com possível prejuízo nas relações interpessoais⁽¹¹⁾. Tal situação pode comprometer a capacidade resolutiva do serviço, assim como, o desenvolvimento de uma assistência integral e humanística.

Os profissionais das unidades de saúde que concentram grande número de doentes de TB com uma *área de maior abrangência* relataram maior dificuldade para a execução do DOT no domicílio em virtude da responsabilidade de supervisionar um maior número de doentes e da necessidade de deslocamento até o domicílio, em um tempo disponível restrito dos recursos materiais e humanos (viatura, motorista e profissional responsável da supervisão).

Nós temos bastante paciente, nossa área de abrangência é grande [...] a gente divide nossa viatura com outras unidades [...] isso dificulta, porque a gente tinha que ter um tempo maior [...] deveria acontecer a gente ter uma viatura só para nós (E2).

Em decorrência do *horário restrito dos RM e RH*, os profissionais muitas vezes encontram-se impossibilitados para poder realizar uma assistência de forma mais integral, humanizada e compromissada com o atendimento de necessidades dos doentes de TB e família. Destaca-se que o DOT requer, além da administração supervisionada dos medicamentos, proporcionar informação apropriada e esclarecimento ao doente e família sobre a doença ou outras preocupações ou problemas de saúde. Assim, promover a motivação no doente e família para favorecer a adesão ao processo terapêutico.

[...] às vezes você esbarra em algumas coisas lá dentro que você poderia estar vendo também, mas eu não tenho muito tempo para ficar falando, pegando as pessoas, conversar, tem muita coisa (E2).

[...] às vezes você faz uma supervisão de uma medicação e aparecem vários tipos de problemas na casa (E6).

Um outro aspecto relatado como dificuldade refere-se à *descontinuidade dos incentivos* (cesta básica, vale-transporte etc). Tais recursos são considerados como facilitadores para adesão do doente, porém a disponibilização irregular dos mesmos pode resultar na desmotivação dos doentes repercutindo no planejamento, efetivação das ativi-

dades de supervisão e principalmente na adesão do doente ao processo terapêutico.

Cesta [...] ajuda a pessoa aderir o tratamento, porque a condição econômica força ele fazer o tratamento para ganhar uma cesta [...] (E1).

[...] a cesta às vezes causa alguns problemas [...] porque geralmente a gente tem muito problema com data, com falta mesmo, às vezes o paciente espera muito e de repente não sai naquele dia, não sai naquele mês, vai sair no outro, isso tem acontecido também bastante [...] (E6).

Destaca-se que a debilidade de RM e RH dos serviços de saúde influenciam na forma de organização do DOT no domicílio podendo resultar em uma organização inadequada para a realidade do doente e família. Em decorrência dos horários restritos dos RM e RH se estabelecem horários de supervisão geralmente conflitantes aos horários disponíveis dos doentes em DOT impossibilitando ao profissional efetivar as atividades de supervisão.

[...] teve dias que eu cheguei lá [domicílio] [...] eu já tomei [doente refere] [...] tem dias que eu cheguei [...] estava dormindo [doente], e eles não acordam, também tem que respeitar ao paciente, você não pode também forçar [...] (E3).

Outros aspectos relevantes foram levantados pelos profissionais como fatores que interferem na execução do DOT no domicílio, tais como o perfil do profissional para a realização do DOT no domicílio e a necessidade de um maior envolvimento do coordenador do PCT com o gerenciamento da TB nos serviços de saúde periféricos do sistema de saúde.

Em relação ao perfil do profissional identificou-se a dificuldade de encontrar uma pessoa qualificada não apenas em relação à capacidade técnica e gerencial, mas principalmente em relação a habilidade interpessoal e suporte emocional para lidar com as diversas situações sociais e econômicas do doente e família no contexto domiciliar.

[...] a maior dificuldade é você achar uma pessoa que tenha o perfil para fazer isso, sair todo dia da unidade, fazer visitas [...] normalmente não são coisas muito agradáveis de ver [...] você enfrenta a realidade do paciente, a pobreza, a miséria [...] às vezes você chega [...] eles estão usando a droga, está fumando maconha [...] tem funcionário que não dá conta de fazer essas atividades [...] é difícil, não é qualquer que se expõe [...] (E7).

A atenção à TB implica lidar com uma doença considerada como *condição crônica*, que exige habilidades específicas para um atendimento diferenciado, por se tratar de uma doença de longa duração, cujo planejamento das ações deve incluir os aspectos sócio-econômico-cultural do doente e o estabelecimento de vínculo e co-responsabilização entre o serviço de saúde, doente e família⁽⁵⁾.

Nesse contexto, deve-se garantir um profissional qualificado, sensibilizado e ciente das especificidades desta prática e inclusive dos possíveis riscos para a integridade física do profissional conforme aponta o depoimento.

[...] ele [*profissional de saúde*] estava indo atrás de um grupo de usuários de craque a gente discute inclusive a questão da proteção [...] às vezes tem tiroeio, nós já enfrentamos isso [...] (E7).

Quanto ao envolvimento do Coordenador do PCT identificou-se uma debilidade na articulação deste ator com os profissionais de saúde que desenvolvem as ações de controle da TB conforme o depoimento a seguir.

[...] a gente sente que existe um vazio entre o enfermeiro da ponta e a coordenação do município (E7).

Ressalta-se que o Coordenador do PCT enquanto gestor é responsável por outras atividades gerenciais que envolvem outros programas de saúde além do PCT. Tal situação tem comprometido a disponibilidade de articulação do mesmo com a equipe de saúde que é fundamental para um adequado gerenciamento das ações de controle da TB. Destaca-se a relevância do papel do coordenador na sua função de integração e co-responsabilização entre os pontos de atenção, na promoção da qualidade da assistência através de incentivos aos profissionais, na garantia de equipes com conhecimentos, habilidades e motivação indispensáveis para o bom desempenho dos profissionais de saúde no manejo da doença⁽⁵⁾.

Em relação ao Contexto sócio-cultural e econômico do doente de tuberculose identificou-se como principal dificuldade a questão social, do doente de TB.

[...] a questão social é o primeiro problema [...] 80% com problemas sociais bem relevantes [...] ele catador de papelão, ele depende de madrugada para poder sobreviver [...] se ele tem condições, trabalha, aparece um bico por aí, ele não tem registro na carteira, não tem qualquer outra ajuda [...] durante a vigência do tratamento ele tem o apoio de uma cesta básica [...] insuficiente para ele [...] (E8).

Cabe destacar que a tuberculose está intimamente relacionada à pobreza, aos problemas sociais e ao acesso ao serviço de saúde^(10,12). Em decorrência desses fatores é possível que ocorram dificuldades na efetivação das atividades do DOT tais como os *desencontros* entre profissionais e doentes como aponta o depoimento a seguir.

[...] é combinado com eles a estratégia dele estar aguardando naquele horário, mas muitas vezes [...] ele não aguarda [...] muitas vezes acontece desencontro [...] a visitadora vai lá e o doente aparece aqui [*unidade de saúde*] [...] (E1).

Você não encontra ele no local [...] acontece muito (E2).

Tal situação pode estar relacionada a vários fatores, dentre eles aqueles relacionados ao doente como, por exemplo, a percepção do mesmo sobre sua saúde, conhecimento da doença e desemprego que levam ao doente a negligenciar o tratamento da TB. Fatores relacionados à organização do serviço de saúde podem também favorecer a ocorrência de desencontros, como por exemplo, o horário de atenção dos serviços de saúde, os quais frequentemente coincidem com o horário da maior parte das ati-

dades pessoais e familiares dos doentes, principalmente daqueles inseridos no mercado de trabalho formal, o que implicaria numa freqüente ausência temporal do local de trabalho, com as conseqüências negativas que isto acarretaria para o doente. Diante da difícil situação sócio-econômica este opta por priorizar o emprego ausentando-se de casa geralmente nos horários programados para a visita domiciliar pela equipe ou profissional que realiza a supervisão do tratamento da TB. Ressalta-se que os horários dos serviços de saúde, ainda podem representar uma dificuldade para a população de doentes desempregados ou que exercem atividades no mercado de trabalho informal, em virtude da necessidade de procurar qualquer atividade que possibilite alguma forma de benefício financeiro. Este aspecto é considerado como um outro importante fator de risco de abandono do tratamento antituberculose⁽¹³⁾.

Outra dificuldade está relacionada à *recusa* por parte do doente durante o DOT no domicílio. Esta recusa relaciona-se a diferentes fatores dentre eles o alcoolismo, droga, o número de medicamentos do tratamento da doença e o desinteresse do próprio doente em relação à saúde e cura da TB.

[...] às vezes você tem recusa [...] paciente bebeu a noite inteira, está nauseando, vomitando, você não tem como fazer a medicação (E1).

[...] ele é alcoolista, ele não aceita, não adianta ir na casa dele, ele não bebe com a gente, ele não fica na casa, você chega ele saiu, se ele sabe que você vai ele sai meia hora antes [...] ele fala que vem tomar aqui, [...] ele não vem, não vem um dia, não vem três, no fim acabou [...] (E7).

[...] nós temos muito problema com o usuário de craque, às vezes ele não fica em um outro local ou ele não fica muito fixo em um local [...] tem local que fica muito perigoso (E7).

[...] aquele paciente mais humilde [...] eles não aceitam [...] você vai na casa dele, ele sempre inventa [...] eu acabei de acordar [...] ou então acabei de comer, daqui a pouco tomo (E3).

[...] a dificuldade que a gente encontra [...] o paciente recusa porque é bastante quantidade de medicação [...] (E4).

[...] tem paciente que não tem jeito apesar dele ser bacilífero, a gente chega a um ponto que você tem seu limite [...] nós temos um paciente que abandonou, TB resistente, é multiresistente, na comunidade, o que a gente podia fazer foi feito [...] (E6).

Considera-se que o gerenciamento do cuidado dos doentes de TB e da família exige a incorporação de outros saberes como a antropologia, sociologia dentre outros. É fundamental identificar o conhecimento e as crenças dos sujeitos sobre a doença para o desenvolvimento de ações mais efetivas para o controle da TB.

O conhecimento e as crenças sobre o tratamento são fatores importantes apontados para a adesão⁽¹⁴⁻¹⁷⁾. Os comportamentos dos indivíduos são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo saúde-doença⁽¹⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A execução do DOT no domicílio exige dos profissionais de 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; *capacidade organizativa*, que possibilite aos profissionais de saúde, uma permanente articulação com outras equipes/unidades de saúde e os outros atores envolvidos com as ações de controle da TB, e *capacidade técnico assistencial* que garanta uma efetiva relação entre os profissionais de saúde e doentes de TB e família.

Considera-se que o bom desempenho dos serviços de saúde na execução do DOT no domicílio, não depende apenas da qualificação e supervisão contínua dos profissionais,

mas, também, da garantia de uma estrutura mínima para atuação das equipes de saúde e da integração de esforços entre os diferentes atores responsáveis pelo controle da TB visando à otimização dos recursos existentes e o bom desempenho dos profissionais de saúde no processo de cuidado. Reorganizações constantes das atividades realizadas pelas equipes executoras do DOT no domicílio são necessárias frente aos fatores sociais, culturais e econômicos (inserção no mercado de trabalho, alcoolismo, desemprego, dentre outros) da população atendida e disponibilidade dos recursos humanos e materiais nos serviços de saúde. A prática do DOT implica necessariamente no resgate da individualidade e no conhecimento da história de vida de cada doente, os quais devem ser examinados e levados em consideração no processo de planejamento e implementação da assistência para o adequado desempenho das ações de controle da tuberculose.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO Report 1999. Geneva; 1999.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília; 1999.
3. Camargo Junior KRD, Campos SEM, Teixeira MTB, Mascarenhas MTM, Mauad NM, Franco TB. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2006. p. 223-41.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
5. Organização Mundial de Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília; 2003.
6. Volmink J, Matchaba P, Gamer P. Directly observed therapy and treatment adherence. *Lancet*. 2000;355(9212):1345-50.
7. Vendramini SHF, Villa TCS, 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.
8. Monroe AA, Cardozo-Gonzales RI, Sasaki CM, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Directly observed therapy and treatment adherence. *J Bras Pneumol*. 2005;31(1):91-2.
9. Lienhardt C, Ogden JA. Tuberculosis control in resource-poor countries: have we reached the limits of the universal paradigm?. *Trop Med Int Health*. 2004;9(7):833-41.
10. World Health Organization (WHO). Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. Geneva; 1997.
11. Junqueira LAP. Gerência dos serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 1990;6(3):247-59.
12. Natal S, Valente J, Gerhardt G, Penna ML. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. *Bol Pneumol Sanit*. 1999;7(1):65-78.
13. Culqui DR, Grijalva CG, Reategui SDR, Cajo JM, Suárez LA. Predictive factors for noncompliance with tuberculosis treatment in an endemic region of Peru. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(1):14-20.
14. Murray CL, Styblo K, Rouillon A. Tuberculosis in developing countries: burden, intervention and cost. *Bul Int Union Tuberc Lung Dis*. 1990;65(1):6-24.
15. Farmer P, Robin S, Ramilus L, Kim JK. Tuberculosis, poverty, and compliance: lessons from rural Haiti. *Semin Respir Infect*. 1991;6(4):254-60.
16. Barnhoorn F, Andriaanse H. Search of factors responsible for noncompliance among tuberculosis patients in Wardha District, India. *Soc Sci Med*. 1992;34(3):291-306.
17. Menegoni L. Conception of tuberculosis ant therapeutic choices in Highland Chiapas, Mexico. *Med Anthropol Q*. 1996;10(3):381-401.
18. Alves VS, Nunes MDO. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa de Saúde da Família. *Interface Comun Saúde Educ*. 2006;9(18):131-47.