



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

LETÍCIA VIEIRA LOURENÇO

**PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DESENVOLVIDAS NAS  
UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA MARÉ, RIO DE JANEIRO,  
NO CUIDADO AO USUÁRIO COM TUBERCULOSE**

RIO DE JANEIRO

2022

LETÍCIA VIEIRA LOURENÇO

**PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DESENVOLVIDAS NAS  
UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA MARÉ, RIO DE JANEIRO,  
NO CUIDADO AO USUÁRIO COM TUBERCULOSE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Karla Santa Cruz Coelho

Rio de Janeiro

2022

## CIP - Catalogação na Publicação

LS237p Lourenço, Letícia Vieira  
Práticas de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde na Maré, Rio de Janeiro, no cuidado ao usuário com tuberculose / Letícia Vieira Lourenço. - Rio de Janeiro, 2022.  
88 f.

Orientadora: Karla Santa Cruz Coelho .  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2022.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Tuberculose. 3. Educação Permanente em Saúde. I. Coelho , Karla Santa Cruz, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

# FOLHA DE APROVAÇÃO

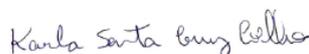
	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO</b> <b>PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL</b> <b>EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>	
---	---	---

## ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Às 9hs do dia 18 de fevereiro de 2022 teve início a Banca de Defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: “Atenção Primária à Saúde”, na Linha de Pesquisa: **Gestão e avaliação de serviços e de tecnologias na Atenção Primária à Saúde (APS)**. A dissertação com o título: **"PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DESENVOLVIDAS NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA MARÉ, RIO DE JANEIRO, NO CUIDADO AO USUÁRIO COM TUBERCULOSE"**. Foi apresentada pela candidata: **Leticia Vieira Lourenço**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, **registro DRE n. 120075432 (SIGA)**. A defesa da dissertação foi apresentada à banca examinadora composta pelos Doutores: **Karla Santa Cruz Coelho, Tiago Braga do Espírito Santo e Nereida Lúcia Palko dos Santos**, em sessão REMOTA, ( ) PARCIAL ( x ) TOTAL cujo acesso virtual foi provido pela Coordenação do Mestrado. A candidata expôs o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 30 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribuiu menção ( X ) **APROVADA** ( ) **NÃO APROVADO** à defesa de dissertação de mestrado. A banca emitiu o seguinte parecer adicional:

Candidata aprovada.

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela aluna examinada. A gravação foi realizada e está disponível: [https://drive.google.com/drive/u/1/folders/19D1u\\_aMyfOoRwJmOOFCWbGxfMZg1guJ5](https://drive.google.com/drive/u/1/folders/19D1u_aMyfOoRwJmOOFCWbGxfMZg1guJ5)



Presidente/Orientadora

**Karla Santa Cruz Coelho**

1º Examinador:

**Tiago Braga do Espírito Santo**



2º Examinadora: **Nereida Lúcia Palko dos Santos**



Aluna/Examinada: **Leticia Vieira Lourenço**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AP</b>	Área Programática
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
<b>CGRs</b>	Colegiados de Gestão Regional
<b>CIESs</b>	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
<b>CNDSS</b>	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>COVID-19</b>	CoronaVirus Disease
<b>DOTS</b>	<i>Directly Observed Treatment</i>
<b>DSS</b>	Determinantes Sociais de Saúde
<b>EC</b>	Educação Continuada
<b>EP</b>	Educação Permanente
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>ES</b>	Espírito Santo
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>HIV</b>	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>MG</b>	Minas Gerais
<b>MNT</b>	Micobactérias Não Tuberculosas
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>ODM</b>	Objetivos do Milênio
<b>ODS</b>	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas

<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>PNCT</b>	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
<b>PNEPS</b>	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
<b>RAS</b>	Redes de Atenção à Saúde
<b>REDE-TB</b>	Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose
<b>RH</b>	Rifampicina e Isoniazida
<b>RHZE</b>	Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol
<b>RJ</b>	Rio de Janeiro
<b>SES</b>	Secretaria Estadual de Saúde
<b>SGTES</b>	Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde
<b>SIM</b>	Sistema de Informação sobre Mortalidade
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>SR</b>	Sintomático Respiratório
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TBMDR</b>	Tuberculose Multidroga Resistente
<b>TDO</b>	Tratamento Diretamente Observado
<b>TP</b>	Tuberculose Pulmonar
<b>UF</b>	Unidade Federativa
<b>VD</b>	Visita Domiciliar
<b>VS</b>	Vigilância em Saúde
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Fluxograma analisador - Percurso do usuário com tuberculose na Unidade de Atenção Primária.....	46
Quadro 1 –	Formas de identificação dos casos de tuberculose pelos profissionais das equipes de saúde da família.....	47
Quadro 2 –	Estratégias de abordagens das equipes de saúde para a manutenção do tratamento do usuário com tuberculose.....	49
Quadro 3 –	De que forma a equipe de saúde identifica que vai haver o abandono de tratamento.....	51
Quadro 4 –	O que as equipes consideram como relevante quando o assunto é a interrupção do tratamento de tuberculose.....	52
Quadro 5 –	Dificuldades que às equipes de saúde enfrentam na abordagem ao usuário que interrompeu o tratamento de tuberculose.....	54
Quadro 6 –	Instrumentos utilizados no dia a dia do processo de trabalho das equipes de saúde da família no cuidado ao usuário com tuberculose.....	58
Quadro 7 –	Quais atividades de cuidado para além do fornecimento da medicação são realizadas no contexto das Unidades de Atenção Primária à Saúde...	59
Quadro 8 –	Entendimento dos profissionais de saúde sobre o enfrentamento da tuberculose a partir das políticas públicas do Brasil.....	61

## RESUMO

LOURENÇO, Letícia Vieira. **Práticas de educação permanente em saúde desenvolvidas nas unidades de atenção primária à saúde na maré, Rio de Janeiro, no cuidado ao usuário com tuberculose.** Rio de Janeiro, 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde ) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A interrupção do tratamento à tuberculose configura um dos entraves para o controle da doença. As normas regulamentadas na política de saúde, por vezes, mostram-se pouco flexíveis, o que tende a invisibilizar as dificuldades experimentadas por indivíduos em tratamento. Esse desafio leva a necessidade dos profissionais de saúde utilizarem diferentes estratégias de abordagem para produzir cuidado de forma mais resolutiva e integral. Nesse contexto, a tecnologia leve apresenta-se como um caminho para trabalhar as questões relacionadas à adesão ao tratamento, visto que ela se faz presente em práticas relevantes como o acesso, o acolhimento, e o vínculo do usuário com a equipe de saúde. Considerando que é no interior dos serviços que os profissionais reinventam suas ações, a educação permanente em saúde representa um processo potente, que pode facilitar a troca de saberes entre os membros da equipe, a problematização das experiências vividas, possibilitando assim transformações das relações, e dos processos de trabalho. **Objetivo geral:** Analisar as práticas de educação permanente em saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde da família nas unidades da Maré, nos casos de interrupção do tratamento da tuberculose. **Objetivos específicos:** Identificar quais estratégias de educação permanente em saúde estão sendo desenvolvidas pelas equipes de saúde da família na área da Maré, na abordagem ao usuário que interrompeu o tratamento de tuberculose; conhecer quais ferramentas são utilizadas pelas equipes de saúde como apoio para o manejo nos casos complexos à pessoa com tuberculose na área da Maré. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. Foram entrevistados doze profissionais de saúde das Unidades de Atenção Primária da Maré, localizadas na área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro - RJ no período de agosto a novembro de 2021. As entrevistas foram transcritas, organizadas, subsidiadas pelo fluxograma analisador e pelos registros do diário de campo da pesquisadora. A análise e a discussão dos dados deu-se à luz da cartografia. **Contribuições:** A realização de matriciamentos e encaminhamentos de usuários pela rede de atenção à saúde, a flexibilização de horários para a prática do tratamento diretamente observado e das visitas domiciliares, a prática do acolhimento, e a discussão de

casos complexos em reuniões de equipe, configuraram práticas de educação permanente desenvolvidas no cotidiano das unidades de atenção primária à saúde da Maré. Os resultados sugerem que a educação permanente em saúde ocorre dia após dia, com criatividade e flexibilidade, na dinâmica das relações, seja nos corredores das unidades de saúde, ou no território da comunidade, ela ocorre no trabalho vivo, em ato!

**Palavras-chaves:** Atenção Primária à Saúde. Tuberculose. Educação Permanente em Saúde.

## ABSTRACT

LOURENÇO, Letícia Vieira. **Práticas de educação permanente em saúde desenvolvidas nas unidades de atenção primária à saúde na maré, Rio de Janeiro, no cuidado ao usuário com tuberculose.** Rio de Janeiro, 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde ) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Interruption of tuberculosis treatment is one of the barriers to controlling the disease. The rules regulated in the health policy, at times, are not very flexible, which tends to make the difficulties experienced by individuals undergoing treatment invisible. This challenge leads to the need for health professionals to use different approach strategies to produce care in a more resolute and comprehensive way. In this context, light technology, defined as the technology of relationships, permeating access, welcoming, and bonding, presents itself as a way to work on issues related to treatment adherence. Considering that it is within the services that professionals reinvent their actions, continuing education in health represents a powerful tool, as it is from it that there is the problematization of the experiences lived by professionals, who start to reflect, interrogate and modify their behavior and so the practices of health institutions. **General objective:** To analyze the practices of permanent health education developed by family health teams in Maré units, in cases of interruption of tuberculosis treatment. **Specific objectives:** To identify which permanent health education strategies are being developed by the family health teams in the Maré area, in the approach to the user who interrupted the tuberculosis treatment; Knowing which tools are used by health teams to support the management of complex cases for people with tuberculosis in the Maré area. **Methodology:** This is exploratory research with a qualitative approach. Twelve health professionals from the Primary Care Units of Maré, located in the programmatic area 3.1 of the city of Rio de Janeiro - RJ, were interviewed from August to November 2021. The interviews were transcribed, organized, subsidized by analyzing flowchart and records from the researcher's field diary. Data analysis and discussion took place in the light of cartography. **Contributions:** The performance of matrix support and referrals of users through the health care network, the flexibility of schedules for the practice of directly observed treatment and home visits, the practice of reception, and the discussion of complex cases in team meetings, configured practices of permanent education developed in the daily routine of primary health care units in Maré. The results suggest that permanent health education takes place day after day, with creativity and flexibility, in the dynamics of

relationships, whether in the corridors of health units or in the community's territory, it takes place in live work, in action!

**Keywords:** Primary Health Care. Tuberculosis. Permanent Health Education

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	13
2	<b>OBJETIVOS</b>	23
2.1	GERAL	23
2.2	ESPECÍFICOS	23
3	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	
3.1	A COMPREENSÃO DA INTERRUPÇÃO DE TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PARA ALÉM DOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE	24
3.2	A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO VIVO NOS PERCURSOS TERAPÊUTICOS DOS USUÁRIOS EM INTERRUPÇÃO DE TRATAMENTO DA TUBERCULOSE	24
3.3	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA PARA A CONSTRUÇÃO DE NOVAS FORMAS DE CUIDADO	35
4	<b>METODOLOGIA</b>	42
5	<b>RESULTADOS</b>	45
6	<b>DISCUSSÃO DOS DADOS</b>	64
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	69
	<b>REFERÊNCIAS</b>	
	<b>APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO PARA TRABALHADORES DE SAÚDE</b>	
	<b>APÊNDICE B – DIÁRIO DE CAMPO</b>	
	<b>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	
	<b>ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é a 13<sup>a</sup> principal causa de morte em todo o mundo, segundo as estimativas de mortes globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2019. E era considerada a principal causa de morte por um único agente infeccioso conhecido desde 2015, quando ultrapassou a infecção pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) (OMS, 2015). Esta posição, no entanto, foi modificada em 1<sup>o</sup> de abril de 2020, quando o *Coronavirus Disease* (COVID-19) superou a TB em termos do número de óbitos por dia (SILVA et al., 2021).

Antes da pandemia de COVID-19, muitos países estavam observando constantes progressos no combate à TB. Os dados apontam uma redução de 9% na incidência entre 2015 e 2019 e uma queda de 14% nas mortes pela doença no mesmo período (OPAS, 2020). O impacto negativo nos indicadores da tuberculose pode ser explicado, em partes, pelas altas demandas de saúde geradas pela pandemia nos serviços de saúde. Isso porque em muitos países, os recursos humanos, financeiros e outros recursos foram realocados da TB para a resposta à COVID-19 o que levou a interrupções nos serviços de saúde e a mais retrocessos (OMS, 2020).

Como um esforço global para o controle da doença, a tuberculose foi incluída como meta (3.3) dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). A estratégia “*Stop TB*”, foi implementada em 1990, e configurou uma estratégia para o progresso na luta contra a tuberculose até o ano de 2015 visando uma redução da prevalência da doença, devido aos investimentos de países no diagnóstico e tratamento dessa comorbidade (CORDEIRO et al., 2020).

Em 2014, durante a Assembleia Mundial de Saúde, na OMS, foi aprovada a nova estratégia global para enfrentamento da doença, com a visão de um mundo livre da tuberculose até 2035 (BRASIL, 2017).

O progresso em direção às metas globais de TB para o período de 2016-2035 foi definido como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), e ficou conhecido como *End TB Strategy*. Nesse contexto, o Brasil foi referência global no controle da TB, especialmente devido às políticas públicas sociais, como o Sistema Único de Saúde (SUS); o Programa Bolsa Família, já que há cobertura universal do diagnóstico e tratamento da TB pelo SUS e com a Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose (Rede-TB) (BRASIL, 2017; CORDEIRO et al., 2020).

O compromisso político com a luta contra a tuberculose foi intensificado em 2017 e em 2018 com a conferência ministerial global da OMS. O resultado foi uma declaração política em que os compromissos com os ODS e a *End TB Strategy* foram reafirmados e novos foram

adicionados (ONU, 2018).

No relatório de progresso de 2020 preparado pelo Secretário-Geral da ONU, com apoio da OMS, houve a inclusão de dez recomendações prioritárias. Dentre elas, as metas globais de financiamento a ser mobilizado para a prevenção, cuidado e pesquisa da TB, que envolvem a prática do acesso universal, à prevenção, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados da TB até 2022 (OMS, 2021).

No entanto, apesar dos avanços verificados no decorrer dos últimos anos, com o advento da pandemia, a eliminação da TB como problema de saúde pública mundial ficou ainda mais distante, em vista de uma diminuição de 25% no diagnóstico e de um aumento de 26% da mortalidade por TB no mundo, segundo estimativas divulgadas pelo relatório Global da OMS de 2020.

O panorama atual evidencia o primeiro aumento ano a ano (de 5,6%) desde 2005 e o número total de mortes em 2020 voltando ao patamar de 2017. A mesma tendência ficou evidente na taxa global de mortalidade por TB, conforme relatório global de tuberculose de 2021. De modo que, “o acesso equitativo ao diagnóstico, prevenção, tratamento e cuidados de qualidade e oportunos continua a ser um desafio”. É o que diz o Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus Diretor-Geral da OMS, em sua declaração no *Global Tuberculosis Report* publicado em 2020.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2021), durante o último ano, com a pandemia, determinantes sociais da tuberculose como pobreza, desnutrição, desemprego e más condições de moradia teriam se deteriorado nas populações em situação de marginalidade e vulnerabilidade social, o que pode facilitar o desenvolvimento da doença.

A reflexão sobre a saúde, seus determinantes e sua determinação, requer, em primeiro lugar, que se esclareça com que concepção de saúde se estará trabalhando (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014). Na presente pesquisa, será utilizado o conceito renovado no seu entendimento do processo saúde-doença que é determinado por meio do processo de trabalho e das relações sociais de produção (VERDI et al., 2010, p. 16, Apud PETTRES, 2018, p. 184).

É necessário também compreender que a vulnerabilidade à doença pode ser influenciada por fatores biológicos que levam à redução da resposta imunológica ao *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*), como é o caso observado em crianças pequenas e em pacientes portadores de comorbidades, como infecção por HIV e diabetes mellitus, por exemplo. Há também a vulnerabilidade por fatores sociais, que expõe os indivíduos a um maior risco de contato com o *M. tuberculosis* e posterior adoecimento devido a condições de moradia precárias, desnutrição, condições de trabalho inadequadas, serviços de saúde inacessíveis

(MOREIRA et al., 2020).

Estes tipos de vulnerabilidades (biológicas e sociais) podem se somar, em particular nos países mais pobres e nas periferias das metrópoles, onde o estado imunológico do indivíduo é influenciado por determinantes sociais que desencadeiam ou favorecem condições que incrementam o risco de tuberculose ativa e latente nas pessoas que ali vivem (GERALDES et al., 2007, p. 4 Apud MOREIRA et al., 2020, p. 2).

Porém, segundo (FASCA, 2008, p. 36 Apud MOREIRA, 2020, p. 39), mais importante do que o mero estabelecimento de associação com a pobreza, é a associação dos indicadores da tuberculose com a densidade de pobreza. Sendo a partir do conhecimento dos modelos da tuberculose e da forma como ela se manifesta na sociedade que os Programas de Controle se constroem, e determinam o conjunto de ações necessárias para interferir nesses modelos bem como estabelecer estratégias de enfrentamento da doença e das condições que favorecem a sua reprodução (CRISPIM, 2011).

A respeito dos modelos de saúde e da construção dos Programas de Controle, tivemos no Brasil, desde a década de 70 o Movimento da Reforma Sanitária que iniciou o enfrentamento ao complexo médico-industrial. Simultaneamente neste mesmo ano (1986), realizou-se a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá, que também possibilitou o resgate do ideário em promoção de saúde, voltada para o coletivo e ao ambiente com a visão da determinação social e suas variáveis sobre as condições de saúde (BUSS 2002, p. 52 Apud PETTRES, 2018, p. 185).

Visando superar desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde, houve a reestruturação dos sistemas de saúde com a lógica de organização do Sistema Único de Saúde em Redes de Atenção à Saúde (RAS). Na RAS, a Atenção Primária à Saúde (APS) é caracterizada, dentre outras funções, por: desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação, de forma a facilitar a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com a equipe; garantir o acesso ao serviço; e praticar o acolhimento em todas as relações de cuidado, seja nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, seja realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território (BRASIL, 2017).

Para Malta e Merhy (2010), existem muitos desafios a serem alcançados na organização dos serviços de saúde. Os autores descrevem aspectos que vão desde a compreensão das linhas de cuidado como organizadoras do trabalho, a vinculação das equipes de saúde com a população da região de saúde em que se situam e agem (responsabilizando-se pelos usuários, seja nos desdobramentos, seja na definição do manejo adequado, na definição de protocolos clínicos que

incluam terapêutica medicamentosa adequada), até aos procedimentos adaptados às especificidades do usuário, suas necessidades e singularidade.

A tuberculose é uma doença que envolve o diagnóstico desde a busca ativa com identificação de usuários com sintomas suspeitos no território, o acompanhamento clínico, e o tratamento com a obtenção da medicação de forma universal e gratuita pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017).

Em relação a medicação, segundo o Programa Nacional de Controle da Tuberculose de 2011 (PNCT), caso este indivíduo deixe de tomá-las por 30 dias ou mais, para os casos em tratamento diretamente observado (TDO), ou por 30 dias após a última consulta agendada, se o tratamento for autoadministrado, classifica-se o usuário como em abandono de tratamento (BRASIL, 2011).

No manejo dos casos de tuberculose, o abandono do tratamento configura um dos entraves ao controle da doença.

Sobre o abandono do tratamento e suas implicações tem-se que:

O abandono colabora para a continuidade da cadeia de transmissão, pois os indivíduos que não aderem satisfatoriamente à terapia medicamentosa continuam sendo fonte de contágio. Implica ainda em resistência farmacológica, postergação da cura, onera o tratamento, aumenta a duração e a gravidade da doença, eleva as taxas de mortalidade além de ter importante impacto econômico – tanto para os usuários, quanto para o sistema de saúde (SOEIRO et al., 2020).

Para Sá et al. (2017), as principais causas para o abandono ao tratamento são constituídas por fatores intrínsecos ao paciente, mas há ainda uma importante contribuição do serviço de saúde. De forma que, para o controle da doença ser efetivo, as ações dos profissionais devem ir além das usuais estratégias de diagnóstico e tratamento, demandando também o fortalecimento de ações que considerem os condicionantes e determinantes sociais da doença (BRASIL, 2019).

Segundo Moreira (2020), a classificação como abandono, desconsidera as especificidades imbricadas no universo do ser cuidado, como emprego/escola, família, comunidade, rotinas, compromissos, dificuldades, anseios e medos trazidos nos seus modos de vida. Para a autora, às normas regulamentadas na política de saúde mostram-se pouco flexíveis, construídas a partir de orientações de organizações multilaterais e, por conseguinte, tendem a invisibilizar as dificuldades experimentadas por indivíduos, na maioria das vezes, favelados, residindo em espaços superpopulosos e sem oportunidade de emprego formal.

Por vezes, as dificuldades enfrentadas pelos usuários em comparecer às consultas, manter o tratamento regular, ou realizar os exames, não são identificadas e compreendidas pela equipe de saúde. Segundo Merhy et al. (2019), nas relações estabelecidas nos serviços de saúde

percebe-se o predomínio das forças que visam o controle sobre os modos de andar na vida dos usuários, e sobre escolhas dos projetos de cuidado. Sendo fundamental que haja o mútuo afetamento do profissional e do usuário em questão.

Mendes Gonçalves, em sua tese de doutorado de 1986 que posteriormente foi publicada em livro, em 1994, a respeito da discussão de ‘tecnologia em saúde’ aponta a necessidade referente às práticas de saúde serem tomadas como trabalho social de aprofundar o conhecimento das ‘características internas’ (intra-técnica) dessas práticas, consubstanciadas com suas ‘características externas’ (o contexto sócio-histórico de sua produção) (SCHRAIBER et al., 2022). E a tecnologia passa a ser entendida como “o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, no processo de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social” (GONÇALVES, 1994, p. 32).

A expressão “tecnologias” vem sendo utilizada no campo da saúde para designar a sistematização dos diversos modos de produzir saúde, e dependendo do tipo de tecnologia que preside o encontro, maior ou menor será seu potencial cuidador, maior ou menor a porosidade para o encontro, maior ou menor a troca e a construção de sentidos comuns (MERHY et al., 2019).

Segundo Merhy (1997) as tecnologias de produção do cuidado em saúde se subdividem em três categorias: as tecnologias leves, referentes a relações de produção de vínculo, acolhimento e gestão dos processos de trabalho; as tecnologias leve-duras, relacionadas aos saberes já estruturados, tais como a clínica médica e a epidemiologia; e as tecnologias duras, representadas pelos equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais.

As dificuldades em identificar e trabalhar os fatores subjetivos que levam ao abandono do tratamento podem ser entendidas à luz das relações estabelecidas nos encontros entre usuário-trabalhador. Na perspectiva da organização dos serviços de saúde, percebemos a profunda crise do paradigma que estruturou o modo atual do médico trabalhar que é marcada, pelo predomínio das modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, a partir de um saber estruturado reduzido à produção de procedimentos (MERHY, 1998). Este modo de operar o trabalho, segundo Franco e Merhy (2013) gera uma relação usuário-trabalhador marcada por um processo de alienação, desresponsabilização, custosa e ocasionalmente resolutive.

Ainda segundo Merhy (1999), no campo da saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas sim a produção do cuidado, através do qual poderá ser atingida a cura e a saúde, que são de fato os objetivos que se quer atingir. Partindo desta definição, esta pesquisa considera o cuidado à luz da seguinte definição: "trata-se de fazer mais e, algumas vezes, um

pouco diferente, aquilo que já sempre terá feito parte da arte da atenção à saúde”. “Se trata de ouvir mais, ver mais, tocar mais: estas práticas são benéficas para alcançar o “êxito técnico” que simultaneamente deverá se configurar como “sucesso prático” (AYRES, 2009).

O trabalho em saúde acontece em um tipo de encontro em que as partes se influenciam mutuamente, no qual é fundamental o reconhecimento da legitimidade dos saberes, valores, desejos que movimentam os diferentes tipos de trabalhadores de saúde e os usuários. Caso contrário, uns terão voz e outros não. Sendo, portanto, fundamental compreender o próprio trabalho como uma micropolítica, como um campo relacional (MERHY et al., 2019).

Os serviços de saúde configuram espaços estratégicos para desencadear novos processos de produção de saúde, novos desafios para práticas e conceitos dominantes e novas relações de poder (FEUERWERKER, 2014).

Nesse contexto, o campo da educação permanente em saúde (EPS) constitui um caminho para a construção deste movimento, uma vez que a EPS significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança (CECCIM; FERLA, 2008).

Assim, considerando o abandono do tratamento em tuberculose um desfecho que dificulta o efetivo controle da doença no Brasil e no mundo, esta pesquisa pretende conhecer quais práticas de educação permanente em saúde estão sendo desenvolvidas pelas equipes de saúde da família nas unidades de saúde da Maré, localizada na área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro - RJ, nos casos de interrupção do tratamento da tuberculose. E a partir do desabrochar do sentido das situações vividas no trabalho vivo em ato, dar visibilidade ao emaranhado de linhas e planos que configuram os percursos terapêuticos alternativos aos cuidados estruturados no cotidiano, visando garantir a adesão e, conseqüentemente, a cura.

## **Justificativa**

O presente estudo é derivado da pesquisa qualitativa, fruto da parceria da Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus Macaé e o Programa de Controle da Tuberculose da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES-RJ). A pesquisa pretende conhecer as questões centrais que impedem ou dificultam o desenvolvimento de ações centradas nos usuários-cidadãos, que sejam capazes de garantir que os tratamentos sejam concluídos sem interrupções, o que levaria a diminuição da transmissibilidade e da mortalidade por tuberculose.

Uma das fases da pesquisa foi o curso de extensão “Construindo Coletivamente a Perspectiva da Interprofissionalidade na Rede de Atenção à Saúde de Macaé” elaborado pelo Observatório de Políticas Públicas de Macaé e o Programa de Controle da Tuberculose da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro no ano de 2019.

O curso traz em sua ementa o fato da tuberculose ainda permanecer como problema de saúde pública, apesar dos avanços alcançados, através das intervenções tecnológicas de alta densidade material (tecnologias duras) e de saberes (leve-duras), como a disponibilidade de medicamentos, diferentes meios diagnósticos e protocolos para o cuidado, ao longo do tempo. E reitera a estreita relação entre tuberculose, condições de vida e de acesso aos serviços de saúde faz com que o processo saúde-doença e cuidado seja fenômeno multicausal que extrapola o campo biomédico.

Composto por cinco encontros semanais via aplicativo de comunicação por vídeo, o curso contou com a participação de profissionais de várias categorias e áreas de atuação que vão desde equipes de saúde da família, gerentes de unidades básicas à profissionais da coordenação de áreas programáticas e de área técnica da gerência de doenças pulmonares prevalentes da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e da área técnica da gerência de pneumologia sanitária da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

O curso apresentou como núcleo temático a micropolítica do cuidado e as pesquisas em saúde. Onde o primeiro encontro tratou da apresentação da proposta visando o aquecimento do coletivo com a discussão do trabalho no cotidiano através da metodologia participativa com rodas de trocas e compartilhamento. O segundo encontro apresentou a pesquisa cartográfica com utilização de vídeo sobre experimentação, o sujeito e o objeto, e a reunião dos grupos para a construção de uma caixa de afecções e de narrativas sobre o vivenciado. O terceiro encontro trabalhou o lugar central dos usuários/as-cidadãos/ãs guias e a produção do cuidado com apoio de vídeo fluxograma analisador onde o grupo é convidado a fazer um exercício de um fluxograma com uma abordagem diferente sobre o cuidado e suas tecnologias. O penúltimo encontro trabalhou a ampliação da caixa de ferramentas em pesquisa micropolítica e cartografia. Finalizou no quinto encontro com a proposta de pesquisa para o cuidado na tuberculose a ser realizada no Observatório de Políticas Públicas de Macaé e no Programa de Controle da Tuberculose da Secretaria de Estado da Saúde-RJ.

O presente projeto apresenta como objeto de estudo as práticas de educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho relacionado ao manejo da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. Entendendo que a EPS pode contribuir para a diminuição da alienação e da burocratização, ampliar a capacidade de reflexão dos trabalhadores, melhorar a autoestima e a

corresponsabilização, e assim fomentar autonomia e a criatividade com responsabilidade profissional (BRASIL, 2014).

Para esta pesquisa foi utilizada a seguinte definição de EPS no campo da saúde: processo pedagógico que coloca o cotidiano do trabalho em saúde ou da formação em análise, partindo-se do pressuposto da aprendizagem significativa que propicia a reflexão pelos próprios profissionais de saúde da realidade vivida e dos modelos de atenção em saúde em que estão inseridos, bem como dos problemas enfrentados (CECCIM, 2005).

A EPS é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto (BRASIL, 2018).

Dentro da EPS um dos fundamentos centrais é a micropolítica do trabalho vivo, uma perspectiva de mudança na prática profissional e dos serviços de saúde, que reconhece o mundo do trabalho como espaço de criação de novas subjetividades essenciais para a transformação de práticas (LEMOS, 2016; MERHY, 2002).

O problema da pesquisa traz a seguinte questão: quais práticas de educação permanente em saúde os profissionais das equipes de saúde têm desenvolvido para o enfrentamento dos casos de abandono de tratamento da tuberculose? Entender quais ferramentas e ações as equipes de saúde têm utilizado é o caminho para avançar nas formas de produzir cuidado.

A pesquisa justifica-se pelo fato da educação permanente em saúde ser uma forma de aprimorar o processo de trabalho. Ao promover a reflexão dos problemas vivenciados, e a construção coletiva do saber, abre caminho para a qualificação da abordagem do profissional ao usuário agindo como uma potência transformadora aos vários modos “conservadores” com que as práticas de cuidado vêm se constituindo ao longo dos anos.

A escolha pelo tema desta pesquisa surgiu a partir de uma inquietação vivida na trajetória profissional da autora. Desempenhei a função de enfermeira de família na comunidade do Parque União, localizada no Complexo da Maré. Nesta unidade, além de enfermeira de equipe, me mantive à frente do monitoramento dos usuários que estavam em tratamento de tuberculose, no período de 2018 a 2019.

Iniciei o trabalho da linha de cuidado da TB a partir da realização do diagnóstico situacional de todo o território. Para isso, considerei o método baseado no número de sintomáticos respiratórios (SR) esperados para aquela região. Utilizei o número da população da área adscrita no ano de 2018 multiplicada por 0,01, uma vez que segundo a estimativa epidemiológica, o número de SR estimado é igual a 1% da população.

Ao comparar os números da estimativa epidemiológica com os números de casos em tratamento e em investigação para o mesmo período, pude identificar um cenário que refletia uma considerável subnotificação. Considerando que a tuberculose é uma doença transmissível, o tratamento completo do caso índice, bem como a identificação e a convocação de seus contatos domiciliares, torna-se imprescindível para que haja a interrupção da cadeia de transmissão. Prática que é sistematizada pela busca ativa, definida como atividade de saúde pública orientada a identificar precocemente o sintomático respiratório.

Além dos casos abaixo da estimativa esperada para aquela localidade, identifiquei outras questões no processo de trabalho que envolviam fragilidades no manejo clínico dos casos em tratamento, bem como déficit no monitoramento dos contactantes. De modo que a realização das consultas mensais alternadas com médico e enfermeiro, a troca de fase ocorrida fora do período preconizado de dois meses, somados à baixa vigilância dos casos pelas equipes e à dificuldade em manejar determinados casos complexos compunham a realidade que impactava negativamente os indicadores de saúde daquele território.

A partir da identificação dos problemas, iniciei algumas práticas de educação permanente em saúde com toda a equipe, desde os agentes comunitários, passando pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), até os enfermeiros, os médicos e o farmacêutico. Naquele momento, pretendia promover encontros para mediar reflexões sobre quais eram os casos em tratamento, quais em abandono, o local onde moravam, e a forma como nós desenvolvemos o diálogo ao longo dos encontros com o usuário. Em segundo plano, trazia discussões sobre ideias de como otimizar e realizar a busca ativa no território a fim de identificar casos novos, já que o número era muito inferior ao esperado.

A unidade em questão possui seis equipes de saúde da família. Para tanto, propus a realização de reunião semanal com um agente comunitário de cada equipe. A cada quinze dias havia a participação do profissional farmacêutico e / ou do educador físico. O primeiro pela relevância no processo de trabalho com o controle da dispensação dos medicamentos, e o segundo como apoio no planejamento da busca ativa dos contatos no território durante as visitas domiciliares.

As reuniões ocorreram durante dois anos sempre às segundas-feiras no período da tarde das 14 às 16 horas. Cada agente comunitário deveria comparecer com o livro verde de sua equipe atualizado. Nos encontros falávamos sobre os casos em tratamento, verificávamos o preenchimento do livro verde, e éramos enriquecidos pela troca de saberes durante as discussões de casos complexos. Como desdobramento dos encontros definimos quais as ruas e os dias que seriam realizadas as visitas domiciliares. Optamos por iniciar pelas ruas dos casos índices.

Como estratégia, íamos sempre em grupo independente da área de equipe a fim de promover a responsabilização de todos pelo território independente da área. Nas ações no território identificamos usuários com sintomas respiratórios bem como a dispensação de potes para oportunizar a coleta de escarro.

O interesse pela temática surgiu mediante a inquietação de quando identifiquei que em toda a unidade de saúde só havia seis usuários em tratamento de tuberculose, e mais de vinte casos classificados como abandono. E então me questionei: o que essas equipes fazem com este usuário em abandono de tratamento? Onde estão os usuários que interromperam o tratamento de tuberculose? Como identificar os casos subnotificados? Dois anos após esta pergunta houve o aumento em 10 vezes no número de casos, com o total de sessenta e dois usuários em tratamento ativo, e dentre eles, alguns dos conseguiram retornar ao tratamento regular.

Assim, através do investimento nas reuniões e na reflexão mediada pela educação permanente em saúde da equipe, foi possível resgatar usuários que estavam em abandono de tratamento, e traçar estratégias de busca ativa de modo coletivo para identificar e garantir acesso aos contatos e aos sintomáticos. Esta experiência dá sentido à minha pesquisa já que acredito ser a educação permanente em saúde o caminho que leva ao aprimoramento dos processos de trabalho, e o motor que impulsiona às equipes de saúde ao encontro desta população adoecida.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar as práticas de educação permanente em saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde da família nas unidades de saúde da Maré, localizada na área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro - RJ, nos casos de interrupção do tratamento da tuberculose.

### **2.2 Objetivos específicos**

I) Identificar quais estratégias de educação permanente em saúde estão sendo desenvolvidas pelas equipes de saúde da família na área da Maré, localizada na área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro - RJ, na abordagem ao usuário que interrompeu o tratamento de tuberculose;

II) Conhecer quais ferramentas são utilizadas pelas equipes de saúde como apoio para o manejo nos casos complexos à pessoa com tuberculose na área da Maré, localizada na área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro - RJ.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Para uma melhor delimitação do objeto de estudo e compreensão das questões problema, a seguir serão examinados, com base na literatura, os principais conceitos envolvidos no tema de pesquisa. São eles: A compreensão da interrupção de tratamento da tuberculose para além dos determinantes sociais em saúde; Micropolítica e saúde: a Produção do Cuidado, e A Educação Permanente em Saúde no Território do Trabalho Vivo em Ato.

#### 3.1 A compreensão da interrupção de tratamento da tuberculose para além dos determinantes sociais em saúde

Em seu relatório divulgado em outubro de 2021, a OMS informou que atualmente cerca de 4,1 milhões de pessoas sofrem com a tuberculose, mas não foram diagnosticadas com a doença ou não foram notificadas oficialmente às autoridades nacionais. O número de pessoas recentemente diagnosticadas e notificadas aos governos nacionais caiu de 7,1 milhões em 2019 para 5,8 milhões em 2020. Esta redução pode ser explicada pelos desafios de fornecer e acessar serviços essenciais de tuberculose que fizeram com que muitas pessoas com a doença não fossem diagnosticadas em 2020 (OMS, 2021).

Os fatores que levaram à redução do número de notificações envolvem tanto interrupções do lado da oferta quanto do lado da demanda para o diagnóstico de TB e de serviços de tratamento. Como exemplos, a OMS aponta a capacidade reduzida do sistema de saúde para continuar a fornecer serviços; menos vontade e capacidade de buscar cuidado no contexto de bloqueios e restrições associadas ao movimento de pessoas; preocupações sobre os riscos de ir para centros de saúde durante uma pandemia; e o estigma associado a semelhanças nos sintomas relacionados à TB e à COVID-19 (OMS, 2021).

A fim de identificar e apoiar os países com alta incidência de tuberculose, tuberculose associada ao HIV e tuberculose multirresistente / rifampicina, a Organização Mundial da Saúde elabora e divulga listas globais atualizadas, a partir de critérios que visam priorizar países que apresentam números elevados. Esses territórios fornecem um foco para a ação global sobre TB, TB associada ao HIV e TB resistente a medicamentos além de precisarem de incentivos para atingir as metas estabelecidas pela *End TB Strategy* da OMS; a declaração política da Organização das Nações Unidas (ONU) realizada em 2018; e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU (ODS).

Neste contexto, o Brasil encontra-se entre os 30 países de alta carga para a TB e para

coinfecção TB-HIV, sendo, portanto, considerado prioritário para o controle da doença no mundo pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2021, p. 11 Apud OMS, 2020, p. 9).

A partir da análise dos dados atuais, observou-se no país uma queda de 16% na notificação de casos novos de TB em 2020 em comparação com 2019. “De maneira geral, identificamos uma piora de indicadores tais como aumento do abandono e uma queda das notificações” é o que diz Arnaldo Medeiros, secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021).

Algumas ações de acompanhamento em saúde passaram por flexibilizações para mitigar os impactos da pandemia. Dentre elas a redução da frequência de consultas ambulatoriais para monitoramento de tratamento ou coleta de medicamentos, a permissão para que os pacientes com TB levassem suprimento de 1 mês ou mais de medicamentos anti-TB para casa, a permissão para que os pacientes com TB designem outro membro da família para coletar medicamentos anti-TB em seu nome, e a expansão no uso de aconselhamento e suporte remoto (OMS, 2021).

A respeito do tratamento, no Brasil, é disponibilizado gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). E graças aos avanços no esquema terapêutico, atualmente a tuberculose tem cura, no entanto, para que haja êxito, é importante que o usuário tome os medicamentos de forma regular (todos os dias, em doses adequadas) e pelo tempo preconizado (mínimo de 06 meses) (SES-MG, 2021).

O esquema básico para tratamento da tuberculose em adultos e adolescentes é composto por quatro fármacos na fase intensiva e dois na fase de manutenção. A apresentação farmacológica dos medicamentos, atualmente em uso, para o esquema básico é de comprimidos em doses fixas combinadas, como a apresentação: “4 em 1” (RHZE: R-rifampicina; H-Isoniazida; Z-Pirazinamida; e Etambutol), ou “2 em 1” (RH) (BRASIL, 2019).

Todo caso de tuberculose confirmado deve ser notificado. E na ficha de notificação o caso deve ser classificado de acordo com o “tipo de entrada” que o usuário inicia o tratamento.

Por definição clínica classifica-se o tipo de entrada como:

- a) caso novo - aquele no qual o usuário, nunca foi submetido ao tratamento anti TB ou realizou o tratamento, por menos de 30 dias (BRASIL, 2016);
- b) recidiva – é o caso de tuberculose ativa que foi tratado anteriormente e recebeu alta por cura comprovada ou por ter completado o tratamento (BRASIL, 2016);
- c) reingresso após abandono – é o caso de tuberculose ativa, tratado anteriormente por mais de 30 dias, mas que deixou de tomar a medicação por

30 dias consecutivos ou mais (BRASIL, 2016);

- d) transferência - refere-se ao paciente que compareceu à unidade de saúde para dar continuidade ao tratamento iniciado em outra unidade de saúde, desde que não tenha havido interrupção do uso da medicação por 30 dias ou mais (BRASIL, 2016);
- e) pós óbito - é o caso de tuberculose que não foi registrado no Sinan e foi descoberto ou notificado após a morte do paciente, em decorrência da realização de investigação epidemiológica (BRASIL, 2016); e
- f) não sabe - refere-se ao caso com história prévia desconhecida (BRASIL, 2016).

Para o encerramento oportuno, recomenda-se que os casos de tuberculose em tratamento com o esquema básico (de duração de seis meses) sejam encerrados em até nove meses, e que os casos de tuberculose meningoencefálica (de duração de 12 meses) sejam encerrados no sistema em até quinze meses (BRASIL, 2019). Porém, os casos podem apresentar diferentes situações de encerramento.

Por definição, quando se tratar de um caso em situação de abandono, a ficha de notificação deverá ser encerrada como:

- a) alta por abandono – usuário que fez uso da medicação por 30 dias ou mais e interrompeu o tratamento por mais de 30 dias consecutivos (BRASIL, 2016);e
- b) alta por abandono primário – usuário que fez uso da medicação por menos de 30 dias e interrompeu por mais de 30 dias consecutivos, ou quando o usuário diagnosticado não iniciou o tratamento (BRASIL, 2016).

Os dados trazidos pelo Jornal Brasileiro de Epidemiologia de 2017 com base na realidade brasileira informam que, embora a eficácia do esquema antituberculose seja de até 95%, a efetividade do tratamento de pacientes que se curam ao final do tratamento em condições de rotina, varia de 70% (50-90%) na média nacional. O documento pontua ainda que uma das causas associadas à baixa efetividade é a falta de adesão, que pode ocorrer em três níveis.

São eles:

1. o abandono do tratamento (paciente para de usar todos os medicamentos);
2. o uso errado dos medicamentos (paciente usa alguns dos medicamentos prescritos) e/ou
3. o uso irregular dos medicamentos (paciente toma os medicamentos alguns dias da semana, mas não todos os dias).

É válido destacar que o grupo formado pelos casos de recidiva e reingressos, apresenta maior chance de desenvolver um desfecho desfavorável para a doença, como óbito, novo abandono e resistência às drogas de tratamento. Fato que representa uma ameaça adicional ao controle da tuberculose, implicando em tratamento mais oneroso e mais complicado (EL SAHLY, 2004; CHAISSON, 2010 Apud SILVA, 2017, p. 4096).

Entretanto, são múltiplos os fatores relacionados ao abandono do tratamento, e nem sempre estão relacionados ao descuido ou a intenção de abandonar o tratamento pelo paciente. De modo geral, as causas do abandono estão associadas ao paciente, à modalidade do tratamento empregado e à operacionalização dos serviços de saúde (BRASIL, 2019).

O estudo da adesão versus abandono ao tratamento não é um processo simples. Isso porque, não se trata de um fenômeno isolado ou pontual, mas sim de um processo multifatorial que apresenta características individualizadas que exigem respostas diferenciadas (BRASIL, 2019).

Entre os fatores sociais e psicológicos que, frequentemente, estão associados à não adesão, destacam-se fatores ligados ao contexto social: situações de vulnerabilidade social e a ausência de apoio para realizar o tratamento, a influência exercida por familiares e amigos e sua participação no tratamento (MORIN, 2002; RUDDY et al., 2009). Neste sentido, as condições de vida (crescimento, aprendizado, reprodução, trabalho e envelhecimento) estão determinadas pelo "lugar que cada um ocupa na hierarquia social"; isto inclui o grau de vulnerabilidade individual a agravos na saúde e suas consequências (TESTA, 2009).

A literatura apresenta os determinantes sociais de saúde (DSS) como responsáveis por tornar alguns grupos populacionais mais vulneráveis ao abandono do tratamento. Segundo a OMS, tais determinantes estariam vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como à macroestrutura econômica, social e cultural (BRASIL, 2008). Sendo os “fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Sobre os Determinantes Sociais de Saúde, em termos gerais, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) propôs um modelo segundo o qual existem dois tipos de DSS: os determinantes estruturais e os determinantes intermediários. Os determinantes estruturais são mecanismos que criam estratificações e divisões sociais que definem a posição socioeconômica de um indivíduo ou um grupo dentro da hierarquia de poder e acesso aos recursos (classes sociais). E os determinantes intermediários (apesar da existência do SUS ser garantido constitucionalmente), tem seu funcionamento suscetível a mudanças no contexto

político e econômico (SILVA, 2020).

No contexto do abandono da tuberculose, entre alguns determinantes está a faixa etária, sendo os adultos jovens que, no geral, manifestam mais predisposição ao consumo de drogas e etilismo, o que representa causas de ruptura de vínculo com os serviços de saúde (SILVA, 2014, p. 1751; LOPES, 2013, p. 668 Apud TEMOTEO, 2018, p. 4). Segundo a pesquisa de Couto et al. (2014) que objetivou identificar e analisar os fatores determinantes que levaram os pacientes a abandonarem o tratamento para tuberculose, a associação entre o tratamento medicamentoso da TB e o consumo de álcool aumenta a chance de intolerância à medicação, o que pode também ser considerado como uma das causas de abandono.

O acesso à informação sobre a doença também configura um fator favorável ao abandono, uma vez que a falta de informação e a falsa percepção de cura podem levar os doentes à interrupção da terapêutica antes da sua completude (SILVA, 2014; LOPES, 2013, p. 668 Apud TEMOTEO, 2018, p. 4).

A baixa escolaridade também pode ser considerada um fator para casos de reingresso após abandono uma vez que pode determinar reduzido grau de percepção sobre a doença e sua gravidade, e é considerada um reflexo de todo um conjunto de condições socioeconômicas precárias, que aumentam a vulnerabilidade à tuberculose e são responsáveis pela maior incidência da enfermidade e pela menor adesão ao tratamento (MASCARENHAS, 2005; COELHO, 2010, p. 40, Apud SILVA, 2017, p. 4100).

Alguns estudos apontam usuários do gênero masculino como um preditor de abandono, o que pode estar relacionado aos hábitos de vida e a possibilidade das mulheres terem maior cuidado com a saúde do que os homens (VENDRAMINI, et al., 2003, p. 241 Apud SILVA, 2017, p. 4100).

O desemprego também foi identificado como preditor do abandono do tratamento (HECK, 2011; GIROTI, 2010 p. 275 Apud FURLAN, 2012 p. 111). Apesar da necessidade de comparecer aos serviços de saúde para retirar a medicação e realizar exames, especialmente no início do tratamento, as pessoas com vínculo empregatício apresentam maior adesão ao tratamento (FURLAN, 2012). A autora complementa que isto pode estar relacionado ao fato de poderem contar com o apoio e incentivo de colegas de trabalho, como também o fato de se sentirem responsáveis por suas atividades trabalhistas. Por outro lado, o desemprego concorre para uma condição econômica mais precária e, neste caso, até os custos com locomoção podem constituir motivo para abandono do tratamento.

Quanto às questões relacionadas à operacionalização dos serviços de saúde, a literatura traz a desorganização do trabalho em equipe, a demora no atendimento, a desumanização, a

falta de vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde, a ausência de busca ativa para diagnosticar novos casos e para os que abandonam o tratamento, entre outras (HINO et al., 2011 p. 1300, Apud COUTO, 2014 p. 573).

No nosso país, existem fatores estruturais que são centrais para determinar e condicionar a posição socioeconômica. E por mais que os fatores conjunturais aprofundem a condição de vulnerabilidade de alguns grupos, não se pode perder de vista que a dinâmica mais ampla do capitalismo, aliada a formação histórica e sociológica do Brasil tem um papel central na estratificação social que estabelece qual a posição social os indivíduos ocupam na sociedade. Nesse sentido, o fato de não deter os meios de produção (classe social), ser mulher (gênero) e negro ou indígena (raça/etnia) impõe um determinado lugar na sociedade que não é uma escolha. Essa posição social afeta o acesso à educação, à ocupação e, por fim, à renda (SILVA, 2021).

A partir destas análises percebe-se que a adesão ao tratamento da tuberculose constitui-se um processo complexo, em constante construção. De modo que o cuidado ao usuário com tuberculose nos convida a compreender o setor saúde enquanto fomentador, articulador e disparador, tanto quando se fala de propulsor de políticas nacionais, quanto inovador das práticas cotidianas de cuidado nos territórios. Isso porque, a efetividade do tratamento bem como a redução da mortalidade e o impacto na doença enquanto saúde pública não está apenas relacionada à tomada do medicamento, que é uma variável ligada ao atendimento do paciente (RABAHI, 2017).

Tais planos de interpretação se apoiam no conceito de adesão proposto por Bertolozzi (2001): “A adesão não se reduz a um ato de volição pessoal. É um processo intimamente associado à vida, que depende de uma série de intermediações que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo que inclui os processos que levam - ou não - ao desenvolvimento da vida com dignidade”.

Dessa forma, a ideia dominante, de identificação das dificuldades sociais e econômicas do país e do mundo, bem como a identificação e classificação dos usuários com seus determinantes, torna-se insuficiente para direcionar ações de saúde que contribuam efetivamente para a máxima realização do ser humano (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

O relatório OMS (2005) sobre determinantes sociais da saúde, apresenta carência de densidade teórica. A OMS falha ao não definir determinantes sociais da saúde, remetendo vagamente a uma ideia de causa ou causalidade social. E pontua que o relatório assume ‘social’ como um fator a mais, e não como algo que englobe as dimensões biológica, ambiental e genética da vida e da saúde humanas (BORGHI, 2018, p. 881 Apud NOGUEIRA, 2009, p. 9).

Ao adotar um conceito estreito de determinantes sociais opera num nível da empiria,

insinua uma compreensão do social como algo que se encontra nas populações e influencia a natureza essencialmente biológica do homem (BORDE et al., 2015, p. 848, Apud NOGUEIRA, 2010 p. 137). Trazendo uma visão fragmentada da realidade na medida em que repete o modus operandi do causalismo (BORDE et al., 2015, p. 848 Apud BREILH, 2011, p. 51), enxergando e atuando apenas sobre fatores, e não sobre a mudança de processos estruturais.

Na perspectiva da Organização e estruturação do serviço, a facilitação do acesso e do vínculo, a prontidão dos atendimentos, a relação profissional de saúde-paciente, o tempo de duração da consulta, a linguagem utilizada e a boa disponibilidade de referências para os encaminhamentos necessários são requisitos fundamentais dos serviços na promoção da adesão. No entanto, o que se observa é que a grande maioria dos serviços se concentra em problemas de adesão ligados ao paciente, subestimando os determinantes vinculados ao sistema de saúde. Nesse sentido, a adesão depende em grande parte do grau de compreensão e mobilização dos profissionais acerca do problema (BRASIL, 2019 p. 208).

A Comissão Nacional de Determinantes Sociais (CNSS), neste sentido, se concentra no que produz a sociedade em termos de desigualdades e reduz a margem de compreensão e de denúncia aos fatores mensuráveis e claramente visíveis, esperando que isso, por si só, seja suficiente para reverter o problema. Ou seja, não propõe uma análise compreensiva das relações de poder e dos padrões de exploração, dominação e marginalização que subjazem às hierarquias sociais (BORDE, 2015).

Assim, analisando os fatores preditivos do abandono à tuberculose apenas sob à luz do proposto pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais, há um forte risco de ‘culpabilização’ dos sujeitos na adoção dos fatores determinantes como categoria explicativa da saúde (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014). Assim, alguns pesquisadores apontam a necessidade de ampliar o entendimento dos “determinantes sociais de saúde” para “determinação social dos processos saúde-doença”.

Isso porque, a determinação social está muito além de determinantes isolados e fragmentados que, sob uma perspectiva reducionista, são associados com fatores clássicos de riscos e estilos de vida individuais. De modo que não devemos permitir que o conceito de determinantes sociais seja banalizado, ou reduzido, simplificando-o ao tabagismo, ao sedentarismo, ou a uma inadequada alimentação. O que precisamos reconhecer é que por trás dessas práticas, existe uma construção social baseada na lógica de uma cultura hegemônica [...]. (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2011).

A perspectiva da determinação social da saúde-doença e o modelo de vulnerabilidade partir da perspectiva individual, aponta para a necessidade da transdisciplinaridade, o que é

fundamental quando se trata de problemas ou de necessidades de saúde, na medida em que a complexidade do objeto da saúde requer diferentes aportes teórico-metodológicos, sob pena de reduzir as ações a "tarefas" pontuais, de caráter emergencial, que não modificam a estrutura da teia de causalidade (MUÑOZ; IDALY;BERTOLOZZI, 2007).

Assim, a vulnerabilidade deve levar em conta a dimensão relativa ao indivíduo e o local social por ele ocupado. Ao propor outras perspectivas de abordagem, como a programática e a social, permite a integralização da análise da situação de saúde e de diferentes possibilidades de intervenção, sempre contemplando a participação dos indivíduos (MUÑOZ, 2007). Os autores complementam ainda que para intervir em situações de vulnerabilidade é imperativo o desenvolvimento de ações que envolvam "resposta social" que, segundo Ayres *et al.* (1999) Apud Muñoz (2007), diz respeito à participação ativa da população na procura solidária de estratégias passíveis de execução e de encaminhamento/equacionamento de problemas e de necessidades de saúde.

Dessa forma, as práticas da produção do cuidado, que envolvem toda a trama de constituição da sociedade, com suas contradições e tensões constitutivas, requer a atuação de profissionais com competências e habilidades para compartilhar os saberes de forma a possibilitar o entendimento da realidade de vida das pessoas sob sua responsabilidade institucional (BERTOLOZZI, 2010).

Sendo, portanto, fundamental que os profissionais de saúde diante a um caso complexo de interrupção de tratamento de tuberculose pratique a horizontalidade nas relações com os usuários, e trabalhe uma abordagem mais heurística que considere o contexto psicossocial envolvido. Buscando, também, a compreensão do que aquele diagnóstico representa na vida do outro, e quais as ferramentas relacionais podem utilizar, enquanto instituição de saúde, para construir uma relação de cuidado, à luz dos conceitos da determinação social de saúde, e assim superar a lógica de culpabilização do usuário.

### **3.2 A micropolítica do trabalho vivo nos percursos terapêuticos dos usuários em interrupção de tratamento da tuberculose**

O Programa de Controle da Tuberculose no Brasil, buscando transpor barreiras de acesso e horizontalizar o atendimento aos pacientes com TB, vem descentralizando as suas ações para a Atenção Primária à Saúde (WYSOCKI, 2017).

Para Mendes (2012) esse arranjo organizacional da Rede de Atenção à Saúde (RAS) resgata a potencialidade da APS como eixo estruturante e ordenador da rede de serviços de

saúde, com as funções de resolubilidade, coordenação e responsabilização. Neste processo, a Rede Básica configura uma aposta de organizar o cuidado singular, articulando o individual e o coletivo, sendo a saúde entendida de modo ampliado, não somente referida ao corpo biológico e seus adoecimentos (MERHY, 2019).

Merhy (2002) utiliza a denominação de “modelo tecnoassistencial” para definir um processo composto por “tecnologias do trabalho em saúde” e a assistência, como uma “tecnologia do cuidado” operada por três tipos de arranjos tecnológicos: tecnologias leves, leveduras e duras.

As tecnologias duras, são aquelas apresentadas pelo material concreto como equipamentos, mobiliário tipo permanente ou de consumo. As leveduras correspondem aos saberes estruturados das profissões da saúde – que, em parte, são duras, porque são produzidas e disponibilizadas *a priori*, mas, em parte, são leves porque podem ser usadas de modo singular a depender da situação e do encontro; e as tecnologias leves que correspondem a tudo que é utilizado para favorecer o encontro – escuta, empatia, reconhecimento, porosidade, conhecimentos produzidos a partir da experiência e agenciados pelo encontro, entre outros (MERHY, 1997).

Partindo desta definição Feuerwerker (2015) considera que, no encontro entre o médico e o usuário, o profissional de saúde utiliza “caixas de ferramentas tecnológicas”. Uma vinculada à propedêutica e aos procedimentos (diagnósticos e terapêuticos), outra aos saberes e outra às relações entre trabalhador-usuário. Para a autora, a terceira caixa de ferramentas é a que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico do trabalhador de saúde.

A relação entre trabalhador-usuário é um espaço relacional pleno de subjetividades, implicando o encontro entre o usuário e o cuidador. Esse fluxo se faz sempre marcado por subjetividades, pelo encontro singular entre os sujeitos. De modo que o usuário não faz esse percurso de forma impessoal, mecânica, desvinculada de sentimentos e impressões (MALTA; MERHY, 2003, p. 63, Apud MALTA; MERHY, 2010, p. 600). Assim, a dimensão cuidadora, produtora de tecnologias leves, relacionais, torna-se fundamental para ampliar a capacidade dos trabalhadores de lidarem com a subjetividade e com as necessidades de saúde dos usuários (MALTA; MERHY, 2010).

Nas relações estabelecidas nos serviços de saúde, seja no manejo ao usuário com tuberculose, seja por qualquer outra demanda de saúde, a produção por modos de aliviar a dor, de construir com o usuário ferramentas com potencialidade de ampliar a vida e projetos

terapêuticos se misturam com propostas de melhor desempenho do serviço, planejamentos e indicadores de saúde.

No cotidiano dos serviços de saúde a produção intensa por modos de aliviar a dor, de construir com o usuário ferramentas com potencialidade de ampliar a vida e projetos terapêuticos, se misturam com propostas de melhor desempenho do serviço, planejamentos e indicadores de saúde, ou seja, diferentes regimes de produção de verdades se apresentam em um mesmo cenário que convoca gestor e trabalhador a compartilhar a vida do usuário, exercendo nessa teccedura arranjos que ponham ou não em evidência as multiplicidades da existência. (MERHY et. al, 2016, p. 149, Apud ABRAHÃO, 2013, p. 315).

Para melhor desenvolver a discussão sobre a relação estabelecida no campo da saúde serão utilizadas as seguintes definições:

- a) O trabalho em saúde é aquele realizado sempre mediante o encontro entre trabalhador e usuário, centrado no trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto visando a produção do cuidado (MERHY, 1998, p. 4, Apud, FEUERWERKER, 2015, p. 38-39). De modo que, quanto mais os atos em saúde forem afetados pela singularidade do encontro, maior a possibilidade de produção de respostas que façam sentido para as duas partes, mais vivo o trabalho. E quanto menos afetados pela singularidade, quanto mais orientados por definições a priori (sobre qual o saber válido, quem é o usuário, quais são seus problemas e como devem ser entendidos e enfrentados), maior o predomínio do trabalho morto (MERHY, 2019);
- b) toda a produção dos homens no mundo é política, e toda política é ao mesmo tempo macro e micropolítica, fabricada por ambas as segmentaridades entrelaçadas sendo aí que se fabricam os territórios existenciais (FEUERWERKER, 2014); e
- c) micropolítica é o plano molecular em que se efetuam os processos de subjetivação a partir das relações de poder e os serviços de saúde, como uma arena em que diversos atores, se produzem micropoliticamente e têm intencionalidades em suas ações (FEUERWERKER, 2014).

Assim, considera-se pertinente discutir os desafios dos serviços de saúde frente aos usuários em situação de abandono de tratamento da tuberculose sob o plano da micropolítica. Isso por que, segundo Merhy (2002), na micropolítica do processo de trabalho não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho será sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre “atravessado” por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. O autor toma como exemplo a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser “explorada” para inventar novos processos de

trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas.

É necessário compreender, contudo, que a criatividade para traçar abordagens terapêuticas que promovam adesão ao usuário em tratamento de tuberculose pode nem sempre ser factível. Isso por que, nas práticas de cuidado da Estratégia de Saúde da Família (ESF), encontram-se um caráter fortemente burocrático, disciplinando o trabalhador e limitando sua capacidade criativa, como por exemplo: os protocolos padronizados, a lógica de produção por procedimentos/atendimentos e a agenda orientada para os programas nacionais são exemplos de captura do trabalho vivo pelo morto (SANTOS, 2018).

No entanto, a natureza instituinte do trabalho vivo em ato guarda o potencial de gerar linhas de fuga, onde se expressa a capacidade criativa de seus agentes (FRANCO, 2012; FRANCO, 2013, p. 7 Apud SANTOS, 2018, p. 863). E trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde (FRANCO, 2006).

Estas linhas de fuga com diferentes sentidos podem levar tanto a movimentos cuidadores - quando o trabalhador percebe o aprisionamento dos protocolos ou das normas como um obstáculo às ações necessárias para atender as necessidades dos usuários. Ou o inverso, linhas de fuga que podem servir para produzir um agir automático, de queixa-conduta, quando se espera do trabalhador uma abertura para a singularidade dos casos e uma orientação à integralidade (MERHY E FRANCO, 2007, p. 2, Apud FEUERWERKER, 2015, p. 66).

Aplicando a definição supracitada pelos autores ao manejo da tuberculose na ESF, as linhas de fuga podem ser úteis aos profissionais no processo de estímulo à adesão ao tratamento ou a abordagem no resgate do vínculo a usuários que abandonam o tratamento, por exemplo, e que veem a necessidade de traçar um plano de cuidado fora das normas protocolares a fim de garantir um tratamento completo, e assim, a alta por cura. Sendo nestas relações de cuidado que ocorrem os processos de subjetivação.

Para operacionalizar novos modos de fazer cuidado, a repetição não pode ser vista como um *déjà vu*, como uma generalização. É importante criar zonas de visibilidade para as linhas de fuga em permanente construção no campo da gestão. É necessário, ensaiar, experimentar, até que algo novo se constitua. Para se desfazer em seguida... (MERHY;FEUERWERKER et al., 2014).

Com isso, torna-se fundamental que a criatividade permanente do trabalhador em ação seja explorada na dimensão pública e coletiva para que sejam reinventados novos processos de trabalho, ou mesmo para abri-los em novas dimensões não pensadas (MALTA;MERHY, 2003).

Atuar nestes processos significa buscar novas possibilidades.

Ainda segundo os autores supracitados, o processo de trabalho, enquanto micropolítica, pode ser o lugar estratégico da mudança, pautando-se não pelo modelo médico-hegemônico, mas pela ética do compromisso com a vida, com uma postura acolhedora, estabelecendo vínculos, buscando a resolutividade e a criação de autonomia dos usuários. Fatores que se constituem fundamentais no contexto de cuidado ao usuário em situação de abandono de tratamento da tuberculose.

A micropolítica do trabalho vivo reconhece o mundo do trabalho como espaço de criação de novas subjetividades essenciais para a mudança institucional (LEMOS, 2016). Isso porque, todos aprendem pela experiência, então é preciso que os atores do processo, no caso profissionais das unidades de saúde, façam coletivamente, o que enriquece muito a possibilidade de interrogar, de colocar o trabalho produzido e seus efeitos em análise (BRASIL, 2014).

O encontro entre o profissional de saúde e o usuário é carregado de expectativas, a priori, e de interferências mútuas, que dão um caráter de imprevisibilidade ao produto do trabalho em saúde; e como o encontro acontece em ato, ele é parcialmente incontrolável (MERHY, 2019). O desfecho do usuário que abandona o tratamento da tuberculose é exemplo disso, uma vez que ele não seguiu as rotinas e os protocolos estabelecidos.

Assim, espera-se que a partir da problematização das dificuldades, que porventura, às equipes possam já ter vividos, gere a reflexão de suas práticas viabilizando novas formas de pactuações, de modo a melhorar as relações de cuidado estabelecidas com o usuário em tratamento de tuberculose. De modo que a educação em saúde sirva como um instrumento permanente, que estimule os trabalhadores a novas posturas para um melhor cuidado com a saúde, agenciando outras dinâmicas de cuidado (LEMOS, 2016).

### **3.3 Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para a construção de novas formas de cuidado**

A proposta de Educação Permanente em Saúde foi desenvolvida na América Latina pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) na primeira metade da década de 90. Constitui uma estratégia político-pedagógica de formação em saúde fundamentada em uma aprendizagem que se dá no e com relação ao próprio processo de trabalho, visando à transformação das práticas em saúde (CAMPOS, 2017; SILVA, 2015).

No Brasil, a discussão sobre educação profissional na saúde ganha espaço na Reforma Sanitária (CAMPOS, 2017). É com o relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1966 que se coloca a sugestão para a criação de programas permanentes de capacitação, formação, educação continuada e motivação dos profissionais e trabalhadores em saúde, pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais (BRASIL, 1998).

Nessa direção, em 2001, o Ministério da Saúde estabelece as diretrizes para a instituição de uma política nacional na área, ratificando a responsabilidade do SUS na ordenação da formação profissional para o setor (BRASIL, 2003). Somente em 2003 é criada, no Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), que assume a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil.

Em 2004, com a Portaria GM nº 198/2004, instituiu-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores, visando o seu fortalecimento (BRASIL, 2004). Neste período, o Ministério da Saúde assume a responsabilidade constitucional de ordenar a formação dos seus recursos humanos.

Na política de educação para o SUS, sobretudo na gestão do Ministério da Saúde de nos anos de 2003 a 2005, propôs-se trabalhar a EPS como uma "caixa de ferramentas" que permitisse atuar na micropolítica do trabalho em saúde, para ampliar os espaços locais de consulta políticas e espaços de liberdade dos trabalhadores na formação das práticas e na criação de espaços coletivos com potencial para a construção de novos acordos de convivência, comprometidos com os interesses e necessidades dos usuários (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Neste período, tomou-se como pressuposto a aprendizagem no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, a partir dos problemas enfrentados na realidade dos serviços. A educação permanente no setor de saúde foi adotada, então, para propiciar a reflexão coletiva sobre o trabalho e oferecer um instrumental para sua transformação (BRASIL, 2004).

A proposta da EPS neste período compreende a relação do trabalhador no serviço e na relação com o usuário. Conforme se observa na definição da portaria GM/MS nº. 198/2004 (BRASIL, 2004b), que trata da operacionalização da educação permanente, onde o Ministério da Saúde a define como:

A Educação Permanente em Saúde é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as

necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004b, p. 38).

Essas eram então as prioridades de trabalho da nova Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, criada no Ministério da Saúde no início do governo do presidente Lula da Silva e que durou até julho de 2005, quando houve mudança de governo, ministro e política.

Em 2007, é lançada a Portaria GM nº 1.996/20075 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS. Nela, se reafirma a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e ficam estabelecidas novas diretrizes e estratégias para a sua implementação, considerando as características de cada região e, principalmente, as necessidades de formação e de desenvolvimento para o trabalho em saúde (BRASIL, 2007).

A portaria reforçou o conceito de educação permanente como prática educativa, ancorada no trabalho e no conhecimento prévio dos trabalhadores, na problematização da realidade, na aprendizagem significativa e na transformação da prática. Objetivando avançar na implementação da política, definiu novas estratégias de ação, adequando-a às diretrizes operacionais e aos regulamentos dos Pactos pela Saúde e de Gestão (BRASIL, 2004; 2006).

A mudança central ocorreu no âmbito regional, por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) e a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIESs), que constituíram instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS, conforme previsto no artigo 14 da Lei nº. 8080/90 e na NOB/RH-SUS (BRASIL, 2007; HADDAD, 2008).

Neste período, evidencia-se a presença da proposta de educação em serviço e da priorização no repasse de financeiro para núcleos acadêmicos e instituições formadoras por meio do Bloco de Gestão do SUS, instituído pelo Pacto pela Saúde. Onde as Comissões de Integração Ensino-Serviço serviriam de apoio aos gestores do Colegiado de Gestão Regional contribuindo para o desenvolvimento da educação em serviço como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL, 2006).

Nesse percurso histórico, pressupõe-se que as concepções que norteiam a educação permanente no setor saúde sofreram modificações no que se refere às definições e à sua aplicação nos serviços (CAMPOS, 2017). Ora voltada ao campo do trabalhador - usuário ora centrada na prática de ensino em serviço.

Para o desenvolvimento da formação dos trabalhadores e da organização do processo de trabalho em saúde, há que se considerar as iniciativas de EPS, por estarem centradas no exercício cotidiano do trabalho, na articulação entre os diferentes atores e em uma perspectiva

multiprofissional e interdisciplinar, como observado no primeiro momento do período de 2003 a 2005 Rosevere (1993), Haddad (1994), Ceccim e Feuerwerker (2004) p. 48, Apud Ferreira e Cruz (2019, p. 225). Isso porque, a EPS tem como elementos essenciais à aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, possibilitando a transformação das práticas profissionais (OPAS, 1988). Ela se ressignifica e se constrói nos processos de trabalho: habilidades técnicas se desenvolvem, novas tecnologias são produzidas e estratégias de enfrentamento dos nós críticos são construídas pelos diferentes atores envolvidos. Parte, portanto, do pressuposto da aprendizagem coletiva e significativa (BRASIL, 2014).

A EPS difere-se dos processos de formação baseados na concepção da Educação Continuada (EC) que se deu após a Portaria de 2007. A EC tem como objetivo atualizar conhecimentos técnico-científicos a partir da utilização de pedagogias de transmissão de conhecimento (HADDAD, 1994; CECCIM, 2004). As iniciativas com características da EC apresentam-se como insuficientes para atender às demandas crescentes colocadas pelo avanço da implementação do SUS, mais especificamente da APS, pela sua desarticulação com as práticas de atenção à saúde (BRASIL, 2004).

Neste contexto, as capacitações, conforme trazido na Portaria de 2007, são insuficientes para dar conta dessas questões. Elas devem existir e têm importância fundamental para incorporar certas habilidades e novas técnicas que precisam ser realizadas no trabalho, como, por exemplo, aprender uma nova funcionalidade no sistema de informações. Entretanto, enxergar e discutir o processo de trabalho e buscar novas maneiras de (re)organizá-lo, produzindo autonomia, vai além de capacitações pontuais.

Segundo Roschke no livro de EPS de Honduras (1997) sobre aprendizagem e conhecimento significativo nos serviços de saúde, a ação dá sentido e significado à prática. Ela pressupõe a participação ativa do sujeito nos distintos processos de exploração, seleção, combinação e organização de informações. E ainda que existem conteúdos que podem ser adquiridos mediante mecanismos de observação e recepção, mas os aspectos operacionais do pensamento só se configuram a partir das ações e da coordenação entre elas (OMS, 1997).

Ainda segundo o documento da OMS de 1997, o que possibilita a construção de novos conhecimentos é o processo de apoiar-se nos conhecimentos e saberes já dominados na complexa rede de conceitos que os estrutura na realidade já construída. Reconhecer e assumir uma postura que propicie a aprendizagem é também um indicador de compromissos com o trabalho, de buscar e de empreender, de não ficar prisioneiro das mesmas respostas e de aceitar os desafios do cotidiano do mundo do trabalho.

No Brasil, a partir de 2011, volta-se a discutir os processos educativos construídos a partir da realidade dos trabalhadores, de suas concepções e de suas relações de trabalho. Uma das finalidades da EPS, portanto, seria a contribuição para que cada grupo pudesse alcançar a capacidade de ser seu próprio co autor em meio a um processo de reinvenção das instituições de saúde (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Diante disso, a Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui-se em um trabalho articulado com vistas a construção da saúde que diz respeito aos usuários e que valoriza os atores sociais do trabalho (BRASIL, 2014).

Em 2014, ao aproximar o mundo do trabalho ao mundo da educação, o ambiente de aprendizagem dos profissionais do Ministério da Saúde (MS) configura-se no próprio espaço da gestão do SUS. Essa aproximação permite que o aprendizado seja fundamentado na reflexão das práticas cotidianas, ganhando sentido por estar alinhado à realidade dos trabalhadores. Neste período entende-se que para atuação como agente de mudanças, o trabalhador precisa ser considerado como sujeito da aprendizagem, ativo e apto a aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser, contribuindo com a construção de um sistema de saúde pública que seja, de fato, democrático e participativo (BRASIL, 2014).

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Torna-se, portanto, necessário repensar e reformular as concepções de formação dos trabalhadores, para que seja garantida não só a inovação e as mudanças institucionais, mas, também a participação dos profissionais na identificação e resolução de problemas. Uma vez que a proposta da EPS não é simplesmente capacitar o trabalhador para que ele resolva determinados problemas no serviço, mas sim que ele amplie a sua percepção e capacidade de comunicação para se adaptar a diferentes cenários (SES-CE, 2018).

No documento denominado Caminho Trilhado na Construção do Plano Estadual de Educação Permanente, elaborado pelo Governo do Estado do Ceará em 2018, compreende-se que na EPS não se prioriza o acúmulo simples de conhecimento técnico, mas a socialização de saberes, valores e práticas que estão implicados no cotidiano do trabalhador, inclusive promovendo troca entre os conhecimentos da prática com os advindos da ciência.

Como exemplo, a expressão idiomática “cada caso é um caso” reflete a necessidade dos profissionais de saúde utilizarem diferentes abordagens de modo que promova o vínculo, a adesão ao tratamento, e o sucesso terapêutico nos atendimentos de tuberculose ainda que todos os casos sejam guiados por um único protocolo clínico de condutas.

Para Nicoletto et al. (2013), à medida que os trabalhadores de saúde, como os atores em ação no processo de trabalho, fazem reflexão sobre suas práticas e avançam no conhecimento e na qualificação das ações e serviços de saúde, a educação permanente em promove mudanças no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Nesse entendimento, considerando a proposta de Educação em Saúde, é importante promover iniciativas que visem o desenvolvimento de uma “cultura da inovação em saúde”, que inclui a percepção do problema, o envolvimento de todos os atores—gestor, profissional, usuário, organizações – como agentes ativos no processo, a avaliação da necessidade e da urgência e, mecanismos que superem as barreiras da adoção da inovação (ATUN, 2007; BRASIL, 2014; COSTA, 2016).

No cotidiano do trabalho, há não só a produção de novos conhecimentos construídos coletivamente, mas também novos processos de formação, sem que se tenha formalmente designado esse como lugar de formação ou capacitação do trabalhador para o exercício das suas funções. Esse reconhecimento da produção viva de práticas e saberes no cotidiano do trabalho tem implicações importantes (MERHY, 2015).

Dessa forma, a aprendizagem da EPS não deve ser reducionista e baseada no pragmatismo simplista, pois o conhecimento construído pelo trabalhador deve possibilitar a compreensão de uma realidade complexa, diversa e em constante mudança (SES-CE, 2018).

Assim, não adianta uma política de indução simplesmente para que se aposte na construção de uma educação permanente, como muitos pensam, porque essa prática da educação permanente ocorre como parte constitutiva do mundo do trabalho em todas suas dimensões no campo da política, da organização e do cuidado (HUNTER, 1993), com efeitos sobre o próprio trabalhador, de um modo geral (MERHY, 2015).

A EPS tem por fundamento servir como uma “caixa de ferramentas” que permite a ação sobre a micropolítica do trabalho em saúde, expandindo os espaços de autonomia dos trabalhadores mediante as práticas e criando espaços coletivos com potencial para construir práticas em saúde comprometidas com os interesses e necessidades dos usuários (MERHY et al., 2006), modulando-a, assim, ao meio e por meio do trabalho vivo em ato. Sendo, com isso um instrumento extremamente relevante para todos os profissionais, pois esta visa gerar mudanças no processo de trabalho dos setores e assim promover uma melhora nas práticas de

saúde ofertadas à população diante da realidade local (SILVA et. al., 2018; SILVA; PEDUZZI, 2011, p. 1020 Apud RODRIGUES, 2021, p. 5).

## 4 METODOLOGIA

Os dados da pesquisa foram coletados no cenário das clínicas da família da comunidade Maré. Segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), há 135.989 moradores em toda a área, incluindo a favela de Marcílio Dias. A região da cidade que possui o maior número de moradores em favelas, segundo o Censo Populacional da Maré elaborado pelo Redes da Maré, divulgado em 2019.

Nota-se que a Maré representa mais de 9% da população residente em favelas no município do Rio de Janeiro, e quase 21% de todos os residentes em favelas da Área de Planejamento em que está localizada, a AP3 (Zona Norte). O território conta com a presença de sete unidades de saúde da família que juntas somam 36 equipes de saúde cada uma com um médico (destaca-se a dificuldade de preenchimento desta vaga, mesmo com o incentivo financeiro advindo da secretaria municipal de saúde visando a fixação destes profissionais no território), uma enfermeira, um técnico de enfermagem e de quatro a cinco agentes comunitários de saúde. Cada equipe é responsável por um número específico de ruas, e que, ao contabilizar os sujeitos que chegam a, aproximadamente, 3.500 a 4.000 cidadãos cadastrados.

O período de coleta de dados compreendeu os meses de agosto a novembro de 2021, e contou com a participação de doze profissionais. Foram sujeitos da pesquisa: seis enfermeiros, três agentes comunitários de saúde, duas técnicas de enfermagem e um farmacêutico que atuam nas equipes dessas unidades, que puderam e se dispuseram a participar da pesquisa e consentiram voluntariamente em colaborar com o estudo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A). Esses profissionais não trabalham, necessariamente, na mesma equipe. Os dados foram coletados após o projeto ter sido submetido ao Comitê de Ética, sob o protocolo CAAE: 40957020.90000.5699 atendendo assim a Resolução nº 510/2016, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (ANEXO B).

O recurso metodológico para a apreensão do cotidiano de trabalho das equipes foi o depoimento dos profissionais lotados nas Unidades de Atenção Primária da comunidade do complexo da Maré sobre as práticas de cuidado ao usuário com tuberculose e em abandono do tratamento no cenário da APS. Para produzir as discussões foi utilizado um roteiro composto por questões temáticas (APÊNDICE A).

Essas questões foram utilizadas como norteadoras das discussões, de forma a permitir a contribuição sobre a apreensão do abandono de tratamento, e sobre ferramentas de apoio à equipe para a produção do cuidado ao usuário com tuberculose. Dentre os recursos utilizados para a apreensão dos dados coletados, houve o uso do diário de campo (APÊNDICE B)

auxiliando no registro das impressões durante as visitas. Também foram utilizados recursos de áudio para a gravação dos discursos.

Considerando que o período da coleta de dados da pesquisa coincidiu com a campanha de imunização da população contra a COVID-19, que se deu majoritariamente dentro dos serviços das clínicas da família, houve um fator limitante quanto a formação de um grupo focal pela dificuldade em reunir os profissionais diante a elevada demanda de trabalho. Dessa forma, as informações foram obtidas por meio de entrevistas individuais.

Como descritor para a construção do referencial teórico foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Tuberculose; Educação Permanente em Saúde, nas bases de dados *Web of Science* e *PubMed*.

Primeiramente, foi realizada uma busca por artigos relacionados à educação permanente em saúde, o abandono de tratamento da tuberculose, e a micropolítica do trabalho vivo. Em seguida foram realizadas as visitas institucionais e a coleta de dados, nesse período houve o registro no diário cartográfico nesse período. E então, iniciou-se o processo de escrita da presente pesquisa, associando a leitura dos artigos pré-selecionados, as informações contidas coletadas pelos profissionais, e o conteúdo do diário cartográfico. No decorrer desse processo viu-se a necessidade de inserir mais artigos relacionados à vulnerabilidade, e o processo de adesão ao tratamento para auxiliar no entendimento das ações realizadas.

Os discursos obtidos, como resultado das entrevistas individuais, foram coletados a partir da cartografia. Segundo Merhy (2004), deve ser produzida uma cartografia sob a ótica das situações de potências que identificamos em cada recorte a partir da identificação de problemas ou potenciais que mapeamos em cada situação trazida, que no caso da pesquisa se deu a partir das perguntas elaboradas. Identificando as disputas e tensões que as operam, os modos como os sujeitos se encontram e se validam, bem como as suas implicações em ato, consigo e com os outros.

O recurso metodológico para a análise dos dados foi a luz do referencial teórico de Merhy (1997) e Franco (2004) com o fluxograma analisador. A partir da escuta e da transcrição das informações coletadas, foi elaborado o fluxograma analisador em uma linha do tempo, abrindo todas as redes de vida por onde a existência e os modos de cuidado ao usuário com tuberculose na APS vão emergindo (.).

Elaborar um fluxograma analisador consiste em desenhar diagramas dos processos de trabalho de determinados serviços, que permite analisar o modelo de atenção instituído. Para tanto são utilizados símbolos padronizados universalmente, como a elipse que representa o começo e o fim da cadeia produtiva, o retângulo que exprime consumo de recursos e produção

de produtos bem definidos, o losango que representa a medicação entre estas duas etapas sendo o momento de decisão em relação às opções disponíveis, e o quadrado que representa as ações desenvolvidas no processo (REIS; DAVI, 2010).

Além de procurar com o diagrama representar o que acontece com qualquer serviço de saúde, particularmente os ligados a um trabalho diretamente "assistencial", tem a pretensão de operar, em primeiro plano, com um diagrama-resumo, que permite esquematizar de um modo básico, como que uma "janela-síntese" de todos os processos-chave que ocorrem e caracterizam um determinado serviço de saúde, e que possa servir de "guia" para a construção dos outros processos nele presentes (FRANCO; MERHY, 2013).

As entrevistas foram transcritas, organizadas, e após leitura foram extraídas e agrupadas falas que estavam diretamente ligadas ao objeto de estudo, em especial, as recorrentes. De modo que construísse uma leitura compreensiva e crítica, subsidiada pelos registros do diário de campo da pesquisadora.

A escolha por estas metodologias envolve o esforço no sentido de acessar o plano relacional da micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde, de tal modo que o corpo do (a) pesquisador (a) afeta e deixa-se afetar pelo campo de pesquisa, em uma interferência dobrada, porque a produção intensiva de encontros e afecções (SLOMP JUNIOR et al., 2020).

Assim, a pesquisa buscou identificar in loco as formas ou novas formas linhas invisíveis como os profissionais desenvolvem seus cuidados em saúde aos usuários em abandono de tuberculose. E, com a análise dos discursos à luz da cartografia, viabilizar movimentos por vários "mundos", pelas conexões entre eles.

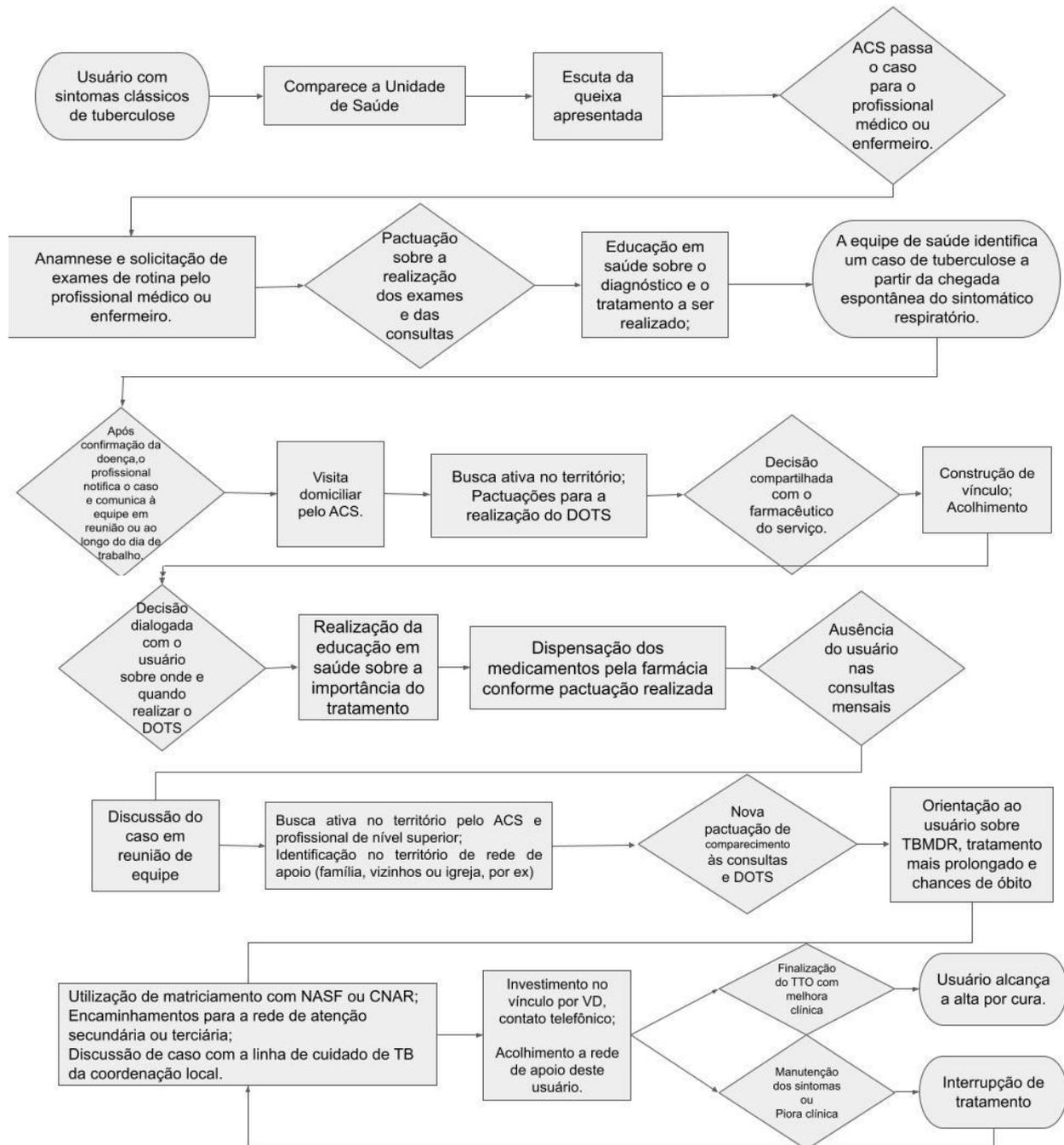
## 5 RESULTADOS

A pesquisa contou com a participação de profissionais de saúde de diversas categorias das sete unidades de atenção primária à saúde que atendem a comunidade da Maré. Para a organização das falas, foram utilizados nomes relacionados a Maré, como: concha, água, mar, praia, peixe, ostra, onda, sal, pérola, coral, alga e areia.

Para a análise dos resultados, foi realizada a transcrição das entrevistas. Em seguida, a fim de organizar todas as informações adquiridas e facilitar a compreensão dos processos, foi elaborada a construção de um fluxograma analisador.

Por fim, houve o agrupamento em blocos discursivos. O método analítico consistiu em dar visibilidade às relações que constituem uma dada realidade, na qual a pesquisadora encontra-se enredada.

Figura 1 - Fluxograma analisador - Percurso do usuário com tuberculose na Unidade de Atenção Primária



Quadro 1 - Formas de identificação dos casos de tuberculose pelos profissionais das equipes de saúde da família

Bloco discursivo	Segmentos textuais
O Movimento do usuário a unidade de saúde	<p><i>“Quando aparece um caso de tuberculose na unidade, a enfermeira ou o médico da equipe pede o exame de escarro ou se a pessoa não conseguir escarrar, solicita o escarro induzido, pede radiografia de tórax, e em alguns casos específicos, de contatos são solicitados PPD. Quem faz essa avaliação é o enfermeiro ou o médico, mas geralmente a maioria dos pacientes conseguem escarrar.” (CONCHA).</i></p>
	<p><i>“Percebemos os casos de tuberculose na nossa unidade pelas queixas dos pacientes. Ele chega na unidade com a queixa, com tosse há 03 semanas, febre no final da tarde.” (ÁGUA).</i></p>
	<p><i>“Usuários com queixas de tosse com 21 dias ou mais, acompanhado ou não de febre, inapetência, sudorese, emagrecimento e fraqueza.” (MAR).</i></p>
	<p><i>“Através de alguns sintomas clássicos, como, perda ponderal, episódios de febre comuns na TB e tosse.” (PRAIA).</i></p>

Nota: Unidades de Atenção Primária da Maré, Rio de Janeiro, 2021.

Ao perguntar de que forma as equipes identificam os casos de tuberculose, houve a enumeração dos sintomas clínicos pelos profissionais de saúde entrevistados, desde os agentes comunitários, até os técnicos de enfermagem, farmacêuticos e enfermeiros. De forma que todos, independente da categoria profissional, trazem nas falas os sinais e sintomas clássicos quando se refere a um caso suspeito da doença.

Outro aspecto que merece destaque é o movimento unidirecional de ida do usuário sintomático à unidade, de modo que não aparece nos relatos, o movimento de busca dos sintomáticos respiratório pela unidade de saúde em direção ao usuário, o que na literatura é conhecido por busca ativa.

Como definição operacional, para todo território há um número de sintomático respiratório que se espera encontrar em um determinado período, que corresponde a 1% da população geral. No entanto, ao longo das visitas às unidades de saúde para a coleta de dados

identifiquei que há equipes que não possuem usuários nem em investigação e nem em tratamento de tuberculose. Este achado reflete diretamente nos indicadores de casos suspeitos e casos novos, que encontram-se zerados ou abaixo do esperado para aquela população adscrita, ou seja, há subnotificação.

Ressalto que o período das entrevistas nas unidades de saúde deu-se no contexto da Pandemia pela COVID-19 que limitou as ações no território, e por consequência restringiu as atividades de busca ativa extramuros o que impacta diretamente no número de casos das equipes.

Identifico que ao longo da coleta de dados, prevaleceram os discursos de reconhecimento de usuários com suspeita de tuberculose a partir de sua chegada à unidade de saúde com a presença dos clássicos sinais clínicos. Considero que a busca de sintomático respiratório deve ser uma atitude incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde, tendo em vista que a detecção precoce dos casos de TB é uma das prioridades contempladas no Programa Nacional de Controle da Tuberculose. É uma prática que envolve tanto a busca passiva de rastreamento de casos sintomáticos respiratórios em que a equipe de saúde investiga os usuários que procuram espontaneamente o serviço de saúde, e a Busca Ativa onde a equipe realiza ações fora da Unidade de Saúde, no território. Ferramenta que necessita ser melhor trabalhada.

Ainda que os aspectos negativos referentes à fragilidade no processo de busca ativa, e o baixo número de casos em tratamento nas equipes de saúde, foi possível identificar aspectos positivos. O saber desta entrevistada, que exerce a função de agente comunitária de saúde, somado a identificação das queixas coletadas nas atividades de visita domiciliar, reflete uma das possibilidades de percurso do usuário para chegar ao atendimento. O relato evidencia que, por vezes, ocorre a busca voluntária ao serviço de saúde, a partir dos sintomas trazidos pela população acometida pela doença.

Abaixo, destaco a fala trazida por uma agente comunitária de saúde:

Na minha área existem muitos casos de tuberculose por conta do território, dos quartos que são muito pequenos, não tem janelas, e eles vem chegando pra mim reclamando de tosse há mais de 02 semanas, febre, dor ao respirar e a gente já passa o caso para a enfermeira, a gente não fala que é tuberculose, a gente passa o caso para enfermeira para ela avaliar o paciente (PEIXE).

Quadro 2 - Estratégias de abordagens das equipes de saúde para a manutenção do tratamento do usuário com tuberculose

Bloco discursivo	Segmentos textuais
O acolhimento e o tratamento diretamente observados (DOTs) como tecnologias leve de cuidado	<p><i>“Utilizamos o tratamento supervisionado. A nossa estratégia é ter um bom <b>acolhimento</b>. Mostrar a importância do final do tratamento para o paciente. Mostrar também que é muito importante ele ter a rotina na tomada da medicação. Separar um horário, escolher um horário [...].” (PEIXE)</i></p>
Flexibilização dos processos de trabalho; a prática do cuidado para além do protocolo.	<p><i>“[...] Já é ruim fazer por seis meses, e se não fizer da forma adequada pode prolongar mais este tratamento, a gente tenta manter um <b>vínculo</b> com o paciente para que ele se sinta à vontade na equipe. facilitamos o <b>acesso</b> dele, né. quando ele não pode estar ou ir a unidade para pegar e tomar o medicamento a gente vai levar até a casa dele a gente tenta acordar da melhor forma possível o que seria melhor para o paciente de modo que ele realize o tratamento da forma adequada.” (ÁGUA)</i></p> <p><i>“Disponer <b>horários flexíveis e locais flexíveis</b>. Usuário não está confortável em receber visitas em domicílio, e propomos a unidade... Caso o usuário tenha limitações de horário por conta do trabalho e não possa ir à unidade, é possível combinar locais.” (CONCHA)</i></p>
Abordagem da equipe multiprofissional	<p><i>“[...] Monitoramento da dispensação dos medicamentos pelo farmacêutico <b>junto ao Agente Comunitário de Saúde</b>.” (OSTRA)</i></p>

Nota: Unidades de Atenção Primária da Maré, Rio de Janeiro, 2021.

Quando perguntados quais as estratégias são utilizadas pelas equipes de saúde para a abordagem do tratamento a tuberculose, a prática do tratamento diretamente observado (TDO), e da visita domiciliar (VD), atividades já consagradas no cotidiano da Atenção Primária à Saúde, foram recorrentes. O ideário buscado pelo TDO e pela visita domiciliar engloba a formação e o fortalecimento de vínculos, e nesse escopo reside sua importância na redução do abandono, pois envolve a corresponsabilidade do processo de cuidado (TERRA; BERTOLOZZI, p. 2, 2008; CECILIO; MARCON, 2016, p. 3 Apud JUNGES et al., 2020, p. 7).

A presença dos termos “acolhimento”, “acesso”, “vínculo” e “flexibilidade” e as histórias presentes nos relatos trouxeram aspectos da tecnologia relacional entre equipe e usuário, superando a lógica mecanicista destas práticas. A partir desta pergunta disparadora foi possível acessar experiências trazidas pelos entrevistados que emergiram do cotidiano, ou seja, carregados da intensidade dos conteúdos, dos eventos, dos afetos ali circulantes. De modo que foi possível identificar “a experiência na fala”, conforme explicitado por Tedesco (2013) em seu estudo sobre a entrevista na pesquisa cartográfica.

Tornar viva a prática do acolhimento no processo de trabalho requer o uso das tecnologias leves, que são subjetivas. Os usos dessas subjetividades estão relacionados à integralidade, equidade, ao acolhimento e vínculo, e todas as ações na oferta dos serviços devem utilizá-las visto que permitem o real conhecimento das necessidades específicas de cada indivíduo (LISBOA, 2017).

Segundo Ferreira et al. (2019), o vínculo é uma das dimensões que permite analisar como vem sendo realizado o manejo da TB na APS. Torna-se, portanto, uma ferramenta essencial para a promoção da saúde e prevenção da doença, bem como para a adesão e continuidade do tratamento (ANDRADE et al., 2016). E somado à prática da educação permanente, constitui um instrumento fundamental para o acompanhamento de casos complexos de tuberculose, pois leva a equipe a pensar novas formas de proporcionar a troca de diálogo e autonomia no decorrer do tratamento, influenciando diretamente no sucesso do desfecho e controle do agravo (NEVES et al., 2016).

Por fim, a educação permanente em saúde nesse sentido ocorre a medida em que a realização de um bom acolhimento pode significar uma mudança na forma de acesso e criar compromissos na organização do cuidado, a partir de uma necessidade percebida pela equipe, que no contexto da APS, tem caráter multidisciplinar, que cuida de um indivíduo com demandas de diferentes tecnologias e saberes, e não apenas de um profissional que trata de uma doença.

Quadro 3 - De que forma a equipe de saúde identifica que vai haver o abandono de tratamento

Bloco discursivo	Segmentos textuais
A falta às consultas na unidade	<p><i>“Nós percebemos que o usuário vai abandonar o tratamento quando ele esquece a medicação. “A esqueci, vou buscar na próxima semana”. Ou quando ele falta às consultas agendadas então a gente percebe que ele está querendo abandonar, então nós corremos e realizamos a busca ativa para que ele não interrompa [...].” (MAR)</i></p>
	<p><i>“Quando isso acontece, são questões bem óbvias, a negativa do paciente, o não atender ligações e coisas do gênero [...].” (ONDA)</i></p>
Busca no entendimento do afastamento pelo usuário	<p><i>“Quando a gente percebe que o paciente vai abandonar o tratamento a gente faz outras estratégias, combina com ele outras coisas.” (OSTRA)</i></p>
	<p><i>“[...] Buscamos identificar qual seria o fator que construiria para esse afastamento a equipe junto com a rede na comunidade tentamos minimizar os impactos. Havendo a interrupção, fazemos busca ativa.” (SAL)</i></p>

Nota: Unidades de Atenção Primária da Maré, Rio de Janeiro, 2021.

Ao identificar que o usuário vai abandonar o tratamento pela ausência nas consultas agendadas, e pela descontinuidade da tomada da medicação, observa-se que os fatores citados pelos participantes a respeito dos aspectos que contribuem para a não-adesão ao tratamento estão relacionados a comportamentos ligados diretamente ao usuário. Esse resultado vai ao encontro do que a literatura revela: que tem sido conferida ao usuário a maior carga de responsabilidade pela adesão/não-adesão ao tratamento ao passo que o serviço de saúde não se coloca como parte do processo (REINERS et al., 2008).

Pesquisas sobre adesão/não-adesão têm sido baseadas nas ideias dos profissionais de saúde que entendem ser dos pacientes a maior responsabilidade pelo problema e que os profissionais falham em promover uma compreensão mais profunda sobre a adesão/não-adesão (DOWELL, 1997, p. 374 Apud REINERS, 2008, p. 2302).

Ao compreender a prática da educação permanente em saúde, como aquela que viabiliza a reflexão do cotidiano e sua problematização, a experiência trazida pelas falas dos profissionais a respeito dos usuários por eles atendidos que não levaram o tratamento até o final, gera reflexões e abre o caminho para construir percursos terapêuticos, a fim de buscar alternativas,

torna-se fator estruturante e de consolidação do processo de tratamento.

Silveira e Ribeiro (2005) afirmam: Adesão ao tratamento é um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado; diz respeito, à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde.

A respeito do fenômeno da adesão ao tratamento e à assistência dos usuários dos serviços de saúde há algo que escapa à compreensão das equipes multiprofissionais, tendo-se em vista a eventual ocorrência da não adesão dos usuários, havendo a sensação de impotência (BORGES et al., 2014). Sendo, portanto, fundamental que o serviço de saúde consiga superar a lógica de culpabilização do usuário pela interrupção do tratamento, e se colocar como um processo de coparticipação no qual o serviço de saúde também precisa se colocar disponível e parceiro neste processo de cuidado.

Quadro 4 - O que as equipes consideram como relevante quando o assunto é a interrupção do tratamento de tuberculose

Bloco discursivo	Segmentos textuais
Criação de cepas resistentes, aumento no tempo de tratamento, e manutenção da cadeia de transmissão.	<i>“[...] Orienta que ele pode virar um TBMDR, e trazer mais consequências. E se ele largar o tratamento a conduta é: a equipe se reúne e tenta ir atrás dele, e se ele largar ele vai se tornar um tb resistente, e com isso ele pode voltar a contaminar familiares, vizinhos e pessoas do trabalho, e com isso a gente ganha a confiança dele de novo, e assim há maior probabilidade de retornar ao programa de tratamento da tuberculose.” (SAL)</i>
	<i>“É que esse paciente possa se tornar uma TBMDR, e com isso vir a contaminar pessoas ao redor. O tratamento dele vai ser ineficaz levando ao aumento da transmissão, e a medicação é mais severa, o tempo de tratamento, e isso a gente tem que deixar bem claro, vai demandar um tempo maior, às drogas tem dosagem maior, e com medicações injetáveis que são bem dolorosas.” (CONCHA)</i>
Óbito	<i>“Acredito que a relevância se de ao fato desse paciente pode ir a óbito então é uma questão que a gente tem que tentar evitar, então temos que tentar conscientizar da melhor forma possível, temos que tentar manter o vínculo de forma que o paciente se sinta à vontade dentro da equipe,</i>

	<p><i>e fale das dificuldades que estão enfrentando no tratamento, e também tem a questão de criar uma TBMDR e prolongar ainda mais esse tratamento, que já é um tratamento longo de 06 meses para o paciente que está se sentindo bem [...]” (PRAIA)</i></p>
	<p><i>“Pra mim é importante falar pois a interrupção pode levar o paciente a resistência ao antibiótico, e até mesmo o óbito. E a transmissão para parentes e vizinhos, por conta do ambiente, dos quatinhos que tem na comunidade.” (PEIXE)</i></p>

Nota: Unidades de Atenção Primária da Maré, Rio de Janeiro, 2021.

Considerando a relevância da discussão, foi perguntado aos profissionais das equipes, na percepção deles, quais seriam as maiores repercussões relacionadas ao abandono do tratamento. O abandono do tratamento tem sido frequentemente descrito como importante fator que favorece o aparecimento de bacilos multirresistentes, e maior obstáculo para o controle e eliminação da doença no campo da saúde pública (ROCHA; ADORNO, 2012).

Os achados nesta pesquisa corroboram com a literatura. No estudo de Souza et al. (2006), sobre fatores de risco associados à resistência do *Mycobacterium tuberculosis*, afirmam que indivíduos com história de tratamento anterior para tuberculose tiveram em seu estudo chances catorze vezes maiores de desenvolver resistência que indivíduos sem história prévia de tuberculose, o que está em consonância com outros estudos (MELLO et al., 2003), e isso evidencia o fato de que a descontinuidade do tratamento é um forte fator preditor para o desenvolvimento de cepas de bacilos resistentes.

Demais estudos apontam ainda que quanto menos se sabe sobre a TB, mais altos são os riscos de não concluir o esquema terapêutico. Com isso, a prática da 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 concorre para o não uso da medicação e/ou interrupção precoce do tratamento OLIVEIRA et al., 2011, p. 43 Apud OLIVEIRA et al., 2019, p. 5).

Às repercussões caso desenvolva TBMDR também aparece na literatura. Em seu estudo de coorte, Viana (2018) traz que assim como na TB sensível, o abandono é um dos principais problemas no tratamento da TBDR. Vários fatores estão relacionados com o abandono, tais como a toxicidade dos medicamentos, longa duração do processo e outros aspectos socialmente determinantes (TOCZEK, 2013, p. 1 Apud, VIANA, 2018, p. 2).

Em um estudo conduzido no Peru, os autores identificaram que os pacientes que tinham interrompido anteriormente o tratamento possuíam um risco aumentado não só de abandonar o tratamento atual, mas também de evoluir para óbito (FRANKE, 2008, p. 1849 Apud VIANA, 2018, p. 8).

A partir desta discussão, entende-se que as estratégias de educação em saúde se apresentam como saídas viáveis, estratégias comprometidas com a solidariedade, ancoradas na promoção do homem e na melhoria da qualidade de vida. Entretanto, verifica-se que na prática predominam paradigmas de educação em saúde que reforçam ações reducionistas, verticais e distanciadas de valores como equidade e participação popular (MACHADO et al., 2007). Nesse sentido, a educação permanente em saúde torna possível os profissionais das equipes compreenderem quais às necessidades dos usuários em atendimento para poder oferecer às orientações de acordo com o perfil.

Quadro 5 - Dificuldades que às equipes de saúde enfrentam na abordagem ao usuário que interrompeu o tratamento de tuberculose

Bloco discursivo	Segmentos textuais
Melhora clínica como preditor do abandono ao tratamento	<p><i>“As dificuldades em relação a abordagem, acredito que seja convencer o paciente, de que ele precisa realizar todos os seis meses de tratamento, mesmo que ele já esteja se sentindo saudável, que ele continue tomando o medicamento, que ele vá a unidade ou que a gente leve até à residência dele, mesmo ele estando bem isso é o que eles geralmente alegam quando abandona “eu já estou bem então não preciso mais de tratamento.” (PÉROLA)</i></p>
	<p><i>“A dificuldade na abordagem é convencer o mesmo ao retorno. Depois que o paciente já está sem os sintomas, ele quer parar, ele acha que já está bom, ele diz que já faz muito tempo. Então, as dificuldades que nós enfrentamos é que passam dois ou três meses e eles pensam que já estão bons. E a gente tenta mostrar pra eles até o final que o tratamento é de longo prazo e tem que ser até os seis meses.” (OSTRA)</i></p>
	<p><i>“Paciente ao perceber melhora no quadro clínico, acredita que está curado e resiste a orientação de seguir com o tratamento.” (AREIA)</i></p>

<p>Uso de álcool e drogas e dificuldades de localização no território</p>	<p>“A dificuldade na abordagem aconteceu com um caso da minha área. Ele mentia muito. Ele falava que tomava, mas a esposa dizia que era mentira. Eu chegava lá várias vezes, e eu via ele vomitando sangue, com febre por que ele interrompeu o tratamento... A gente conversa, mas a gente não pode fazer muita coisa, né. Quer dizer, a gente fazia muita coisa levando o medicamento na mão dele. A! E tinha muito remédio! Quer dizer, ele deixava o remédio todo lá na casa dele, e não tomava. <b>Fora a bebida, fora a droga que ele é usuário de droga, né.</b> A abordagem é muito complicada mesmo.” (CORAL)</p>
	<p>“Nós temos casos que várias vezes interrompe o tratamento, e quando se sente mal, volta, levei várias vezes a enfermeira até ele para conversar, levava os medicamentos na mão dele, tentava ver ele tomando, mas infelizmente ele não fez o tratamento, não finalizou o tratamento, até hoje. Levei a enfermeira novamente na casa dele até uma questão dele se mudar. Agora ele se mudou para outra área e não está tratando.” (ALGA)</p>
	<p>“Usuários de drogas e envolvidos com o tráfico, pois os mesmos itinerantes.” (ONDA)</p>
	<p>“Após a procura do paciente na unidade e com resultados dos seus exames positivos, é passado ao ACS responsável pelo endereço e logo é feita uma visita domiciliar para busca ativa do paciente. Em muitas das vezes o paciente não é localizado devido a dificuldade da localização do endereço. Por exemplo: Ruas sem nomes, domicílios sem numeração, muitas das vezes telefone de contato fora de área, vizinhos que só conhecem o paciente por apelidos ou nome social e não pelo seu respectivo nome.” (PRAIA)</p>

Nota: Unidades de Atenção Primária da Maré, Rio de Janeiro, 2021.

Ao serem perguntados sobre quais dificuldades as equipes enfrentam quando o assunto é a interrupção do tratamento, percebe-se o foco nas questões clínicas nas respostas dos profissionais de saúde. Os entrevistados listaram questões sobre a melhora clínica e a interrupção por livre vontade, a mudança no território que compromete a vigilância por parte da equipe, o uso de álcool e drogas, ou seja, aspectos que envolvem situações do usuário.

Merhy et al. (2019) em seu ensaio sobre a micropolítica da gestão e do cuidado em saúde na Rede Básica (RB) aponta que todas as partes chegam informadas e com uma ideia a respeito do que deve ocorrer naquele encontro – a produção de um diagnóstico, a escuta de uma aflição, uma intervenção que resolva o problema ou diminua o sofrimento, a dispensa do usuário, e outros – sobre como a produção deve ocorrer e qual o papel de cada um. E complementa que o encontro é carregado de expectativas, *a priori*, e de interferências mútuas, que dão um caráter de imprevisibilidade ao produto do trabalho em saúde; e como o encontro acontece em ato, ele é parcialmente incontrolável.

Entender que a EPS ocorre a partir da reflexão profissional em seus espaços de trabalho, levando a mudanças e a ressignificações que podem transformar os projetos terapêuticos singulares a partir de pequenos atos cotidianos.

Quando os profissionais pontuam o perfil itinerante da população com tuberculose como fator que dificulta a abordagem aos usuários com tuberculose que por vezes presidiários ou pessoas em situação de rua, de modo que a possibilidade de resistência e o tratamento fora do território, o que pode prejudicar na adesão e possível abandono já fizeram a reflexão sobre este problema em sua equipe. Dessa forma, trago a prática do diagnóstico territorial como uma ferramenta de EPS que permite identificar quais potencialidades e fragilidades daquele local adscrito.

A melhora clínica que ocorre no início do tratamento, principalmente no final do primeiro mês e início do segundo, faz com que o cliente pense que já está curado, parando, assim, com a terapêutica antituberculosa (COUTO et al., 2014; SÁ et al., 2007). No estudo de Paixão e Gontijo (2007), este foi o segundo fator mais relatado pelos pacientes, o que mostra a necessidade do profissional de saúde informar ao paciente que o início do tratamento leva à assintomatologia e ao bom estado geral e, que mesmo havendo essa melhora, é de suma importância que o tratamento seja realizado por completo.

No que concerne à tuberculose, alguns estudos concentram-se na questão da acessibilidade, ou seja, na oferta e organização dos serviços que facilitam ou não seu uso pelos usuários.

Considerando que a atual pesquisa desenvolveu-se no território da Maré, que é habitado por usuários por vezes em situação de privação de liberdade, ao longo da visita às unidades identifiquei que há serviços que não possuem aparelhos de radiografia, e o usuário precisa se direcionar à outra comunidade, e pela restrição de locomoção no território, desiste de realizar o exame. Este achado corrobora com os trabalhos de Arakawa et al. (2011), Arcêncio et al. (2011) e Souza et al. (2007). Os autores articulam a questão da violência urbana à tuberculose para

entender que essa associação compromete a acessibilidade dos pacientes acometidos pela doença. Tais pesquisas mostram como as dificuldades de organização e oferta de serviços interferem na continuidade do tratamento e são particularmente agravantes da condição desses doentes, gerando assim um círculo vicioso no quadro da tuberculose.

A melhora nos sintomas também é considerada um fator importante para o abandono do tratamento, isso geralmente ocorre quando os pacientes sentem-se em bom estado geral e praticamente sem sintomas clínicos ao final do primeiro e no início do segundo mês de tratamento. A partir daí, a possibilidade de abandono dele, pois muitos deles pensam que já estão livres da doença, visto que não apresentam, mais sintomas (FERREIRA et al., 2005).

Alguns autores, Costa et al. (1998) e Natal et al (1999) p. 72 Apud Mendes (2004) p. 32 associam o abandono à época em que os sinais e sintomas desaparecem. Essa melhora clínica nos primeiros meses de tratamento, segundo eles, é uma das desvantagens da terapêutica que acaba por desestimular o doente. O tratamento é abandonado, muitas vezes, porque o doente se autodetermina curado. Em seu estudo, os autores Pereira e Lima (1999) p. 306 Apud Mendes 2004, p. 32 puderam observar a importância que os sujeitos atribuem à presença dos sintomas como forma de legitimar sua condição de doentes.

A respeito do uso de drogas lícitas e ilícitas, a tuberculose apresenta pior prognóstico em indivíduos etilistas, bem como aumenta a chance de desenvolver efeitos colaterais e alto risco para hepatotoxicidade. Os casos de dependência de drogas, sem discriminação sobre o tipo de droga usada, apresentaram-se, em quase sua totalidade, associados ao alcoolismo, o que sugere uma sobreposição das variáveis, ambas com significância para o desfecho abandono (CAMPANI et al., 2001).

As normas da ESF que têm como atributo padronizar as condutas dos trabalhadores, de acordo as regras ditadas para o funcionamento do Programa, influenciam a atividade dos trabalhadores, dentro de limites muito restritos, pois quando estes se encontram em situação de trabalho, na relação com o usuário, ele próprio em ato, no seu processo de trabalho, é quem define como este cuidado se realiza (FRANCO; MERHY, 2013). Assim, a capacidade dos níveis gestores em influenciar a ação cotidiana de cada trabalhador é reduzida, e muito diferenciada.

Tais lacunas são evidenciadas, sobretudo, na revisão da literatura, que aponta críticas devido à incapacidade dessa estratégia em prevenir o aumento da incidência da TB em localidades com elevada prevalência. Só o cumprimento das diretrizes técnicas é insuficiente para alcançar o êxito no controle da doença, pois precisam ser considerados os aspectos sociais, econômicos e o contexto dos serviços de saúde onde as ações serão desenvolvidas (LAVÔR et

al., 2016; CHUCK, 2016; SHUHAMA et al., 2017; DOBLER, 2015; JOSEPH, 2015, p. 32 Apud, LINHARES et al., 2020, p. 2).

Dessa forma, a EPS torna-se fundamental para levar os profissionais inseridos na realidade da APS a refletir sobre seus problemas, e identificar novas formas de produzir o cuidado em consonância com os limites e capacidades da população atendida.

Quadro 6 - Instrumentos utilizados no dia a dia do processo de trabalho das equipes de saúde da família no cuidado ao usuário com tuberculose

<b>Bloco discursivo</b>	<b>Segmentos textuais</b>
Instrumentos normativos	<i>“Os instrumentos que utilizamos são os folders, orientações em nossas VD, orientações nas unidades de saúde os cuidados e sintomas, anúncios na nossa clínica como panfletos.” (ÁGUA)</i>
	<i>“Prontuário Eletrônico.” (PRAIA)</i>
	<i>“Planilha Verde de TB e ficha espelho do tto medicamentoso.” (PEIXE)</i>
Percepção sobre o que pode ser instrumentos	<i>“No momento, a unidade não utiliza instrumentos de informação.” (AREIA)</i>

Nota: Unidades de Atenção Primária da Maré, Rio de Janeiro, 2021.

Os profissionais entrevistados apontaram a ferramenta do prontuário eletrônico como instrumento de trabalho da equipe. A partir do preenchimento das informações coletadas do profissional com o usuário, é possível identificar aquele caso que envolve o abandono, o tipo de tratamento, a última consulta, ou a falta, informações trazidas pelos agentes comunitários de saúde, se faz uso de drogas, álcool, se realizou teste rápido e exames de rotina, por exemplo.

A instituição do prontuário eletrônico na APS, consiste em elemento essencial à integralidade do cuidado, contribui para fortalecer a continuidade do acompanhamento do paciente com tuberculose uma vez que reflete no aumento da adesão do tratamento, pois a adoção de um formulário contendo campos fechados para o preenchimento dessas informações contribui para a melhoria do registro, refletindo na qualidade da assistência prestada (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES; 2008, p. 174 Apud MAUES, 2018, p. 15).

Além dos procedimentos relacionados ao SINAN, o sistema de informações do paciente abrange o registro das ações de controle da tuberculose nas unidades de saúde, incluindo o

acompanhamento e tratamento dos casos, a realização do tratamento supervisionado e dos exames de baciloscopia e cultura (BRASIL, 2002).

A presença da equipe de saúde completa é um aspecto importante para garantir que o usuário com tuberculose receba uma assistência de qualidade, haja vista que uma equipe completa, multidisciplinar, revela a qualidade e a organização do serviço, garantindo ações eficazes em várias perspectivas – acolhimento, respeito às necessidades, privacidade, assistência social – e levando os usuários a confiarem nos profissionais como fiéis colaboradores para sua recuperação (SLOMP JUNIOR et al., 2017).

Quadro 7 - Quais atividades de cuidado para além do fornecimento da medicação são realizadas no contexto das Unidades de Atenção Primária à Saúde

<b>Bloco discursivo</b>	<b>Segmentos textuais</b>
Educação em saúde	<i>“Os instrumentos que utilizamos são os folders, orientações em nossas VD, orientações nas unidades de saúde os cuidados e sintomas, anúncios na nossa clínica como panfletos.” (ÁGUA)</i>
Pandemia de COVID - 19	<i>“Por conta da pandemia, a gente não tem atividade para a tuberculose.” (PEIXE)</i>
Rede intersetorial de saúde	<i>“Existem instituições que nos apoiam. Na coordenação de área programática, nós temos um representante da linha de tuberculose que nos apoia, nos orienta, e nos dá mais informações e condutas de como devemos fazer em alguns casos complicados de pacientes, que disponibilizam tempo para nos dar apoio e mais orientações. A secretaria de saúde através da linha de cuidado também oferece apoio.” (PRAIA)</i>

Nota: Unidades de Atenção Primária da Maré, Rio de Janeiro, 2021.

Esta pergunta objetivou trazer para a discussão quais atividades de cuidado os profissionais das equipes utilizam para além do fornecimento da medicação aos usuários com tuberculose. Às atividades voltadas para a educação em saúde da população aparece como uma ferramenta de trabalho.

A Pandemia de COVID-19 acarretou impactos diretamente nas atividades dos serviços de saúde tanto nos atendimentos ambulatoriais de rotina quanto nas atividades no território, e

equipamentos sociais como escolas, e igrejas já que às ações de visita domiciliar, e de promoção da saúde ficaram suspensas em respeito às medidas de isolamento.

Segundo a OPAS (2020) em seu Inquérito pontual sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia da COVID-19, no geral, às interrupções nos serviços essenciais de saúde foram notificadas por quase todos os países, e ainda mais em países de baixa renda em comparação aos de alta renda. O documento aponta que para a detecção e tratamento dos casos de tuberculose, a continuação dos serviços de terapia contou com 42% dos países informando uma interrupção parcial.

Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolubilidade. Acionar o profissional que seja referência da linha de cuidado naquela coordenação de área programática evidencia a realização de matriciamento que visa apoiar na condução clínica do cuidado, ou encaminhamentos pela rede, quando necessário.

Segundo Campos e Domitti (2007), a relação entre essas duas equipes constitui um novo arranjo do sistema de saúde: apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões, configurando uma ferramenta de EPS.

Por ser uma doença de grande transmissibilidade, além de condição crônica, seu acompanhamento requer monitoramento constante e a atenção deve ser desenvolvida de modo integrado. Ela deve ser tratada e acompanhada em centros de referência por profissionais especializados e por equipe multidisciplinar, com articulação entre todos os níveis de atenção, para que haja controle efetivo da doença (WHO, 2014; ASSIS et al., 2012, p. 112 Apud BARROS et al., 2020, p. 100).

Portanto a coordenação é fundamental nesse processo, pois garante a articulação entre os diferentes serviços e profissionais envolvidos na assistência aos pacientes (VAZQUEZ et al., 2015, p.3 ; TERRAZA, 2004, p. 25 Apud BARROS et al., 2020, p.100). A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento dessa informação, na medida em que está relacionada às necessidades do atendimento (GOMES E SILVA, 2011).

É diante da complexidade da temática Educação em Saúde, que o profissional irá desenvolver ações emancipatórias de promoção da saúde que ultrapasse o modelo biomédico e atue de forma participativa para que a pessoa obtenha conhecimento necessário para tomar decisões conscientes no seu processo saúde-doença e de viver saudável (SALCI et al., 2013). Para tanto, o profissional deve reconhecer a cultura dos indivíduos, buscando apreender sua visão do mundo de forma a reconhecer o contexto social e familiar, o que traz argumentos para exercer uma educação em saúde focada na realidade, que compreende o mundo vivido pelo indivíduo.

Quadro 8 - Entendimento dos profissionais de saúde sobre o enfrentamento da tuberculose a partir das políticas públicas do Brasil

Bloco discursivo	Segmentos textuais
A Tuberculose e a Política Pública	<p><i>“Enfraquecimento das políticas. Questão do treinamento. Fragilidade em infraestrutura de laboratórios, frascos adequados, demora na entrega do exame.” (CONCHA)</i></p>
	<p><i>“Eu vejo às políticas públicas enfraquecidas no momento, falta foco, investimento, treinamento do profissional de saúde que está na ponta, por muitas vezes falta o material adequado para realizar a coleta do escarro, há demora na saída do resultado de exame, que leva mais de 10 dias entre o paciente entrar o exame do escarro e o resultado da baciloscopia e isso é agravante, devido a transmissão aérea, dificuldade na adesão ao tratamento, de convencer o paciente em manter-se em isolamento neste período então eu vejo a política pública enfraquecida neste ponto.” (PRAIA)</i></p>
	<p><i>“O Brasil é reconhecido pelo seu empenho e pelas suas estratégias no combate à tuberculose. Nós temos uma pesquisa e nosso Brasil dá apoio à OMS pelo seu empenho e por tudo aquilo que o Brasil fornece de tratamento público da tuberculose como medicação, estratégias de que pontos tem que ser trabalhado no SUS. Em relação à tuberculose no Brasil nós estamos bem assistidos, com uma política pública bem elaborada em relação à tuberculose.” (ONDA)</i></p>

Política que converse com a realidade dos serviços de saúde	<i>“A política pública relacionada à tuberculose é frágil. A tuberculose é muito atrelada com questões sociais, precisamos de ações, profissionais, voltados para questões sociais, para minimizar os índices de abandono.” (MAR)</i>
---	---

Nota: Unidades de Atenção Primária da Maré, Rio de Janeiro, 2021.

As fragilidades, apontadas pelas entrevistas, apresentam o descompasso entre o preconizado pelos Pilar 1 do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose que corresponde a Prevenção e cuidado integrado e centrado no paciente: Diagnosticar precocemente todas as formas de tuberculose, com oferta universal de cultura e teste de sensibilidade, incluindo o uso de testes rápidos (BRASIL, 2019).

A respeito da demora para retorno da comprovação bacteriológica, o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2011) indica que todos os serviços de saúde precisam ter acesso a exames de baciloscopia e cultura. Sendo necessário, portanto, haver disponibilidade desses exames em cada unidade. Deve-se considerar o tempo de demora para o diagnóstico em apenas alguns dias, pois a baciloscopia de escarro deve ser realizada imediatamente. Compreendo o processo de EPS neste ponto, pois a reflexão sobre este atraso, no retorno dos resultados nas unidades de saúde, foi identificado pelos profissionais, e devem servir como motivador para questionar os fatores que levam a essa demora, e, assim, buscar alternativas.

Nos últimos quatro anos, diversas ações foram realizadas a partir das estratégias e diretrizes descritas no Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose. Os avanços apresentados a seguir relacionam-se ao Pilar 1 – Prevenção e cuidado integrado centrado na pessoa com TB do Plano, com destaque para as atividades que concretizaram esforços para qualificação e fortalecimento da vigilância e atenção à doença e que resultaram em produtos para as três esferas de gestão (BRASIL, 2021).

Principais ações desenvolvidas como:

- a) a atuação do profissional responsável pela linha de cuidado da TB em parceria com a SAPS/MS para apoiar gestores e trabalhadores da saúde na organização das ações de controle da doença nos níveis de atenção à saúde (2020);
- b) o desenvolvimento de materiais e iniciativas (cursos presenciais e virtuais) de capacitação de trabalhadores da saúde em TB;

- c) a capacitação de profissionais, no sentido de treinamento em saúde e desenvolvimento de ações voltadas às populações mais vulneráveis ao adoecimento por TB (pessoas vivendo com HIV – PVHIV, população privada de liberdade, população em situação de rua, população indígena, imigrantes) por meio de parcerias intra e intersetoriais.

Identifico que as ações enumeradas pela Política dialogam no campo da Educação Continuada, de modo pragmático, e que por vezes não dá espaço para o profissional colocar às suas experiências e visões do trabalho. O que pode contribuir para a fala dos profissionais que não se enxergam como parte desse processo. Sentem a política distante da realidade de atendimento de pessoas com histórias clínicas e de vida complexas, em um cenário complexo como é a comunidade da Maré.

## 6 DISCUSSÃO DOS DADOS

Os relatos coletados emergiram da experiência vivenciada pelos profissionais das unidades de saúde da Maré. Ao longo das análises foi possível identificar potenciais e limites no processo do cuidado ao usuário com tuberculose, bem como a construção das relações, e suas possibilidades de apoio ao manejo dos casos complexos e daqueles que interromperam o tratamento de tuberculose.

A compreensão do processo que envolve a interrupção de tratamento a tuberculose perpassa a discussão sobre a adesão – ou não – que por sua vez extrapola o simples ato de ingerir – ou não – a medicação, pois está fortemente relacionada à construção de subjetividades, ou seja, como o adoecido entende a doença e como lida com os serviços de saúde (JUNGES et al., 2020).

Nos serviços de Atenção Primária à Saúde, há diariamente situações de vida e de saúde muito complexas, que exigem um trabalho integrado, com foco no atendimento dessas necessidades. Nesse contexto, a lógica do trabalho em equipe é a premissa para que possamos avançar numa atenção à saúde mais integral e resolutiva (PEDUZZI, 2013, p. 18 Apud BRASIL, 2018, p. 18).

Com isso, as práticas de educação permanente em saúde são o meio para que, a partir da problematização da realidade vivida, seja possível elaborar alternativas de cuidado, de modo coletivo e criativo.

Uma das estratégias de educação permanente em saúde desenvolvidas pelos profissionais entrevistados nesta pesquisa compreendem a prática do tratamento diretamente observado (TDO) e da visita domiciliar (VD) de modo flexível. Ao compreender que a Educação Permanente em Saúde é disparada pela vivência em ato dos trabalhadores no cotidiano de suas organizações, entende-se que ela é também desenvolvida nas relações estabelecidas nestes encontros das visitas domiciliares e da entrega da medicação, onde se produz conhecimentos, saberes, trocas e diálogos.

O tratamento diretamente observado é uma prática estabelecida e definida em protocolo. A ocorrência da flexibilização da entrega da medicação seja em horários fora do expediente de funcionamento da unidade de saúde, a entrega da medicação para um parente ou um vizinho, a partir da rede familiar e comunitária identificada no território, ou a entrega de medicação para sete dias ou mais, surge a partir dos problemas reais vivenciados pelas equipes que não encontravam os usuários em casa ou que tinham dificuldades de sua ida à unidade de saúde para observação da tomada da medicação diariamente, conforme preconizado. Dessa forma, estes

percursos alternativos de cuidado configuram a prática de EPS uma vez que derivou de experiências anteriores que não obtiveram sucesso, ainda que seguissem as rotinas previamente definidas em protocolos.

A estratégia de flexibilização na rotina de visita domiciliar aos usuários sem endereço fixo, ou que trabalham de forma autônoma e vivem a maior parte do tempo fora de casa, ou que estão envolvidos com o tráfico, são exemplos de situações complexas que levaram às equipes a estabelecer alternativas para cumprir o percurso terapêutico desses casos complexos, e que muitas vezes encontram-se com o tratamento interrompido. Destaco que os relatos sobre a prática da visita domiciliar vieram acompanhados de termos que favorecem o encontro nas tecnologias leves como: escuta, empatia, reconhecimento, porosidade, conhecimentos produzidos a partir da experiência e agenciados pelo encontro, entre outros.

Ao flexibilizar a forma como se pode realizar a prática do TDO e da VD, ao buscar a rede de apoio no território, ao sugerir discussões em equipe, considerando a opinião do usuário ao seu processo de cuidado, rompe-se a verticalização dos saberes dando espaço à criatividade e superando as respostas normativas. Dessa forma, é possível compreender o TDO e a VD nesta pesquisa não apenas como ferramentas exclusivas na cura da doença, elas vão além, vão no sentido da melhor forma de se garantir o cuidado e a medicação aos usuários, desenhando de modo singular às necessidades e complexidades que cada um apresenta.

Outra ferramenta da educação permanente em saúde desenvolvida para o manejo de casos em abandono de tratamento envolve a solicitação de apoio técnico à equipe que compõe o NASF que pode ser entendida à luz da prática do matriciamento. Este arranjo permite trabalhar a política de redução de danos aos usuários que encontram-se com o tratamento interrompido, e fazem uso de álcool, e outras drogas, a obtenção de benefícios sociais, quando necessário, e acompanhamento psicológico e nutricional.

A discussão dos casos em interrupção de tratamento pode ser dada com a equipe multiprofissional das unidades de saúde. Apresentar o caso e abordar os aspectos de determinantes e condicionantes de saúde do usuário complexo e sua família no espaço da reunião de equipe configura uma prática de EPS. Esta prática torna possível identificar pontos de fragilidades e elencar coletivamente, a partir de uma perspectiva multiprofissional, as necessidades de apoio ao processo de cuidado.

Ao considerar os saberes do profissional farmacêutico, do técnico de enfermagem, do profissional da linha de cuidado de tuberculose da coordenação local, ou dos profissionais que compõem o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) a equipe de referência amplia as possibilidades de percursos terapêuticos bem como a obtenção sucesso àquele caso. A partir

desta discussão coletiva, pode ser decidido se é necessário o apoio a rede de serviço especializado, como encaminhamento ao pneumologista ou infectologista, identificar a rede de apoio comunitária e familiar, realizar orientações sobre a doença e possíveis repercussões negativas caso haja a interrupção do tratamento.

Como ferramenta de educação permanente em saúde, a presente pesquisa identificou a prática de elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS) pelas equipes. Embora nenhum dos entrevistados tenha trazido esta nomenclatura para as ações realizadas, identifica-se a presença do PTS no cotidiano das equipes. O profissional ao considerar as impressões do usuário para elaborar qual a melhor forma de realizar o acompanhamento, agendar consultas e/ou pactuar a entrega da medicação, e utilização dos espaços de reunião de equipe para identificar quem possui maior vínculo com o usuário para conduzir o acompanhamento mais de perto, bem como definir metas, tarefas, e prazos ele realiza o PTS, embora não o reconheça e por vezes, não o sistematiza.

A compreensão que a Rede de Atenção à Saúde (RAS) apresenta serviços com diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado se faz relevante. Isso porque, quando o tratamento na rede de atenção primária não consegue garantir a melhora clínica, ou quando há resistência medicamentosa torna-se necessário o desenvolvimento de um trabalho com especialistas. Assim, uma outra ferramenta da educação permanente em saúde utilizada para manejo dos casos complexos é o encaminhamento via Sistema de Regulação para serviços da rede secundária ou terciária, quando necessário, uma vez que se dá a partir da discussão do caso e da identificação de problemas relacionados ao percurso terapêutico do usuário que não obteve a melhora clínica esperada.

A educação permanente em saúde deve ser entendida como prática transformadora. Isso porque, ela propõe um saber que vai além do domínio técnico-científico, e perpassa o campo das relações de forma que contribua para a melhoria nos processos de saúde da população. Para tanto é necessário pensar a prática da construção do cuidado por uma perspectiva coletiva, em equipe, e não individual. Dessa forma a tecnologia relacional configura uma das práticas de educação permanente identificadas na presente pesquisa.

Das práticas relacionais que surgiram nos relatos, destaco a presença de uma diretriz da Política Nacional de Humanização: o acolhimento. Ele apareceu principalmente na fala dos agentes comunitários de saúde, como estratégia de abordagem ao usuário em abandono de tratamento. Esta diretriz atua como uma prática relacional atua como uma tecnologia leve, de grande impacto na promoção de saúde, que estreita o vínculo, fortalece a Atenção Primária à

Saúde, mobilizando a sensibilidade dos trabalhadores da saúde, o desenvolvimento ético e solidário para escutar e dialogar, gerando satisfação dos profissionais e dos usuários.

A prática que envolve a realização do diagnóstico situacional das equipes de saúde também configura uma importante ferramenta de educação permanente em saúde. Este recurso envolve a reflexão da equipe sobre o local em que está inserida, através da compreensão clínica e epidemiológica sobre as ruas, os casos ativos de tuberculose, os pontos com maior incidência de tuberculose, e os domicílios daqueles que abandonaram.

Ao pensar nos indicadores da equipe sobre o número de sintomáticos respiratórios esperados versus população cadastrada, torna-se possível encontrar novas formas de agir e ir em busca desses casos subnotificados. Geralmente o espaço para essas autocríticas e reflexões dá-se nas chamadas reuniões de equipe, que ocorrem semanalmente, ou reuniões de módulo mensais, que envolve toda a unidade de saúde.

Considero que a educação permanente em saúde deve atuar como precursora das novas formas de fazer saúde que envolvem a rotina do trabalho principalmente no cotidiano dos ACS uma vez que são eles os profissionais que atuam na intermediação entre a unidade de saúde e a população. Com isso, a partir da problematização do baixo número de sintomáticos respiratórios em sua microárea, é possível desafiar e estimular o protagonismo que esta categoria exerce no território. Isso porque, a problematização dos indicadores configura um caminho para realizar a busca ativa no território e trabalhar os casos subnotificados que hoje é uma realidade das equipes de saúde da Maré.

A melhora clínica do usuário aparece na pesquisa como um fator que leva a interrupção do tratamento. Como alternativa a essa questão vivenciada pelas equipes da APS, houve o entendimento por parte dos profissionais sobre a relevância de trabalhar a educação em saúde e orientar que mesmo com o desaparecimento dos sintomas como cansaço, tosse e febre é necessário seguir o tratamento até o final.

Porém, é necessário ter cuidado com esta prática. Isso porque, abordagens de transferência de informações quando desconsideram o diálogo tendem a delegar aos indivíduos toda a responsabilidade pelo seu estado de saúde. O que por sua vez, contribui para a culpabilização pela não adesão ao tratamento. Sendo assim, entende-se que ações de educação em saúde, no contexto do cuidado ao usuário com tuberculose, possam ser mais efetivas quanto mais considerarem a interação entre o saber técnico dos profissionais com o saber popular das pessoas em tratamento (FREIRE et al., 2020). Sendo fundamental para superar tal situação, que se reoriente as práticas de saúde, de modo que a educação em saúde deixe de ser apenas mais

uma oferta pontual dos serviços para ser algo inerente às suas práticas, construindo assim a no seu cotidiano (GOMES; MERHY, 2011).

Identifico que todo esse movimento de construção coletiva, buscando alternativas para a solução de casos complexos, passa por vezes despercebido nas atividades das equipes. Não sendo visto, e nem reconhecido pelos próprios profissionais que não se enxergam em constante processo de educação permanente. É importante, com isso, deixar claro que a prática da educação permanente em saúde acontece, portanto, no dia a dia, entre os trabalhadores e usuários onde se agenciam novos processos coletivos que até então não foram buscados. Ou seja, reinventar o trabalho com ajustes na forma de abordar, pensar em alternativas, consiste no potencial transformador da EPS não precisando necessariamente de um espaço formal para a transferência de saberes.

Assim, é fundamental considerar que aprendizagem no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, se constrói a partir dos problemas enfrentados na realidade dos serviços. E que a educação permanente em saúde vai além da ação educativa com momentos formais em uma sala com repasse de informações tecnicamente orientados. Ela ocorre nos encontros, nos espaços de discussão coletiva, visando a ampliação da capacidade de ação de todos os envolvidos da equipe, inclusive, e principalmente, o próprio usuário em questão.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os diferentes arranjos locais de produção de educação permanente em saúde, esta pesquisa buscou dar espaço ao trabalho inventivo das equipes de saúde, suas potencialidades e desafios no manejo de casos complexos de tuberculose. Nesse sentido, foi possível identificar ferramentas e práticas cotidianas que vêm sendo operadas nas diferentes unidades de saúde da comunidade da Maré - Rio de Janeiro.

O campo das tecnologias de cuidado mostrou-se um lugar privilegiado para dar luz às práticas da educação permanente nos serviços de saúde. Através dele foi possível dar voz aos profissionais para que apresentassem as variadas formas de se colocar no próprio ato de cuidar, sobre seus modos de enfrentar a situação que vivem, suas dificuldades e potências. Este processo se deu a partir da lembrança e da problematização dos casos complexos que eles vivenciaram.

Esta materialização das experiências vivenciadas e compartilhadas foi facilitada mediante o processo da cartografia em saúde, pois possibilitou o mapeamento do panorama dos processos de cuidado ao usuário em interrupção de tratamento e, ao mesmo tempo, a análise da educação permanente das unidades de saúde estudadas.

Os profissionais de Atenção Primária à Saúde estão imersos no complexo cotidiano de atendimentos à população moradora da comunidade Maré. Mesmo assim, há um processo contínuo de resiliência, problematização da realidade vivida, e de construção de saberes para planejar cuidados alternativos, quando necessário.

A presente pesquisa identificou que há a ocorrência das práticas da educação permanente por todos os espaços das unidades de saúde visitadas. É importante salientar que a educação permanente em saúde não se estabelece como um mero espaço informativo ou um treinamento que visa aumentar as aptidões específicas dos seus participantes, mas sim como um processo em que se afirma a relação de inseparabilidade entre o aprender saúde e o trabalhar a saúde.

No entanto, pude perceber que os profissionais não enxergam o potencial que as ações por eles desempenhadas constituem, e nem que os atos produtivos correspondem a educação permanente em saúde. Em parte, pela confusão conceitual que ainda ocorre entre educação permanente e continuada, onde acham necessário estar em um espaço formal com troca de saberes protocolares, em parte por não enxergar a rica construção que se dá nos corredores da unidade de saúde, nos espaços de reuniões de equipe, nas ruas do território, nas casas dos usuários, que possibilita a criatividade e a flexibilidade dos processos de cuidado para além das

práticas normativas.

Trago às dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde da atenção primária como limitação para produzir e colocar as ferramentas da Educação Permanente em Saúde em prática. Os frágeis vínculos trabalhistas, e a dificuldade em lotação de médicos nas áreas violentas da Maré, que influenciam negativamente na composição das equipes de saúde bem como na composição da equipe multiprofissional do NASF, o que dificulta o processo de construção coletiva.

Ainda sobre as dificuldades, por vezes, as equipes de saúde vêem seus planejamentos atravessados por outras demandas do serviço, sobretudo com a recente Pandemia de COVID-19 nos últimos dois anos. Estas intercorrências acabam, por vezes, limitando o processo de comunicação entre os profissionais nos serviços diante a elevada sobrecarga de trabalho bem como a prática da vigilância da equipe. Não havendo tempo para problematizar os projetos terapêuticos. O que repercute nos indicadores de casos novos com subnotificações, e nos casos que interromperam o tratamento que a equipe não consegue identificar e trabalhar para o seu retorno.

O processo de reconhecer as expressões da Educação Permanente em Saúde no e pelo trabalho requer esforço, sair da zona de conforto, ampliar possibilidades de respostas voltadas à maior resolutividade e qualidade das necessidades de saúde dos serviços e do usuário. Dessa forma, essa pesquisa possibilitou por meio da reflexão derivada das experiências dos profissionais, dar luz e visibilidade ao que se faz e a quem faz o trabalho.

O indicador de abandono de tratamento a tuberculose ainda é um problema de saúde pública e traz a reflexão de impotência às ações protocolares que já estão postas, e que mesmo assim não dão conta de resolvê-las. Isso porque, as políticas não privilegiam esse trabalho vivo de interrogação e reflexão. Dessa forma, recomendo que mais pesquisas sejam feitas para dar voz aos profissionais de saúde e trazer para a literatura quais os percursos estão sendo construídos no trabalho vivo em ato, no dia a dia das unidades de saúde uma vez que é a partir da problematização da realidade vivida nos atendimentos de saúde, ou na ausência do usuário nas consultas que as equipes refletem, e organizam novas estratégias de cuidado para abordar o usuário.

Por fim, identifico a necessidade dos profissionais de saúde enxergarem a potência que a educação permanente em saúde representa. E reitero que, embora invisibilizada, ela ocorre dia após dia, com criatividade e flexibilidade, na dinâmica das relações, seja nos corredores das unidades de saúde, ou no território das comunidades, ela ocorre no trabalho vivo, em ato!

## REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. v. 18, n. 49, p. 313-324, 2014.
- ABRAHÃO, A. L. Políticas do cotidiano: a gestão na atenção básica. **Saúde em Debate [online]**. v. 43, n. spe6, pp. 04-09, 2019.
- ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde Debate**. v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014.
- ALBUQUERQUE, P. C., STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. v.8, n.15, p.259-74, 2004.
- ALMEIDA, J. R. S. et al. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Rev. da ABENO**. v. 16, n. 2, p. 07-15, 2016.
- ALVES, R. S. et al. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 21, n. 3 p. 650-657, 2012.
- ANDRADE, R. P. S, et al. Contribuição dos profissionais da atenção primária à saúde para o autocuidado apoiado aos portadores de tuberculose. **Revista de Pesquisa Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro**. v. 8, n. 3, p. 4857-4863, 2016.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, M.; PARKER, R. (Orgs). In: **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. p. 50-71, 1999.
- BARROS, D. B. M. et al. Avaliação da coordenação do cuidado de usuários com tuberculose multidroga resistente em Recife, Pernambuco, Brasil. **Saúde em Debate**. v. 44, n. 124, p. 99-114, 2020.
- BAWANKULE, S. et al. Delay in DOTS for new pulmonary tuberculosis patient from rural area of Wardha District, India. **Journal of Health and Allied Sciences**, v. 9, n. 1, p. 1-7, 2010
- BENETTI, K. V. Desempenho dos serviços de saúde na atenção à tuberculose na estratégia de saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**. v. 26:e31643, 2018. DOI: 10.12957/reuerj.2018.31643.
- BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**. v. 43, n. 2, p. 1326-1330, 2009.
- BORDE, E. H. A. et al. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde em Debate**. v. 39, n. 106, p. 841-854, 2015.

BORGES, S. A. C.; PORTO, P. N. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. **Saúde em Debate**. v. 38, n. 10, p. 338-346, 2014.

BORGHI, C. M. S. et al. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 16, n. 3, p. 869-897, 2018.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.

BRAGA, J. U. et al. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose nos serviços de atenção básica em dois municípios brasileiros, Manaus e Fortaleza, 2006 a 2008. **Cadernos Saúde Coletiva**. v. 20, n. 2, p. 225-33, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. (Edição especial).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde 2021. 44p. (Número Especial)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 216p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Planificação da Atenção à Saúde**. OFICINA III. Vigilância em Saúde na Atenção Primária e Territorialização. Rio Grande do Sul: 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014**. 120p. Brasília - DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado da tuberculose: orientações para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 17p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 284 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose na atenção primária à saúde**. Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, 4. ed., p. 358, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Panorama epidemiológico da coinfeção TB-HIV no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública Estratégias para 2021-2025**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília:

Ministério da Saúde. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 198/GM/MS, em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília - DF, 15 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília - DF, 23 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília - DF, 22 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Trabalho como fonte de formação: um movimento em construção no Ministério da Saúde – Agenda 2015 de Desenvolvimento dos Trabalhadores**. Brasília - DF, 2015. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. 2019. 364 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica**. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde., 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual nacional de vigilância laboratorial da tuberculose e outras micobactérias**. Brasília: Ministério da Saúde., 2008. 436 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica Conjunta 01/2021. Trata sobre a tuberculose na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 29p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Estadual de Vigilância e Controle da Tuberculose 2018/2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 47p.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola de Enfermagem Anna Nery**. v. 21, n. 4, p.1-10, 2017.

CARDOSO, M. L. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas

de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017.

CHRISPIM, P. P. M. **Uma contribuição para a discussão sobre avaliações de programas de controle da tuberculose**. 2011. 138 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2011.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1 p. 41-65, 2004.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-168. 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV. 2008. p. 162-168.

CECCIM, R. B. et al. **Informes da atenção básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**. Prospecção de modelos tecnoassistenciais na atenção básica: protocolo de pesquisa colaborativa multissituada na Educação em Saúde Coletiva. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 17-30.

CECILIO, H. P. M.; MARCON, S. S. O tratamento diretamente observado da tuberculose na opinião de profissionais de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 1, p. 1-6, 2016.

CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Texto e Contexto - Enfermagem**. v. 20, n. 3, p. 599-606. 2011.

COSTA, J. S. D. et al. Controle Epidemiológico da Tuberculose na Cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: Adesão ao Tratamento. **Caderno Saúde Pública**, v.14, n.2, p. 409-15. 1998.

DOWELL, J.; HUDSON, H. A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. **Family practice**, v.14, n. 5, p. 369-375, 1997.

DUARTE R. et al. Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). **Pulmonology**, v. 24, n. 2, p. 115-119, 2018.

FABRINI, V. C. N. et al. Cuidado a pessoas com tuberculose privadas de liberdade e a educação permanente em saúde. **Trabalho, educação e saúde**, v. 16, n. 3, p. 1057-1077, 2018.

FERREIRA, L. et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**. v. 43, n. 120, p. 223-239. 2019.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FEUERWERKER, L. C. M.; CAPOZZOLO, A. A. Atenção Básica e Formação em Saúde. In: MENDONÇA, M. H. M. et al., (orgs). **Atenção Primária à Saúde no Brasil-conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

FONTANA, K. C. et al. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde debate**, v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016.

FRANCO T. B.; MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos** São Paulo: Hucitec, 2013. p. 151-171.

FRANKE, M. F. et al. Risk factors and mortality associated with default from multidrug-resistant tuberculosis treatment. **Clinical Infectious Diseases**, v. 46, n. 12, p. 1844-1851, 2008.

FURLAN, M. C. R.; OLIVEIRA, S. P.; MARCON, S. S. Factors associated with nonadherence of tuberculosis treatment in the state of Paraná. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 108-114, 2012.

GALAVOTE, H. S. et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde Sociedade São Paulo**, v. 25, n. 4, p. 988-1002, 2016.

GAVIRIA, M. B, et al. Papel del personal de salud en el diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar en adultos de Medellín, Colombia. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 27, n. 2, p. 83-92, 2010.

GIROTI, S. K, et al. Perfil dos pacientes com tuberculose e fatores relacionados ao abandono do tratamento. **Cogitare Enfermagem**, v. 15 n. 2, p. 271-277, 2010.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 7-18, 2011.

GOMES, F. M.; SILVA, M. G. C. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16 (Supl. 1) p. 893-902, 2011.

GONCALVES, R B M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. [S.l: s.n.], 1994.

HADDAD, A. E, et al. Política Nacional de Educação na Saúde. **Revista Baiana Saúde Pública**, v. 32, supl. 1, p. 98-114, 2008.

HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A. C; DAVINI, M. C. Educación permanente de personal de salud. Washington, **Saúde Debate**, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019.

HALLETT C. E.; et al. Community nurses' perceptions of patient 'compliance' in wound care: a discourse analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 32, n 1 p. 115-123, 2000.

HECK, M. A, COSTA, J. S, NUNES, M. F. Prevalência de abandono do tratamento da tuberculose e fatores associados no município de Sapucaia do Sul (RS), Brasil, 2000-2008. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 14, n. 3, p. 478-85, 2011.

HUNTER, D. J. Rationing dilemmas in health care. Birmingham: **National Association of Health Authorities and Trusts**, 1993.

JUNGES, J. R.; BURILLE A.; TEDESCO, J. Tratamento Diretamente Observado da tuberculose: análise crítica da descentralização. **Interface**, v. 24, e190160, 2020. DOI:10.1590/Interface.190160

JUNIOR, D. N. S; SILVA, Y. R; NASCIMENTO, E. G. C. Acompanhamento de usuários com tuberculose: Análise da qualidade dos registros nos prontuários. **Revista Contexto e Saúde**, v. 17, n. 32, p. 15-24, 2017.

JUNGES, J. R.; BURILLE, A.; TEDESCO, J. Tratamento Diretamente Observado da tuberculose: análise crítica da descentralização. **Interface**. v. 24, e190160, 2020. DOI: 10.1590/Interface.190160.

KRITSKI, A. et al. O papel da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculos nos esforços nacionais e internacionais para a eliminação da tuberculose. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, v. 44, n. 2, p. 77-81, 2018.

LOPES, R. H. et al. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar: uma revisão integrativa. **Revista Baiana Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 661-71, 2013.

MAGNABOSCO, G. T. et al. Desfecho dos casos de tuberculose em pessoas com HIV: subsídios para intervenção. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 5, p. 554-563, 2019.

MAUÉS, N. S. F. **Análise dos casos de tuberculose na área programática 3.1: uma contribuição para o cuidado da estratégia de saúde da família, no município do RJ**. 2018. 75 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

MELLO, A. L. et al. Artigo de relato educação permanente em saúde em movimento: Narrativas de uma experiência. **Revista Enfermagem UFSM**, v. 8, n. 1, p. 172-180, 2018.

MENDES, A. M.; FENSTERSEIFER, L. M. Tuberculose: por que os pacientes abandonam o tratamento? **Boletim de Pneumologia Sanitária**. v. 12, n. 1, p. 27-38, 2004.

MENDES, P. P. S.; MOEBUS R. L. N. A Produção do Cuidado como Micropolítica. **Diversitates International Journal**, v. 8, n. 1, p.38-53, 2016.

MERHY, et al. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 448 p. : il. ; 23 cm. (Políticas e cuidados em saúde ; 1)

MERHY, E. E. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e

cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2015.

MERHY, E. E. et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 6, p. 70-83, 2019.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de cuidado: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPO, C. R. et al. (Orgs). **O sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Ver-SUS Brasil: caderno de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.108-137.

MESFIN, M. M. et al. Delayed consultation among pulmonary tuberculosis patients: a cross sectional study of 10 DOTS districts of Ethiopia. **BMC Public Health**, v.9, n.53, 2009.

MOREIRA, A. F. **O tratamento diretamente observado da tuberculose na perspectiva do usuário em uma unidade básica da Atenção Primária em Saúde**. 2020. 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

MOREIRA, A. S. R.; KRITSKI, A. L.; CARVALHO, A. C. C. Social determinants of health and catastrophic costs associated with the diagnosis and treatment of tuberculosis. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, v. 46, n. 5, e20200015, 2020. DOI: /10.36416/1806-3756/e20200015

MUÑOZ SÁNCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n.2, p. 319-324, 2007.

NATAL, S. et al. Modelo de Predição para o Abandono do Tratamento da Tuberculose Pulmonar. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 7, n. 1, p. 65-77. 1999.

NEVES, R. R. et al. Acesso e vínculo ao tratamento da tuberculose na atenção primária em saúde. **Cuidado é Fundamental**, v. 8, n. 4 p. 5143-5149, 2016.

NOGUEIRA, R. P. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. 200p.

OLIVEIRA, D. R. C. **Educação permanente para a consulta de Enfermagem ao paciente com tuberculose na Atenção Primária à Saúde**. 2019. 174f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

MOREIRA, F. et al. **Caminho trilhado na construção do plano estadual de educação permanente: percursos e discursos**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2018. 139p.

OLIVEIRA, M. G. et al. O doente em tratamento de tuberculose no município de Itaboraí, Rio de Janeiro – participação da família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 18, p. 40-45, 2011.

OLIVEIRA, R. C. C. et al. Transferência de política do tratamento diretamente observado da tuberculose: discursos de profissionais da atenção primária. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, e-1158, 2019. DOI: 10.5935/1415-2762.20190005

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Tuberculosis in the Americas**, 2018. Washington, D.C.: PAHO, 2018. (Número de documento: OPS/CDE/18-036.

PEREIRA, W. S. B; LIMA, C. B. Tuberculose: Sofrimento e Ilusões no Tratamento Interrompido. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 52, n. 2, p. 303-318. 1999.

PETTRES, A. A; ROS, M. A. A. Determinação social da saúde e a promoção da saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 3, p. 183-196, 2018.

PEREIRA DA SILVA, A. M.; LEMES, R. F. L. Cartografia em saúde: mapeando as experiências, desafios e possibilidades no cotidiano do trabalho. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, v. 1, n. 5, p. 30-41, 2016.

REIS, V. M.; DAVID, H. M. S. L. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Revista de APS**, v. 13, n. 1, p. 118-125, 2010.

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n.2, p. 2299-2306, 2008.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. **Boletim Epidemiológico Tuberculose: Cenário epidemiológico da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. Análise do Ano de Diagnóstico 2018**, n. 1, 2020.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Programa de Controle da Tuberculose. Capacitação em controle da tuberculose. Instrumentos de registro, recomendações PCT/RJ. Rio de Janeiro, s.d. 2012.

ROCHA, D. S.; ADORO, R. C. F. Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 232-245. 2012.

RODRIGUES, G.; CORTEZ, E. A.; ALMEIDA, Y. S.; SANTOS, E. C. G. Processo de educação permanente sob a micropolítica do trabalho vivo em ato de Emerson Merhy: reflexão teórica. **Research Society and Development**. v, 10. n, 1. 2021.

ROSCHKE, M. A. Aprendizagem e conhecimento significativo nos serviços de Saúde. Honduras: OPAS/OMS, 1997. p. 140-161.

ROVERE, M. R. Gestion de la educacion permanente: una relectura desde una perspectiva estrategica. **Educación Médica y Salud**, v. 27, n. 4, p. 489-515, 1993.

SÁ, A. M. et al. Causas de abandono do tratamento entre portadores de tuberculose.

**Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 15, n. 3, p. 155-60, 2017.

SALCI, M. A. et al. Health education and its theoretical perspectives: a few reflections. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, pp. 224-230. 2013.

SANTIAGO, B. **Determinantes sociais de saúde relacionados à epidemiologia da tuberculose**. 2017. 95f. Tese (Doutorado em Promoção de Saúde) - Universidade de Franca, São Paulo, 2017.

SANTOS, M. L. S. G. et al. Poverty: socioeconomic characterization at tuberculosis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, p.762-767. 2007. DOI: 10.1590/S0104-11692007000700008.

SASAKI, N. S. G. et al. Atrasos na suspeita e no diagnóstico de tuberculose e fatores relacionados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 04, p. 809-823. 2015.

SANTOS, D. S. et al. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018.

SCHRAIBER, L. B., MOTA, A., NOVAES, M. D. H. Tecnologias em Saúde. <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br,2022>. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tecsau.html#topo> . Acesso em: 25/01/2022.

SILVA, T. C. et al. Fatores associados ao retratamento da tuberculose nos municípios prioritários do Maranhão, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4095-4103, 2017.

SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 1018-1032, 2011.

SILVA, G. D. M. et al. Evaluation of data quality, timeliness and acceptability of the tuberculosis surveillance system in Brazil's micro-regions. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10. p. 3307-19, 2017.

SILVA, P. F.; MOURA G. S.; CALDAS A. J. M. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n. 8 p.1745-54, 2014.

SLOMP, J. H. et al. Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. **Athenea Digital**, v. 20, n. 3, e2617, 2020. DOI: 0.5565/rev/athenea.2617

SOARES, M. L. M. et al. Aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos do abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco, Brasil, 2001-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 369-378, 2017.

SOEIRO, V. M. S.; CALDAS, A. J. M. C.; FERREIRA, T. F. Abandono do tratamento da tuberculose no Brasil, 2012-2018: Tendência e distribuição espaço-temporal. **Ciência e Saúde**

**Coletiva**, 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/abandonodo-tratamento-da-tuberculose-no-brasil-20122018-tendencia-e-distribuicao-espacotemporal/17871?id=17871>. Acesso em: 10 jun. 2021.

SOUSA, G. J. B. et al. Padrão temporal da cura, mortalidade e abandono do tratamento da tuberculose em capitais brasileiras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, e3218, 2019. DOI: 10.1590/1518-8345.3019.3218.

SOUSA S. S.; SILVA, M. G. V. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 636-43, 2010.

TEMOTEO, R. C. A. et al. Adesão ao tratamento da tuberculose: uma perspectiva do cuidado de si foucaultiano. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.22, e-1118, 2018. DOI: 10.5935/1415-2762.20180053

TERRA, M. F.; BERTOLOZZI, M. R. O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 659-6, 2008.

TOCZEK, A. et al. Strategies for reducing treatment default in drug-resistant tuberculosis: systematic review and meta-analysis. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 17, n.3, p. 299-307, 2013.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 443-453, 2007.

VENDRUSCOLO, C. et al. Educação permanente como potencializadora da gestão do sistema de saúde brasileiro: percepção dos gestores. **Revista Enfermagem UFSM**, v. 6, n. 1, p. 43-53, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e sociedade**. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA et al. (Orgs), 2. ed., Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. 96 p.

VIANA, P. V. S.; REDNER, P.; RAMOS, J. P. Fatores associados ao abandono e ao óbito de casos de tuberculose droga resistente (TBDR) atendidos em um centro de referência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p.1-11, 2018.

VIEIRA, I. M dos S.; MAIA, dos S. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista de Salud Pública**, v.13, n.4, p.703-716. 2011.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes do matriciamento no município de Vitória**. Vitória, 2019. 39p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Closing the gap: policy into practice on social determinants of health: discussion paper**. Geneva: World Health Organization, 2011. 56p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2016**. Geneva: World Health Organization, 2016. 214 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2019: Executive Summary**. Geneva: World Health Organization, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2019**. Geneva: World Health Organization, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2020**. Geneva: World Health Organization, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2021**. Geneva: World Health Organization, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Moscow Declaration to End TB; First WHO global ministerial conference ending TB in the sustainable development era: a multisectoral response**. Geneva: World Health Organization; Ministry of Health of the Russian Federation, 2017.

YIMER, S.; BJUNE, G.; ALENE, G. Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study. **BMC infectious diseases**, v.5, n.112, p.1-7, 2005.

## APÊNDICE A

### Roteiro para Entrevista Semi-Estruturado para Trabalhadores de Saúde

Entrevistado (A).....

Categoria: .....

- 1 - Como vocês percebem os casos de tuberculose nesta unidade?
- 2 - Quais estratégias a equipe utiliza para que o usuário consiga fazer seu tratamento?
- 3 - Quando vocês percebem que o usuário vai interromper o tratamento, qual conduta? E na situação de interrupção, qual a conduta?
- 4 - O que vocês consideram como relevante quando olham o tema da interrupção de tratamento?
- 5 - Quais as dificuldades vocês enfrentam na abordagem a interrupção do tratamento de tuberculose?
- 6 - Além dos instrumentos formais, quais instrumentos próprios de informação as equipes utilizam?
- 7 - Vocês possuem alguma atividade além do tratamento? Alguma outra instituição, ou setor fora da saúde? Se sim, qual setor?
- 8 - Como vocês vêem as políticas públicas para enfrentamento da tuberculose no Brasil?

## APÊNDICE B

### Diário de Campo

Início o diário de campo no primeiro dia de coleta de dados. Destaco aqui as dificuldades em realizar as visitas tendo em vista o elevado número de atendimentos de casos por síndrome gripal, e a campanha de vacinação contra a COVID-19, que deixou às unidades de saúde sobrecarregadas. De modo que o viés da Pandemia trouxe dificuldades em realizar encontros com os profissionais e com tempo hábil para trabalhar as discussões direcionadas pelo questionário. A função de responsável técnica de enfermagem da Coordenação de Área Programática da 3.1 facilitou o processo de entrada nas unidades e a conversa com os profissionais. No entanto, em todas as sete unidades, o tempo disponível dos profissionais foi um desafio diante das escalas de vacinação para a COVID-19, os atendimentos em grande número.

Ainda sobre os reflexos da Pandemia destacou-se a restrição de acesso de usuários aos profissionais de saúde tanto em barreiras físicas que serviram para a proposta de diminuir o contato, tanto em barreiras de acesso para consultas agendadas ainda que o usuário não estivesse com sintomas respiratórios naquele momento.

Em algumas unidades, os usuários aguardam ao lado de fora o atendimento para reduzir as chances de aglomeração. Para atendimento dos sintomáticos respiratórios há o que a Secretaria Municipal de Saúde denominou como a mesa de resposta rápida. Nesta classificação clínica, identifiquei um potencial para que haja a oferta de exames de rastreio como radiografia e coleta de escarro para a população com sintoma respiratório visto que o usuário muitas das vezes comparece para a avaliação com sintomas de tosse, febre e cansaço (sintomas semelhantes entre a tuberculose e a COVID-19). Como impacto da Pandemia houve também a suspensão ao longo de quase dois anos das visitas domiciliares, bem como afastamento de agentes comunitários que eram grupo de risco por todo o ano de 2020. Estes profissionais afastados apresentavam algum tipo de comorbidade que impediam o comparecimento ao ambiente de trabalho, e só retornaram após a segunda dose da vacina, em fevereiro de 2021.

As impressões que trago de algumas unidades é que aquelas que se localizam e atendem equipes com a população que frequenta próximas às áreas de baile possui maiores números de usuários envolvidos com o tráfico em tratamento de tuberculose, e muitos deles, interrompidos. Sobre a equipe de saúde, algumas unidades apresentam o corpo de enfermeiros sólido visto que o mais novo naquele ambiente já tem 05 anos de experiência, o que contribui para o processo de realização de vínculo e conhecimento pela área adscrita.

Na unidade Diniz Batista de onde derivou a minha pesquisa destaco o protagonismo do saber dos agentes comunitários de saúde que já trabalham há um longo tempo naquele território. Conseguem fazer associações entre fatores de risco que levam a interrupção de tratamento, e trabalham em parceria com o NASF da unidade.

Ao longo de todas as visitas identifiquei um ponto em comum sobre a carência de recursos humanos de profissional médico. O que dificulta as rotinas de atendimento, e superlotam agenda de enfermeiros gerando sobrecarga de trabalho e atropelamentos nas demandas impactando nos períodos de vigilância dos casos em tratamento, comprometendo turnos de visitas domiciliares.

Pontualmente, a unidade Adib Jatene, com oito equipes de saúde e que embora esteja localizada próximo a linha amarela, o que facilita o acesso dos profissionais, apresenta sistematicamente déficit de enfermeiros e médicos. Localizada na Vila do Pinheiro, hoje possui um incentivo financeiro no salário por iniciativa do governo municipal para atrair médicos, no entanto, a descontinuidade pelos frágeis vínculos das organizações sociais comprometem a longitudinalidade do cuidado. No encontro com os profissionais da unidade, observou-se o interesse dos agentes comunitários na saúde pelo processo de tratamento do usuário com tuberculose. Houve o relato de um caso onde o usuário se agravou e quase veio a óbito, o que impressionou o ACS responsável que verbalizou que “ não sabia que tuberculose matava”. Destaco que aqui nesta unidade, o envolvimento do profissional farmacêutico no processo de vigilância dos usuários e a iniciativa em construir uma planilha no Google Drive com informações relevantes da linha de cuidado que é alimentada pelas equipes de saúde. A equipe verbaliza um fator limitador no território, que é o elevado número de usuários que já estiveram em presídios, e mantém o envolvimento no tráfico, o que dificulta o tratamento até a alta por cura. A descontinuidade da chegada aos presídios também aparece no cotidiano do cuidado.

Consigo entender, que o processo de construção dos saberes das equipes se dá na correria do dia a dia com casos exitosos e casos com desfechos desfavoráveis. É na troca das experiências que uma equipe ou um profissional se apresenta com o outro. E este processo não requer mesa, cadeira e nem um momento marcado. A educação permanente em saúde ocorre em todos os espaços, nas relações de trabalho que as equipes desenvolvem no cotidiano.

## ANEXO A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Título: “Práticas de educação permanente em saúde desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde na abordagem ao usuário com tuberculose”**

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Práticas de educação permanente desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde na abordagem ao usuário com tuberculose”. **OBJETIVOS DO ESTUDO:** Analisar as práticas de educação permanente em saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde da família nas unidades da Maré, nos casos de interrupção do tratamento da tuberculose. **RECUSA DE PARTICIPAÇÃO DO ESTUDO:** Você tem o direito de não participar deste estudo. Sua decisão em participar ou não dessa pesquisa não afetará as suas relações atuais ou futuras com a Universidade Federal do Rio de Janeiro e com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** Se você concordar em participar deste estudo, fará parte de um grupo com profissionais vinculados(as) às equipes da Estratégia Saúde da Família de sua unidade de saúde, que foi selecionada para o estudo do Município do Rio de Janeiro sobre o tema: **Educação permanente em saúde e o manejo da tuberculose nos casos de interrupção de tratamento.** O grupo terá aproximadamente uma hora de duração e será realizado pela pesquisadora responsável. As atividades e discussões serão gravadas (áudio) e posteriormente reproduzidas por escrito (transcritas). Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. **RISCOS:** Há riscos mínimos decorrentes da emissão de suas opiniões sobre o tema da pesquisa. A pesquisadora estará atenta para evitar e contornar possíveis desconfortos entre os participantes no decorrer do grupo. No entanto, caso o participante se sinta desconfortável, poderá interromper a entrevista e desistir da participação em qualquer fase da pesquisa. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. **BENEFÍCIOS:** as suas opiniões serão analisadas pelos pesquisadores e contribuirão para a compreensão de como ocorre o processo de educação permanente em Tuberculose na Atenção Primária à Saúde. **CUSTO PARA OS PARTICIPANTES:** Não haverá custos para você caso decida participar deste estudo, tampouco receberá algum tipo de pagamento. **CONFIDENCIALIDADE:** As informações fornecidas por você são confidenciais, quer sejam gravadas ou não. As informações serão armazenadas em um banco de dados com uso de software de análise qualitativa de dados. O sigilo será assegurado pela pesquisadora responsável pela coleta durante toda a pesquisa, incluindo o processamento e análise dos dados e os dados identificados neste TCLE. Suas opiniões não serão identificadas. Os resultados serão divulgados em uma apresentação de conclusão de curso aberta ao público. No trabalho serão utilizados além de falas isoladas e de transcrições, a impressão da pesquisadora elaborada durante o processo de pesquisa em conjunto com a sua vivência profissional na área pesquisada. Existe a possibilidade de publicação em futuro artigo. **DESISTÊNCIA:** Você tem o direito de desistir em participar nesta pesquisa em qualquer fase, sem penalização alguma. **DÚVIDAS, RECLAMAÇÕES E ACOMPANHAMENTO:** Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP/HUCFF/FM/UFRJ). O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e do sigilo.

Possui atribuições relativas à emissão de pareceres sobre protocolos de pesquisa em seres humanos, no âmbito das Resoluções CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e nº 510, de 7 de abril de 2016.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, uma cópia será entregue a você e a outra será arquivada pelo pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo será destruída. Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.



## ANEXO B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

**Interrupção do tratamento da tuberculose como analisador para a intervenção na rede de atenção à saúde do estado do Rio de Janeiro: uma estratégia de inovação tecnológica no cuidado de si e do outro e as “resistências” no contexto da pandemia de COVID-19.**

Nome do(a) Voluntário(a): \_\_\_\_\_

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **“Interrupção do tratamento da tuberculose como analisador para a intervenção na rede de atenção à saúde do estado do Rio de Janeiro: uma estratégia de inovação tecnológica no cuidado de si e do outro e as “resistências” no contexto da pandemia de COVID-19”**, sob a responsabilidade do pesquisador Emerson Elias Merhy, a qual pretende analisar a produção de redes de cuidado das pessoas com tuberculose. Sua participação é voluntária, e se você concordar em participar da pesquisa, será convidado a falar sobre as suas experiências de gestão e/ou trabalho na rede de cuidado às pessoas com tuberculose e sobre os eventos mais significativos que ocorrem em sua experiência. Este estudo implica apenas na disponibilidade de tempo para responder às perguntas do pesquisador. A conversa será realizada em momento, condição e local mais adequado para você, preservando sua privacidade. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, podendo haver um possível constrangimento em responder alguma questão ou desconforto em relação ao tempo gasto para responder à pesquisa. Caso tenha algum constrangimento, faremos a interrupção da entrevista ou você poderá não responder à determinada questão que causou o constrangimento. Em relação ao desconforto, poderemos continuar a entrevista em outro momento mais apropriado. As perguntas e suas respostas serão registradas por meio de gravação de voz somente. O material das entrevistas será arquivado por um período de cinco anos. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição de gestor e/ou trabalhador da Rede de Cuidado à Pessoa com Tuberculose e você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Se você aceitar participar, estará contribuindo para melhoria e avanços das políticas de saúde voltadas à atenção à saúde da pessoa com deficiência.

Se depois de consentir em sua participação o (a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço R. Marques de Abrantes, 16, apto 603. Flamengo. CEP: 22230-061, pelo telefone (019) 98181- 9243, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRJ–Macaé (CEP, UFRJ-Macaé), através do e-mail: [cepufjrjmacae@gmail.com](mailto:cepufjrjmacae@gmail.com).

Consentimento Pós-Informação:

