

# IMPLANTAÇÃO DE UMA MODALIDADE ALTERNATIVA DE ATENÇÃO À PESSOA COM TUBERCULOSE: TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO AMPLIADO<sup>1</sup>

Caetano Braun Cremonini<sup>2</sup>, Elsa Franke Roso<sup>3</sup>, Licier Moraes da Silva<sup>4</sup>, Salete Maria Biazetto Machado<sup>5</sup>, Thais Botelho da Silva<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Relato de experiência realizada no Hospital Sanatório Partenon

<sup>2</sup> Educador Físico do Hospital Sanatório Partenon, Mestre e Doutorando em Sociologia (UFRGS), caetano-braun@saude.rs.gov.br, Porto Alegre/RS/Brasil.

<sup>3</sup> Assistente Social do Hospital Sanatório Partenon, Mestra em Política Social e Serviço Social (UFRGS), elsaroso@gmail.com, Porto Alegre/RS/Brasil.

<sup>4</sup> Terapeuta Ocupacional do Hospital Sanatório Partenon, Mestra em Ensino em Saúde (UFCSPA), liciermoraesto@yahoo.com.br, Porto Alegre/RS/Brasil.

<sup>5</sup> Assistente Social do Hospital Sanatório Partenon, Especialista em Gerontologia Clínica e Saúde do Idoso (IAHCS), saletebiazetto@gmail.com, Porto Alegre/RS/Brasil.

<sup>6</sup> Fisioterapeuta do Hospital Sanatório Partenon, Mestra em Saúde Coletiva (UFRGS), thaisbs.fisio@gmail.com, Porto Alegre/RS/Brasil.

**RESUMO:** Introdução: Este relato aborda a implantação de uma modalidade alternativa de atenção às pessoas com tuberculose que conjuga a ingesta observada da medicação com atendimentos por equipe multidisciplinar. Objetivo: relatar e avaliar a experiência inicial do Tratamento Diretamente Observado Ampliado. Resultados: Hoje, o serviço acompanha cinco pessoas com co-infecção tuberculose/HIV e histórico de má adesão. Destes, quatro apresentam bom vínculo terapêutico com a equipe e um está em processo de vinculação. Discussão: A pandemia de COVID-19 em Porto Alegre limitou a ampliação do número de pessoas acompanhadas. Identificou-se dificuldades inerentes a uma nova proposta para a qual não existem documentos balizadores. Porém, esta situação também conferiu potencialidades: construção conjunta das ações, avaliação e discussão do processo e estímulo ao trabalho não fragmentado e centrado no usuário. Conclusão: O TDO Ampliado se mostra uma ferramenta promissora para condução de casos de difícil adesão.

## INTRODUÇÃO

O presente texto pretende apresentar um relato de experiência quanto à implantação de uma modalidade alternativa de atenção às pessoas com tuberculose (TB), denominada Tratamento Diretamente Observado Ampliado (TDO Ampliado). Tal modalidade foi idealizada nos meses finais de 2020 e vem sendo implantada como projeto-piloto desde janeiro de 2021 no Hospital Sanatório Partenon (HSP). Localizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), o HSP é um serviço pertencente à Rede de Atenção à Saúde do RS, servindo como referência estadual para

o tratamento de tuberculose e desempenhando, desde a segunda metade da década de 1970, a função de retaguarda assistencial do Programa Estadual de Combate à Tuberculose (OTT E JARCZEWSKI, 2007). O TDO Ampliado busca conjugar a ingesta observada da medicação com atendimentos por uma equipe multidisciplinar em ambiente acolhedor, visando dar conta das diferentes demandas física, psíquica e/ou social de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que se encontram em risco de abandono do tratamento para tuberculose.

A tuberculose é um grave problema de saúde pública mundial, sendo o Brasil um dos países com maior número de casos no mundo (BRASIL, 2017). O ressurgimento alarmante da doença se deu em consequência da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de seus efeitos nas pessoas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), bem como da situação de vulnerabilidade social de importante parcela da população, tornando-se assunto prioritário nas agendas de saúde em nível global e nacional (BRASIL, 2019). No caso específico do Estado do Rio Grande do Sul, têm-se observado indicadores piores do que a média nacional. Dentre esses, destaca-se a menor taxa de cura de casos novos, com dados do ano de 2018 indicando um percentual de 62,2% no RS, em comparação com 71,9% da média nacional; a maior taxa de abandono, com dados do mesmo ano indicando o percentual de 15,4% no RS, em comparação com a média brasileira de 10,6%; a maior taxa de co-infecção de tuberculose e HIV (TB-HIV), com dados de 2019 indicando o percentual de 16,1%, em comparação à média nacional de 10,6%; e a taxa de mortalidade ligeiramente maior de 2,64 por 100 mil habitantes para RS, em comparação à brasileira de 2,2 (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Conforme preconizado no Plano Nacional Pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública (BRASIL, 2017), a detecção, o diagnóstico e o acompanhamento da tuberculose compete ao âmbito municipal, em nível de atenção básica, cabendo ao âmbito estadual, dentre outras atividades, o gerenciamento e a execução supletiva de ações de controle da tuberculose. Nessa perspectiva, o HSP conta com, dentre outros serviços, um ambulatório que serve como referência estadual para diagnóstico e tratamento de pacientes com tuberculose multidrogarresistente (TB MDR) – Ambulatório de Tisiologia –, bem como com uma internação destinada a acolher usuários em mau estado geral, com necessidade de ajuste de medicação e que, em decorrência de problemas físicos, psíquicos e/ou sociais, apresentam dificuldades para a conclusão do tratamento na rede da atenção básica. Portanto, o modelo da internação do HSP busca dar conta de pacientes que, em contexto de vulnerabilidade, apresentam risco de abandono do tratamento, enquadrando-se, de acordo com a proposta do Ministério da Saúde (2019), entre os hospitais de internação de *longa permanência* para pacientes com tuberculose, com indicação de internação social.

É bem documentada a determinação social da tuberculose, sendo esta uma das enfermidades mais prevalentes e com alta carga em termos de mortalidade entre pessoas em situação de pobreza no mundo (WHO, 2014). A distribuição da doença ocorre de maneira desigual, estando

concentrada em parcelas da população com precário acesso a recursos econômicos e sociais – a saber: pessoas em situação de pobreza e fome, minorias étnicas, pessoas vivendo com HIV/AIDS e pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2018). Especificamente acerca da realidade de Porto Alegre, a pesquisa realizada por Maffaccioli, Oliveira e Brand (2017) também demonstra essa vinculação da tuberculose a situações de exclusão social, evidenciando que a situação de rua, o uso abusivo de substâncias psicoativas (principalmente o crack) e a co-infecção TB-HIV constituíram os maiores complicadores na trajetória de pacientes internados por tuberculose.

Como citado anteriormente, a taxa de abandono do tratamento no RS tem sido maior do que a taxa brasileira. É caracterizado o abandono quando a pessoa, tendo iniciado o tratamento da tuberculose, deixa de comparecer à unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos após a data marcada para seu retorno (BRASIL, 2019). Conforme preconizado pelo Plano Estadual de Controle da Tuberculose (2019), o abandono do tratamento deve ser tratado como desfecho inaceitável pelos serviços de saúde e, de maneira mais ampla, pela sociedade como um todo, uma vez que acarreta em graves implicações epidemiológicas e sociais, com os doentes permanecendo como fonte de infecção em suas comunidades (muitas vezes transmitindo bacilos agora resistentes aos medicamentos em uso). São múltiplos os fatores relacionados ao abandono do tratamento, como dificuldades de acesso à unidade de saúde e incompatibilidade de horários, efeitos adversos aos medicamentos, longa duração do tratamento, pouca atenção do serviço às demandas dos pacientes, melhora clínica antes da conclusão do tratamento (que leva à percepção de cura por parte do paciente, caso a equipe de saúde não trate do tema), bem como problemas sociais e outras co-morbidades, especialmente o uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2019). Lemes e Raimundo (2014) mostram como as características sociais da doença estão por trás de parte dos abandonos, sendo indicados como principais motivos a situação familiar, carências pessoais, problemas associados ao uso de álcool e outras drogas e condições de miséria. Conte e demais autores (2015) reiteram, em sua análise sobre as dificuldades de adesão ao tratamento na própria realidade da internação do HSP, o já estabelecido pela literatura a respeito do tema, ou seja, os seguintes fatores preponderantes: uso abusivo de drogas, desemprego, baixa escolaridade, graves sofrimentos psíquicos, rompimento de vínculos familiares, necessidade de abstinência para conclusão do tratamento e fragilidades da rede de atenção.

Tendo isto em vista, as equipes técnicas da internação e do ambulatório de tisiologia do HSP idealizaram, a partir dos últimos meses de 2020, uma modalidade de atenção que buscasse dar conta das complexidades físicas, psíquicas e sociais de pacientes com alto risco de abandono. Denominada de TDO Ampliado, tal modalidade conjuga a ingesta medicamentosa a uma série de outros atendimentos proporcionados por equipe multidisciplinar, buscando dar conta da integralidade dos sujeitos e sendo realizada sem a obrigatoriedade da internação de longa permanência (que, no caso desses usuários especificamente, muitas vezes se mostra inviabilizada devido às dificuldades geradas pelo uso de substâncias e a conflitos que eclodem no grupo de

pacientes). Trata-se de uma modalidade em consonância com a Política de Redução de Danos, não demandando a abstinência do usuário para a conclusão do tratamento, mas, ao mesmo tempo, compartilhando o cuidado com a rede de atenção à saúde mental na medida em que se fizer necessário. Mostra-se de acordo, também, com a política em saúde posterior ao processo da Reforma Psiquiátrica, prezando pela desospitalização e pela atenção de modo não-excludente a pessoas em situação de vulnerabilidade social.

Por estar localizada num serviço de saúde em Porto Alegre e demandar a presença constante do usuário nos serviços, a implantação dessa modalidade de tratamento está direcionada somente a pacientes com tuberculose residentes neste município, com possibilidade de ampliação para residentes em cidades da região metropolitana. Entretanto, a principal contribuição do TDO Ampliado ao enfrentamento da tuberculose e co-morbidades no RS é consolidar-se como espaço de experimentação de diferentes tecnologias em saúde, bem como de ensino e pesquisa em saúde coletiva, considerando como horizonte estratégico a organização de modelos de cuidado semelhantes, em consonância com as características e especificidades de qualquer território desafiado a combater a tuberculose.

Nesse sentido, visa realizar, em âmbito estadual, uma modalidade inovadora que possa servir de referência para outras experiências de tratamento que se fazem necessárias, tendo em vista a gravidade da tuberculose enquanto problema de saúde pública no Estado do RS. Desse modo, o presente texto apresentará o relato de experiência da implantação dessa modalidade de atenção no HSP, avaliando dificuldades encontradas, processos realizados, potencialidades e desafios que se apresentam. Assim, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência da implantação inicial da modalidade de tratamento TDO Ampliado e avaliar criticamente esse processo, apontando dificuldades, potencialidades e desafios que se apresentam.

## **METODOLOGIA**

Este relato de experiência parte da observação, notas e discussões realizadas pelos profissionais que estão implantando a modalidade de TDO Ampliado. Os resultados contidos aqui são produto dos registros de diário de campo dos profissionais a partir de suas reflexões pessoais acerca deste processo, de modo a conduzir uma escrita crítica que faça articulação com a literatura de referência. Os dados partem da experiência desses profissionais, que vinham trabalhando na internação e que vêm questionando, coletivamente e junto a outras instâncias da instituição, o quanto os modelos instituídos até então (tratamento hospitalar e ambulatorial) têm dado conta da complexidade vivida pelos usuários. O TDO Ampliado foi criado com o intuito de ofertar uma modalidade alternativa de tratamento que privilegie o cuidado em liberdade e a promoção da

autonomia do sujeito. A escrita deste artigo traz a sistematização dos acontecimentos envolvidos no desenvolvimento da criação deste novo serviço desde o projeto inicial até a condução dos primeiros casos que estão em acompanhamento.

## **RESULTADOS**

Os resultados deste relato de experiência estão sistematizados em dois tópicos. Primeiramente, é apresentado o projeto inicial da modalidade de TDO Ampliado elaborado pela equipe do HSP, com a caracterização do serviço e os fluxos pensados para os usuários. Depois, é exposto o itinerário da implantação desta nova modalidade, bem como os casos dos primeiros cinco usuários a serem absorvidos e a rotina que vem sendo instituída no serviço.

### **TDO Ampliado: projeto inicial e fluxos do usuário**

Elaborado pelas equipes técnicas dos serviços de internação por tuberculose e ambulatório de tisiologia do HSP, o projeto piloto do TDO Ampliado surgiu como uma resposta para dificuldades percebidas para a conclusão do tratamento de pacientes que, por aspectos físicos, psíquicos e sociais, se encontram com alto risco de abandono. Trata-se de uma modalidade intermediária entre a internação de longa permanência por tuberculose e o modelo ambulatorial, caracterizando-se por vincular o tratamento medicamentoso a abordagens específicas proporcionadas pela equipe multidisciplinar do hospital, como alimentação, acolhimento, atendimentos individuais, oficinas e grupos terapêuticos, sem, no entanto, a necessidade de internação do paciente.

Operacionalmente, foram pensadas as seguintes portas de entrada para que o usuário chegue ao serviço do TDO Ampliado: (1) o ambulatório de tisiologia do HSP, que serve como referência para casos de TB MDR e de co-infecção TB-HIV da Gerência Distrital Partenon Lomba do Pinheiro (GDPLP); (2) setor de internação do HSP, com pacientes que não pretendem ou não conseguem completar o seu tratamento internados, mas que podem se beneficiar da proposta do TDO Ampliado; (3) pessoas com tuberculose assistidas e encaminhadas pelo Programa Ação Rua atuante na área de abrangência da GDPLP; (4) serviços que tratam HIV no território.

Uma vez feita a indicação do paciente ao TDO Ampliado, ele passa por acolhimento inicial realizado por dois técnicos da equipe multidisciplinar, com um destes profissionais assumindo o acompanhamento como técnico de referência. O acolhimento tem como objetivo a construção de uma relação de confiança e compromisso do usuário para com equipe e serviço de saúde, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010), e é compreendido

como uma importante estratégia para melhorar a adesão ao tratamento de tuberculose a partir do estabelecimento do vínculo terapêutico (BRASIL, 2018). Com o acolhimento, busca-se também analisar as necessidades, demandas específicas e disponibilidades do usuário, de modo a subsidiar a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) traçado em conjunto entre equipe de saúde e usuário. O PTS é considerado uma importante ferramenta para melhoria da adesão ao tratamento e visa, essencialmente, valorizar a trajetória individual do usuário, trazendo-o para o centro do cuidado (BRASIL, 2019). Com o PTS, são pactuadas metas, objetivos, compromissos e responsabilidades a partir de um diagnóstico situacional, apontando os caminhos pelos quais o cuidado seguirá daquela data em diante e estando sempre em processo de reavaliação e readequação quando necessário.

### **Itinerário da implantação e caracterização dos usuários**

A equipe do TDO Ampliado foi constituída em dezembro de 2020 e janeiro de 2021, contando, inicialmente, com duas assistentes sociais, uma fisioterapeuta, um educador físico, uma terapeuta ocupacional e duas técnicas de enfermagem, recebendo apoio da equipe de enfermagem da internação do HSP e da equipe médica do ambulatório de tisiologia. Pretende-se que essa equipe seja ampliada, absorvendo profissionais de psicologia e psiquiatria, bem como um(a) enfermeiro(a) que faça parte da equipe, mas tal ação ainda não foi possível por questões operacionais da própria instituição.

A modalidade de TDO Ampliado teve início com a vinculação de dois usuários, ocorrida no dia 19 de janeiro de 2021. Nesse primeiro momento, os mesmos realizavam refeições e atendimentos no espaço destinado ao serviço e com a equipe do TDO Ampliado, mas mantinham a administração da medicação no ambulatório de tisiologia. A medicação passou a ser administrada no espaço específico e pelas técnicas de enfermagem que compõem o TDO Ampliado no dia 24 de fevereiro. Até o momento foram quatro usuários vinculados ao novo serviço e outro que foi acolhido, mas não se vinculou (embora a equipe continue buscando junto a outros serviços de saúde e de assistência social localizá-lo e estimulá-lo ao tratamento). Todos os usuários até o momento são co-infectados TB-HIV, e encontram-se também em tratamento com antirretrovirais, com a maior parte deles realizando a ingesta dessa medicação junto com os tuberculostáticos. Cabe salientar que alguns deles retomaram este tratamento após vinculação ao TDO Ampliado. Os usuários serão apresentados brevemente a seguir:

O Usuário 1, homem de 34 anos, branco, iniciou seu tratamento de TB MDR em novembro de 2019 na internação do HSP, onde permaneceu até novembro de 2020, com alta a pedido. Foi vinculado ao ambulatório de tisiologia, mantendo tratamento irregular entre dezembro de 2020 e

janeiro do ano seguinte, sendo vinculado ao TDO Ampliado no dia 19 do mesmo mês. Paciente com diagnóstico de HIV, histórico de uso abusivo de álcool e outras drogas e relatos de esquizofrenia na família. Em sua experiência no TDO Ampliado, alternou períodos de frequência diária com momentos de irregularidade, com a equipe recorrendo à busca ativa em seu território no momento mais crítico. Na ocasião em que esse trabalho é escrito, mantém-se regular.

A Usuária 2, mulher de 33 anos, preta, histórico de seis abandonos de tratamento, tanto de tuberculose quanto de HIV. Em outubro de 2018 iniciou o atual tratamento para falha de esquema de TB MDR, alternando entre internações no Hospital Sanatório Partenon e ingesta supervisionada da medicação no Ambulatório de Tisiologia. Ingressou no TDO Ampliado em janeiro de 2021, o qual acessa três vezes por semana. Histórico de violência intrafamiliar e pobreza. Apresenta baixo peso devido à alimentação insuficiente, o que não ocorre por falta de acesso à alimentação básica, mas por questões que estão sendo investigadas com suporte de médico, psicóloga e nutricionista. Este quadro dificulta a ingesta da medicação e desencadeia a irregularidade do tratamento.

O Usuário 3, homem de 29 anos, preto, com diagnóstico de HIV desde os 9 anos de idade, com histórico de tratamento irregular. Diagnóstico de tuberculose no final de 2019 com abandono em duas tentativas de tratamento ambulatorial. Usuário de álcool e cocaína, alternando entre moradia precária e situação de rua. Recentemente acessou o albergue municipal da cidade, mas por curto período de tempo em função da fragilidade da rede socioassistencial. Esteve em acompanhamento regular e diário no TDO Ampliado e optou-se por internação por risco de novo abandono em função de estar em situação de rua. Tem plano de seguir no TDO Ampliado assim que conseguir dispor de moradia.

Usuária 4, mulher de 39 anos, preta, teve diagnóstico de TB em 12 de fevereiro de 2021. Internou em um hospital geral de Porto Alegre, evadindo do local dois dias depois. Apresenta problemas associados ao uso abusivo de crack e realiza acompanhamento em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD). Passou por acolhimento com técnicas da equipe do TDO Ampliado no dia 25 de fevereiro, após solicitação do Serviço de Atenção Terapêutica para HIV/Aids. Iniciou o tratamento no dia 26 de fevereiro e, desde então, tem sido assídua no serviço, tendo se ausentado somente um dia até a escrita deste trabalho.

Usuário 5, homem de 48 anos, preto, faz uso abusivo de crack e encontra-se em situação de rua. Esteve na internação do HSP no final de 2019, saindo por iniciativa própria. Desde então, vive com uma tuberculose não tratada. Começou acompanhamento no ambulatório de tisiologia no dia 03 de fevereiro de 2021; em 18 do mesmo mês, foi acolhido por técnicos do TDO Ampliado por solicitação da equipe do ambulatório. Mostrou-se receptivo a essa modalidade de atenção, mas, desde então, não retornou ao serviço. A equipe realizou contato com o Programa Ação Rua, bem como com o serviço de HIV/AIDS no qual ele faria tratamento (também não tem

feito). Foi acordado outro acolhimento para o dia 25 de fevereiro, contudo U5 novamente não compareceu. Os diferentes serviços seguem pensando em ações conjuntas para vincular o usuário aos tratamentos necessários, não excluindo a necessidade de um período breve de internação.

A rotina do atendimento no TDO Ampliado inicia com a oferta do café da manhã, seguida pela realização de um atendimento terapêutico (podendo ser individual ou de grupo, dependendo da demanda dos usuários presentes no dia), oferta de almoço e tomada supervisionada da medicação. As atividades que são desenvolvidas incluem horta, exercícios físicos, educação em saúde, atividades manuais e outras desenvolvidas pelos núcleos profissionais (serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional e educação física). Com frequência, os usuários sentem necessidade de um momento de descanso e este tem sido realizado na área de estar.

## **DISCUSSÃO**

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é compreendido como a principal ação de apoio e monitoramento do tratamento de pessoas com tuberculose, se caracterizando a partir da observação da ingestão dos medicamentos tuberculostáticos, preferencialmente, todos os dias da semana ou, no mínimo, três vezes na semana. O TDO pressupõe uma atuação comprometida e humanizada dos trabalhadores da saúde, permitindo que esses identifiquem situações que possam comprometer a adesão e deve ser oferecido pela rede de forma descentralizada, facilitando o acesso do usuário ao cuidado (BRASIL, 2019).

Com base na caracterização inicial do TDO, foi pensada uma modalidade ampliada dessa estratégia, direcionada especificamente a pessoas que se encontram com dificuldade de adesão e em risco de abandono do tratamento, a qual chamamos TDO Ampliado. Entendemos que a principal contribuição dessa estratégia é a experimentação e desenvolvimento de diferentes tecnologias em saúde, bem como a constituição de um espaço de ensino e pesquisa em saúde coletiva, que possam ser oferecidos à rede para serem replicadas ou adaptadas em diferentes pontos a partir do princípio da descentralização.

O TDO Ampliado é uma proposta que busca realizar uma assistência integral aos usuários, dando conta da complexidade do tratamento da tuberculose – a saber, sua longa duração (mínima de seis meses), bem como as conhecidas características sociais e psíquicas envolvidas no adoecimento (WHO, 2014; BRASIL, 2019). Visa estabelecer um vínculo terapêutico entre paciente e equipe do serviço, sem, no entanto, incorrer em algumas das dificuldades que uma internação de longa permanência apresenta para essa população específica (especialmente a necessidade de abstinência, o surgimento de eventuais conflitos que ocorrem entre o grupo de pacientes e que inviabilizam a permanência de alguns, como também o desejo dos mesmos de envolver-se em

atividades de trabalho e renda). Nesse sentido, trata-se de uma proposta na linha das estratégias de redução de danos a ser aplicada como projeto piloto realizado em âmbito estadual, se enquadrando no primeiro pilar do Plano Nacional Pelo Fim da Tuberculose Como Problema de Saúde Pública (BRASIL, 2017) – Prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com tuberculose –, que prevê a adoção de estratégias para acompanhamento no tratamento capazes de reduzir desfechos desfavoráveis e o desenvolvimento de ações que favoreçam a adesão ao tratamento. Pretende-se, com essa proposta, realizar uma modalidade inovadora que possa servir de referência para outras experiências de tratamento que se fazem necessário, tendo em vista a gravidade da tuberculose enquanto problema de saúde pública no Estado do Rio Grande do Sul, podendo ser replicada ou, em menor grau, adaptada para outros pontos da rede.

Ainda que incipiente, a experiência adquirida em dois meses de implementação do TDO Ampliado permite que algumas questões sejam problematizadas, especialmente aquelas relacionadas à conjuntura e ao processo de trabalho da equipe. Dificuldades decorrentes da pandemia de COVID-19 e, principalmente, de sua agudização no estado do RS no início de 2021, limitaram a ampliação do acesso ao novo serviço. Considerando que se trata de uma proposta de trabalho que prioriza abordagens coletivas, a equipe decidiu manter o atendimento de apenas quatro usuários a fim de reduzir o risco de adoecimento dos participantes. Ademais, a crise sanitária tem afetado o acesso dos usuários a outros pontos da rede de saúde e socioassistencial, como as Unidades de Saúde da Família, os Centros de Referência de Assistência Social, serviços para confecção de documentação civil básica, entre outros, o que empobrece as possibilidades construídas no PTS de cada usuário. Identificaram-se dificuldades inerentes a uma nova proposta assistencial, para a qual não existem documentos e protocolos balizadores específicos. Porém, esta situação também confere potencialidades: construção conjunta e compartilhada das ações e pactuações entre a equipe de forma democrática, avaliação do processo de trabalho e discussão de casos realizados semanalmente, além do estímulo permanente ao trabalho interdisciplinar, não fragmentado e centrado no usuário. A criação dessa modalidade de atenção é uma expressão do trabalho vivo em ato (MERHY, 2002), pois tem como base as tecnologias relacionais e um agir em saúde que lida com a imprevisibilidade e as subjetividades advindas, em que os trabalhadores estão engajados na totalidade de sua construção.

Tem se revelado bastante importante a existência de um ambiente acolhedor, no qual os usuários se sintam à vontade para descansar, assistir televisão, conversar entre eles, além de participar dos atendimentos desenvolvidos pela equipe técnica. É muito comum que os usuários do serviço alcem, tomem a medicação e, posteriormente, permaneçam um tempo repousando antes de ir embora, com isso se mostrando relevante para a boa adesão ao tratamento e para o bom vínculo com equipe e local. Esse ambiente acolhedor também se traduz no esforço de escuta que a equipe realiza das demandas e angústias - as mais diversas - trazidas pelos usuários. Em

alguma medida, percebe-se que esses sujeitos, por terem dinâmicas de vida bastante complexas e com precário acesso a direitos básicos, apoiam-se bastante no serviço de saúde e sentem-se, de alguma forma, acolhidos pela proposta desse. Como exemplo, apontamos o caso da Usuária 4 que, na avaliação inicial da equipe, teria muita dificuldade de vir diariamente realizar o TDO devido à própria precariedade de suas condições de vida e aos problemas decorrentes do uso de substâncias, e que completou seu primeiro mês de tratamento vindo diariamente, valorizando muito a alimentação, a relação com a equipe e o espaço para repouso.

As dificuldades impostas pelas condições de vida de cada usuário, decorrentes do uso de álcool e outras drogas associado a outras questões psíquicas e sociais, torna a regularidade no acesso ao serviço um desafio, tanto para eles quanto para a equipe. Nessa perspectiva, a equipe do TDO Ampliado tem tentado integrar os usuários aos serviços de atenção à saúde mental, como os CAPS, bem como desenvolvido, em conjunto com a rede, estratégias de busca ativa e atendimentos domiciliares para evitar o abandono e reforçar a adesão.

Tem sido desafiador para a equipe do TDO Ampliado, assim como para as equipes de referência ambulatorial para pessoas com tuberculose e/ou HIV/Aids localizadas na instituição, a criação de fluxos que facilitem a adesão de usuários co-infectados a ambos os tratamentos. Tem-se experimentado o TDO conjunto, o monitoramento de consultas e de retiradas de medicamentos, bem como o acompanhamento de alguns atendimentos pelo técnico de referência quando solicitado pelo usuário.

Entende-se que o TDO Ampliado tem potencial para consolidar-se como alternativa assistencial no cuidado de pessoas com tuberculose e co-morbidades se, de fato, alcançar os seus territórios de moradia e sociabilidade. Para isto, a proposta inicial precisa ser ampliada com o ingresso de novos usuários que atendam aos critérios de inclusão, quais sejam: dificuldade de adesão ao tratamento diretamente observado na unidade de saúde de referência e complexidade psicossocial.

## **CONCLUSÕES**

O TDO Ampliado tem se mostrado importante ferramenta para condução dos casos de tuberculose de difícil adesão. Trata-se de um recurso que pode ser utilizado na medida em que o usuário tenha condições clínicas de permanecer fora da internação, podendo compor as estratégias de cuidado envolvidas no alcance da cura da doença. O esforço por conjugar os tratamentos de TB-HIV tem sido um dos grandes diferenciais do serviço e a importância da adesão a estes tratamentos vem sendo estimulada de forma intensa com os usuários. A oferta de um espaço acolhedor, que facilite

o acesso e a construção de vínculo entre equipe de saúde e usuário tem se mostrado um fator importante para a regularidade do tratamento, permitindo também a inserção desses sujeitos em outros serviços da rede de atenção.

Com o agravamento da desigualdade social impulsionada pela conjuntura da pandemia, os casos de tuberculose tendem a aumentar e a tornarem-se cada vez mais complexos. Nesse sentido, o esforço da política de saúde deve incluir medidas que propiciem as condições necessárias para que os indivíduos possam levar adiante seus tratamentos, atingir a cura e interromper a cadeia de transmissão.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Plano nacional pelo fim da tuberculose**. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

CONTE, Marta (org). **Caiu na rede mas não é peixe: Vulnerabilidades Sociais e Desafios para a Integralidade**. Porto Alegre: Pacartes, 2015.

GONÇALVES TEODORO LEMES, Nayara; JORGE DE SOUZA RAIMUNDO, Ronney. Tuberculose: **Fatores de Risco para o Abandono do Tratamento e Estratégias para a Adesão**. Revista de Divulgação Científica Sena Aires, v. 3, n. 1, p. 76-81, 2014.

MAFFACCIOLLI, Rosana; DE OLIVEIRA, Dora Lúcia LC; BRAND, Évelin Maria. **Vulnerabilidade e direitos humanos na compreensão de trajetórias de internação por tuberculose**. Saúde e Sociedade, v. 26, p. 286-299, 2017.

OTT, Werner Paul; JARCZEWSKI, Carla Adriane. **Combate à tuberculose sob novo enfoque no**

**Rio Grande do Sul.** Boletim Epidemiológico, v. 9, n. 5, p. 1-7, 2007.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo.** 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Programa Estadual de Controle da Tuberculose. **PLANO ESTADUAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE** Porto Alegre, 2010.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Programa Estadual de Controle da Tuberculose. **Informe Epidemiológico: Tuberculose 2020.** Porto Alegre, 2020.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2014.** Geneva: WHO, 2014b.

Agradecimentos: A equipe agradece pelo apoio à implantação desta modalidade de atenção às direções técnica e administrativa do Hospital Sanatório Partenon, bem como às equipes da internação e do ambulatório de fisiologia da mesma instituição.