

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO
(Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de
Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose
na atenção básica: protocolo de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de
Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília :
Ministério da Saúde, 2011. 168 p. : il. – (Serie F. Comunicação e Educação em Saúde).
Tratamento Diretamente Observado da tuberculose - Modificado

O **Tratamento diretamente observado**- TDO para a tuberculose consiste na tomada diária (de segunda a sexta-feira) da medicação sob supervisão do profissional de saúde, possibilitando interação, corresponsabilidade e aprendizado de todos os atores (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde).

Em instituições fechadas como por exemplo, o sistema prisional o profissional treinado pode realizar o TDO. Se para o doente a opção de três vezes por semana for necessária, deve ser exaustivamente explicado sobre a necessidade da tomada diária da medicação, incluindo os dias em que o tratamento não será observado. Para fins operacionais, ao final do tratamento, para a decisão de que o tratamento foi supervisionado, convencionou-se que, no mínimo, 24 tomadas da medicação tenham sido diretamente observadas na fase de ataque e 48 doses na fase de manutenção.

A quem se destina o tratamento diretamente observado?

A todos os pacientes com diagnóstico de tuberculose.

Objetivos do tratamento diretamente observado

- Melhorar a atenção ao doente por meio do acolhimento humanizado.
- Possibilitar a adesão, garantindo a cura.
- Reduzir a taxa de abandono.
- Interrromper a cadeia de transmissão da doença.
- Diminuir o surgimento de bacilos multirresistentes.
- Reduzir a mortalidade.
- Reduzir o sofrimento humano, uma vez que se trata de doença consumptiva, transmissível e de alto custo social.
- Realizar uma educação em saúde mais efetiva, de forma individualizada voltada para orientar e corresponsabilizar o indivíduo, a família e a comunidade nas ações de saúde.

A organização dos serviços de tuberculose deverá assegurar que:

- O doente receba o tratamento diretamente observado da tuberculose na unidade de saúde mais próxima de sua residência.
- Seja administrada a medicação no domicílio, unidade de saúde ou trabalho, auxiliada pelo profissional de saúde (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde).
- A pessoa que participa da administração dos medicamentos deverá ser identificada e aceita pelo paciente.
- Dois profissionais da unidade de saúde se responsabilizem concomitantemente pelo TDO do doente, em virtude de licenças, férias e doença.
- Seja disponibilizado o tratamento para cada doente que ingresse no programa de tuberculose.
- Seja viabilizado fluxo para a realização dos exames de escarro e a entrega dos resultados.
- Seja garantida a internação do paciente ($\pm 10,0\%$ dos casos novos), quando necessário.
- Seja garantida a referência e contrarreferência.

A humanização da assistência do paciente em tratamento para tuberculose

A Política Nacional de Humanização – PNH se insere no SUS a partir dos princípios da transversalidade e da inseparabilidade entre atenção e gestão. Enquanto política nacional não restrita a um setor ou programa do Ministério da Saúde, busca promover a articulação entre as diferentes ações e instâncias do sistema, lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores, nos diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão.

Por ser uma estratégia de interferência na realidade e de qualificação das práticas de produção de saúde, a PNH, como política pública, está comprometida com modos de fazer, tornando efetivos os processos de transformação das práticas de saúde – levando em conta que os sujeitos, quando mobilizados, transformam realidades, transformando a si próprios.

A questão colocada pela PNH para gestores e trabalhadores do SUS, particularmente os enfermeiros, não é tanto a do que se deve fazer para alcançar as

finalidades (como promover e proteger a saúde, individual e coletiva, quanto à de curar), mas sim o modo de fazer, isto é, o modo como se alcançam os objetivos. Produzir saúde é um objetivo a ser alcançado diretamente ligado a um modo de fazer que a PNH define como humanizado.

A prática do cuidado se dá pelo encontro entre sujeitos, trabalhador e usuário, que atuam uns com os outros, encontram-se, escutam-se, devendo haver uma acolhida das intenções e expectativas colocadas. O que se privilegia é a construção coletiva de uma experiência comum, solidária e igualitária nas práticas de saúde, com vistas à transformação da maneira como os sujeitos entram em relação e as práticas de saúde que podem ser alteradas.

Uma clínica humanizada exige do enfermeiro exame permanente dos próprios valores e compromisso ético com o usuário, que deve ajudá-lo no enfrentamento da doença ou ao menos a perceber as causalidades externas. No decorrer do diagnóstico é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, de diferente, de singular, conhecer o conjunto de sinais e sintomas que nele se expressam, abrindo possibilidades de intervenção para um tratamento mais adequado com a participação das pessoas envolvidas. O enfermeiro não pode esquecer ainda que, muitas vezes, o próprio diagnóstico já traz uma situação de discriminação social, o que aumenta o sofrimento e dificulta o tratamento dessa enfermidade.

A PNH sugere alguns dispositivos que podem apoiar gestores e trabalhadores da saúde no cuidado oferecido e no projeto terapêutico construído, conjuntamente, com os usuários do SUS:

- Escutar significa, em um primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento.
- O mito de que os tratamentos e intervenções só fazem bem é muito forte. A noção de saúde como bem de consumo (“quanto mais, melhor”) precisa ser combatida para que os danos possam ser diminuídos.
- As mudanças de hábitos precisam ser ofertadas como experiências novas e não como restrições.

Se um usuário gosta de uma atividade X ou comida Y que, no entanto, não são recomendáveis para sua condição biológica, é preferível não começar o tratamento por aí ou então tentar um “meio termo” possível (redução de danos).

- Evitar recomendações pastorais e culpabilizantes (doença multifatorial não tem causa única). Negociar restrições sem rancor e levar em conta os investimentos do doente: quando os usuários encontram dificuldades em seguir “as ordens” ou têm outras prioridades, a equipe se irrita com eles, muitas vezes não se dando conta disso. Essa irritação transparece e dificulta o diálogo e a possibilidade de uma proposta terapêutica pactuada com o usuário, provocando reações de “afirmação de autonomia” e resistência ao tratamento. É muito importante tentar produzir a corresponsabilidade e não a culpa.
- Evitar iniciar os encontros com perguntas sobre a doença (comeu, não comeu, tomou remédio, não tomou etc.) ou utilizar perguntas infantilizantes (“comportou-se?”); mostre ao usuário que o que se quer é ajudá-lo a viver melhor e não torná-lo submisso.
- A linguagem dos profissionais de saúde nem sempre é compreensível, portanto deve-se habituar a perguntar o que foi entendido do que se disse, o que ajuda muito. Além disso, é importante ouvir quais são as causas da doença, na opinião dos usuários.
- É importante levar em conta que o modo de cuidar pode reforçar a discriminação racial, de gênero e a desigualdade social, dentre outras.

A PNH propõe, portanto, que o profissional de saúde seja capaz de auxiliar os usuários a cuidarem das doenças e a transformarem-se por meio desse cuidado. Com as doenças crônicas ou graves isso é ainda mais importante, uma vez que o resultado do trabalho em saúde depende da participação do sujeito doente e, mesmo com os limites que algumas doenças impõem, é preciso apostar que os sujeitos são capazes de inventar para si modos de ser.

Administração do tratamento diretamente observado

As modalidades de tratamento diretamente observado consistem em estratégias criadas pelo serviço em cada nível, a partir das situações-problema dos doentes, e que pressupõem uma flexibilidade de atendimento. O profissional de enfermagem ao administrar o medicamento deve-se mostrar solidário, escutar o paciente, auxiliar e solucionar as suas dúvidas e queixas. Esse é um momento único

para conversar com o doente sobre a doença, transmissão, duração do tratamento, regularidade na tomada do medicamento, abandono do tratamento, medicamentos a serem utilizados e possíveis efeitos adversos; estimulá-lo para o controle de seus contatos. Nessa concepção, o serviço de tuberculose se adéqua às necessidades do paciente, apoiando-o, estabelecendo vínculo, acolhimento e corresponsabilidade, fundamental na busca da integralidade da assistência. Sendo assim:

- Escolha um local ventilado e com um pouco de privacidade ao ministrar o tratamento diretamente observado ao paciente.
- Entregue ao doente o medicamento com um copo de água.
- Observe a tomada das drogas.
- Observe se ele engoliu corretamente os medicamentos.
- Após a tomada dos medicamentos, anote na ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação.
- Encoraje o paciente a continuar o tratamento e marque o próximo encontro, que deverá ser administrado de preferência diariamente.
- Pergunte ao paciente se tem dúvidas quanto à doença e ao tratamento.
- Providencie agendamento para consulta médica, de enfermagem ou internação, caso necessário.
- Planeje e marque as consultas mensais com o médico e o enfermeiro.
- Certifique-se da realização dos exames baciloscópicos de controle com o paciente.
- Sempre informe aos pacientes em tratamento os nomes dos remédios administrados.
- Providencie com o doente o encaminhamento dos contatos para exames.
- Havendo necessidade, encaminhe o paciente ao serviço social.

Controle do tratamento diretamente observado

O controle do tratamento diretamente observado consiste na aplicação de meios que permitam ao enfermeiro acompanhar a evolução da doença por meio da análise da ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação, identificando: efeitos adversos, frequência da tomada dos medicamentos e as intercorrências. O enfermeiro deve atentar para:

- Reforçar a realização da baciloscopia mensalmente durante o tratamento, para os casos inicialmente BK +.

- Fornecer regularmente a medicação.
- Aproveitar a oportunidade da consulta para tirar as dúvidas a respeito da doença e do tratamento.
- Reforçar sempre que a doença tem cura.
- No caso do paciente ter pouca secreção ou não conseguir coletar normalmente o escarro, encaminhá-lo para a unidade de referência, a fim de realizar a coleta de escarro induzido.
- Avaliar o peso a cada consulta, para ajustar as doses, quando necessário.
- Realizar a avaliação frequente e sistemática dos instrumentos de registro de casos de tuberculose na unidade de saúde.
- Separar a ficha e prontuário do doente para analisar os dados mensalmente.
- Conferir o nome e a dose dos medicamentos prescritos para o paciente e o seu peso.
- Certificar se o paciente está tomando regularmente os medicamentos sob supervisão, seja na unidade de saúde, domicílio ou trabalho.
- Acompanhar a realização e o resultado do exame de escarro.
- Avaliar se os contatos identificados foram examinados.
- Em cada consulta, estabeleça uma relação de confiança e realize atividades de educação para a saúde durante todo o acompanhamento do tratamento.
- Enfim, o controle do tratamento consiste na aplicação de meios que permitam o acompanhamento da evolução da doença e a utilização correta dos medicamentos.