

DISCURSOS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE INFECÇÃO LATENTE POR TUBERCULOSE E USO DE ISONIAZIDA

Melina Mafra Toledo¹ 
Ethel Leonor Noia Maciel² 
Wildo Navegantes de Araújo³ 
Josenaide Engracia dos Santos⁴ 
Rozemere Cardoso de Souza⁵ 

¹Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

²Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Enfermagem. Vitória, Espírito Santo, Brasil.

³Universidade de Brasília, Departamento de Saúde Coletiva, Campus Ceilândia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

⁴Universidade de Brasília, Faculdade Ciências da Saúde, Campus Ceilândia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

⁵Universidade Estadual de Santa Cruz, Departamento de Ciências da Saúde. Ilhéus, Bahia, Brasil.

RESUMO

Objetivo: compreender o pensar e o agir coletivo de trabalhadores da saúde em relação à Infecção Latente por Tuberculose e ao uso da Isoniazida no enfrentamento da doença.

Método: estudo qualitativo com 22 profissionais de saúde de quatro cidades do Brasil e do Distrito Federal. A coleta de dados ocorreu mediante realização de entrevista coletiva semiestruturada, em março de 2019, com duração média de uma hora e trinta minutos. Realizou-se análise de conteúdo pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.

Resultados: os discursos dos profissionais revelaram incertezas relacionadas à prevenção e ao tratamento da Infecção Latente por Tuberculose, ao “medo de errar” e formas inadequadas de uso da Isoniazida 300 mg, ao poder da decisão sobre o tratamento da Infecção Latente por Tuberculose, às dificuldades da integração entre os serviços e à organização de fluxos assistenciais.

Conclusão: embora a ênfase no discurso dos profissionais considere aspectos objetivos no manejo da Infecção Latente por Tuberculose, foram identificadas, dentre outras, manifestações subjetivas relacionadas à necessidade de trabalhar os receios que afetam a decisão sobre o tratamento e os possíveis erros de medicação, e de pensar esse processo de forma colaborativa, que considere autonomia no agir, tanto dos profissionais quanto da pessoa com Infecção Latente por Tuberculose.

DESCRITORES: Tuberculose latente. Tuberculose. Isoniazida. Pessoal da saúde. Cooperação. Adesão ao tratamento medicamentoso.

COMO CITAR: Toledo MM, Maciel ELN, Araújo WN, Santos JE, Souza RC. Discursos de profissionais de saúde sobre infecção latente por Tuberculose e uso de Isoniazida. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2022 [acesso MÊS ANO DIA]; 31:e20220241. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0241pt>

DISCOURSES OF HEALTH PROFESSIONALS ON LATENT TUBERCULOSIS INFECTION AND THE USE OF ISONIAZID

ABSTRACT

Objective: to understand the collective thinking and action of health workers in relation to Latent Tuberculosis Infection and its treatment with Isoniazid.

Method: qualitative study with 22 health professionals from four cities in Brazil and the Federal District. Data collection occurred through a semi-structured group interview in March 2019, with an average duration of one hour and thirty minutes. Content analysis was performed using the Collective Subject Discourse technique.

Results: the professionals' discourses revealed uncertainties related to the prevention and treatment of Latent Tuberculosis Infection, the "fear of error" and inadequate forms of use of Isoniazid 300 mg, the power of the decision on the treatment of Latent Tuberculosis Infection, the difficulties of integration between services and the organization of care flows.

Conclusion: although the emphasis in the professionals' discourse considers objective aspects in the management of Latent Tuberculosis Infection, subjective manifestations related to the need to address the fears that affect the decision about treatment and possible medication errors were identified, among others, and to think about this process in a collaborative way, which considers autonomy in acting, both of professionals and of the person with Latent Tuberculosis Infection.

DESCRIPTORES: Latent tuberculosis. Tuberculosis. Isoniazid. Health professional. Cooperation. Adhering to drug treatment.

DISCURSOS DE PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE INFECCIÓN TUBERCULOSIS LATENTE Y USO DE ISONIAZIDA

RESUMEN

Objetivo: comprender el pensamiento y la acción colectiva de los trabajadores de la salud en relación con la Infección Latente de Tuberculosis y el uso de Isoniazida en el enfrentamiento de la enfermedad.

Método: estudio cualitativo con 22 profesionales de la salud de cuatro ciudades de Brasil y del Distrito Federal. La recolección de datos ocurrió a través de una entrevista colectiva semiestructurada, en marzo de 2019, con una duración promedio de una hora y treinta minutos. El análisis de contenido se realizó mediante la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo.

Resultados: los discursos de los profesionales revelaron incertidumbres relacionadas con la prevención y el tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente, el "miedo a equivocarse" y las formas inadecuadas de uso de Isoniazida 300 mg, el poder de decisión sobre el tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente, las dificultades para la integración de servicios y la organización de los flujos de atención.

Conclusión: aunque el énfasis en el discurso de los profesionales considera aspectos objetivos en el manejo de la Infección Tuberculosa Latente, se identificaron manifestaciones subjetivas relacionadas con la necesidad de abordar los miedos que afectan la decisión sobre el tratamiento y posibles errores de medicación, entre otros, y pensar sobre este proceso de forma colaborativa, que considera la autonomía de actuación, tanto de los profesionales como de la persona con Infección Tuberculosa Latente.

DESCRIPTORES: Tuberculosis latente. Tuberculosis. Isoniazida. Personal sanitario. Cooperación. Adherencia al tratamiento farmacológico.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 2 bilhões de pessoas em todo o mundo estão com Infecção Latente por Tuberculose (ILT) e 10% delas podem desenvolver a forma ativa devido à reativação do microrganismo causador, o *Mycobacterium tuberculosis*¹. Globalmente, em 2020, foram notificados 7 milhões de contatos de casos de Tuberculose (TB) pulmonar confirmados bacteriologicamente, dos quais 3,9 milhões (55%) foram avaliados tanto para infecção por TB quanto para a doença².

Para reduzir o desenvolvimento de TB ativa e eliminar a infecção em todo o mundo, indivíduos com ILTB e seus contatos devem ser tratados de forma adequada³⁻⁵. O tratamento anual de apenas 8% desses indivíduos reduziria a incidência global em 14 vezes até 2050, em comparação com incidências anteriores, mesmo na ausência de medidas adicionais de controle da TB³.

A Isoniazida (INH) está entre os regimes alternativos consistentemente recomendados no tratamento preventivo para erradicação da ILTB: Isoniazida diária por seis ou nove meses⁶⁻⁷. Essa substância é capaz de reduzir o risco de adoecimento por TB ativa de 60% a 90%⁸⁻⁹.

No Brasil, através do Sistema Único de Saúde (SUS), a INH de 100 mg é distribuída para tratamento da ILTB por períodos de seis meses ou nove meses. A partir de 2018, a apresentação da INH 300 mg também passou a ser disponibilizada, visando à melhor adesão ao tratamento. Nesse caso, a depender do peso, o paciente poderá diminuir a ingestão de comprimidos, de três (100 mg) para um (300 mg)⁹.

O uso do tratamento profilático vem ganhando cada vez mais adesão no mundo por demonstrar redução das taxas de TB e prevenir outros desfechos negativos em pacientes com comorbidades¹⁰⁻¹¹. O número de pessoas que recebem tratamento preventivo de TB quadruplicou desde 2015, de 1 milhão, em 2015, para mais de 4 milhões, em 2019^{2,12}.

Contudo, a pandemia provocada pela Covid-19, em 2020, teve grande impacto no manejo da TB ativa e latente, decorrente das interrupções nos serviços. Países com alta carga de TB mostraram quedas acentuadas nas notificações dessa doença em 2020 e, conseqüentemente, nos rastreios da ILTB e tratamento preventivo².

No Brasil, a maioria das perdas no processo de tratamento da TB e ILTB ocorre nos primeiros passos: identificação do contato e encaminhamento para investigação¹³⁻¹⁴. Uma pesquisa apontou que 43% dos contatos próximos são identificados e, desses, apenas 3% passam a receber tratamento¹⁵. Outra pesquisa mostrou que, em países como Índia e Indonésia, nos quais os casos de TB são gerenciados no setor privado e apresentam qualidade ruim de assistência, a cascata de cuidado é comprometida¹⁶.

A identificação de usuários com ILTB e seus contatos são tarefas que dependem fortemente de trabalhadores da saúde, especialmente aqueles que trabalham na Atenção Primária à Saúde, por ser esta uma estratégia efetiva de organização do sistema de saúde, de redes de cuidado e de enfrentamento de problemas, através de equipe multiprofissional e do trabalho colaborativo¹⁷.

Todavia, o conhecimento dos profissionais de saúde é insuficiente em relação aos dados epidemiológicos de TB, aos conceitos sobre ILTB e à localização ativa de casos, o que interfere nas práticas de enfrentamento e prevenção da doença¹⁸. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi compreender o pensar e o agir coletivo de profissionais de saúde em relação à ILTB e ao uso da INH no enfrentamento da doença.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem qualitativa.

A amostra por conveniência foi constituída por 22 trabalhadores da saúde que desenvolviam ações de assistência, prevenção, tratamento e gestão da ILTB em quatro cidades do Brasil (Curitiba, Vitória, São Paulo, Belo Horizonte) e no Distrito Federal (DF). Os critérios de inclusão foram: experiência clínica mínima de um ano no desenvolvimento de práticas relacionadas à ILTB e ao uso da INH de 300 mg e possuir vínculo contratual de trabalho permanente com o órgão público de saúde em que atuava no momento da pesquisa. Excluíram-se os trabalhadores que estavam afastados das atividades laborais por condições médicas ou pessoais.

A aproximação com os participantes se deu pelas seguintes etapas: a) levantamento de possíveis participantes pela equipe do projeto nos serviços de saúde do DF. Nas cidades, a equipe contou com o apoio do Ministério da Saúde para realizar essa etapa e formalizar o convite para participação; b) envio do convite por contato telefônico ou *e-mail* institucional com conteúdos relacionados a: objetivos da pesquisa, procedimentos de coleta de dados, local de realização, aspectos éticos, cronograma e custeio das diárias de deslocamento para o DF. c) obtenção do Termo de Consentimento em resposta a carta-convite. Dois potenciais participantes do DF se recusaram a participar por indisponibilidade de horário; d) encontro presencial para entrevista. A pesquisa foi realizada em espaço privativo da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) do DF/Brasília, Brasil. Nessa etapa, ainda ocorreram duas desistências por motivos emergenciais, porém, foi possível a substituição por outros profissionais.

A coleta de dados ocorreu presencialmente em março de 2019, através da entrevista coletiva semiestruturada, técnica escolhida por facilitar a coleta de depoimentos coletivos, favorecer o aprofundamento de determinados temas e a construção de significados relacionados ao objeto de estudo¹⁹. As entrevistas foram conduzidas por uma pesquisadora enfermeira, mestre em saúde coletiva, e três colaboradoras da área da psicologia, todas com experiência em pesquisa qualitativa.

Os participantes, incluindo médicos, enfermeiros, biólogo e técnicos da vigilância epidemiológica, foram divididos em três grupos para a entrevista coletiva, que teve duração média de uma hora e trinta minutos. Os grupos foram organizados pelo critério de similaridade da área de atuação: grupo de gestores, grupo de profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde e grupo de profissionais atuantes na atenção especializada em saúde (ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento – UPAs - e hospitais).

O roteiro da entrevista coletiva semiestruturada incluía questões comuns aos três grupos e específicas a cada grupo. Um roteiro norteador com evocações espontâneas foi utilizado para aproximar os participantes da pesquisa da realidade com objetivo de conhecer suas percepções/significados em relação à doença e manejo da ILTB e ao processo de implementação da INH 300 mg e às estratégias utilizadas na superação das dificuldades.

Previamente, foram realizados entrevistas-testes com profissionais atuantes nas áreas assistencial, especializada e gestão para ajustes das questões evocativas. Não houve necessidade de mudanças nas entrevistas, apenas a ordem das questões foi alterada para facilitar a condução da entrevista e o entendimento dos participantes. Por consenso dos pesquisadores, os dados da entrevista-teste não foram incluídos na análise.

As entrevistas foram gravadas e uma das colaboradoras realizou o registro de conteúdos emergentes das falas e das expressões não verbais dos participantes durante a dinâmica grupal. Para encerramento dos grupos, considerou-se a repetição de conteúdos emergentes, sem a introdução de novos componentes relacionados ao objeto de estudo.

Além da entrevista coletiva semiestruturada, utilizou-se um formulário contendo características sociodemográficas e ocupacionais dos indivíduos (idade, sexo, tempo de formação e atuação na unidade).

Após transcrição e revisão dos materiais, os conteúdos emergentes dos grupos foram analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), estratégia metodológica que consiste em uma forma de representar o pensamento de uma coletividade, agregando em um discurso-síntese os conteúdos de sentido semelhantes emitidos por pessoas distintas.

O DSC capta o conteúdo essencial, seleciona os extratos mais significativos do discurso, os quais são classificados por: Expressões-chave - sintetizam ideias e falas, melhor sinalizam o conteúdo das respostas; Ideia Central - etiqueta semântica que descreve o sentido de um depoimento¹⁹.

Com o material das Expressões-chave das Ideias Centrais, foram construídos discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, que configuram os DSCs e expressam o pensamento de um grupo ou coletividade, como se a coletividade fosse o emissor do discurso.

O estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas e obedeceu a todos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

Do total de 22 participantes, 80% eram mulheres. Em relação à faixa etária, a média de intervalo foi de 45 anos. O tempo em anos de experiência no atual cargo foi, em média, oito anos para os profissionais da atenção primária e de 11 anos e meio para profissionais da atenção especializada e gestão. Quanto à categoria profissional, participaram da pesquisa seis médicos, um sanitarista, três farmacêuticos, nove enfermeiros, dois técnicos em vigilância epidemiológica e uma bióloga.

O grupo de gestores contou com sete participantes: três enfermeiras (coordenadoras de Programa de Tuberculose), uma sanitarista (Gerente de Serviço da Atenção Primária), um farmacêutico (Gerente de uma unidade especializada) e uma bióloga (Gestora Municipal de Saúde).

O grupo dos profissionais da Atenção Básica foi composto por oito participantes, sendo cinco enfermeiras e três médicos, todos atuantes em equipes de saúde da família e comunidade. O grupo dos profissionais da atenção especializada contou com sete profissionais distribuídos nas seguintes categorias: dois enfermeiros e um médico de um hospital com serviço especializado em TB, e dois médicos, um enfermeiro e um farmacêutico que trabalhavam em serviços especializados de média complexidade.

Os DSCs representam percepções, significados e posicionamentos dos profissionais sobre ILTB e INH de 300 mg, a partir de quatro Ideias Centrais, as quais serão apresentadas a seguir.

Ideia Central 1: Incertezas relacionadas à prevenção e ao tratamento da ILTB

Os profissionais questionam acerca do tratamento da ILTB, descrevem lacunas de conhecimento sobre esse processo e o sentimento de que faltam a eles argumentos para convencimento da adesão dos pacientes (Quadro 1), aspecto que pode também interferir na não adesão desses profissionais aos procedimentos estabelecidos pelos protocolos de tratamento

Quadro 1 - DSC sobre as incertezas relacionadas à prevenção e ao tratamento da ILTB.

DSC 1
Expressões-chave= assintomático; prevenção; rastreamento
DSC 1- <i>Na verdade, a ILTB está desconhecida para os profissionais e para os pacientes. Até trata TB ativa, mas a ILTB parece que assim a avaliação dos contatos fica muito no visual. Não tá passando por todo o processo de fazer o PPD, fazer o raio-X. Por exemplo, a pessoa que procura o médico, o profissional avisa que ele está doente, mas não tem sintoma. Então, "Ele tá ótimo." Né? E daí você vai explicar que fez uma reação, né, no, no PPD e daí quer dizer que ele tá infectado? Então a gente tem essa dificuldade. Como tratar a infecção latente? Tem que tratar infecção latente?</i>

Ideia Central 2: O “medo de errar” e formas inadequadas do uso da INH 300 mg

O discurso dos profissionais revelou receios e pouca familiaridade com o uso da INH 300 mg (Quadro 2). O “medo de errar” destaca-se nas etapas que envolvem a dispensação e/ou a administração da medicação. O discurso considerou também que erros de dispensação dessa substância, envolvendo doses ou formas incorretas, demandam maiores esforços dos profissionais tanto na identificação física do medicamento quanto na orientação junto aos usuários.

Quadro 2 - DSC sobre o “medo de errar” e o uso inadequado da INH 300 mg.

DSC 2

Expressões-chave=erros de administração da INH de 300 mg

DSC 2 - *Nossa, um comprimido só já tem confusão, imagine liberar a cartela. Como que vai ser isso? A Isoniazida, ela já fica onde a gente organiza junto com o estoque do HIV, para não confundir. O médico prescreveu 100 miligramas, três vezes ao dia, só que, na cabeça da profissional, ela podia dispensar a de 300 mg, pegou, e dispensou de forma equivocada para o paciente, ou seja, 900 mg. Mas conseguimos resolver com o paciente. Eu ando arrepiada, mas eu ando arrepiada com essas histórias, porque, olha... Eu já peguei médico bom, que eu conheço, que foi residente lá no hospital, passando um comprimido do esquema básico uma vez por dia. Eu já peguei farmacêutico, enfermeira, que mandou o doente tomar o remédio de seis em seis horas. Assim, fiquei preocupada deles tomarem o negócio errado. O medo de errar é muito grande.*

Ideia Central 3: Sobre o poder da decisão do tratamento da ILTB

O discurso dos profissionais revela a hegemonia médica na decisão quanto ao tratamento da ILTB com INH. Além disso, o discurso fala da decisão individual, em detrimento do trabalho em equipe e da autonomia de outros profissionais quanto ao melhor tratamento (Quadro 3). A conduta terapêutica não inclui diálogos participativos, com reconhecimento de todos os atores no processo do cuidar.

Quadro 3 - DSC sobre o poder da decisão do tratamento da ILTB.

DSC 3

Expressões-chave=prescrição como decisão médica

DSC 3 - *Conversei semana passada com uma infectologista[...] ela disse: “Você acha que tem necessidade realmente de tratar, a infecção latente? Não dá para você ficar fazendo Isoniazida na caixa d’água, para todo mundo beber”. É só o médico que trata. E ele que faz todo o tratamento. Somente ele. E assim, não foi descentralizado. Uma colega nossa que aposentou que é infecto que atuou no programa, ela tentou arduamente conversar com os colegas, do próprio SAE da necessidade de que o, o, o paciente HIV ele tem que fazer a ILTB, mas a gente sente uma resistência.*

Ideia Central 4 - Desarticulação de serviços, fluxos assistenciais e organização de redes

O discurso dos profissionais relaciona a importância de construir redes de cuidado para o atendimento ao paciente com ILTB (Quadro 4). Contudo, no cotidiano profissional, os serviços de saúde estão desarticulados nos diferentes níveis de atenção à saúde, impactando na ausência de definição e acompanhamento de fluxos assistenciais.

DSC 4

Expressões-chave=articulação de redes de atenção à saúde

DSC 4 - *Tem realmente essa dificuldade de fluxos né? Então, acho que também falta muito essa conversa entre as redes, ou protocolo para organizar. Aí tem lá o fluxo. “Ah beleza!” Mando o paciente pra lá... Só que chega lá o paciente ele, muitas vezes não consegue, não é, não é bem daquele jeito que a gente imagina. Então a gente não tem noção dos processos que são. Quando você está na especializada você não tem noção de como é na Atenção Básica. Então, existe um lapso para a gente em relação à Atenção Básica ao nível secundário. Nós não temos fluxo, nós não temos linha de cuidado.*

DISCUSSÃO

O discurso dos profissionais de saúde revela barreiras para o tratamento da ILTB, evidenciado pelas ideias centrais que falam de incertezas, limitações e falhas no manejo da melhor conduta terapêutica. E não apenas isto, os profissionais revelaram dúvidas se pessoas nessa condição deveriam ser monitoradas. Esse entendimento converge com estudo realizado em três capitais brasileiras com alta incidência de TB. Do total da amostra de enfermeiros e médicos participantes, percentuais elevados não consideravam importante investigar a presença de tuberculose e da ILTB em contatos infantis (46%) e adultos (49%)¹⁸.

Outra explicação para incertezas dos profissionais quanto ao tratamento da ILTB pode ser dada pelo fato de os indivíduos com essa infecção serem assintomáticos e, portanto, clinicamente indetectáveis. Como em qualquer serviço de saúde preventivo, pode ser difícil tratar pessoas com ILTB que são assintomáticas e se sentem saudáveis²⁰.

Embora haja o reconhecimento global sobre a importância do rastreamento e do tratamento da ILTB, sendo a INH a monoterapia mais utilizada⁴, tais incertezas têm implicações diretas no controle e eliminação da doença e também na baixa adesão dos pacientes aos protocolos recomendados, a qual está comumente relacionada ao desconhecimento sobre a real necessidade do tratamento e às possíveis consequências da evolução para tuberculose ativa, assim como ao desenvolvimento de bactérias multirresistentes²¹.

Convergente com o estudo bibliográfico sobre adesão/não adesão ao tratamento de pacientes, a análise desse discurso conduz a refletir sobre a corresponsabilidade dos profissionais na solução de problemas envolvendo esse processo, e também para a necessidade de superar uma concepção reduzida do papel submisso tanto do paciente, para pensá-lo como um sujeito ativo do seu modo de viver e conviver com a doença e o tratamento²², quanto do profissional, quando recebe, de forma verticalizada, protocolos assistenciais, sem que eles sejam produtos de uma construção coparticipativa.

A adesão ao tratamento depende, dentre muitos fatores, da relação estabelecida entre o profissional e a pessoa em tratamento, da forma como a pessoa compreende a doença, da organização da assistência (fluxos), de políticas de saúde e sociais arrojadas. Assim, as possibilidades para o enfrentamento da tuberculose são diversas, no entanto, é importante delinear-las considerando os recursos existentes e o envolvimento dos atores-chave²¹. Dessa forma, o cuidado em saúde pode transcender a cultura das intervenções reducionistas ao plano biológico/clínico, e caminhar para a cultura de projetos conjuntos de intervenção entre equipes e serviços de saúde¹⁷.

O discurso dos profissionais também revelou limitações específicas relacionadas ao manejo clínico da ILTB. A primeira delas refere-se aos possíveis erros dados pela nova apresentação da INH de 300 mg. No Brasil, até o ano de 2017, apenas a posologia de INH 100 mg estava disponível. A disponibilização pela rede de saúde das duas posologias, com semelhanças de apresentação e

invólucro, na concepção do DSC, parece induzir a erros de administração e de dose, desencorajando o uso da nova tecnologia de tratamento da ILTB. Assim, o discurso expressa pouca familiaridade com a nova prescrição e receios em relação ao cometimento de erros na dispensação e manejo da medicação.

Os erros de medicação envolvem questões complexas, e podem relacionar-se à prática profissional e aos produtos, como falhas nas embalagens, procedimentos e sistemas de saúde²³. Além disso, os profissionais de saúde normalmente associam falhas nas suas atividades à vergonha, perda de prestígio e medo de punições, e tendem a subnotificar o problema²⁴.

Importante ressaltar que erros de medicações também constituem a principal causa de danos evitáveis nos sistemas de saúde em todo o mundo. A meta global seria reduzir em 50% danos graves e evitáveis relacionados a medicamentos até o ano 2023. Disso depende o desenvolvimento de sistemas de saúde seguros e eficientes em cada etapa do processo²⁵, o entendimento sobre os porquês e como as pessoas erram e de que maneira os fatores sistêmicos influenciam de forma decisiva nas falhas humanas. Assim, os receios no discurso dos profissionais sugerem a necessidade de conscientização sobre as ocorrências, suas causas e, especialmente, as medidas pertinentes a serem tomadas quanto a possibilidades de falhas de medicação, no âmbito dos esforços individuais, dos protocolos e sistemas existentes.

Outra limitação expressa no discurso dos profissionais diz respeito à hegemonia médica na decisão do tratamento, que implica não autonomia dos outros profissionais e muito menos do paciente, cuja opinião não é citada no discurso. Autonomia tem relação com o “respeitar o interesse de cada pessoa em viver sua vida de acordo com sua concepção do que é bom,”^{26:2} e isso, no campo da saúde, fala dos propósitos e identidade profissionais, como também dos usuários dos serviços.

Conforme recomendações dos protocolos assistenciais no país^{21,27-28}, a responsabilidade do tratamento da ILTB/TB é da equipe multiprofissional, podendo, nos casos de TB, a prescrição medicamentosa também ser atribuída ao enfermeiro. Para a ILTB, essa prescrição é exclusiva ao médico, como fala o discurso, o que não impede os diálogos e o compartilhamento da decisão com outros profissionais da equipe.

No âmbito do SUS do Brasil, a abordagem integral prevê uma prática assistencial colaborativa, composta por diversos saberes, onde os indivíduos possam fazer e participar das escolhas sobre o cuidado. Portanto, o discurso dos profissionais aponta para um desafio complexo quanto à construção da autonomia relacional do trabalho em equipe e do protagonismo dos usuários²⁶.

Por fim, destacam-se limitações e falhas no discurso acerca dos fluxos de atendimentos. A fala dos profissionais revelou comunicação precária e conseqüente desarticulação entre os serviços para atendimentos dos usuários. Tais dificuldades são particularmente agravantes da adesão do paciente. A importância dos fluxos assistenciais visa, pois, garantir o atendimento das necessidades dos usuários integralmente, com flexibilidade, adequando essas necessidades ao itinerário que a pessoa precisa fazer dentro de uma rede organizada²⁸. Por isso, esses fluxos assistenciais não devem ser construídos por modelos de gestão verticalizados²⁹.

A gestão do cuidado requer um agir coletivo de vários atores e está atrelada à dimensão organizacional, processo que define fluxos, protocolos e normas de atendimento³⁰. Nesse processo, a educação interprofissional é uma estratégia que pode favorecer uma prática colaborativa, entre serviços da rede de atenção à saúde e entre estes e profissionais de outros setores, na adoção de sistemas integrados¹⁷.

Tais aspectos administrativos constituem o primeiro e mais importante componente de estratégias para o controle da ILTB³¹. Contudo, estudos que abordam adesão no tratamento da ILTB dão ênfase aos riscos de toxicidade e reações adversas da INH³²⁻³³, ao estudo de biomarcadores que possam melhor prever a progressão da doença ou a diferença entre TB e ILTB³⁴. Assim, buscam-se tratamentos que possam ser mais curtos e seguros, a exemplo de esquemas quatro meses de

rifampicina ou um regime de nove meses de INH, ou do uso combinado dessa substância com a INH^{33,35}. Os autores recomendam pesquisas básicas e clínicas para superar as barreiras relacionadas às reações medicamentosas, e evitar a propagação da doença pelo tratamento da ILTB.

Por sua vez, o presente estudo avança no conhecimento ao buscar compreender a temática de enfrentamento da ILTB na perspectiva de profissionais e gestores de saúde sobre o novo protocolo de tratamento com a INH. A principal contribuição do estudo para o campo em que está inserido é que o cotidiano dos profissionais está atrelado a valores simbólicos e sociais que repercutem na adesão/não adesão ao tratamento da ILTB. O pensar e agir desses profissionais necessitam urgentemente serem considerados na concepção de protocolos assistenciais, transmutando o papel de executores em protagonistas, corresponsáveis pelo cuidado.

O estudo apresenta limitações quanto ao poder de generalização restrito a seu recorte, quanto ao contexto temporal, ou seja, a dinamicidade com que os protocolos são modificados e recomendados, e, ainda, quanto à abordagem centrada nos aspectos técnicos e operacionais. Sugerem-se novos estudos relacionados aos modelos de gestão, ao processo de construção dos protocolos assistenciais e a avaliações subjetivas do trabalho em saúde, envolvendo todos os atores. Investir nesses aspectos também constitui um movimento necessário para fortalecer a prática e avançar no tratamento e acompanhamento da pessoa com ILTB.

CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde percebem o tratamento da ILTB a partir de questões técnicas e operacionais, que expressam incertezas, barreiras e falhas no manejo dos protocolos assistenciais recomendados no uso da INH, apesar das evidências sobre os benefícios dessa substância para o enfrentamento adequado da infecção e prevenção da doença.

Embora a ênfase no discurso dos profissionais considere aspectos objetivos no manejo da ILTB, foram identificadas, entre outras manifestações subjetivas, a necessidade de trabalhar os receios que afetam a decisão sobre o tratamento e os possíveis erros de medicação, e de pensar esse processo de forma colaborativa, que considere autonomia no agir, tanto dos profissionais quanto da pessoa com ILTB.

As possibilidades de transformar esse panorama se relacionam com melhoria dos aspectos estruturais e organizacionais dos serviços e com a articulação dos atores-chave do sistema de saúde, sendo a educação interprofissional um caminho para criação dessas mudanças, assim como os movimentos para tessituras da rede de cuidado integral e colaborativo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Latent tuberculosis infection: updated and consolidated guidelines for programmatic management [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [acesso 2020 Fev 04]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/digital/global-tuberculosis-report-2021/covid-19>
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2021 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [acesso 2022 Jan 14]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789240037021>
3. Haley CA. Treatment of latent tuberculosis infection. *Microbiol Spectr* [internet]. 2017 [acesso 2019 Fev 12];5(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1128/microbiolspec.TNMI7-0039-2016>
4. Anton C, Machado FD, Ramirez JMA, Bernardi RM, Palominos PE, Breno C, et al. Latent tuberculosis infection in patients with rheumatic diseases. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Jun 23];45(2):e20190023. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1806-3713/e20190023>

5. D'Ambrosio L, Bothamley G, Caminero Luna JA, Duarte R, Guglielmetti L, Muñoz Torrico M, et al. Team approach to manage difficult-to-treat TB cases: Experiences in Europe and beyond. *Pulmonology* [Internet]. 2018 [acesso 2022 Nov 01];24(2):132-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rppnen.2017.10.005>
6. Ministério da Saúde (BR). Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem [Internet]. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância Epidemiológica; 2011 [acesso 2020 Jan 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf
7. Centers for Disease Control and Prevention. Treatment Regimens for Latent TB Infection [Internet]. 2020 [acesso 2021 Jan 10]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/tb/topic/treatment/ltbi.htm>
8. Ministério da Saúde (BR). Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis; 2019 [acesso 2021 Fev 18]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf
9. Ministério da Saúde (BR), Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias de Saúde no SUS. Relatório de recomendação Isoniazida utilizada para tratamento da tuberculose (TB): comprimidos de 300 mg [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [acesso 2019 Fev 12]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_INH300_InfeccaoLatente_MycobacteriumTuberculosis.pdf
10. Ross JM, Badje A, Rangaka MX, Walker AS, Shapiro AE, Thomas KK, et al. Isoniazid preventive therapy plus antiretroviral therapy for the prevention of tuberculosis: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Lancet HIV*. [Internet]. 2021 [acesso 2021 Dez 02];8(1):e8-e15. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30299-X](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30299-X)
11. Menzies D, Adjobimey M, Ruslami R, Trajman A, Sow O, Kim H, et al. Four months of rifampin or nine months of isoniazid for latent tuberculosis in adults. *N Engl J Med* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Nov 02];379(5):440-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/nejmoa1714283>
12. Harding E. WHO global progress report on tuberculosis elimination. *Lancet Respir Med* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Jun 25];8(1):19. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(19\)30418-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(19)30418-7)
13. Trajman A, Wakoff-Pereira MF, Ramos-Silva J, Cordeiro-Santos M, Hill PC, Menzies D, et al. Knowledge, attitudes and practices on tuberculosis transmission and prevention among auxiliary healthcare professionals in three Brazilian high-burden cities: a cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Jan 15];19(1):532. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4231-x>
14. Souza AB, Arriaga MB, Amorim G, Araújo-Pereira M, Nogueira BMF, Queiroz ATL, et al. Determinants of losses in the latent tuberculosis infection cascade of care in Brazil. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Fev 18];6:e005969. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/6/9/e005969>
15. Salame FM, Ferreira MD, Belo MT, Teixeira EG, Cordeiro-Santos M, Ximenes RA, et al. Knowledge about tuberculosis transmission and prevention and perceptions of health service utilization among index cases and contacts in Brazil: Understanding losses in the latent tuberculosis cascade of care. *PLoS One* [Internet]. 2017 [acesso Jan 2020];12(9):e0184061. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184061>
16. Subbaraman R, Nathavitharana RR, Mayer KH, Satyanarayana S, Chadha VK, Arinaminpathy N, et al. Constructing care cascades for active tuberculosis: a strategy for program monitoring and identifying gaps in quality of care. *PLoS Med* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Fev 02];16(2):e1002754. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002754>

17. Peduzzi M, Agreli F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2018 [acesso 2022 Jun 12];22(Suppl 2):1525-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
18. Ramos J, Wakoff-Pereira MF, Cordeiro-Santos M, Albuquerque MFM, Hill PC, Menzies D, et al. Conhecimento e percepção de médicos e enfermeiros em três capitais brasileiras com alta incidência de tuberculose a respeito da transmissão e prevenção da doença. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jun 23];44(2):168-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562018000000019>
19. Lefevre F. Discurso do sujeito coletivo. Nossos modos de pensar. Nosso eu coletivo. São Paulo, SP(BR): Andreoli; 2017.
20. Hannah A, Dick M. Identifying gaps in the quality of latent tuberculosis infection care. *J Clin Tuberc Other Mycobact Dis* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Jun 12];18:100142. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jctube.2020.100142>
21. Ministério da Saúde (BR). Tuberculose na atenção primária: protocolo de enfermagem. [Internet]. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis; 2022 [acesso 2020 Jan 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/tuberculose/tuberculose-na-atencao-primaria-a-saude-protocolo-de-enfermagem.pdf>
22. Sicsú AN, Gonzales RIC, Mitano F, Sousa LO, Silva LMC, Ballester JGA, et al. Práticas de enfermagem centradas no indivíduo com tuberculose: interface com a democracia. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Jun 12];72(5):1284-90 Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0380>
23. Maia JLB, Batista RFL, Rosa MB, Melo JB, Silva FM, Carneiro S. Fatores associados erros de dispensação de medicamentos: contribuição à melhoria de sistemas de medicação. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Jun 12];27:e44633. Disponível em: <http://doi.org/10.12957/reuerj.2019.44633>
24. Meneguetti MG, Garbin LM, Oliveira MP, Shimura CMN, Guilherme C, Rodrigues RAP. Errors in the medication process: proposal of an educational strategy based on notified errors. *J Nurs UFPE online*. [Internet]. 2018 [acesso 2021 Jun 12];11(Suppl 5):2046-55. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31500>
25. World Health Organization. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety [internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [acesso 2021 Fev 20]. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>
26. Peres MAA, Paim L, Brandão MAG. Autonomia profissional como centralidade em Boas Práticas de Enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Jan 15];73(2):e20180373. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0373>
27. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil [Internet]. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis; 2018 [acesso 2020 Fev 02]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_vigilancia_infeccao_latente_mycobacterium_tuberculosis_brasil.pdf
28. Ministério da Saúde (BR). Linha de cuidado da tuberculose: orientações para gestores e profissionais de saúde [Internet]. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis; 2021 [acesso 2021 Jun 12]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_tuberculose_orientacoes_gestores_profissionais_saude.pdf

29. Santos AM. Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado [Internet]. Salvador, BH(BR): EDUFBA; 2018 [acesso 2022 Jan 30]. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523220266>
30. Villa TCS, Brunello MEF, Andrade RLP, Orfão NH, Monroe AA, Nogueira JA, et al. Management capacity of primary health care for tuberculosis control in different regions of Brazil. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2022 Jun 12];27(4):e1470017. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0104-07072018001470017>
31. Christof C, Nußbaumer-Streit B, Gartlehner G. WHO Guidelines on tuberculosis infection prevention and control. *Gesundheitswesen* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Jan 26];82(11):885-9. Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-1241-4321>
32. Chung SJ, Lee H, Koo GW, Min J-H, Yeo Y, Park DW, et al. Adherence to nine-month isoniazid for latent tuberculosis infection in healthcare workers: a prospective study in a tertiary hospital. *Sci Rep* [Internet]. 2020 [acesso 22 Nov 2022];10:6462. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-63156-8>
33. Menzies D, Adjobimey M, Ruslami R, Trajman A, Sow O, Kim H, et al. Four months of rifampin or nine months of isoniazid for latent tuberculosis in adults. *N Engl J Med* [Internet]. 2018 [acesso 22 Nov 2022];379(5):440-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/nejmoa1714283>
34. Chee CBE, Reves R, Zhang Y, Belknap R. Latent tuberculosis infection: Opportunities and challenges. *Respirology* [Internet]. 2018 [acesso 30 Out 2022];23(10):893-900. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/resp.13346>
35. Sun HY, Huang YW, Huang WC, Chang LY, Chan PC, Chuang YC, et al. Twelvemonthly weekly rifapentine plus isoniazid for latent tuberculosis infection A multicentre randomised controlled trial in Taiwan. *Tuberculose* [Internet]. 2018 [acesso 01 Nov 2022];111:121-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tube.2018.05.013>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese - Discurso coletivo: conhecimento, atitudes e práticas frente à infecção latente da tuberculose (ILTb) e o tratamento com isoniazida 300 mg, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, em 2021.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Maciel ELN, Araujo WN, Santos, JE.

Coleta de dados: Toledo MM, Santos JE.

Análise e interpretação dos dados: Toledo MM, Santos JE, Souza RC.

Discussão dos resultados: Toledo MM, Santos JE, Souza RC, Araujo WN.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Toledo MM, Santos JE, Souza RC.

Revisão e aprovação final da versão final: Toledo MM, Santos JE, Souza RC.

AGRADECIMENTO

Os autores agradecem o suporte do Ministério da Saúde do Brasil - Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PCNT).

FINANCIAMENTO

Ministério da Saúde do Brasil - Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Mandato nº 25000.060989/2018-79 -CGPNCT/DEVIT/SVS/MS TED 47/2018.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, Parecer n. 3.029.507 Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE: 88226218.0.1001.5060.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflitos de interesses para o desenvolvimento do estudo.

EDITORES

Editores Associados: Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

HISTÓRICO

Recebido: 26 de setembro de 2022.

Aprovado: 07 de novembro 2022.

AUTOR CORRESPONDENTE

Melina Mafra Toledo

melina.toledo@escs.edu.br

