



Universidade Federal  
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

EDUARDO SILVA DE LIMA

**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE NA TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE**

CUITÉ  
2015

EDUARDO SILVA DE LIMA

**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE NA TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, em cumprindo à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

**ORIENTADORA: Profa. MSc. Luana Carla Santana Oliveira**

CUITÉ  
2015



Biblioteca Setorial do CES.

Junho de 2021.

Cuité - PB

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

L732a

Lima, Eduardo Silva de.

Avaliação das práticas de médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde na terapêutica da tuberculose. / Eduardo Silva de Lima. – Cuité: CES, 2015.

97 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCEG, 2015.

Orientadora: Luana Carla Santana Oliveira.

1. Tuberculose. 2. Terapia medicamentosa. 3. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDU 616.9

EDUARDO SILVA DE LIMA

**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE NA TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, em cumprindo à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

**Aprovado pela Banca Examinadora em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.**

---

Prof. MSc. Luana Carla Santana Oliveira  
(Presidente da banca)

---

Prof. MSc. Heloisy Alves de Medeiros  
(Membro)

---

Prof. MSc. Edija Anália Rodrigues de Lima  
(Membro)

## ***Dedicatória***

*Dedico este trabalho aos meus pais e a minha família, pessoas que sempre me deram força em todos os momentos que passei, aos profissionais que participaram da pesquisa e a minha querida orientadora.*

## AGRADECIMENTOS

*Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitário, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.*

*À minha família por ter sido a maior incentivadora nesse processo de formação, principalmente meu pai e minha mãe que lutaram com muita garra e esforço para que prosseguisse a caminhada não tenho como mensurar o amor por eles, amo muito, agradeço por eles existirem e me proporcionar essa vitória, não foi fácil, mas com a ajuda de Deus conseguimos.*

*Aos meus irmãos que me ajudaram me incentivando e acreditando que seria um grande vencedor nessa caminhada, a minha amada avó pelas suas orações feita a mim e pelo seu amor para comigo.*

*À instituição de ensino por me proporcionar esse mundo de conhecimentos, juntos com professores do curso de enfermagem que ao longo do curso passaram seus conhecimentos para minha construção como pessoa e profissional sou agradecido inenarravelmente.*

*À pessoa fundamental nessa construção, amada professora Luana Oliveira, pela sua dedicação em me ensinar um novo, sou muito grato a ela, pois me ajudou muito, não sei mensurar a minha gratidão pelos seus ensinamentos e palavras de fé direcionadas a mim.*

*Aos profissionais que participaram do meu estudo, a imensamente grato pela atenção para comigo em contribuírem no processo de construção do meu trabalho.*

*Não poderia deixar de mencionar meus amigos que sempre tiveram comigo nos momentos de luta, alegrias e frustrações: Kyara Nayara, José Wagner, Camila e Valeria agradeço muito a vocês pela força e incentivo que me deram, vocês são pessoas que levarei comigo para sempre também as minhas amigas e Amanda e Mikaelle, que sempre ajudaram nas minhas idas para Cuité, me abrigaram, obrigado. Não posso esquecer da minha amiga Írys, que é minha conterrânea, onde fomos parceiros durante minha estadia na cidade de Cuité, passamos por momentos muito bons e divertidos, também me amigo Luan rapaz de boa índole, grato a você por me ajudar nesse ciclo da minha vida, sou imensamente grato a você.*

*Sou grato aos membros da banca, pela mais do que participação especial nesse ciclo de aprendizado que se fecha em minha vida, imensamente agradecido por contribuírem na minha formação através de dos seus conhecimentos, muito obrigado.*

## RESUMO

A tuberculose (TB) é considerada uma das doenças infectocontagiosas de grande magnitude social e permanece como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Não obstante os avanços no combate à doença, inclusive na terapêutica da TB, os níveis de morbidade e mortalidade continuam elevados. Ressalta-se como estratégias relevantes no controle da doença, a descentralização das ações para a Atenção Primária à Saúde (APS) e a implementação da estratégia DOTS e do Tratamento Diretamente Observado (TDO). Neste contexto, o tratamento é um fator primordial no controle da disseminação da enfermidade e os profissionais de saúde da APS envolvidos nesse processo, devem apresentar uma conduta profissional adequada, mediante o diagnóstico precoce e tratamento conforme o preconizado, além de conhecimento sobre a patologia. O objetivo desta pesquisa foi avaliar as práticas de médicos e enfermeiros no tratamento da tuberculose, no âmbito da Estratégia Saúde da Família de municípios pertencentes à Mesorregião do Agreste Paraibano. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa. A amostra foi formada pelos profissionais médicos e enfermeiros das vinte e sete Unidades de Saúde da Família (USF) dos municípios de Belém, Bananeiras e Solânea, seguindo os seguintes critérios de inclusão: médicos e enfermeiros que atuavam há mais de seis meses nas USFs e que aceitassem colaborar com a pesquisa, totalizando 44 profissionais. Os dados foram coletados através de questionários e, por conseguinte, armazenados e analisados no Software Epi Info versão 3.5.2. Os indicadores levantados foram submetidos a tratamento estatístico por meio de frequências relativas, absolutas e acumuladas e os dados foram apresentados em tabelas e gráficos. A pesquisa atende aos requisitos da Resolução CNS 466/2012 e a participação dos sujeitos da presente pesquisa foi respaldada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como resultados, ressalta-se os seguintes: 47,7% dos profissionais nunca participaram de capacitação em TB; 76,2% deles afirmaram que “sempre” ou “quase sempre” os casos de TB da comunidade são tratados no serviço da USF; 84,1% dos profissionais apontaram que o TDO é indicado para todos os casos de TB, mas apenas 41,2% o realizam “sempre” ou “quase sempre”, conforme o preconizado pelo MS; em relação aos profissionais que implementam o TDO na ESF, destacaram-se a figura do enfermeiro e do ACS; as principais dificuldades assinaladas na realização do TDO foram a resistência do portador de TB em relação à tomada da medicação, referida por 65,9% dos participantes do estudo, e os usuários que se encontram em situação de risco (etilista crônico e usuários de drogas), apontado por 63,6% deles; 70,5% dos profissionais afirmaram que “sempre” os medicamentos estão disponíveis na USF; 90% referiram “sempre” ou “quase sempre” realizarem o acompanhamento clínico mensal; e 47,7% concordaram que “nunca” ou “quase nunca” são oferecidos incentivos financeiros para os usuários em tratamento. Assinala-se que a operacionalidade do TDO enfrenta ainda debilidades, devido ao déficit de conhecimento dos profissionais e à falta de preparo dos mesmos no manejo dos casos, diante das problemáticas associadas aos portadores. Destarte, deve-se investir na Educação Permanente em Saúde e na implementação de ações baseadas na integralidade e na intersetorialidade na terapêutica dos casos de TB.

**Palavras-chave:** Tuberculose. Terapia medicamentosa. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is considered some of the infectious diseases with great social magnitude and remains a serious public health problem in Brazil and worldwide. Despite advances in combating against disease, including the TB therapy, morbidity and mortality levels remain high. It evince as relevant strategies for disease control, the actions' decentralization Primary Health Care (PHC) and the implementation of the DOTS strategy and Directly Observed Treatment (DOT). In this context, treatment is a major factor in controlling the disease's spread and the PHC health professionals involved in these process must have appropriate professional conduct by early diagnosis and treatment as recommended, besides knowledge about the disease. The aim of this research was to evaluate the doctors and nurses practices in treatment tuberculosis, as part of the Family Health Strategy of towns belonging to Agreste Paraibano region . It is a descriptive study, transverse and quantitative approach. The sample was formed by doctors and nurses of twenty-seven Family Health Units (FHU) in the towns Belém, Bananeiras and Solânea , according to the following inclusion criteria: doctors and nurses who have worked for more than six months in FHUs and accept to collaborate in survey, totaling 44 professionals. Data were collected through questionnaires and, therefore, stored and analyzed in Software Epi Info versio in 3.5.2. The raised indicators were analyzed statistically through relative frequencies, absolute and it was accumulated and these datas were showed in tables and graphs. The research meets requirements of CNS Resolution 466/2012 and the subjects participation of this research was supported by Informed Consent Form. As a result, the emphasized was following: 47.7% professionals never participated in training on TB; 76.2% of them said they "always" or "almost always" community cases TB are treated in FHU service; 84.1% respondents pointed out who DOT is suitable for all cases of TB, but only 41.2% perform it "always" or "almost always", as recommended by HM; in relation to professionals who implement DOT in FHU, they stood out figure of nurse and ACS; main difficulties identified in the realization of DOT were TB carrier resistance in relation to take medication, reported by 65.9% study participants, and users who are at risk (chronic alcoholic and drug users ), mentioned by 63.6% of them; 70.5% of professionals said they "always" medicines are available at FHU; 90% reported "always" or "almost always" perform the monthly clinical follow up; and 47.7% agreed that "never" or "almost never" are offered financial incentives to users in treatment. It is noted which DOT operation still faces weaknesses due to lack knowledge's professionals and lack of preparation thereof in handling of cases, given the problems associated with the carriers. Thus, should invest in Continuing Education in Health and implementing actions based on completeness and intersectoral approach in treatment cases.

**Key - words:** Tuberculosis, Therapeutic, Primary Health Care.



## LISTA DE FIGURAS

- Gráfico 1** – Frequência de utilização do serviço da Unidade de Saúde da Família para o tratamento dos casos de TB. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015..... **41**
- Gráfico 2** – Causas do referenciamento dos portadores de TB para centros especializados. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015..... **43**
- Gráfico 3** – Conhecimento dos profissionais sobre a ocorrência de reações adversas menores ao esquema terapêutico da tuberculose. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015.....**48**
- Gráfico 4** – Conhecimento dos profissionais sobre a ocorrência de reações adversas maiores ao esquema de tratamento da tuberculose. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015.....**50**
- Gráfico 5** – Indicações utilizadas pelos profissionais para realização do Tratamento Diretamente Observado. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015..... **52**
- Gráfico 6** – Frequência de realização do Tratamento Diretamente Observado. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015..... **54**
- Gráfico 7** – Frequência de utilização do instrumento de registro para o controle do TDO. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015..... **59**
- Gráfico 8** – Dificuldades enfrentadas pelos profissionais na implementação e realização do TDO. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015..... **61**

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes da pesquisa. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015. (n = 44)..... **36**
- Tabela 2** – Informações sobre participação de capacitação em tuberculose e sobre o acompanhamento de portadores da doença pelos profissionais. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015. (n = 44)..... **39**
- Tabela 3** – Conhecimento dos profissionais acerca do tratamento dos casos de tuberculose. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015. (n = 44)..... **45**
- Tabela 4** – As práticas dos profissionais de saúde na operacionalização do Tratamento Diretamente Observado. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015. (n = 44)..... **56**
- Tabela 5**– Recursos e estratégias utilizadas no acompanhamento terapêutico dos casos de tuberculose. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015. (n = 44)..... **64**

## LISTA DE ABREVIACOES

AA – Alcoólatras Anônimos

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

APS – Atno Primária  Saúde

BK – Bacilo de Kock

CAPS - Centro de Atno Psicossocial

DOTS – Directly Observer Treatment Short Course

ESF- Estratégia de Saúde da Família

HIV – Human ImmunodeficiencyVirus/ Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organizao Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários

PCNT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

SUS – Sistema nico de Saúde

TB – Tuberculose

TB-MDR – Tuberculose Multidrogarresistente

TDO – Tratamento Diretamente Observado

TS – Tratamento Supervisionado

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>13</b>
1.1 JUSTIFICATIVA.....	17
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>19</b>
3.1 O ADOECIMENTO POR TUBERCULOSE: HISTÓRICO, ASPECTOS ETIOLÓGICOS E CLÍNICOS E MEDIDAS PREVENTIVAS.....	19
3.1.1 HISTÓRICO DA TUBERCULOSE .....	19
3.1.2 ASPECTOS ETIOLÓGICOS E CLÍNICOS.....	20
3.1.3MEDIDAS PREVENTIVAS .....	21
3.2 A TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE E O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO .....	22
3.2.1 TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO.....	25
3.3 O CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL .....	26
3.3.1 AS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	28
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>31</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	31
4.2 LOCAL DO ESTUDO .....	31
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	32
4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS .....	33
4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS .....	33
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	34
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>35</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL E SOCIODEMOGRÁFICA DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	35
5.2 CONHECIMENTO E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS ACERCA DA TERAPÊUTICA DOS CASOS DE TUBERCULOSE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	40
5.3 A IMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO NO ACOMPANHAMENTO DOS PORTADORES DE TUBERCULOSE: ENTRAVES E POTENCIALIDADES .....	52
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>68</b>

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>71</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES.....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO D – CARTAS DE ANUÊNCIA DOS MUNICÍPIOS.....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO F – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO.....</b>	<b>97</b>

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Tuberculose (TB), no decorrer da história, configurou-se como uma das doenças infectocontagiosas de maior magnitude social e permanece como um grave problema de saúde pública no Brasil, além de ser preocupante também no cenário mundial, onde a quantidade de casos é bastante alarmante em alguns países. A problemática da TB está associada a um conjunto de fatores, dentre os quais: o contexto de vida, no qual se inserem os portadores de TB, o espaço geográfico, as condições socioeconômicas, a interação concomitante com outras patologias, como a *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) e o aparecimento de cepas resistentes (HINO et al., 2012).

Os meios que favorecem a permanência da TB como problema de saúde pública no nosso país abrangem, entre outros, o empobrecimento das famílias, as dificuldades de acessibilidade aos serviços de saúde, o envelhecimento da população, o aumento de grupos marginalizados socialmente e a elevação das migrações internas e externas (HINO et al., 2012).

No ano de 2013, 9,0 (nove) milhões de pessoas contraíram a TB em todo o mundo, e deste total, 1,5 milhões foram a óbito pela doença, sendo que 360.000 dessas mortes estavam associadas ao *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Todavia, com o passar dos anos, é nítida uma redução no indicador de mortalidade. Do ano 2000 até o ano de 2013, 37 milhões de pessoas obtiveram a cura, tendo como premissa a busca ao atendimento rápido e eficaz, com um diagnóstico rápido e tratamento monitorado. A TB, vista por uma ótica mundial, ainda apresenta dados alarmantes, uma vez que 22 países no mundo detêm cerca de 80% dos casos de TB, dentre os quais a Índia, a China e a África do Sul são aqueles com maior coeficiente absoluto de casos da doença. O Brasil faz parte desse seletivo grupo, sendo o 16º colocado em número de casos absolutos e, quanto ao coeficiente de incidência da TB, ocupa a 22ª posição dentre esses países (WHO, 2014).

No Brasil, a TB ainda apresenta números preocupantes, pois, em 2013, foram registrados 71.123 novos casos da doença, apresentando o coeficiente de incidência de 35,4/100.000 habitantes. As regiões Norte, Sudeste e Nordeste e as capitais Cuiabá, Recife e Porto Alegre apresentaram os maiores coeficientes de casos novos no país. No ano referido, do total de casos novos diagnosticados, 85,7% apresentaram a forma clínica pulmonar, sendo 65,2% bacilíferos, sendo os principais responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão

da doença quando não tratados de forma adequada até a cura. Ressalta-se que no Brasil, no ano de 2012, 70,6% dos casos de TB pulmonar tiveram cura e 10,5% abandonaram o tratamento, abaixo do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que recomenda a cura de pelo menos 85% dos casos da doença na forma pulmonar bacilífera e o índice de menos de 5% de abandono (BRASIL, 2014).

O Estado da Paraíba, em 2012, obteve o coeficiente de incidência de 28,2/100 mil habitantes e o índice de mortalidade de 1,9/100 mil habitantes. A taxa de cura dos casos novos foi de 64,6% e o percentual de abandono foi de 13%, resultados que também estão abaixo do preconizado pela OMS. A taxa de coinfeção TB-HIV foi de 7,3%. João Pessoa, a capital do estado, foi o município paraibano com as maiores taxas de incidência e de mortalidade, apresentando o coeficiente de mortalidade de 2,3 por 100 mil/ habitantes, o índice de 62% de cura dos casos novos e de 17,8% de abandono do tratamento (SINAN, 2012).

Diante do referido, um dos entraves para o controle da TB no Brasil é a alta taxa de abandono do tratamento, potencializada por diversos fatores, tais como: a situação socioeconômica do doente; os efeitos colaterais dos tuberculostáticos; uso de drogas e álcool; baixa escolaridade, que às vezes favorece a falta de informação sobre a doença; concepções sobre o processo saúde-doença e falta de motivação para realizar o tratamento. Assim sendo, é importante conhecer as necessidades de saúde dos indivíduos que apresentam essa patologia, para que a assistência aconteça de maneira efetiva e permita que a equipe de saúde possa entender e apoiar as situações vivenciadas pelos doentes de forma significativa (SÁ, et al., 2007; HINO et al., 2012).

Nesse sentido, a estratégia *Direct Observed Treatment Short* (DOTS) é um conjunto de medidas reconhecidas em âmbito mundial, que potencializam ações para conter o avanço da doença e atingir as metas preconizadas pela OMS. A Estratégia consiste no controle da enfermidade, baseando-se em cinco pontos: adesão política por parte das autoridades governamentais; estabelecimento de uma rede de laboratório com baciloscopia de qualidade; garantia no fornecimento de medicamentos; sistema de monitoramento e avaliação adequada e oferta de tratamento padronizado e supervisionado (BRASIL, 2011).

No Brasil, a estratégia DOTS foi proposta oficialmente no ano de 1998, pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), período no qual o Ministério da Saúde (MS) definiu a TB como prioridade entre as políticas governamentais no âmbito da saúde. O PNCT é desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. Esse programa procura estabelecer ações e estratégias

contra o desenvolvimento da TB e suas comorbidades, por meio da busca ativa de novos casos, do diagnóstico precoce e do tratamento adequado (BRASIL, 2011).

Neste contexto, o Tratamento Diretamente Observado (TDO) é considerado uma das colunas da estratégia DOTS e do PNCT, e tem como premissa o fortalecimento da adesão do portador de TB ao tratamento e a prevenção de cepas resistentes aos medicamentos. Esta estratégia terapêutica possibilita uma mudança na forma de administração das drogas, visto que o esquema terapêutico continua o mesmo (BRASIL, 2011). A equipe de saúde deve ser treinada para observar o usuário de saúde com TB tomar a medicação diariamente, desde o início do tratamento, até a sua cura. O TDO pode ser realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) ou na casa do doente. Em episódios excepcionais, o esquema do tratamento pode ser observado por um parente ou pessoa da comunidade devidamente habilitada e supervisionada por um profissional de saúde (CRUZ et al., 2012).

O TDO está indicado para todos os casos de TB, tanto para os novos casos, quanto àqueles que tiveram história de abandono, ou seja, retratamento e também quando o portador apresenta resistência à medicação, o que constitui o quadro de tuberculose multirresistente (TB-MR) (CARDOSO et al., 2012). O TDO é mais que observar a deglutição da medicação, sendo necessário estabelecer um elo entre o doente e o profissional de saúde, bem como entre o doente e o serviço de saúde. A estratégia vem sendo fortalecida por meio de capacitações, presenciais e a distância, com foco na humanização da assistência, no estreitamento de vínculos entre usuários e os serviços de saúde e no fortalecimento destas ações na comunidade. A realização do TDO tem aumentado no país, passando de 37,2% em 2009, para 46,8% em 2012 (BRASIL, 2013). Torna-se ainda necessário mover as barreiras que impedem a adesão, empregando estratégias de reabilitação social, melhoria da autoestima, qualificação profissional e outras demandas sociais (BRASIL, 2011).

Desde 2003, o MS vem considerando a TB como uma das principais prioridades na agenda da saúde, e esse novo dinamismo que aconteceu através da descentralização, mostrou que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a local mais adequado para o manejo dos casos de TB. Essa nova mudança visa à rapidez no diagnóstico, detecção de casos entre sintomáticos respiratórios (SR) e contatos, sobretudo de casos bacilíferos e em crianças. Estudos apontam a descentralização do diagnóstico e tratamento da atenção à TB para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ou ESF como tática para expandir o acesso das pessoas portadoras do agravo aos serviços de saúde. Deste modo, a descentralização das ações para as ESF vem provocando mudanças expressivas no volume de atividades com a ampliação do número de SR



examinados, de baciloscopias realizadas, detecção de novos casos, controle de contatos, aproximando-se das metas estabelecidas pelo PNCT (SANTOS et al., 2012).

Neste contexto, o tratamento é um fator primordial no controle da disseminação da enfermidade, e os profissionais de saúde envolvidos nesse processo, têm que apresentar uma conduta profissional adequada e conhecimento sobre a patologia. Dessa forma, é necessária a ampliação da capacidade técnica dos profissionais e o conseqüente empoderamento, no que diz respeito às suas funções e competências frente aos casos de TB. Por conseguinte, espera-se que as equipes da ESF desenvolvam ações do PNCT, que incluam a realização de busca ativa dos SR na comunidade, a detecção de casos bacilíferos pela baciloscopia direta do escarro, a anulação dessas fontes de infecção, mediante tratamento padronizado e a execução de ações de vigilância dos focos (SANTOS et al., 2012).

## 1.1 JUSTIFICATIVA

O tratamento da TB é bastante difundido dentre os programas de saúde em todos os níveis de atenção. O fato de ser extrapulmonar ou pulmonar, bem como, a presença de recidiva requer um tratamento mais específico e acompanhamento minucioso. Nesse sentido, os profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) precisam compreender todo esse aparato que vai desde o acolhimento até possíveis encaminhamentos para centros de referências especializados. Para tanto, é necessário conhecimento científico e farmacológico adequados, a partir da qualificação destes profissionais para o adequado manejo dos casos, no que tange ao diagnóstico precoce e ao acompanhamento terapêutico eficaz com a realização do TDO.

Destarte, torna-se de suma importância a realização de pesquisas acerca do conhecimento de profissionais atuantes na APS, para que a partir desses dados, identifiquem-se as deficiências e sejam implementadas atividades direcionadas de educação permanente. Diante do referido, emerge a seguinte questão: médicos e enfermeiros que atuam na ESF possuem conhecimento adequado sobre o tratamento da TB na forma pulmonar?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar as práticas de médicos e enfermeiros no tratamento da tuberculose, no âmbito da Estratégia Saúde da Família de municípios pertencentes à Mesorregião do Agreste Paraibano.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar o conhecimento dos profissionais sobre os esquemas terapêuticos preconizados pelo MS para o combate da TB, assim como sobre as reações adversas decorrentes do tratamento.
- Investigar a realização do TDO no acompanhamento dos casos de TB e as dificuldades para sua implementação.
- Identificar os entraves e as potencialidades do tratamento dos portadores de TB no âmbito da APS.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 O ADOECIMENTO POR TUBERCULOSE: HISTÓRICO, ASPECTOS ETIOLÓGICOS E CLÍNICOS E MEDIDAS PREVENTIVAS.

##### 3.1.1 HISTÓRICO DA TUBERCULOSE

Evidências mostram que a TB acomete os seres humanos desde os primórdios das civilizações. Achados arqueológicos em múmias egípcias há mais de 5.000 anos a.c, evidenciaram anormalidade típica do comprometimento da coluna vertebral pelo Bacilo Koch (BK). Já na região da América do Sul, relatos arqueológicos revelam a presença da TB em múmias peruanas; no Brasil, sua disseminação aconteceu com a chegada dos portugueses no período da colonização, e nesta época era designada como peste branca. O contato permanente dos nativos com os portugueses portadores ocasionou na morte de muitos, possibilitando a formação de epidemia da moléstia no continente. As condições de higiene, de moradias e de saneamento básico da época possibilitavam a transmissão em grande escala (MACIEL et al, 2012).

Por volta do século XIX, a epidemia da TB se alastrou de maneira tão abrangente que a moléstia ficou caracterizada como o mal do século. No período do romantismo, a TB foi amplamente difundida pelos intelectuais da época, na qual, uma visão romântica era idealizada sobre a doença (NASCIMENTO, 2005).

Considerando que a TB é uma doença infectocontagiosa, a sua disseminação foi rápida nas grandes cidades europeias, durante a urbanização e a Revolução Industrial no século XIX. O mesmo fato que ocorreu na Europa não foi diferente do Brasil, pois no final de século XIX a TB passou a ser relacionada com as condições precárias de vida, isto é, má alimentação e falta de higiene e o seu tratamento baseava-se em alimentação adequada, repouso, clima (frio ou calor) e isolamento. O século XX, por sua vez, foi marcado por avanços científicos que questionaram o fator clima na cura da TB e a hereditariedade na etiologia da doença (CAMPOS & PIANA, 2001).

### 3.1.2 ASPECTOS ETIOLÓGICOS E CLÍNICOS

Por volta do ano de 1882, Robert Koch conseguiu identificar o agente causador da TB, o BK, também denominado como *Mycobacterium tuberculosis*. A partir dessa descoberta, estudos sobre a tuberculose proporcionaram grandes avanços no combate à doença através da radiografia. Todavia, não havia um tratamento específico para tal enfermidade, o recomendado era muito repouso e uma boa alimentação. Somente na década de 60, definiram o esquema com três antibióticos para o tratamento (isoniazida, pirazinamida e rifampicina), com o qual se obtinha cerca de 95% de cura dos pacientes (CONDE; SOUZA; KRITSKI, 2002).

A TB é causada principalmente pelo agente etiológico *Mycobacterium tubérculosus hominnis*, mas também pode ser causado por outro agente etiológico, o *Micobacterium tuberculosis bovis*, que é adquirido pela ingesta de leite contaminado. A doença afeta especialmente os pulmões, mas também pode atingir os rins e outros órgãos. O bacilo *M. tuberculosis* é gram-positivo, em forma de bastão, ácido-álcool resistente e aeróbio e dissemina-se no hospedeiro pelo sistema linfático, corrente sanguínea, vias brônquicas e trato gastrintestinal. Esses bacilos podem infectar praticamente todos os tecidos, inclusive a pele, ossos, nódulos linfáticos, trato intestinal e tubas uterinas (HANSEL & DINTZIS, 2007; MEEKES; ROTHROCK, 1997).

A disseminação dá-se de uma pessoa para outra, por contato direto com um indivíduo com doença ativa, por meio da inalação de gotículas provenientes da tosse, espirro e fala. Entretanto, no geral, o contato breve não resulta em infecção. Em contraste com o número de pessoas infectadas pelo bacilo da TB, apenas uma pequena proporção delas torna-se doente. Geralmente, alguns fatores predispõem um paciente a desenvolver TB, tais como: a má assistência à saúde, desnutrição, superpopulação e más condições de habitação (TIMBY; SMITH, 2005).

Os sinais e sintomas da TB pulmonar são insidiosos, variam de pessoa a pessoa, podendo permanecer assintomático até que a doença se encontre em um estágio avançado. A enfermidade apresenta como sintomatologia tosse produtiva ou seca com duração de mais de três semanas, febre baixa vespertina, fadiga, sudorese noturna, anorexia e perda de peso. A tosse pode não ser produtiva ou pode haver a expectoração de escarro mucopurulento ou ainda a hemoptise. Em geral, os sintomas sistêmicos e pulmonares são crônicos, podendo estar presentes durante semanas a meses. A dispneia é característica dos estágios finais da doença (SMELTZER & BARE, 2009).

A transmissibilidade da TB acontece sempre quando o doente apresenta o BK e não foi tratado. Posteriormente, quando o esquema terapêutico é iniciado a transmissão é reduzida gradativamente a níveis consideráveis. As complicações encontradas no portador estão mais voltadas ao sistema respiratório, como distúrbios ventilatórios obstrutivos e restritivos, infecções respiratórias, formação de bronquiectasias, hemoptise e empiemas (BRASIL, 2010).

As populações mais vulneráveis à TB são aquelas que estão intimamente ligadas às más condições socioeconômicas, visto que a proliferação do BK se dá em ambiente de grande aglomeração humana, com condições precárias, como presídios, ambientes sem infraestrutura e com saneamento básico inadequado. A transmissão propaga-se geralmente em espaços fechados, escuros e pouco ventilados, pois esse tipo de ambiente favorece a permanência das gotículas expelidas no ar. Por isto, a sua incidência é maior nas periferias das grandes cidades, podendo, porém, acometer qualquer pessoa mesmo em áreas rurais (BRASIL, 2011).

A TB começa a partir do momento em que um indivíduo suscetível inala micobactérias, que são transmitidas das vias aéreas superiores até os alvéolos, onde são armazenados e inicia-se um processo de multiplicação, tornando o indivíduo infectado. O nosso sistema imunológico aciona a resposta, que, em geral, ocorre de duas a dez semanas após o contato inicial. A doença na sua forma ativa pode se desenvolver em virtude de uma resposta inadequada do sistema imunológico. Cerca de 10% das pessoas infectadas, desenvolve a doença na sua forma ativa logo no início (SMELTZER et al, 2009).

### 3.1.3 MEDIDAS PREVENTIVAS

Uma ferramenta importante no controle da TB é prevenir o adoecimento, diagnosticando os casos precocemente, o que é responsabilidade dos profissionais da APS. É necessário que os profissionais de saúde informem os doentes sobre os cuidados a serem tomados durante as primeiras duas semanas de tratamento, período em que ainda pode ocorrer o contágio a outros indivíduos. Também é de grande importância que se investigue as pessoas que convivem com o doente, solicitando exames. Portanto, uma das estratégias fundamentais para o controle da TB é a detecção precoce dos casos, considerando que apenas aguardar que os doentes procurem os serviços de saúde com queixas respiratórias não é suficiente para interromper a cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2011).

A busca ativa de sintomáticos respiratórios deve ser uma atitude permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros da equipe de saúde, não apenas nos

serviços de saúde, mas também nas atividades realizadas na coletividade, seja por meio de visita domiciliar, reuniões com os membros da comunidade, ou outras (HINO et al., 2012).

Outra medida preventiva importante é a vacinação contra a TB, conhecida como BCG (Bacilo de Calmette – Guérin), a qual é feita através de bactéria atenuada de origem bovina (*Mycobacterium bovis*), que tem semelhança ao microorganismo que causa a doença (*Mycobacterium tuberculosis*). A vacinação com BCG oferece proteção contra as manifestações graves da TB. No Brasil, ela é obrigatória para menores de um ano, e indicada para as crianças de 0 a 4 anos de idade. Sua eficácia é de aproximadamente 80%. Contudo, ainda não há uma vacina específica e que imunize em 100% os pacientes contra TB. Por isso, é de grande importância o controle da infecção tuberculosa no mundo, principalmente em unidades de saúde, prisões e locais de longa permanência, que tornam as pessoas mais suscetíveis à doença (BRASIL, 2010a).

O problema da TB no Brasil reflete o estágio de desenvolvimento social do país, em que os determinantes do estado de pobreza, as condições sanitárias precárias e as deficiências organizacionais do sistema de saúde limitam o alcance das metas de controle da TB e, por consequência, inibem o desaparecimento de doenças marcadas pelo contexto social. A região Nordeste, por sua vez, detém os piores índices de desenvolvimento socioeconômico, dificultando as ações de prevenção e de controle dessa infecção. Dessa forma, além do sistema de saúde e dos profissionais estarem sensibilizados para o problema, o controle da infecção perpassa pelas condições e modos de viver das pessoas infectadas, pois a TB, como já referido, é uma doença com forte associação com as más condições de vida. Portanto, uma das principais formas de prevenir esta enfermidade é garantir o acesso da população aos direitos fundamentais, os quais consistem em educação de qualidade, alimentação adequada, moradia digna, transporte, lazer, saneamento básico e serviços de saúde acessíveis (LEMOS; FEIJÃO; GALVÃO, 2013).

### 3.2 A TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE E O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO

A TB é uma enfermidade grave, contudo curável. Com o plano medicamentoso sendo certo e as doses administradas de maneira correta no tempo proposto, praticamente 100% dos doentes poderão ser curados. Uma questão preocupante quando se fala de TB é ligada ao tratamento, pois as taxas de abandono estão elevadas e isso contribui para o não cumprimento do regime terapêutico, levando a um aumento da disseminação do bacilo pelos portadores

(CHIRINO; MEIRELLES, 2011). O tratamento da TB tem que ser realizado conforme as necessidades do regime ambulatorial e supervisionado no serviço de saúde que seja mais próximo da moradia do doente. Antes de iniciar a terapêutica é importante que os profissionais de saúde forneçam informações aos sujeitos com TB, tais como: explicar em linguagem acessível às características da doença e o modo como vai ser guiado esse processo de cura; as características de cada medicação, duração e benefícios do uso dos fármacos; consequências advindas do não cumprimento do tratamento, as possíveis reações e efeitos adversos dos remédios (BRASIL, 2010a).

Os esquemas terapêuticos são padronizados e adaptados a diferentes situações por meio de normas técnicas estabelecidas desde 1979. A medicação para o tratamento não está disponível nas farmácias e drogarias. No Brasil, o direito a essa medicação é um bem público pelo qual, todo cidadão deve ter acesso quando a necessidade é identificada. O fornecimento do mesmo é feito pelo SUS, tendo o objetivo de controlar o índice dessa enfermidade. O compromisso dos serviços de saúde com a população garante que o paciente diagnosticado com TB seja adequadamente tratado (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

O esquema terapêutico está organizado em três propriedades, que são essenciais para o sucesso do tratamento e que se referem às atividades bactericida, esterilizante e à capacidade de prevenção de resistência às drogas. Os fármacos isoniazida (H) e rifampicina (R) apresentam uma maior atividade bactericida, tendo eficácia em todas as populações de bacilos da TB. A pirazinamida (Z) e a estreptomicina (S) tem função bactericida apenas contra algumas populações bacilares (BRASIL, 2011).

Em 2009, o PNCT, juntamente com o seu comitê técnico assessor, reviu o sistema de tratamento da TB no Brasil. Com base nos resultados preliminares do II Inquérito Nacional de Resistência aos medicamentos anti-TB, que mostrou aumento da resistência primária a isoniazida (de 4,4% para 6,0%), o MS introduziu o etambutol (E) como quarto fármaco na fase intensiva de tratamento dos dois primeiros meses do esquema básico. O aspecto farmacológico desse esquema passa a ser em comprimidos de doses fixas combinadas dos quatro medicamentos (RHZE), nas seguintes dosagens: R 150mg, H 75mg, Z 400mg e E 275mg (BRASIL, 2010b).

Outras modificações no sistema de tratamento da TB foram à eliminação do esquema I reforçado e do esquema III, sendo recomendado que para todos os casos de retratamento, seja realizada cultura, identificação e teste de sensibilidade e, por conseguinte, a iniciação do tratamento do portador da TB pelo esquema básico até que os resultados dos exames sejam



divulgados. Para todos os esquemas da TB, a medicação é de uso diário e será administrada em única tomada por dia.

Uma questão importante é quando a administração dessa terapia envolve grupos de risco, ou seja, aqueles portadores mais vulneráveis (pessoas com mais de 60 anos, alcoolista, portadores de HIV, paciente que faz uso de medicamento anticonvulsivante e aqueles que apresentam alterações hepáticas). Outro fator relevante são as crianças menores de 5 anos que apresentam uma resistência a tomada da medicação, podendo ser substituída por forma de xarope ou suspensão (BRASIL, 2011b).

O esquema básico utilizado para o tratamento da TB é indicado para casos novos em adultos e adolescentes maiores de 10 anos e para todas as formas de TB pulmonar e extrapulmonar (exceto a forma meningoencefálica), infectados ou não pelo vírus HIV e aqueles que apresentem histórico de abandono do tratamento ou recidiva. A realização é feita no âmbito da atenção básica supervisionado por profissional detentor do conhecimento das medicações. Esse esquema apresenta uma duração de seis meses, onde a fase dos dois primeiros meses é chamada intensiva, cujo regime terapêutico acontece com a administração dos fármacos Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, e Etambutol (RHZE). Na segunda parte do tratamento – fase de manutenção com duração de quatro meses – administra-se apenas a R e a H. Quando esta terapêutica envolve crianças, o E é retirado do esquema, a indicação é a mesma para todos os casos envolvendo crianças (BRASIL, 2011).

Quando a TB apresenta-se na forma meningoencefálica, o esquema terapêutico indicado para adultos e adolescentes se distribui da seguinte forma: o tratamento é realizado num prazo de nove meses; a primeira fase da terapia, que é a intensiva, tem uma durabilidade de 2 meses e os fármacos utilizados são os mesmos do esquema básico R, H, Z e E. A fase final ou de manutenção tem seu tempo programado em 7 meses, com as drogas de escolha R e H. Portanto, o profissional de saúde envolvido nessa ação de tratamento, precisa ser qualificado e conhecer todos os entraves que podem acontecer no transcorrer da terapia, incluindo os efeitos e as reações adversas dos medicamentos. As reações adversas podem acontecer de duas maneiras: reações adversas menores, que normalmente não interrompem o tratamento e reações adversas maiores, que geralmente acarretam a suspensão do esquema terapêutico. No esquema I, as reações adversas mais prevalentes ocorrem no sistema urinário, com a mudança na coloração da urina, intolerância gástrica (40%), alterações cutâneas (20%) icterícia (15%) e dores articulares (4%) (BRASIL, 2011).

Atualmente, um dos maiores problemas apontados no controle da TB é a não adesão ao tratamento. Como consequência, os indicadores de incidência, mortalidade e

multirresistência estão aumentando, o que torna o abandono do tratamento uma das principais preocupações mundiais para o controle da doença. Dentre os fatores ambientais, sociais e econômicos que dificultam a adesão do tratamento destacam-se: o estigma que envolve a doença, o analfabetismo, a não aceitação da doença, o fato do paciente considerar-se curado antes da cura efetiva, impossibilidade de faltar ao emprego para ir às consultas, dificuldades de acesso às unidades de saúde para recebimento da medicação, ausência de residência fixa, complexos de autodestruição, má-alimentação, intolerância medicamentosa, alcoolismo, presença de outras doenças, uso de drogas ilícitas, falta de apoio de familiares no tratamento e o desconhecimento relacionado à enfermidade (DURAN et al, 2014).

Dessa forma, a adoção de mecanismos que facilitem o acesso do usuário ao serviço de saúde proporciona maior adesão ao tratamento, tais como: horários especiais de atendimento, suporte social (auxílio transporte e cestas básicas), educação em saúde e terapia com drogas combinadas em uma só tomada (IBANÊS & CARNEIRO JUNIOR, 2013). Além disso, na implementação do tratamento, o TDO é uma ferramenta essencial para o sucesso do mesmo, uma vez que visa o aumento da adesão dos pacientes ao regime terapêutico, maior descoberta das fontes de infecção (pacientes pulmonares bacilíferos), e o aumento da cura, reduzindo o risco de transmissão da doença na comunidade (BRASIL, 2011).

### 3.2.1 TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO

No ano de 1993, a transmissão foi declarada como situação de emergência no mundo, e para que esse quadro não tomasse proporções maiores criou-se um novo modelo de tratamento para controle e erradicação da mesma – o DOTS. O TDO é considerado como uma das colunas para operacionalização dessa estratégia, tendo em vista que o seu papel é o fortalecimento da adesão ao tratamento e a prevenção de cepas multirresistentes aos medicamentos, garantindo uma quimioterapia regular e certa com supervisão diária dos medicamentos. Esse tratamento pode ser realizado no âmbito domiciliar, na unidade de saúde, UBS e em serviços de atendimento aos portadores de HIV/AIDS. A escolha do tipo de modalidade terapêutica é de suma importância e deve ser norteada de forma conjunta entre a equipe de saúde e o doente. Entretanto, a lógica de organização em diversos serviços de atenção à TB segue normas rígidas, as quais são instituídas por métodos epidemiológicos internacionais, estabelecendo o controle da doença e, sobretudo, do doente, não considerando a autonomia deste sujeito no processo assistencial da terapêutica (GRECCO et al, 2014).

O TDO foi inserido no Brasil a partir de 1998, e sua proposta tem uma repercussão direta na relação entre profissional de saúde e usuário, pois não só os profissionais devem seguir determinadas normas e orientações, mas também os usuários necessitam submeter-se à nova regra de intervenção. A recomendação do TDO passou a ser indicada para todos os casos de TB, seja caso novo, ou de retratamento, devido às elevadas taxas de abandono do tratamento e à emergência da TB-MR. Tal fato constitui uma mudança operacional na forma de administrar os medicamentos da TB, sem mudanças no esquema terapêutico. O profissional de saúde é treinado para observar o paciente tomar a medicação diariamente, desde o início do tratamento, até a sua cura (CARDOSO et al, 2012).

O TDO da TB consiste na tomada diária (de segunda a sexta-feira) da medicação sob supervisão do profissional de saúde, permitindo interação, corresponsabilidade e aprendizado de todos os envolvidos (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde). Nos casos em que o TDO não for efetivado por um profissional de saúde, não será considerado TDO para fins funcionais (inclusive para fins de notificação no SINAN). Entretanto, para o doente que a opção de três vezes por semana for necessária, deve ser exaustivamente explicado sobre a obrigação 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 (BRASIL, 2011a).

### 3.3 O CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL

A OMS lançou, em 1993, as diretrizes do DOTS e, a partir de 1998, o DOTS foi implantado no Brasil, priorizando cidades com altos índices de casos da doença. A estratégia foi ampliada e é hoje preconizada para todos os pacientes com diagnóstico de TB (BRASIL, 2010b; IBANÊS & CARNEIRO JUNIOR, 2013). As vantagens do DOTS abrangem: negatificação da baciloscopia mais precoce; cuidados contínuos; melhor relação paciente-profissional; tomada regular da medicação assegurada; cura do paciente; risco de infecção diminuída para os contatos; prevenção da multirresistência e baixo custo em relação ao tratamento auto administrado (IBANÊS & CARNEIRO JUNIOR, 2013).

No ano de 1998, foi lançado o PNCT no país, com a finalidade de ampliar as ações em todo o território nacional, tendo como metas diagnosticar, pelo menos, 90% dos casos esperados e tratar com sucesso, no mínimo, 85% dos casos diagnosticados, até 2001. Em

2003, a TB foi referida como prioridade nas políticas públicas do Brasil e o MS compactua, com as demais esferas de governo, o fortalecimento da estratégia TS-DOTS como principal instrumento para alcançar as metas internacionais propostas pela OMS (detecção de pelo menos 70% dos casos bacilíferos estimados e de cura de, pelo menos, 85% dos casos tratados). A ampliação das ações de controle para 100% dos municípios foi definida no âmbito da APS, na qual gestores municipais e estaduais precisam agir de forma planejada e articulada para garantir a implantação das ações de controle da TB que incluem o cumprimento da estratégia DOTS (BRASIL, 2010b).

Em 2004, foi aprovado o atual plano de ação do PNCT, fundamentado na descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da TB. O plano utiliza como base para a implantação da estratégia DOTS em todo o território nacional, os recursos humanos das Unidades de Atenção Básica, Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários (PACS), todos integrados ao SUS. O objetivo geral do PNCT é diminuir os níveis de morbidade e mortalidade pela TB e sua corrente de transmissão. Esse programa está envolvido com outros setores para conseguir êxito em suas metas e objetivos, e juntamente com a vigilância epidemiológica tem a função de monitorar a situação e a tendência da doença, para recomendar, executar e avaliar as atividades de controle e a descoberta precoce dos casos novos, em especial dos bacilíferos, por serem esses pacientes a principal fonte de infecção de TB na comunidade. Além disso, devem ser implementadas ações educativas voltadas para o controle da doença, através de orientações acerca do enfrentamento e convívio com a TB (BRASIL, 2011b).

Além da adoção da estratégia do TS, o PNCT brasileiro reconhece a importância de horizontalizar o combate à TB, estendendo-o para todos os serviços de saúde do SUS. Portanto, visa à integração do controle da TB com a atenção básica, incluindo o PACS e a ESF para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento. O tratamento supervisionado acontece levando em conta a atenção básica de saúde, definida nas várias esferas de governo, mediante ações de vigilância epidemiológica, de proteção, de educação em saúde, de treinamento e capacitação permanentes, de comunicação e mobilização social e de avaliação, de acompanhamento e monitoramento e de manutenção da cobertura adequada de vacinação de BCG. Deve-se ainda desenvolver ações educativas em saúde, com comunicação e mobilização social, nas esferas nacional, estadual e municipal, enfocando a promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde e capacitar os profissionais que operam no controle e prevenção da TB em todas as esferas de gestão (IBANÊS & CARNEIRO JUNIOR, 2013).

Nos últimos anos, a relação entre a sociedade civil e a tomada de decisões dos governos sobre a elaboração de políticas em saúde, vem se consolidando, o que se configura um sólido caminho para gestão em políticas em saúde. A participação dos envolvidos no combate da TB é refletida em contextos micropolíticos e na interação entre a própria população e os governos. Portanto, o controle da TB tem um importante aliado que é a própria sociedade que participa efetivamente desses processos de negociação no espaço da saúde pública, construindo junto com o governo subsídios para a erradicação de casos da doença (BULGARELLI; VILLA; PINTO, 2013).

Ressalta-se que na grande maioria dos casos, a TB é um problema que pode ter a sua resolução na APS, com equipes de saúde capacitadas que podem interferir positivamente nesse problema de saúde, através da investigação dos SR, do diagnóstico precoce, do tratamento com esquema básico descentralizado, do acompanhamento das pessoas com TB e de seus contatos, facilitando o acesso (porta de entrada do sistema) e diminuindo a taxa de abandono do tratamento (BRASIL, 2011).

### 3.3.1 AS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Com a criação do SUS, mudanças estruturais aconteceram no sistema de saúde do Brasil, com isso o panorama da TB no país mudou, principalmente a partir da descentralização das atividades para o âmbito da atenção básica (RUFFINO-NETTO; SOUZA, 1999). Com o fortalecimento da atenção básica, as ações de controle da TB, até então gerenciadas pelo Estado por meio de programas verticais e equipes especializadas, foram reestruturadas atribuindo-se competências a cada nível de governo (BRASIL, 2006). A aprovação do plano de ação do PNCT em 2004 fortaleceu a descentralização e a horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da doença.

Considera-se a TB como um problema de simples diagnóstico, que não demanda tecnologia sofisticada e pode ser tratada e controlada com drogas comuns, de valores relativamente baixos, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na APS (BRASIL, 2011). AAPS é o primeiro nível na atenção da saúde da população e é composta por ações e programas governamentais voltadas para atenção, promoção e recuperação da saúde dos usuários no processo de saúde-doença. Esses programas voltados para promoção da saúde têm como objetivo diminuir os níveis de mortalidade e morbidade pelas doenças mais prevalentes. A APS, enquanto uma das portas de entrada para o SUS constitui-se em um nível próprio de

atenção, que tem capacidade de extrapolar a intervenção curativa individual e responder por cerca de 80% dos problemas de saúde demandados pela população (SILVA et al, 2010).

No âmbito da APS, a ESF procura promover políticas de saúde voltada ao controle da TB, baseadas em ações e programas que têm como objetivo a erradicação dos casos nas áreas de abrangência. A ESF adota a lógica de priorização das áreas de risco, cujas práticas se desenvolvem com os usuários e suas famílias no território que, em tese, possibilitariam o diagnóstico precoce da doença, contribuindo para diminuir a cadeia de disseminação (CRISPIM et al., 2012).

O PNCT inseriu novas possibilidades de intervenção em sua proposta de trabalho, assinalando que a inclusão das ações no controle da TB no âmbito das ESF poderia acender a integração dos serviços, mostrando oportunidade para extensão das atividades de controle da doença. Neste comando, vem sendo proposto que os serviços de saúde se arranjam para que as ESF incorporem em suas atividades a responsabilidade pelo desenvolvimento das ações de controle da TB. Para tal, devem estar capacitadas para realizar suspeição e diagnóstico dos casos; tratar e supervisionar a ingestão medicamentosa; acompanhar os contatos; manter atualizado o sistema de informação; realizar ações preventivas (BCG, quimioprofilaxia) e educativas junto à comunidade (MARCOLINO et al, 2009).

A APS, por ser o primeiro contato do portador de TB com o sistema de saúde tem o objetivo de identificar os casos suspeitos e fornecer subsídios para o tratamento. Suas competências são de grande valia para o sucesso do esquema terapêutico, as quais são: realização de busca de SR, com busca ativa constante na unidade de saúde e/ou no domicílio (por meio da ESF ou PACS), assim como em instituições fechadas na sua área de abrangência; obter coleta de escarro e materiais para o exame de baciloscopia, cultura, identificação e teste de sensibilidade, atentando para que o andamento desses exames seja oportuno e que o resultado da baciloscopia fique disponível ao médico, no máximo, em 24 horas na rede ambulatorial; solicitar cultura, identificação de micobactérias e teste de sensibilidade, para os casos previstos para diagnóstico bacteriológico; indicar e prescrever o esquema básico, realizar o TDO e monitorar todos os casos bacteriologicamente confirmados com baciloscopias de controle até o final do tratamento. Para os casos com forte suspeita clínico-radiológica e com baciloscopias negativas indica-se, sempre que possível, encaminhar para elucidação diagnóstica nas referências secundárias (BRASIL, 2011b).

Além do exposto, de acordo com Brasil (2011), são também competências designadas para APS: a oferta do teste anti-HIV para todos os portadores da TB, independentemente da idade, realizando o aconselhamento pré e pós-teste; realização do controle diário de faltosos,

utilizando estratégias como visita domiciliar, contato telefônico e/ou pelo correio, a fim de evitar a ocorrência de abandono; realizar a investigação e controle de contatos, tratando, quando indicado, a infecção latente (quimioprofilaxia) e/ou doença; identificar precocemente à ocorrência de efeitos adversos às drogas do esquema de tratamento, orientando adequadamente os casos que apresentem efeitos considerados menores; realizar vacinação BCG e indicar, realizar ou referenciar, quando necessário, contatos ou suspeitos de TB para prova tuberculínica.

Neste contexto, os profissionais Agentes Comunitários de Saúde (ACS), são reconhecidos pela habilidade de estabelecer o elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Pautados na referida concepção, e considerando que a ESF se propõe a levar as ações de prevenção e controle da doença para perto do usuário e da sua família, Crispim et al (2012) valem-se da premissa de que os ACSs, alocados nas unidades da ESFs, apresentarão melhor desempenho para o controle da TB do que aqueles inseridos nas UBSs. Todavia, independente das distinções entre as modalidades de APS, é confiado que o ACS seja capaz de identificar por meio de visitas domiciliares, os indivíduos que apresentam tosse por três semanas ou mais, e encaminhá-los aos serviços de saúde para investigação da doença. Igualmente cabe ao ACS fornecer orientação sobre a enfermidade às famílias e às comunidades, assim como o acompanhamento dos doentes durante o TDO.

Enfatiza-se que as estratégias inovadoras lançadas pelo PNCT têm como objetivo o fortalecimento do TDO para a APS, proporcionando maior acessibilidade das populações, principalmente as mais vulneráveis (moradores de ruas, pessoas privadas de liberdade e a população indígena), à terapêutica da TB. A manutenção da TB como um problema de saúde pública, faz com que novas respostas devam ser pensadas no sentido de promover a equidade, garantindo o acesso dos usuários aos serviços de saúde, visando não apenas o seu atendimento e bem-estar, mas, em sentido mais amplo, a consolidação do SUS em suas diretrizes (BRASIL, 2011b).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa. Para Gil (2008), a pesquisa descritiva procura descrever as características do fenômeno pesquisado ou de determinada população pesquisada. Estabelece, dessa forma, relações entre variáveis e utiliza-se da pesquisa de campo para coleta de dados, utilizando como instrumentos para a pesquisa, inventários, questionários entre outras técnicas.

Conforme Silva e Menezes (2005) a pesquisa quantitativa avalia que tudo pode ser quantificável, o que constitui demonstrar em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão).

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em alguns municípios da mesorregião do Agreste paraibano, a qual é formada por 66 municípios. O Agreste Paraibano estende-se por uma área de 12.914,069 km<sup>2</sup>, limitando-se ao norte com o Rio Grande do Norte, ao sul com a Mata pernambucana, ao leste com a Zona da Mata e ao oeste com a Borborema. Apresenta uma população estimada em 1.213.279 habitantes (IBGE, 2010).

Os municípios cenários do estudo foram Belém, Bananeiras e Solânea. O município de Belém possui uma população de 17.093 habitantes, uma área territorial de 100, 153 km<sup>2</sup>, sua economia é baseada nos setores de serviços, agricultura e pecuária, o Produto Interno Bruto (PIB) é de 71.810,651 mil reais, o PIB per capita de 6.038,45 mil reais e o Índice de Desenvolvimento Humano de 0,595, sendo baixo para média nacional. A Atenção Primária à Saúde do município é composta por sete USFs, das quais quatro estão instaladas na zona urbana e as outras três na zona rural. A cidade comporta centros de especialidades como: centros odontológicos, centro de referência em saúde da mulher, hospital municipal, dentre outros estabelecimentos de saúde (IBGE, 2010; BRASIL, 2015).

De acordo com dados do IBGE (2014), o município de Bananeiras tem sua população estimada em 21.276 mil habitantes, sua área territorial é de 257, 931 km<sup>2</sup>, a economia é



baseada na agricultura, pecuária e serviços. O PIB da cidade é 108.257 mil reais, tendo um PIB per capita de 5.470,012 mil reais e apresenta o IDH 0,568, considerado baixo para média do país. Além disso, possui um importante centro de ensino superior, com o campus da UFPB instalado no município, com cursos nas áreas de exatas e humanas. O sistema de saúde é composto por nove USFs, sendo duas localizadas na zona urbana e sete instaladas na zona rural, além de centros de especialidades, como consultórios odontológicos, clínica de fisioterapia, laboratório e o hospital do município.

O município de Solânea tem uma população estimada em 26.925 habitantes, uma área territorial de 232,096 Km<sup>2</sup>, sua economia é baseada nos setores de serviços, agricultura e pecuária, apresenta um PIB de 119.098 mil reais, o PIB per capita é de 5.660,34 mil reais e o IDH do município também é configurado como sendo baixo para média nacional, correspondendo a 0,595. O sistema de saúde é organizado com onze USFs, onde sete unidades estão localizadas na zona urbana e quatro na rural, além de outros estabelecimentos de saúde, como o centro odontológico, clínica especializada em fisioterapia, hospital municipal que funciona como unidade mista e clínicas particulares (IBGE, 2014).

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi constituída pelos profissionais médicos e enfermeiros, da APS dos municípios de Belém, Bananeiras e Solânea. A amostra foi obtida por meio de levantamento censitário, ou seja, foi formada por todos os profissionais médicos e enfermeiros das vinte e sete USFs dos três municípios referidos, correspondendo a cinquenta e quatro (54) sujeitos. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: médicos e enfermeiros que atuem há mais de seis meses nas USFs e que aceitem colaborar com a pesquisa.

Do total de cinquenta e quatro (54) profissionais da amostra inicial, quarenta e quatro (44) aceitaram participar da pesquisa e os outros dez (10) alegaram indisponibilidade de tempo ou falta de interesse em contribuir para o estudo ou ainda não se enquadraram nos critérios de inclusão. Dos dez profissionais que não participaram do estudo, três médicos da Cidade de Bananeiras e três do município de Belém se recusaram a colaborar com a pesquisa, dois profissionais de medicina da cidade de Solânea não se enquadraram nos critérios de inclusão, pois estavam a menos de seis meses na unidade de saúde, e os outros dois não foram encontrados na USF no período da coleta de dados.

#### 4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A técnica de coleta de dados selecionada foi o questionário, o qual de acordo com Gil (2008) pode ser definido como uma técnica de investigação formada por um conjunto de perguntas que são submetidas a indivíduos com o propósito de colher informações sobre determinados conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado e etc. O questionário foi devidamente elaborado e composto por questões abertas e fechadas, dicotômicas, de múltipla escolha com respostas únicas e múltiplas e uma escala de possibilidades (escala de Likert) (APÊNDICE A). A Escala de Likert é caracterizada por ser de elaboração simples e de caráter ordinal, não medindo, portanto, o quanto uma atitude é mais ou menos favorável e será usada na estruturação do questionário (GIL, 2008).

A coleta dos dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2015, após a devida aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os questionários foram aplicados em um local que proporcionou privacidade ao participante da pesquisa, no próprio ambiente da unidade de saúde, a partir da concordância na colaboração da pesquisa por meio do consentimento por escrito.

#### 4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados e analisados no Software Epi Info version 3.5.2. Os indicadores levantados foram submetidos a tratamento estatístico por meio de frequências relativas, absolutas e acumuladas, considerando o intervalo de confiança de 95%. Os resultados obtidos foram representados através de tabelas e gráficos elaborados no Excel e discutidos de acordo com a literatura acerca do tema. Os escores do estudo foram expostos em oito gráficos de barras horizontais, mostrando a frequência relativa dos dados pesquisados, e em cinco tabelas, apresentando a frequência absoluta, relativa e acumulada dos dados.

Com o objetivo de melhorar organização dos resultados da pesquisa, os mesmos foram divididos em três capítulos: o primeiro capítulo referiu-se à caracterização profissional e sociodemográfica dos enfermeiros e médicos participantes da pesquisa; o segundo foi voltado para o conhecimento e práticas dos profissionais acerca da terapêutica dos casos de tuberculose no âmbito da Atenção Primária à Saúde; e o terceiro abordou os entraves e as

potencialidades da implementação do tratamento diretamente observado no acompanhamento dos portadores de tuberculose.

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em cumprimento à Resolução CNS 466/2012, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro selecionado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), através da Plataforma Brasil, juntamente com os documentos obrigatórios para a submissão: termo de compromisso dos pesquisadores (ANEXO A), termo de compromisso do pesquisador responsável (ANEXO B), termo de autorização institucional (ANEXO C) e cartas de anuência dos locais da pesquisa (ANEXO D).

A pesquisa foi iniciada apenas após aprovação do projeto pelo CEP referido, por meio do parecer de nº. 1.085.193 (ANEXO E) e a participação dos sujeitos da presente pesquisa foi respaldada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), sendo garantido o anonimato dos participantes do estudo, como dispõe a resolução referida.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados da pesquisa referentes ao conhecimento e às práticas de médicos e enfermeiros no tratamento da TB, atuantes na Estratégia Saúde da Família dos municípios de Bananeiras, Belém e Solânea, foram analisados segundo distribuição de frequências e representados por gráficos e tabelas organizados nos seguintes capítulos:

- Caracterização profissional e sociodemográfica dos enfermeiros e médicos participantes da pesquisa;
- Conhecimento e práticas dos profissionais acerca da terapêutica dos casos de tuberculose no âmbito da Atenção Primária à Saúde;
- A implementação do Tratamento Diretamente Observado no acompanhamento dos portadores de tuberculose: entraves e potencialidades.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL E SOCIODEMOGRÁFICA DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Na Tabela 1, observam-se os perfis dos profissionais participantes da pesquisa através das características sociodemográficas. A distribuição das variáveis segundo sexo mostrou a predominância do sexo feminino, uma vez que 33 (75,0%) são mulheres, enquanto que 11 (25,0%) pertencem ao sexo masculino. Em relação à qualificação profissional dos sujeitos participantes do estudo, 33 (75,0%) deles confirmaram que possuem cursos de pós-graduação *lato sensu*, 7 (16%) afirmaram que não possuíam nenhuma especialização e 4 (9%) estavam concluindo. Quanto às áreas das especializações, os dados evidenciaram que a maioria dos profissionais (69,5%) tinham cursos de especialização nas áreas de Saúde da Família e de Saúde Pública, correspondendo respectivamente a 14 (39,0%) deles e a 11 (30,5%).

**Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes da pesquisa. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015. (n = 44).**

Variáveis Sociodemográficas	Enfermeiros e médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família		
	Frequência Absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Frequência Acumulada (%)
<b>Sexo</b>			
Feminino	33	75,0%	75,0%
Masculino	11	25,0%	25,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Formação acadêmica</b>			
Enfermeiros	26	59,1%	59,1%
Médicos	18	40,9%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Pós-Graduação</b>			
Sim	33	75,0%	75,0%
Não	7	16,0%	91,0%
Em andamento	4	9,0%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Áreas das especializações</b>			
Saúde da Família	14	38,0%	38,0%
Saúde Pública	12	32,0%	70,0%
Outras	11	30,0%	100%
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Tipo de vínculo empregatício</b>			
Concursado	23	52,2%	45,5%
Contratado	21	47,8%	93,2%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Período de tempo que trabalha no município</b>			
06 a 12 meses	10	22,7%	22,7%
12 a 24 meses	7	15,9%	38,6%
24 a 36 meses	3	6,8%	45,4%
36 a 48 meses	3	6,8%	52,2%
Acima de 48 meses	21	47,8%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Período de tempo que trabalha na unidade</b>			
06 a 12 meses	17	38,5%	38,5%
13 a 24 meses	9	20,4%	58,9%
25 a 36 meses	4	9,1%	68,0%
37 a 48 meses	2	4,6%	72,6%
Acima de 48 meses	12	27,4%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa, 2015.

Conforme Pino, Elizeu e Penha (2013) a importância da associação entre a graduação e a pós-graduação estabelece um intercâmbio de conhecimentos com formação qualificada e um melhor perfil dos profissionais com ênfase no processo científico. Conforme descrito

anteriormente, os dados revelam que as áreas de especialização em Saúde da Família e em Saúde Pública apresentaram-se como as especializações mais pontuadas pelos participantes. Neste contexto, é indispensável que esses trabalhadores tenham um conhecimento mais aprofundado sobre o funcionamento dos principais programas que compõem a ESF, visto que, a abordagem é mais singular, ou seja, voltada para comunidade.

Dessa forma, é necessário que os profissionais se adequem às complexidades existentes na comunidade adstrita, através de conhecimentos nessas áreas por meio de qualificação e especialização, contribuindo para prevenção de doenças e agravos, promoção da saúde, cura e reabilitação (PINO; ELIZEU; PENHA, 2013).

Um estudo realizado em Montes Claros, no norte de Minas Gerais, verificou a importância da associação entre os atributos da APS e a qualificação profissional de médicos e enfermeiros. As equipes onde atuavam profissionais com residência e especialização em Saúde da Família ou residência de Medicina da Família e Comunidade apresentaram escores dos atributos da APS mais elevados do que os escores das equipes onde os profissionais não possuíam tal qualificação. Os autores concluíram que a especialização na modalidade residência de Medicina de Família e Comunidade para médicos e residência em Saúde da Família para enfermeiros conferiam uma maior potencialidade para a transformação do modelo de atenção à saúde dos usuários (LEÃO; CALDEIRA, 2011).

A qualificação profissional é fundamental para o aprendizado dos profissionais e o aperfeiçoamento dos serviços de saúde e também para as relações sociais estabelecidas intra-equipes e com os usuários, o que proporcionaria uma melhora na qualidade da assistência prestada. A implementação de uma estratégia de valorização da qualificação do profissional das equipes da ESF deve promover a autonomia intelectual dos trabalhadores, o domínio do conhecimento técnico-científico e a capacidade de planejamento, gerenciamento de seu tempo e espaço de ação, exercício da criatividade, trabalho em equipe, interação com os usuários dos serviços, consciência da qualidade e das implicações éticas e maior humanização das atividades de atenção primária (MARQUI et al., 2010).

Outro ponto inerente ao perfil destes profissionais foi quanto ao tipo de vínculo empregatício existente com o serviço de saúde municipal. Evidenciou-se que 23 (52,2%), entraram no serviço por meio de concurso público, e os 21 (47,8%) restantes apresentam um vínculo por meio de contrato com o município. Em relação ao período de tempo em meses que esses profissionais trabalham nas USFs dos municípios, observou-se que 17 (38,5%) estão trabalhando de seis a doze meses nas unidades e 27 (61,5%) do total de profissionais

afirmaram que trabalham há mais de doze meses, sendo que 12 (27,4%) referiram que o tempo de serviço prestado na unidade está acima de quarenta e oito meses.

Em relação ao vínculo empregatício, os dados referidos mostraram que praticamente a metade (47,8%) dos participantes do estudo eram contratados. Neste contexto, ressalta-se que nos serviços prestados sob contrato, há a dificuldade de estabelecer um vínculo do profissional com o serviço e a comunidade, o que gera uma instabilidade na carreira do profissional. As práticas manipuladoras de alguns políticos muitas vezes ocasionam essa insegurança, o que se observa de forma mais prevalente em municípios pequenos. O vínculo trabalhista pode ocasionar uma alta rotatividade desses profissionais atuantes nas USFs, contribuindo para a não criação de laços do profissional com as pessoas da comunidade (GOMES; SÁ, 2009).

Em Monte Carlos, Mina Gerais, um estudo revelou que (96,7%) dos profissionais participantes que atuavam na ESF tinham vínculo empregatício na forma de contrato. É evidente que a instabilidade nos vínculos com o sistema municipal determina uma postura profissional que, muitas vezes, compromete o planejamento de longo prazo e dificulta a gestão nas unidades de saúde. Portanto, é relevante que esses profissionais da APS possuam um bom plano de cargo e carreira para que se voltem para a qualidade e aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde. Isso só é possível por meio de uma política de valorização profissional que se inicie com vínculos empregatícios mais fortalecidos (GONÇALVES et al., 2014).

Em relação ao tempo de atuação dos profissionais participantes da pesquisa, verificou-se que a maioria (61,5%) deles atuava na mesma USF há mais de doze meses no momento da coleta de dados. Este aspecto é positivo para o serviço, de acordo com Seidl (2014) uma vez que possibilita maior aproximação dos trabalhadores com a equipe, e essa ligação poderá contribuir para um trabalho mais integralizado e sistematizado levando ao fortalecimento dos eixos profissionais e comunidade. Se opondo a essa ideia, a alta rotatividade dos profissionais de saúde pode resultar em um clima de insegurança.

No tocante à atenção aos casos de TB, um estudo realizado no Iraque revelou que o conhecimento sobre a doença está relacionado, entre outros fatores, ao tempo de atuação dos profissionais de saúde no serviço (HASHIM; KUBBAISY; DULAYME, 2003). Evidencia-se, diante dessa afirmação, que o tempo de permanência do profissional na APS permite maior proximidade e compreensão dos aspectos que permeiam a atenção à TB, contribuindo para o reconhecimento das necessidades de saúde das pessoas e das atribuições a serem desenvolvidas para o controle efetivo da doença (FERRERII et al., 2012).

Neste contexto, a descontinuidade dos processos de capacitação, a inexistência de uma política de educação permanente e a rotatividade dos profissionais de saúde, relacionadas à descontinuidade político-partidária pode também se configurar, segundo alguns estudos realizados em várias regiões do Brasil, como um problema de adaptação e prejudicar a manutenção de equipes de saúde qualificadas para lidar com TB nos serviços de APS (CARDOSO et al., 2012).

Na Tabela 2, é possível relacionar a quantidade de enfermeiros e médicos que já receberam alguma qualificação em TB e quantos já acompanharam casos da doença no âmbito da APS. Assim, observa-se que 21 (47,7%) dos profissionais nunca participaram de capacitação em TB, contra 23 (52,3%) que referiram terem participado. Em contrapartida, 30 (68,2%) deles já acompanharam um ou mais casos da doença.

**Tabela 2 – Informações sobre participação de capacitação em tuberculose e sobre o acompanhamento de portadores da doença pelos profissionais. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015. (n = 44).**

Variáveis	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)	Frequência Acumulada (%)
<b>Participação em capacitação em TB</b>			
Sim	23	52,3%	52,3%
Não	21	47,7%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Acompanhamento de portadores de TB</b>			
Mais de um	16	36,4%	36,4%
Um	14	31,8%	68,2%
Nenhum	14	31,8%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa, 2015.

A partir da implementação do SUS e da reestruturação da APS, ocorreu a descentralização de políticas sanitárias para os municípios, uma vez que programas antes executados por outros níveis de atenção à saúde, passaram a ser de responsabilidade da atenção básica e, com isso, os municípios adquiriram autonomia para gerenciar, desenvolver e executar as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, cura e reabilitação. Neste contexto, as ações de controle da TB passaram também a ser planejadas e executadas pelos serviços de APS. Com a descentralização das ações do PNCT para a APS, houve o reconhecimento desse ponto de atenção como autor principal na organização do sistema de atenção à saúde, que deve assumir dispositivos ou mecanismos organizacionais, além de



apresentar uma melhor capacidade instalada para que possa ser garantida a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2006).

Um estudo realizado em Curitiba-PR enfatizou a importância da capacitação em TB dos profissionais da APS, afirmando que os profissionais devidamente treinados estarão mais aptos a desenvolverem ações no controle da propagação da TB, através de um diagnóstico mais rápido, busca ativa de novos casos, baciloscopia dos comunicantes e entre outras ações, permitindo que as taxas da doença venham ser controladas de acordo com metas do PNCT (MARQUIEVIZ et al., 2013).

Dessa forma, programas de capacitação em TB devem sempre ser constantes e devem fazer parte de qualquer programa de saúde, para que os profissionais envolvidos tenham a capacidade de: fazer a busca ativa, identificando na comunidade (por meio de visitas domiciliares) pessoas que sejam sintomáticos respiratórios (apresentem tosse por três semanas ou mais); nortear as famílias sobre a importância de acompanhar a tomada dos medicamentos pelos pacientes; e realizar reuniões educativas com as comunidades.

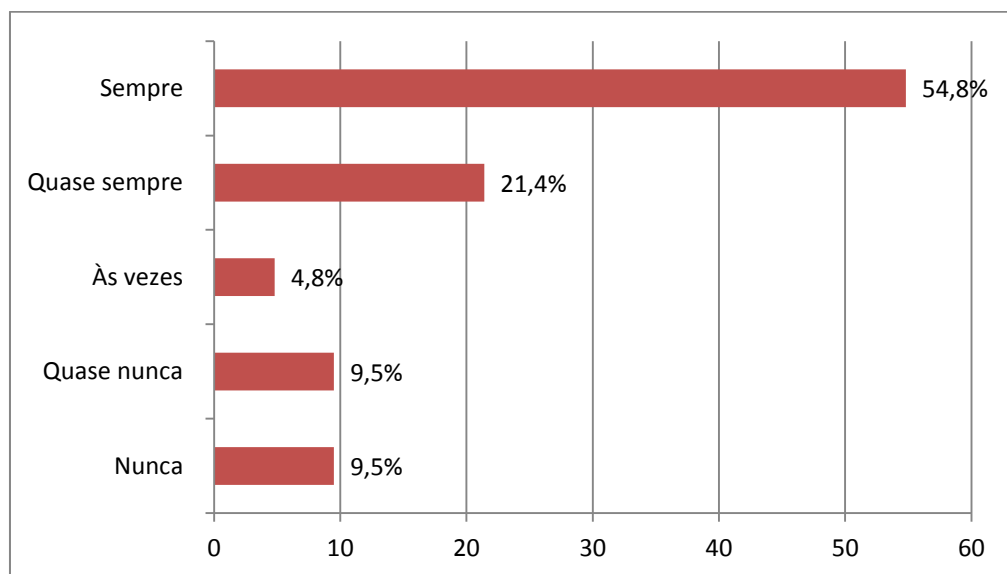
Corroborando tais achados, um estudo realizado na capital do Ceará, Fortaleza, sobre a avaliação do impacto de treinamento da equipe de APS voltado às ações de TB, destacou que o treinamento e a sensibilização da equipe de saúde da família foram capazes de promover um aumento na detecção de casos da doença, indicando que a manutenção de equipes qualificadas e atualizadas estimula a detecção precoce e o acompanhamento dos casos, contribuindo para o controle da doença (FAÇANHA et al., 2009).

Outra pesquisa desenvolvida em Terezina (Piauí), que tinha como objetivo avaliar as ações desenvolvidas pela ESF, quanto à capacitação específica para atuar no PCT, evidenciou que 86% dos profissionais entrevistados relataram ter sido capacitado e 69,5% que a capacitação recebida foi suficiente para realizar as ações de controle da TB. O responsável pelo PCT precisa levantar os locais onde o tratamento é conduzido, assim como as unidades de saúde que realizam a supervisão do TDO. Nesses locais, é necessária a ampliação da capacidade técnica dos profissionais e o consequente empoderamento dos mesmos, no que diz respeito às suas funções e competências frente aos casos de TB (SANTOS; NOGUEIRA; ARCENCIO, 2012).

## 5.2 CONHECIMENTO E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS ACERCA DA TERAPÊUTICA DOS CASOS DE TUBERCULOSE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Outra questão importante evidenciada neste estudo está relacionada com a utilização das USF como local de tratamento do portador com TB. O Gráfico 1 aponta que 32 (76,2%) dos profissionais afirmaram que “sempre” ou “quase sempre” os casos de TB da comunidade são tratados no serviço da USF. Em contrapartida, 8 (19,0%) dos profissionais afirmaram que “nunca” ou quase “nunca” realizam o tratamento dos casos de TB no âmbito da APS. Diante destes dados, ressalta-se a importância da descentralização efetiva das ações de controle da TB para a ESF.

**Gráfico 1 – Frequência de utilização do serviço da Unidade de Saúde da Família para o tratamento dos casos de TB. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015.**



Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa, 2015.

No que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e assistenciais por um mesmo serviço. Assim, o usuário do SUS não precisa dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber assistência curativa e preventiva. No caso da ESF, a equipe deve estar capacitada para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade da área adstrita, mediante visita domiciliária, até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados e com o fornecimento de medicamentos. Seguindo o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais da ESF (ALVES, 2005).

Um estudo realizado em João Pessoa-PB, identificou que os serviços da APS foram os primeiros procurados para o diagnóstico e manejo terapêutico pelos doentes com suspeita de

TB. Na pesquisa referida, constatou-se que 46,5% dos doentes acessaram a atenção básica (AB), 36,6% optaram por serviços especializados e 16,8% procuraram o ambulatório do Programa de Controle da Tuberculose (TRIGUEIRO et al., 2013).

Em Ribeirão Preto, São Paulo, uma pesquisa mostrou o inverso dos dados supracitados, evidenciando que a AB não foi o primeiro estabelecimento de saúde procurado pelos portadores com sintomáticos respiratórios e que o pronto-atendimento foi o local mais procurado para se obter o processo de cura (MIZUHIRA et al., 2015).

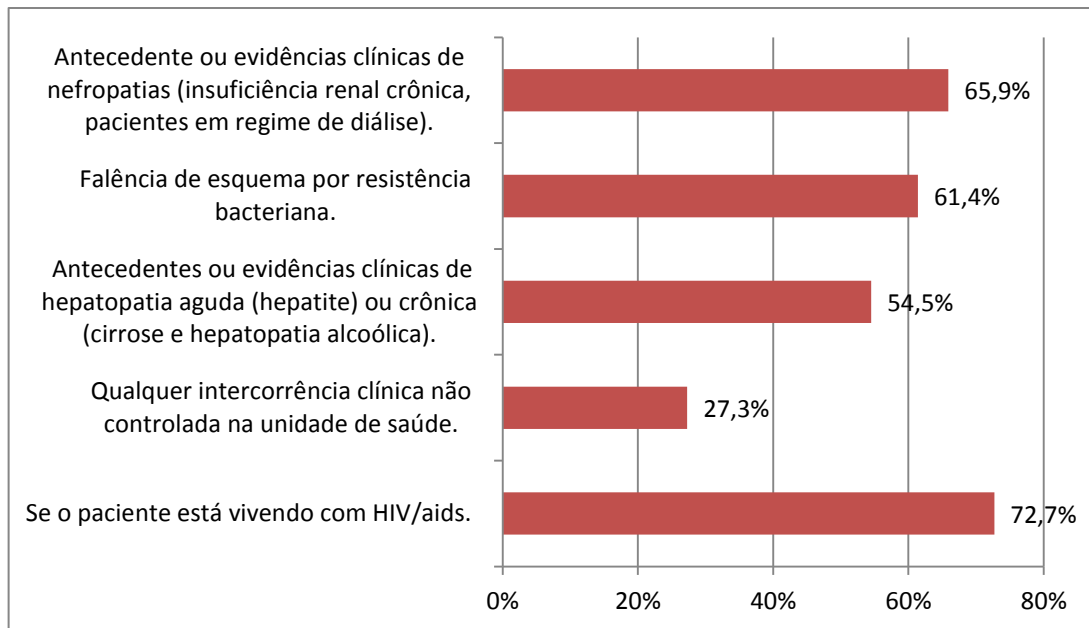
Portanto, conforme observado no Gráfico 1, as respostas confirmaram em parte o que é preconizado pelo PNCT, quanto à autonomia da ESF em conduzir e executar as atividades voltadas para o controle da TB, tendo em vista, que antes essas competências ficavam na responsabilidade dos centros especializados.

A descentralização do controle da TB para a ESF recomendada pelo PNCT tem como objetivo ampliar o acesso dos infectados ao serviço de saúde. Com isso, proporciona máxima adesão ao tratamento por meio do vínculo criado entre as equipes e a comunidade. Este processo de descentralização para a Saúde da Família consiste em compreender as rotinas das equipes e desenvolvimento das seguintes ações de controle da TB: busca ativa de sintomáticos respiratórios; solicitação de exames para diagnóstico (baciloscopia, radiografia e cultura); preenchimento dos instrumentos de registro de informações (ficha de notificação de casos, livro de sintomáticos respiratórios e livro de registro e acompanhamento dos casos); tratamento supervisionado e acompanhamento do paciente (consultas mensais); exame de contatos e busca de faltosos; e alta (BRASIL, 2008).

No Gráfico 2, apontam-se os motivos que conduzem os profissionais da APS a referenciar o portador de TB para centros de referência. A maior parte dos participantes do estudo referiu realizar o referenciamento dos casos da doença nas seguintes situações: 32 (72,7%) mencionaram referenciar o portador de HIV/AIDS; 29 (65,9 %) dos profissionais afirmaram que encaminhavam pacientes com antecedentes ou evidências clínicas de nefropatias;; em caso de falência do esquema por resistência bacteriana, pontuado por 27 (61,4%) deles; e pacientes com comprometimento do sistema hepático, indicado por 24 (54,5%) dos profissionais.

Entretanto, apenas 27% deles responderam como uma das causas do encaminhamento para centro de referência a existência de intercorrência clínica não controlada na unidade de saúde.

**Gráfico 2- Causas do referenciamento dos portadores de TB para centros especializados. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015.**



Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa, 2015.

Algumas condições especiais podem levar os portadores de TB a serem tratados em outros centros de saúdes, dependendo da agudização: AIDS, alcoolismo, malignidades e estados de imunossupressão, pois há um risco aumentado para o desenvolvimento da TB. Devido à complexidade desses casos, a ESF fica impossibilitada de dar continuidade ao tratamento, visto que, requer um cuidado mais diferenciado, devido à associação de outros fatores como: tratamento com duração maior, complexidade das drogas, reações adversas aos efeitos dos medicamentos, a falta de adesão do doente ao tratamento, paciente com situação socioeconômica precária, doenças associadas à TB, uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011b).

Perante o grau de cronicidade da TB associada a outras patologias, a ESF tem autonomia de referenciar o portador a um centro especializado para dar continuidade ao tratamento, pois, devido à complexidade e associações com outras terapias a indicação é de extrema valia. Dessa forma, quando a UBS não apresenta recursos humanos e tecnológicos para prosseguir o tratamento, devido ao quadro das comorbidades associadas, o MS propõe que os mesmos sejam direcionados a um centro de referência adequado para prosseguir com a terapêutica indicada. O centro de referências especializado em tratamento de TB tem como objetivo assistir o paciente com TB e sua patologia associada, apresentando um serviço com uma maior tecnologia para o manejo do tratamento (BRASIL, 2011a).

Quando existe a necessidade de continuidade de tratamento do doente de TB em outros serviços, ou seja, a necessidade de encaminhamentos para outras especialidades, deve haver uma sensibilização por parte dos profissionais e gestores para garantir o desenvolvimento de ações e serviços a fim de alcançar resolubilidade do caso. Cabe ressaltar que equipe de referência pode ser um arranjo organizacional e metodológico para a gestão do trabalho em saúde, cuja conformação se dá por profissionais qualificados (GONZALES et al., 2012).

Segundo o MS, deve-se referenciar o portador de TB nas seguintes situações: quando o paciente adquire uma resistência às drogas devido à falência do esquema; em caso de problemas do sistema hepático do portador, que muitas vezes está associado ao alcoolismo crônico; pacientes com problemas no sistema renal devido à cronicidade das patologias como as nefropatias; pacientes que convivem com HIV/AIDS, pois são mais susceptíveis devido a sua debilidade e o tratamento é de alta complexidade devido à associação dos fármacos antivirais e futuras intercorrências associadas ao portador (BRASIL, 2011a).

Diante do referido, os Programas de Controle da Tuberculose estabelecidos nas esferas municipais, estaduais e federal deve promover a correta implantação ou implementação de condições adequadas (capacitação, acesso a exames, medicamentos e referências) em unidades de atenção básica que compõem a rede, além de mapear as necessidades, identificar e credenciar unidades de referência secundária e terciária. Essas unidades podem estar estabelecidas em nível municipal, regional ou estadual, de acordo com as demandas específicas de cada região do País. Para isso, essa unidade pode referenciar o portador para unidades laboratoriais, ambulatoriais e hospitalares e deve haver uma integração adequada com a vigilância epidemiológica do município (BRASIL, 2011b).

Um estudo realizado em Ribeirão Preto apontou que pacientes que apresentaram falência por resistência bacteriana, tiveram assistência ao tratamento nas unidades básicas de saúde e posteriormente foram encaminhados ao centro de referência, o que ressalta a importância da Atenção Básica como porta de entrada para a assistência à saúde, conforme preconizam as políticas de descentralização das ações de controle da TB (FERREIRA et al., 2011).

Os municípios deverão, para fins de planejamento na Programação Pactuada Integrada – PPI, incluir os exames e procedimentos necessários de média e alta complexidade. As unidades de referência para TB devem contar com profissionais capacitados para a condução dos casos de maior complexidade clínica, incluindo, se possível, profissionais da área de saúde mental e serviço social. Essas unidades podem estar instaladas em policlínicas,

centros de referências ou hospitais, conforme a conveniência dos municípios. O intercâmbio entre os profissionais da atenção básica e da referência deve ser estimulado e facilitado pelas coordenações estaduais, regionais e municipais, incluindo periodicamente discussão de casos (reuniões clínicas) (BRASIL, 2011b).

Em relação ao conhecimento dos profissionais acerca do tratamento dos casos de TB, a Tabela 3 apresentou informações acerca das indicações dos profissionais para o esquema básico de tratamento da TB e da sua ciência relacionada às drogas que constituem o esquema básico terapêutico e à duração do tratamento. Ressalta-se que 42 (95,5%) dos participantes do estudo, afirmaram que o esquema básico do tratamento é indicado para os casos novos em adultos e adolescentes de todas as formas de TB (exceto a forma meningoencefálica), todavia apenas 13 deles (29,5%) referiram que nos casos de retratamento (recidiva ou retorno após abandono) se utiliza o esquema básico como forma de tratamento. Quanto aos casos de TB na forma meningoencefálica, 32 (72,7%) afirmaram que não é preconizado o esquema básico como conduta terapêutica.

**Tabela 3 – Conhecimento dos profissionais acerca do tratamento dos casos de tuberculose. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015. (n = 44).**

Variáveis	Frequência Absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Frequência acumulada (%)
<b>Indicações para o esquema básico de tratamento da TB</b>			
<b>Casos novos adultos e adolescentes de todas as formas de TB.</b>			
Sim	42	95,5%	95,5%
Não	2	4,5%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Casos de retratamento (recidiva ou retorno após abandono).</b>			
Sim	13	29,5%	29,5%
Não	31	70,5%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Casos de TB na forma meningoencefálica</b>			
Sim	12	27,3%	27,3%
Não	32	72,7%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Conhecimento das drogas que compõem o esquema básico do tratamento da TB</b>			
Resposta correta	38	86,4%	86,4%
Resposta incorreta	6	13,6%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

<b>Tempo indicado para implementação do esquema básico de tratamento da TB</b>			
6 meses (dois meses da fase intensiva e quatro da fase de manutenção).	44	100,0%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa, 2015.

Outro dado não menos importante está ligado ao conhecimento sobre as drogas que compõem o esquema básico de TB. Ainda na Tabela 3, destaca-se que 38 (86,4%) dos profissionais acertaram as drogas que são usadas no esquema referido e no que se refere ao tempo indicado para implementação do esquema básico do tratamento da TB, todos (100,0%) responderam que o tratamento tem uma duração de seis meses, correspondendo a dois meses da fase intensiva e a quatro da fase de manutenção.

Sobre as indicações do esquema básico de tratamento da TB, os dados revelaram que os profissionais mostraram segurança ao responder apenas umas das afirmações, referente a de novos casos em adultos e adolescentes para todas as formas de TB. De acordo com MS, o esquema básico de tratamento da doença é indicado para casos novos em adultos e adolescentes para todas as formas pulmonares e extrapulmonares (exceto a forma meningocéfálica), infectados ou não por HIV e recidiva (independentemente do tempo decorrido do primeiro episódio) ou retorno após abandono com doença ativa em adultos e adolescentes maiores de 10 anos (BRASIL, 2011a).

Salienta-se que o esquema de tratamento da TB tem eficácia de aproximadamente 95% e reduz rapidamente a transmissão da doença, quebrando seu ciclo. Embora a distribuição da medicação no Brasil seja gratuita, a efetividade do tratamento da tuberculose varia muito nos diferentes locais. Problemas nos variados níveis de adesão ao tratamento, como, por exemplo, o uso errado ou irregular do medicamento e o abandono do tratamento, podem ser apontados como fatores importantes que afetam a efetividade e, conseqüentemente, o controle da TB no Brasil (BRASIL, 2011b).

De acordo com o MS, o tratamento do esquema básico da TB é dividido em duas fases, intensiva e de manutenção. A OMS preconiza que a tomada seja feita em uma única tomada da seguinte forma: na fase intensiva, que tem duração de dois meses, os fármacos usados são: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol; já na segunda parte do tratamento que é considerada a fase de manutenção do tratamento, as drogas usadas são Rifampicina e Isoniazida (WHO, 2012; BRASIL, 2011b).

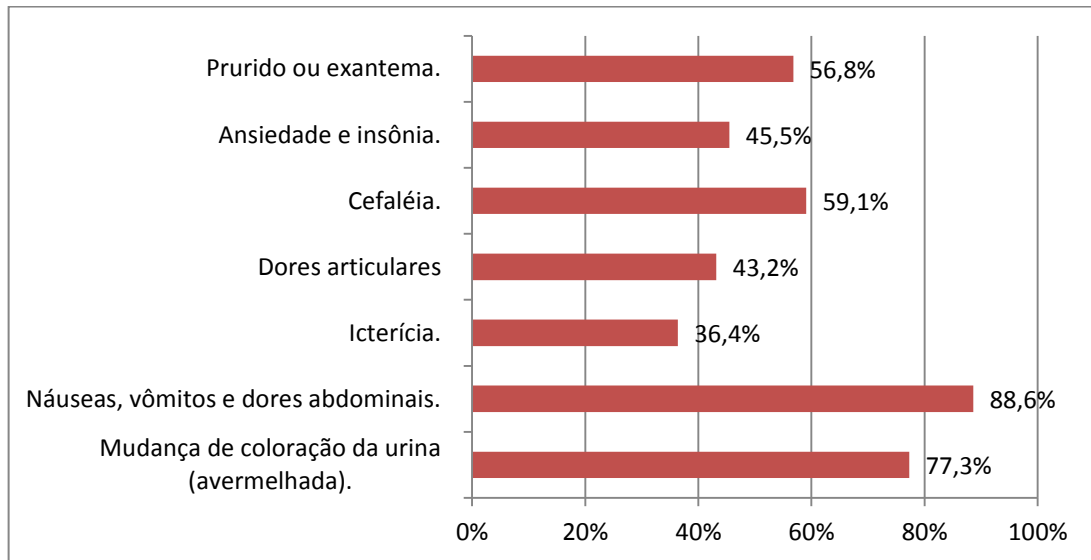
Diante do referido, ressalta-se a importância do conhecimento adequado dos profissionais envolvidos no tratamento dos casos de TB acerca dos esquemas terapêuticos, uma vez que o conhecimento inadequado dos mesmos poderá resultar no acompanhamento ineficaz dos portadores da doença, potencializando a não adesão ao tratamento e ao seu insucesso, tendo como consequência o abandono, que pode ocasionar um prolongamento do estado infeccioso, aumentando a possibilidade de transmissão e de desenvolvimento de bacilos multirresistentes. Neste contexto, um dos fatores que podem estar associados a não adesão e abandono do tratamento relaciona-se ao desempenho do serviço de saúde e da equipe profissional, tais como falhas na orientação do paciente, prescrições medicamentosas inadequadas, falta de fornecimento da medicação e falhas no agendamento de consultas (SILVA; ANDRADE; CARDOSO, 2012).

Portanto, se os profissionais estiverem bem qualificados, poderão fornecer as devidas orientações aos pacientes em tratamento da TB, cuja adesão depende de vários fatores, tais como: conhecimento sobre a enfermidade, duração do tratamento prescrito, importância da regularidade no uso das medicações e conhecimento sobre as consequências ocasionadas pela interrupção do tratamento. O abandono do tratamento e a terapia incompleta favorecem a resistência medicamentosa e constituem fatores que causam impacto negativo no controle da tuberculose (PAIXÃO; CONTIJO, 2007).

Os profissionais também foram questionados sobre o conhecimento das reações adversas menores e maiores ao esquema terapêutico da TB, conforme observado nos Gráficos 3 e 4, respectivamente. No Gráfico 3, apresentam-se as principais reações adversas menores às drogas que compõem o esquema de tratamento da TB e o conhecimento dos profissionais em relação às mesmas. Observa-se que as reações ligadas ao sistema gastrointestinal (náuseas, vômitos e dores abdominais) foram as mais pontuadas, por 39 (88,6%) dos participantes, seguidas pela mudança de coloração da urina, apontadas por 34 (77,3%) dos profissionais. Alguns dados obtiveram um percentual mediano, como a icterícia que foi uma das reações menos pontuadas, pois apenas 16 (36,4%) dos profissionais concordaram que é uma das reações adversas.



**Grafico 3 – Conhecimento dos profissionais sobre a ocorrência de reações adversas menores ao esquema terapêutico da tuberculose. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015.**



Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa, 2015.

De acordo com MS, são reações adversas menores ao tratamento da TB: prurido ou exantema, ansiedade e insônia, náuseas, vômitos, diarreias e dor abdominal, mudança na coloração da urina (avermelhada), cefaleia, dores articulares, icterícia, dentre outras. A quimioterapia da TB com os esquemas está associada com efeitos colaterais frequentes e de pouca significância clínica, assim como efeitos previsíveis e idiossincrásicos. Os efeitos adversos leves são geralmente controlados sintomaticamente e as reações graves estabelecem uma interrupção temporária ou permanente de uma ou mais drogas e o uso de outros agentes. Apesar da grande eficácia dos esquemas terapêuticos, estudos mostram que os fármacos utilizados podem produzir interações medicamentosas indesejáveis entre si ou com outros medicamentos em uso pelo paciente, assim como reações adversas que podem apresentar diferentes graus de severidade (BRASIL, 2011b).

Os fatores relacionados às reações adversas aos tuberculostáticos são variados, estando relacionados, sobretudo, à dose, horários de administração da medicação, idade do paciente e seu estado nutricional, bem como à presença de doenças ou disfunções pré-existentes, tais como alcoolismo, comprometimento da função hepática ou renal e coinfeção pelo HIV (BRASIL, 2011a).

Um estudo realizado em São Paulo analisou os prontuários dos pacientes em um centro de referências, avaliando 329 prontuários de pacientes de um serviço acadêmico, nos quais foram relatados 41,1% de reações adversas menores e 12,8% de reações maiores. A

diferença entre os resultados sugere que, durante o acompanhamento no dia a dia da prática clínica, nem todos os possíveis efeitos colaterais sejam questionados. Talvez esses efeitos ocorram de uma forma tão leve ou mesmo fugaz que os pacientes não considerem relevante relatá-los ao médico. Além disso, por vezes, há dificuldades em se avaliar a eficácia ou a toxicidade de uma determinada droga em particular, considerando-se que a medicação para a TB é usualmente administrada em regimes de vários fármacos combinados, o que torna necessário que o profissional da saúde tenha um amplo conhecimento sobre a farmacodinâmica, as interações e possíveis efeitos colaterais das drogas utilizadas na associação (ARBEX et al., 2010).

Dessa forma, é mister que os profissionais da ESF tenham conhecimento adequado acerca das reações adversas ao tratamento da TB, para que transmitam as informações pertinentes aos usuários de saúde. Uma pesquisa desenvolvida em João Pessoa evidenciou que a falta de informação dos usuários relacionado às principais reações adversas das drogas levaram os mesmos a não continuarem com o tratamento. Além do exposto, os relatos mostravam que os profissionais de saúde envolvidos na conduta não forneciam informações esclarecedoras a respeito das propriedades farmacológicas, o que desencadeou um processo de não adesão ao tratamento do portador, tornando-o mais susceptível a outras intecorrências (ALVES et al., 2012).

Além do referido, existem doentes de TB que terminam a terapêutica sem exibir reações adversas decorrentes do uso das drogas antituberculosas. Porém, há casos, em que efeitos colaterais se tornam presentes e colaboram para a suspensão do tratamento. Nesse sentido, é imprescindível que os profissionais de saúde sensibilizem os usuários para os possíveis efeitos colaterais e reações adversas decorrentes da terapia medicamentosa, tornando-os atores principais do processo terapêutico e detentores do conhecimento acerca do tratamento, de modo a promover a sua continuidade (SÁ et al., 2007).

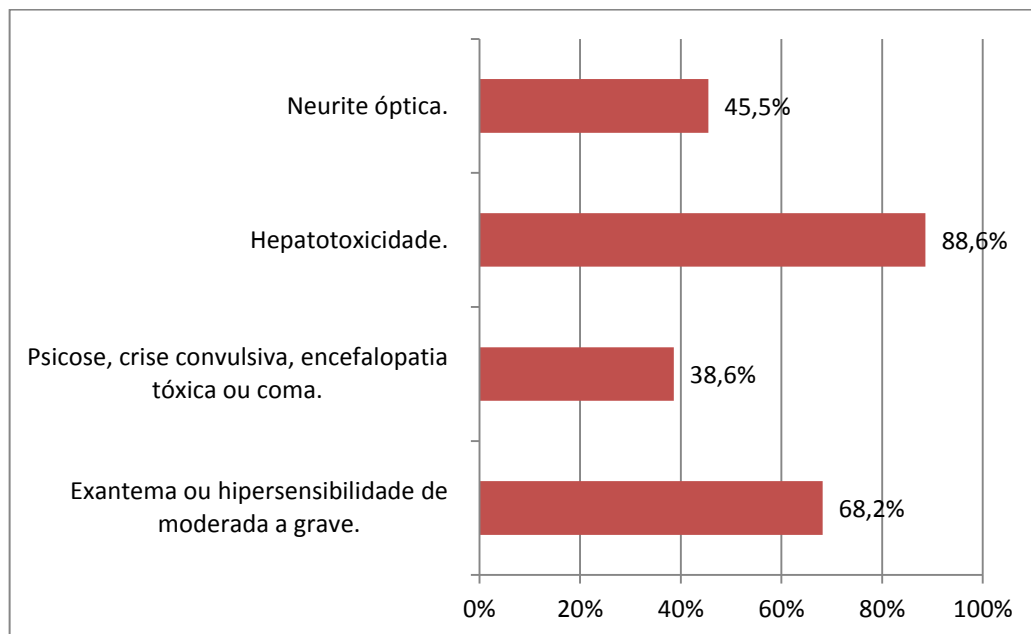
Ressalta-se que diferentes fatores podem estar integrados a não adesão e abandono do tratamento, sendo alguns dos principais relacionados ao medicamento, como os efeitos colaterais e o tempo de duração do tratamento, e ao desempenho do serviço de saúde e equipe profissional (falhas na orientação do paciente, prescrições medicamentosas inadequadas, falta de fornecimento da medicação e falhas no agendamento de consultas (OLIVEIRA; MOREIRA-FILHO, 2012).

Outro estudo realizado em João Pessoa, Paraíba, em centro de referência para o tratamento de TB, evidenciou que uma das causas de abandono de tratamento estava relacionada às condições socioeconômicas em que os indivíduos estavam inseridos e aos

efeitos colaterais causados pelas drogas, sendo as dores abdominais citadas como evento desencadeante para a não adesão à terapêutica. Ainda segundo o estudo, esses usuários apresentavam-se vulneráveis devido à falta de alimentação e associação de uso de drogas, e conseqüentemente por falta de estrutura financeira abdicavam do tratamento (COUTO et al., 2014).

O Gráfico 4 demonstra as frequências das principais reações adversas maiores causadas pelos fármacos da TB e apontadas pelos profissionais. Salienta-se que a hepatotoxicidade se configurou como sendo a mais pontuada pelos mesmos, por 39 (88,6%) deles. Além disso, 32 (68,2%) dos profissionais confirmaram a presença de exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave pelas drogas como um tipo de reação adversa. Outra reação mencionada está relacionada à neurite óptica, apontada por 20 (45,5%) deles e 17 (38,6%) dos profissionais responderam que alterações como psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica ou coma também se configuravam como reações adversas maiores ao esquema da TB.

**Gráfico 4 – Conhecimento dos profissionais sobre a ocorrência de reações adversas maiores ao esquema de tratamento da tuberculose. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015.**



Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa, 2015.

Conforme o MS, as principais reações adversas maiores causadas pelos fármacos da terapêutica da TB são: neurite óptica, hepatotoxicidade, psicose, crise convulsiva, encefalopatia, toxica ou coma e exantema ou hipersensibilidade de grave a moderada. A

conduta feita quando o paciente apresenta esse tipo de reação é suspender o tratamento e reintroduzir uma droga de cada vez, até que seja encontrado o fármaco causador, e quando o paciente é reincidente ou está em estado grave, acontece a substituição do esquema por um especial sem a medicação que está causando tal reação. O paciente deve ser informado sobre as principais reações adversas e a importância de voltar ao sistema de saúde caso apareça um desses sintomas com a tomada dos fármacos. O monitoramento laboratorial com hemograma analise a função renal e hepática deve ser realizado mensalmente com esses pacientes (BRASIL, 2011b).

Como se demonstrou no Gráfico 4, a maioria dos profissionais respondeu que a hepatotoxicidade é uma reação adversa maior ao tratamento da TB, e sabemos que a maioria dos fármacos tem o poder de causar danos ao fígado. Sabe-se que a maioria das reações ocorre nos primeiros três meses de tratamento, destacando-se a intolerância gástrica, manifestações cutâneas variadas e dores articulares como as reações adversas mais frequentemente descritas durante o tratamento com o esquema básico. Os efeitos gastrointestinais (náuseas, vômitos, epigastralgia e dor abdominal) constituem o grupo de reações mais comuns e podem ser atribuídos a qualquer droga anti-TB. Os fatores relacionados às reações adversas no tratamento da tuberculose são múltiplos, mas os principais determinantes destas reações são a dose administrada, horários de administração da medicação, idade, estado nutricional, alcoolismo, condições da função hepática e renal e coinfeção pelo HIV (BRASIL, 2011a).

Apesar das drogas para o tratamento da TB combaterem eficazmente o *Mycobacterium tuberculosis*, podem ocasionar efeitos adversos, seja pelo próprio princípio ativo, seja pelos seus metabólitos. Os efeitos adversos, principalmente os mais graves, estão relacionados a uma maior taxa de abandono do tratamento, pois as reações graves exigem interrupção temporária ou permanente de uma ou mais drogas e o uso de outros agentes (MACIEL et al., 2010).

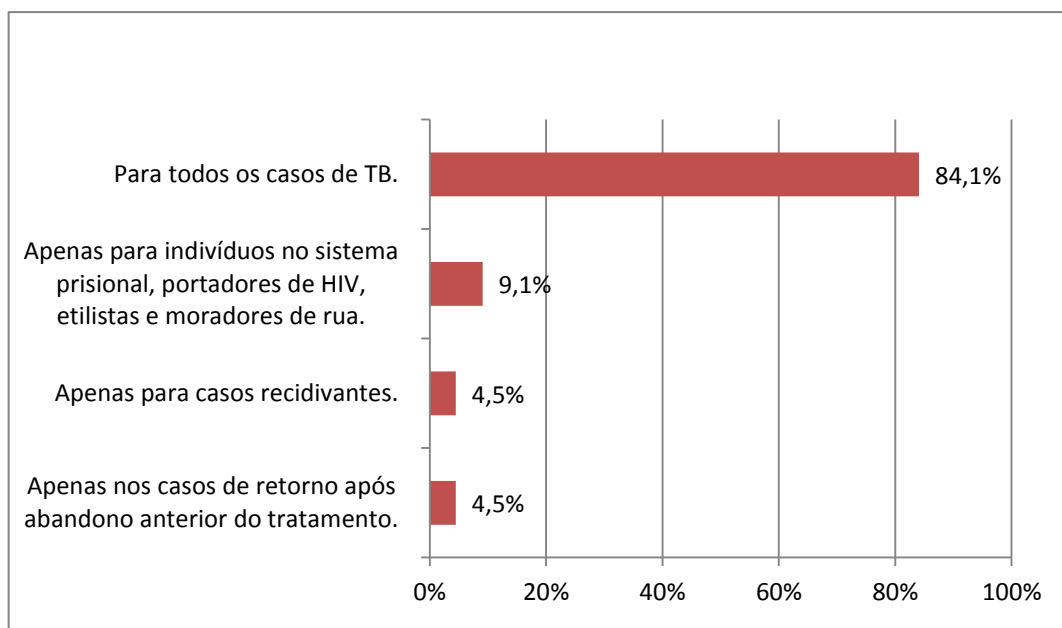
Ressalta-se que a continuidade do tratamento de TB é de grande importância para o sucesso e cura dos casos. Como os efeitos adversos são frequentes, é necessário alertar o paciente para sua ocorrência e a necessidade de voltar à unidade para avaliação. A equipe deve estar preparada para acolher o usuário mediante a apresentação de efeitos adversos, prevenindo as dificuldades para manter o uso da medicação. Todos os trabalhadores da equipe de saúde devem ser incluídos nas discussões sobre o processo de cuidado destes usuários e a necessidade de acolhê-los. A articulação de esforços da unidade de saúde é essencial para aumentar as chances de sucesso do tratamento, pois o risco de interrupção do tratamento

ocorre em situações onde há maior vulnerabilidade individual e social. A prevenção do abandono de tratamento é importante para evitar resistência aos medicamentos do esquema básico. A identificação precoce dos eventos adversos é papel da atenção primária e de fundamental importância neste sentido. No caso de crianças e adolescentes, a família deve ser alertada para a ocorrência destes efeitos (BRASIL, 2011a).

### 5.3 A IMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO NO ACOMPANHAMENTO DOS PORTADORES DE TUBERCULOSE: ENTRAVES E POTENCIALIDADES

No Gráfico 5, os dados mostram as principais indicações para realização do TDO segundo os profissionais participantes, dos quais 38 (84,1%) confirmaram que essa conduta terapêutica é indicada para todos os casos de TB. Todavia, alguns responderam que o TDO é indicado apenas em condições especiais: 4 (9,1%) dos profissionais mencionaram que o TDO era indicado apenas para indivíduos que viviam em situações especiais ou privados de liberdade como prisioneiros, etilistas, portadores de HIV e moradores de rua; 2 (4,5%) dos participantes também afirmaram que o TDO era indicado apenas para casos recidivantes e 2 (4,5%) referiram a indicação nos casos de retorno após o abandono.

**Gráfico 5 – Indicações utilizadas pelos profissionais para realização do Tratamento Diretamente Observado. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015.**



Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa, 2015.

O TDO passou a ser indicado para todos os casos de TB, seja caso novo, ou de retratamento, devido às elevadas taxas de abandono do tratamento e à emergência da tuberculose multirresistente (TB-MR). Isso estabelece uma mudança funcional na forma de administrar os medicamentos da TB, sem que ocorram mudanças no esquema terapêutico. Os profissionais de saúde devem ser treinados para observar o paciente tomar a medicação diariamente, desde o início do tratamento, até a sua cura. Também é valorizada a qualidade do vínculo com o usuário, através do acolhimento e das possibilidades de reinserção social (BRASIL, 2010b).

A OMS declarou, em abril de 1993, estado de emergência para a tuberculose no mundo. No Brasil, em 1994, foi criado o Plano Emergencial para a Tuberculose, sob a coordenação do PNCT e o DOTS foi aderido no Brasil em 1998, com o objetivo de diminuir as taxas de mortalidade pelo bacilo de Koch, sendo um importante instrumento para aumentar a taxa de cura e diminuir a resistência aos medicamentos, bem como impulsionar a adesão terapêutica dos pacientes com tuberculose. Conforme já referido no nosso estudo, o TDO é um dos pilares na estratégia dos DOTS, e esse novo modelo de tratar os portadores de TB contribuiu em si para descentralização da assistência ao primeiro nível de saúde (BRASIL, 2011a).

O MS preconiza o TDO para todos os casos de TB, populações especiais que vivem privadas de liberdade e moradores de ruas. Salienta-se que as populações especiais são consideradas mais susceptíveis à TB, visto que, alguns fatores de risco são associados a condições de vida que os mesmos estão inseridos, como o uso indiscriminado de drogas, ausência de condições higiênicas, a falta de controle na busca ativa de casos de TB, dentre outros fatores. Além disso, essas gamas de fatores podem contribuir para alargada disseminação do bacilo nessas populações (BRASIL, 2011).

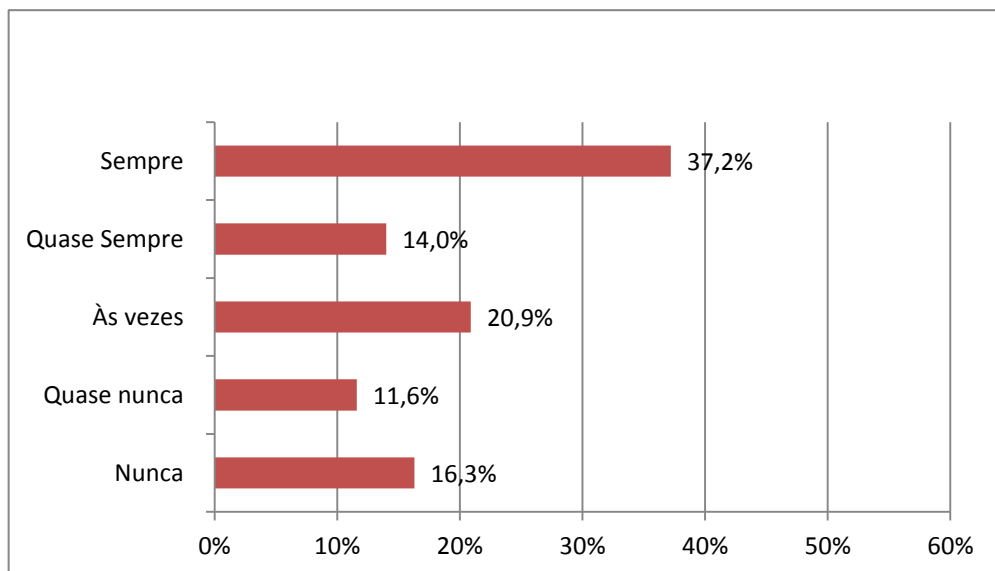
Um estudo qualitativo e quantitativo realizado em duas unidades de saúde do Rio de Janeiro, avaliou a conformidade de implementação do TDO para TB, na perspectiva dos profissionais de saúde. Como resultados, 23 dos profissionais responderam que todos os usuários com TB deveriam fazer TDO, e 12 dos entrevistados consideraram a indicação do TDO apenas para os pacientes mais rebeldes, usuários de drogas, alcoólatras e os que não têm responsabilidade. Alguns profissionais também citaram as crianças, os idosos e os que estão em fase avançada de doença ou com comorbidade (CARDOSO et al., 2012).

Uma importante questão sobre os benefícios do TDO é o vínculo que o profissional deve criar com o portador para alcançar o sucesso terapêutico, pois esse elo proporciona uma conexão que posteriormente resultará na cura, e o compartilhamento de responsabilidade

desse elo não ficará apenas na figura do profissional de saúde, mas o usuário deve se respaldar com seus deveres nesse processo de tratamento (QUEIROZ et al., 2012). O TDO tem como objetivo a cura do portador de TB e se constitui uma política voltada para redução da taxa de abandono, para melhora na atenção ao doente por meio de um acolhimento humanizado, para reduzir a mortalidade, diminuir a resistência de bacilos multirresistentes, reduzir o sofrimento do portador e possibilitar a adesão garantindo a cura do portador (BRASIL, 2011).

Em contraponto, o Gráfico 6 apresenta a frequência com que os profissionais realizam o TDO em suas unidades, e os dados evidenciaram que apenas 16 (37,2%) “sempre” o realizavam, 6 (14,0%) mencionaram que “quase sempre” desenvolviam este procedimento e 9 (20,9%) responderam que “às vezes” o implementavam. Entretanto, 12 (27,9%) afirmaram que “quase nunca” ou “nunca” adotavam o TDO na assistência aos indivíduos com TB. Dessa forma, não obstante 84,1% dos profissionais afirmarem que o TDO é indicado para todos os casos de TB, apenas 22 (51,2%) o realizam “sempre” ou “quase sempre”, conforme preconizado pelo MS.

**Gráfico 6 – Frequência de realização do Tratamento Diretamente Observado. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015.**



Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa, 2015.

O TDO tem como objetivo o controle da proliferação da doença, e consiste no comprometimento dos profissionais, dos gestores locais e da própria população, conduzindo uma mobilidade social no controle do tratamento dos doentes com TB. O TDO consiste na

observação da ingesta dos fármacos preferencialmente semanalmente, ou seja, de segunda a sexta, na fase de ataque, e no mínimo três vezes por semana na fase de manutenção. Esta modalidade de terapêutica tem o papel de proporcionar a aproximação do profissional com o contexto social do portador, mostrando as dificuldades que surgem no decorrer do processo de cura (BRASIL, 2011b).

Um estudo realizado em Terezina (Piauí) teve como objetivo avaliar as ações desenvolvidas por profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose. Os dados da pesquisa ressaltam em relação ao acompanhamento do TDO, que 67,1% dos entrevistados relataram “sempre” acompanhar o doente durante esse tipo de tratamento, seguidos de 23,4%, que responderam “às vezes”. A partir do TDO, é possível constituir relações de acolhimento, vínculo e de responsabilidade do doente para com o tratamento e com a equipe de saúde. Além disso, torna a organização do processo de assistência mais flexível, incluindo a visita domiciliar que favorece o estabelecimento de vínculo, considerando também que o sujeito é o protagonista do seu processo assistencial, sendo um ponto essencial no processo de adesão ao tratamento (SANTOS et al., 2012).

O TDO é um elemento chave da estratégia DOTS, que visa ao fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura. O TDO constitui uma mudança na forma de administrar os medicamentos, sem mudanças no esquema terapêutico: o profissional treinado passa a observar a ingestão da medicação pelo paciente, desde o início do tratamento até a sua cura (BRASIL, 2011b).

Um estudo realizado em Guarulhos, São Paulo, mostrou que os profissionais não se encontravam plenamente preparados para desenvolver as condutas e ações no tratamento da tuberculose, pois quando questionados sobre o número de vezes por semana que o paciente tomaria a medicação sob supervisão, 7,5% dos entrevistados não souberam responder, 7,5% responderam de 1 a 2 vezes por semana, portanto erroneamente. Segundo o PCT, para que seja considerado TS, a supervisão da tomada da medicação deve ser realizada de segunda a sexta-feira ou no mínimo três vezes por semana. Já em relação à 2ª fase do Esquema de medicação (3º ao 6º mês), entre os entrevistados, 11% não sabiam quantas vezes o paciente deveria comparecer para ser considerado em TS na 2ª fase, 35% acham que é 1 vez por semana, e 54% achavam que é de 2 a 5 vezes por semana (FERRACIO et al., 2007).

Na Tabela 4 abaixo, observa-se as frequências das variáveis relacionadas às práticas desenvolvidas pelos profissionais na operacionalização do TDO. Em relação à variável que se



refere a eficácia do TDO, 37 (84,1%) dos profissionais afirmaram que o mesmo é eficaz no acompanhamento terapêutico do indivíduo com TB e apenas 7 (15,9%) afirmaram o contrário.

**Tabela 4 – As práticas dos profissionais de saúde na operacionalização do Tratamento Diretamente Observado. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015. (n = 44).**

Variáveis	Frequência Absoluta (N)	Frequência relativa (%)	Frequência acumulada (%)
<b>Eficácia do TDO</b>			
Sim	37	84,1%	84,1%
Não	7	15,9%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Frequência semanal de realização do TDO</b>			
Cinco dias por semana (segunda a sexta).	23	52,3%	52,3%
Todos os dias da semana	9	20,5%	72,7%
Três dias por semana.	12	27,3%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Local que o TDO é realizado</b>			
No ambiente domiciliar	21	47,7%	47,7%
A depender da situação do usuário	12	27,3%	75,0%
Na unidade de saúde da família	10	22,7%	97,7%
No ambiente de trabalho	1	2,3%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Profissionais que realizam o TDO na USF</b>			
<b>Enfermeiro</b>			
Sim	37	84,1%	84,1%
Não	7	15,9%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Técnico de enfermagem</b>			
Sim	25	56,8%	56,8%
Não	19	43,2%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Agente Comunitário de Saúde</b>			
Sim	31	70,5%	70,5%
Não	13	29,5%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Outros</b>			
<b>Médico</b>			
Sim	6	13,6%	13,6%
Não	38	86,4%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa, 2015.

Ainda na tabela acima, nota-se outro dado positivo quanto à frequência de realização do TDO, uma vez que 32 (72,7%) dos participantes da pesquisa, afirmaram que o TDO é realizado de segunda a sexta ou todos os dias, e 12 (27,3%), optaram que essa conduta de tratamento deve ser feita apenas três vezes por semana. No que diz respeito ao local indicado para a realização do TDO, quase a metade dos profissionais, 21 (47,7%) afirmaram que o local utilizado para tal estratégia é o ambiente domiciliar e 12 (27,3%) referiram que o TDO é realizado a depender da situação que o portador de TB se encontra. Outra variável importante nesse estudo foi sobre os profissionais que realizam o TDO, sendo o mais apontado o enfermeiro, por 37 (84,1%) deles; os ACS também foram um dos profissionais mais requisitados nesse processo, pois 31 (70,5%) responderam que esse profissional é uma peça fundamental na implementação do TDO.

O TDO deve ser realizado no âmbito da APS, visto que a OMS recomenda que essa proposta de tratamento seja feita o mais perto possível do contexto social do portador (WHO, 2013). Na questão referente ao funcionamento do TDO, observou-se que, em relação ao local de escolha para acompanhamento dos casos, os profissionais responderam significativamente que o ambiente mais adequado para realização é o ambiente domiciliar. Vale ressaltar que, segundo as diretrizes do MS, a escolha do local deve vir por parte do paciente (BRASIL, 2011b).

Um estudo realizado em Vitória (Espírito Santo) com profissionais da APS mostrou que o portador de TB é o responsável em decidir o melhor local para realização da conduta terapêutica. O funcionamento do TDO é de vital importância e sua implementação em todos os programas é vista como a estratégia capaz de diminuir o abandono. Os fatores relacionados à baixa adesão ao tratamento são os esquemas terapêuticos longos e complexos, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, os problemas de comunicação entre pacientes e funcionários dos serviços de saúde, comorbidades psíquicas e físicas (MACIEL et al., 2009).

O TDO como escolha para modalidade de tratamento deve ser decidido juntamente entre a equipe multiprofissional de saúde e o próprio paciente, sendo desejável conhecer a situação real que esse portador está inserido. O recomendado é que a tomada seja feita diariamente de segunda a sexta, porém se a opção três vezes por semana for a única possível, o profissional deve explicar exaustivamente a necessidade de tomar a medicação diariamente, incluindo os dias em que o tratamento não é observado. O TDO só terá validade caso seja supervisionado por profissional. Para a definição se o tratamento foi observado, convencionase que este doente deverá ter tido, no mínimo, 24 ingestões de medicação observadas na fase de ataque, e 48 ingestões de medicação observadas na fase de manutenção (BRASIL, 2011b).

Um estudo feito no Rio de Janeiro com profissionais da APS revelou que um ponto positivo na eficácia do TDO é que o mesmo tem uma possibilidade de cura maior, visto que o comprometimento dos profissionais de saúde com o próprio usuário contribui para o sucesso do tratamento. Por outro lado, as dificuldades relatadas são: a questão dos usuários de drogas, a presença de efeitos colaterais, as condições de vida da população em domicílios mal ventilados e a baixa escolaridade (CRUZ et al., 2012).

Em relação aos profissionais que implementam o TDO na ESF, destaca-se a figura do enfermeiro, que é muito importante na composição da equipe básica multidisciplinar, o que eleva o nível de crescimento e reconhecimento social deste profissional, por ser ele um membro ativo no processo de estabilização da ESF como política integrativa e humanizadora da saúde. Algumas responsabilidades dos enfermeiros deverão ocorrer de modo a favorecer a compreensão da realidade em todas as suas dimensões, levando à construção de uma nova prática em saúde, mais integral, humanista e disposta a romper com as ações do modelo “queixas-condutas”, à medida que estará definindo o novo papel nesta também nova perspectiva (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010).

Dessa forma, o enfermeiro exerce um papel fundamental no cuidado ao paciente com TB e seus familiares durante a atenção domiciliar e comunitária, cabendo-lhe educá-los sobre métodos de controle da infecção. Como educador esse profissional ajuda a prevenir ou atenuar maiores danos que possam acometer o portador da TB e seus contatos, explicitando a relevância do cumprimento do tratamento, bem como estimulando a adesão à terapêutica. Além disto, tem papel essencial junto à equipe que supervisiona, a saber: auxiliares e técnicos de enfermagem e ACS, sendo responsável pela orientação e capacitação destes. A atuação da enfermagem para o controle da TB é ampla e contínua, devendo o enfermeiro e sua equipe enfatizar a orientação desses clientes com relação à doença propriamente dita, à transmissão e prevenção da mesma (GUERRA; SOUSA; TOCANTINS, 2003).

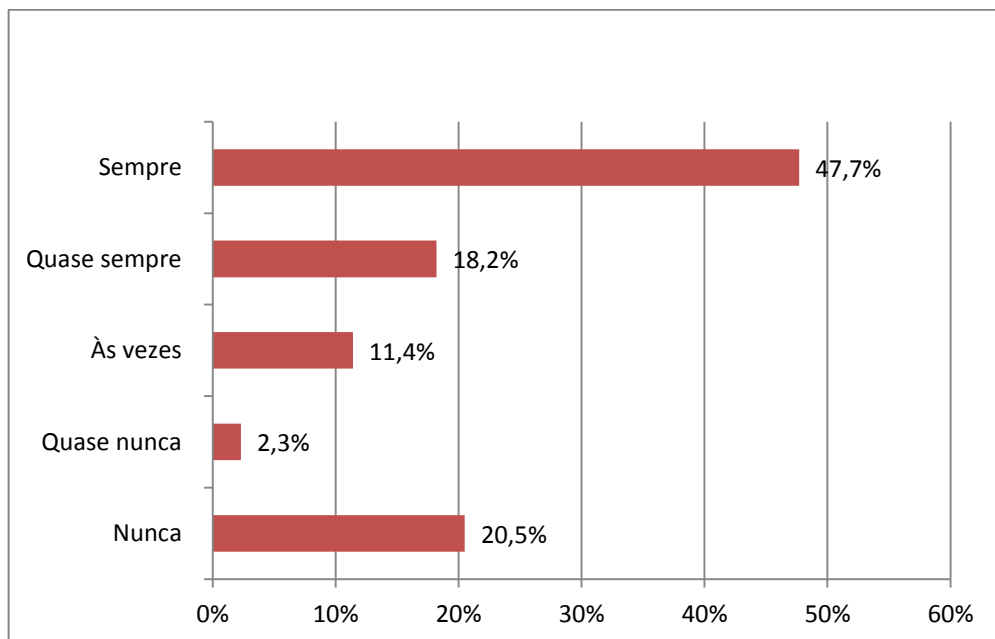
A Portaria nº 2.488/GM de 21/10/2011 estabeleceu a equipe mínima e as atribuições dos profissionais de saúde para a organização da atenção básica na ESF, e as normas do Manual Técnico de Vigilância em Saúde assinalam as atribuições específicas para cada categoria profissional na atenção à TB. A organização dos serviços na efetividade do TDO é atribuição de todos os profissionais de saúde atuantes na ESF – enfermeiros, médicos, ACSs, técnico de enfermagem, os quais têm em comum a efetivação do processo de cura, cada um com sua função (BRASIL, 2011a).

Neste contexto, em estudo realizado em Ribeirão Preto - SP observou-se que o vínculo doente-profissional de saúde apresenta resultados mais favoráveis nos programas que

atendem menor número de doentes, como a ESF, o que demonstra que este aspecto facilita a comunicação e a relação entre doente-profissional no TDO. Além do acompanhamento dos casos de TB, o enfermeiro poderá utilizar algumas estratégias para alcançar e identificar os contatos: uma delas é durante o atendimento diário para o TDO, durante a consulta, investigando os acompanhantes do paciente. Outra estratégia é a visita domiciliar, por meio do ACS, visando buscar os contatos e orientá-los sobre a importância da realização dos exames (SANTOS et al., 2012).

Ainda acerca das práticas dos profissionais na implementação do TDO, o Gráfico 7 mostra a frequência de utilização do instrumento de registro para o controle do TDO, destacando-se que 21 (47,7%) responderam que “sempre” utilizam este instrumento, mas 9 (20,5%) afirmaram “nunca” fazem algum tipo de registro.

**Gráfico 7 – Frequência de utilização do instrumento de registro para o controle do TDO. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015.**



Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa, 2015.

O “Registro de Acompanhamento de Tratamento dos Casos de Tuberculose” é um instrumento de informação oficial do PNCT, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e do Ministério da Saúde. É o instrumento básico do PCT nas unidades de saúde, sendo o mais

amplamente utilizado para registro das informações sobre tuberculose nos serviços. Ele contém a história do paciente desde o início até o fim do tratamento onde essas informações são repassadas para outros níveis de informações de saúde. A vigilância epidemiológica tem como objetivo conhecer a magnitude da doença (dados de morbidade e mortalidade), sua distribuição, fatores de risco e tendência de tempo dando subsídios para ações de controle (BRASIL, 2011a).

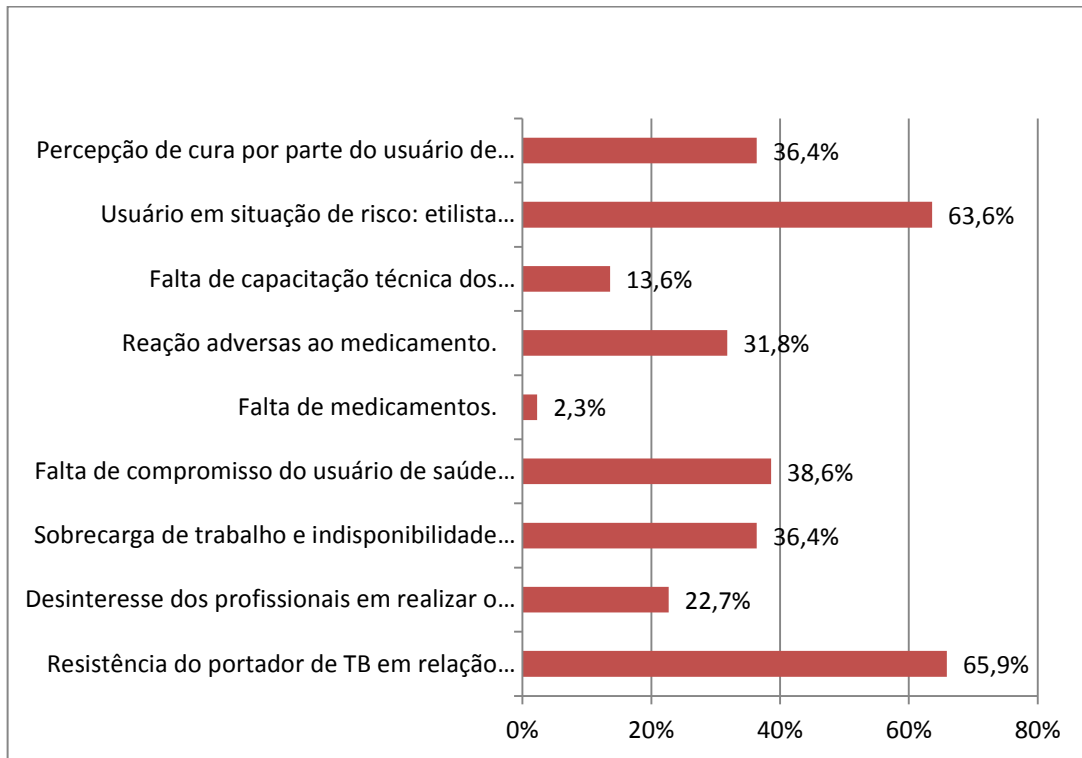
Uma pesquisa realizada em Santa Maria, Rio Grande do Sul, avaliou as atividades de assistência à saúde para os portadores de TB e constatou que os profissionais registravam toda conduta relacionada ao TDO no livro de registro e acompanhamento de tratamento dos casos de TB, um instrumento oficial do MS, que tem como objetivo registrar diariamente as práticas realizadas (MATOS; LIMBERGER, 2014).

O MS disponibiliza uma ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação para efetividade do TDO, e esse instrumento tem como objetivo fazer o controle do tratamento através dos registros feitos diariamente. O instrumento ou ficha é organizado com dados pessoais dos pacientes: a forma clínica da doença, data do início do tratamento, conformação da TB (se é caso novo, recidiva, abandono ou falência do tratamento). Além disso, são registrados os esquemas que são utilizados e a realização da baciloscopia nos meses de tratamento. Dessa forma, o preenchimento regular desse instrumento pelos profissionais auxilia na condução correta da terapêutica, favorecendo a cura do portador (BRASIL, 2011a).

Os profissionais também foram questionados sobre os entraves na implementação do TDO. Dessa forma, o Gráfico 8 revela as principais dificuldades encontradas por eles, ressaltando-se a resistência do portador de TB em relação à tomada da medicação, pois 29 (65,9%) dos participantes do estudo concordaram que essa é a principal dificuldade para eficácia do TDO, e o usuário que se encontra em situação de risco (etilista crônico e usuários de drogas), apontado por 28 (63,6%) dos participantes.

Outros entraves também foram pontuados de forma significativa pelos profissionais, tais como: a falta de compromisso do usuário, indicada por 17 (38,6%) deles; a percepção de cura por parte dos usuários antes do término do tratamento, apontada por 16 (36,4%) dos participantes; a sobrecarga de trabalho, mencionada por 16 (36,4%) dos profissionais; e as reações adversas às drogas, pontuada por 14 (31,8%) deles.

**Gráfico 8 – Dificuldades enfrentadas pelos profissionais na implementação e realização do TDO. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015.**



Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa, 2015.

Uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro, cujo objetivo foi avaliar o TDO para TB, buscou caracterizar as representações dos profissionais de saúde e usuários no que tange à aceitabilidade e acomodação, e identificar os fatores facilitadores ou barreiras. De acordo com o estudo, o que dificulta o acompanhamento terapêutico, segundo os profissionais, seriam inúmeros fatores, tais como: uso de crack; uso abusivo de bebidas alcoólicas; “discriminação/vergonha/medo/preconceitos/baixa autoestima”; a preguiça; o não querer se tratar; e os efeitos colaterais. A percepção dos usuários começa a faltar e abandonam o tratamento quando “acham que já estão curados” e atribuem isso principalmente à melhora rápida após o início do tratamento (CRUZ et al., 2012).

Outro estudo realizado no município de Ribeirão Preto-SP, com profissionais de saúde, teve como objetivo avaliar o desempenho dos serviços de saúde na execução do TDO, e as principais dificuldades enfrentadas para implementação do TDO estavam ligadas à falta de recursos humanos por parte das unidades de saúde para execução das atividades, falta de transporte para ir até a casa do portador e a questão socioeconômica. Fatores como o alcoolismo, uso de drogas ilícitas, o número de medicamentos do tratamento e o desinteresse

do próprio doente em relação à saúde e cura da TB também foram destacados. O estudo ainda mostrou que a situação laboral dos indivíduos contribui para adesão no cumprimento dos horários para tomada da medicação, o que impossibilita a realização satisfatória do TDO (GONZALES et al., 2008).

Diante dos principais entraves encontrados no tratamento da TB é necessário que o profissional esteja apto a desenvolver ações assistenciais no controle da propagação do bacilo, visto que, as intercorrências que acontecem são associadas a vários fatores, devido à complexidade do problema. A equipe multiprofissional tem como responsabilização assistir o portador desse o início e até fim da terapêutica, e a figura do ACS nesse cenário é de suma importância, visto que esse profissional é designado a ter um papel mais atuante na área desse portador (GONZALES et al., 2011).

Nesta perspectiva, o MS julga ser imprescindível o investimento na educação em saúde, devendo ser empregado pelas equipes da ESF, as quais devem enfatizar as práticas de educação e promoção da saúde, trabalhar os conteúdos de forma contextualizada e, assim, estimular os profissionais da área a se tornarem atuantes, participativos, autônomos e críticos (ALVES; AERTS, 2011).

Ressalta-se que as dificuldades encontradas no transcorrer do tratamento podem levar o paciente a interrompê-lo. Assim, devido às altas taxas de abandono, o profissional precisa desenvolver ações voltadas para todos os tipos de ocorrências que possam aparecer nesse processo de cura. Uma grave situação que contribui para tal impasse está relacionado à condição socioeconômica desse portador, associado a vários fatores como: falta de moradia, condição econômica, dificuldade na adesão ao tratamento por falta de informação, dentre outros (QUEIROZ et al., 2012).

As estratégias implementadas para os principais entraves na realização do TDO estão direcionadas à prevenção e promoção da saúde e reabilitação portador de TB, devendo a equipe multiprofissional estar treinada e capacitada para que possam intervir de maneira holística para com o paciente infectado. A educação em saúde voltada para o indivíduo doente deve ser ampla, informando ao mesmo a importância do tratamento da TB, como esse tratamento é administrado, o que pode ocorrer caso não venha ser realizado completamente, a necessidade de ir até o fim, explicar as reações que essas drogas podem causar e dentre outras orientações. Neste contexto, o vínculo entre pacientes e profissionais de saúde estabelece uma relação de confiança, diálogo e respeito entre ambos. Por isso, o PNCT destaca a atuação dos profissionais como estratégica para melhorar a adesão terapêutica e evitar o abandono (BRASIL, 2011b).

Um estudo realizado em São Paulo com usuários e profissionais mostrou as potencialidades encontradas no transcorrer da terapêutica, e um ponto bastante importante refere-se ao vínculo que os mesmos criaram junto aos portadores no decorrer do tratamento. O estudo mencionou que a figura do profissional é importantíssima nesse processo e que o profissional sempre supervisionava a tomada da medicação e contribuía através de ações em saúde voltadas à comunidade e os próprios usuários, ressaltando a importância do tratamento, medidas de controle, disseminação, efeitos e reações adversas, profilaxia e dentre outras ações. A equipe multiprofissional habilita o cuidado na sua forma integrativa conduzindo ações para o sucesso do tratamento (QUEIROZ et al., 2012).

A TB ainda é vista como uma doença estigmatizante e negligenciada pela sociedade, acometendo as populações mais vulneráveis com problemas socioeconômicos, e uma questão muito comum são as populações ou grupos de risco como: etilistas, usuários de drogas ilícitas, população privada de liberdade e moradores de rua. Diante do referido, uma pesquisa desenvolvida em Ribeirão Preto, São Paulo, com profissionais da APS mostrou a importância da figura da ESF para interligar a terapêutica desses grupos de risco a outros grupos de assistência, como por exemplo, possibilitando a parceria com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o grupo dos Alcoólicos Anônimos (AA). O papel articulador da ESF, junto à rede de saúde mental, assim como aos demais segmentos e setores de apoio social, tem se configurado como importante estratégia para o enfrentamento do abandono do tratamento da TB, favorecendo, desse modo, o controle da disseminação da doença (SÁ et al., 2013).

Em relação aos principais recursos e estratégias utilizados no acompanhamento terapêutico dos casos de TB, observa-se na Tabela 5 os resultados do estudo. Uma das variáveis refere-se à disponibilidade da medicação na unidade de saúde, evidenciando um dado positivo, uma vez que 31 (70,5%) dos profissionais afirmaram que “sempre” estava disponível. Outra variável refere-se à solicitação mensal do exame de baciloscopia no transcorrer do tratamento, na qual 36 (86,5%) afirmaram que “sempre ou quase sempre” realizam tal procedimento. Sobre o acompanhamento clínico mensal, 40 (91%) referiram “sempre ou quase sempre” realizarem tal conduta.

No que tange à utilização de linguagem acessível ao prestar informações aos portadores de TB acerca do TDO e de possíveis intercorrências, como os efeitos adversos aos fármacos, 36 (81,9%) dos participantes executam “sempre” esta conduta. Outro ponto relevante está ligado ao incentivo financeiro para o usuário em tratamento, visto que a oferta de incentivos foi bastante negativa, pois os dados ressaltam que 24 (54,5%) dos profissionais mencionaram que “nunca” ou “quase nunca” existia algum tipo de ajuda nesse aspecto.



**Tabela 5 – Recursos e estratégias utilizadas no acompanhamento terapêutico dos casos de tuberculose. Bananeiras; Belém; Solânea, 2015. (n = 44)**

Variável	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)	Frequência Acumulada (%)
<b>Disponibilidade dos medicamentos na USF</b>			
Nunca	8	18,5%	18,5%
Quase nunca	2	4,5%	22,6%
Às vezes	-	-	22,6%
Quase sempre	3	6,9%	29,5%
Sempre	31	70,5%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Solicitação mensal de baciloscopia durante o tratamento</b>			
Nunca	2	4,5%	4,5%
Quase nunca	2	4,5%	9,0%
Às vezes	2	4,5%	13,5%
Quase sempre	3	11,3%	24,8%
Sempre	33	75,2%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Realização mensal do acompanhamento clínico dos casos de TB</b>			
Nunca	-	-	-
Quase nunca	-	-	-
Às vezes	4	9,0%	9,0%
Quase sempre	1	2,3%	11,3%
Sempre	39	88,7%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Utilização de linguagem acessível como o portador de TB sobre o TDO e as possíveis reações adversas.</b>			
Nunca	1	2,3%	2,3%
Quase nunca	-	-	2,3%
Às vezes	4	9,0%	11,3%
Quase sempre	3	6,8%	18,1%
Sempre	<b>36</b>	<b>81,9%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Oferta de incentivos para os usuários de saúde em tratamento da TB.</b>			
Nunca	21	47,7%	47,7%
Quase nunca	3	6,8%	54,5%
Às vezes	3	6,8%	61,3%

(Continuação)

Quase sempre	7	15,9%	72,2%
Sempre	10	22,8%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa, 2015.

Um estudo realizado em Teresina, Piauí, teve como objetivo avaliar os profissionais de saúde da ESF no controle da TB. Com relação à falta de medicação, esta pesquisa verificou que eventualmente acontecia, visto que, 17,5% dos médicos e 20,8% dos enfermeiros relataram tal eventualidade (SANTOS et al., 2012).

Outra pesquisa feita em Bayeux referente ao acesso aos medicamentos para tratamento da TB comprovou que o mesmo é satisfatório na maioria das unidades de saúde, pois o abastecimento das drogas tinha sua distribuição regular. Presume-se que o acesso gratuito a medicamentos para TB seja um dos fatores que corroboram para adesão dos pacientes ao tratamento. Nesta ótica, chama à atenção a competência organizacional do sistema de serviços de saúde (planejamento, previsão de medicamentos, distribuição, controle de estoque) em atender às demandas geradas no cotidiano de trabalho das ESF. Por outro lado, este estudo mostrou também fragilidades, sendo uma delas o fato de os profissionais não realizarem o exame de escarro mensalmente (MARCOLINO et al., 2009).

O principal meio para o diagnóstico de casos novos de TB pulmonar indicada pelo manual de tuberculose do PNCT no Brasil é a realização da baciloscopia direta do escarro para a pesquisa de BAAR em paciente "sintomático respiratório", definido como o indivíduo com tosse por três semanas ou mais. Além disso, para que o tratamento tenha uma maior efetividade é preciso que haja um controle das atividades programáticas que consiste no acompanhamento da evolução, na utilização correta dos medicamentos e no êxito da terapêutica. Uma das condutas clínicas realizada é a baciloscopia, feita mensalmente para controle da TB, sendo indispensáveis as do segundo, quarto e sexto mês sendo no esquema básico (BRASIL, 2011b).

Uma pesquisa realizada na fronteira do Amazonas com municípios que fazem fronteira com outro país, mostrando a situação epidemiológica e abandono do tratamento, evidenciou a importância da realização sistemática das baciloscopias de controle do segundo, quarto e sexto mês para o adequado acompanhamento dos casos e a consequente redução do abandono do tratamento. O estudo concluiu que os doentes que não realizaram ou que realizaram apenas uma baciloscopia apresentaram, em relação aos que realizaram duas ou

mais, chances quase 12 vezes maiores de abandonarem o tratamento (BELO; ORELLANA; LEVINO, 2013).

Além desse controle das baciloscopias, outras medidas são analisadas, como o acompanhamento mensal, que possibilita ao profissional e usuário compartilhamento e as trocas de informações para que o sucesso do tratamento seja almejado. O profissional deve visar a identificação de queixas e de sinais clínicos que possam avaliar a evolução da doença após a introdução das drogas, como também mudar a terapêutica ou prescrever outras drogas caso o portador esteja tendo alguma reação adversa, além de monitorar o estado nutricional do cliente. Enfatiza-se ainda que o profissional deve fazer um acolhimento de forma sistematizada, não deixando lacuna que evidencie o paciente em segundo plano, assim como registrar as informações e fazer a evolução clínica do mesmo sempre, informando a importância do tratamento, os benefícios que pode trazer e a importância da baciloscopia com resultado negativo para comprovação da cura em bacilíferos (BRASIL, 2011b).

Em relação às estratégias e educação em saúde, um estudo feito em um município prioritário no controle da TB na Paraíba mostrou a importância dos profissionais, no processo de educação em saúde no controle da TB. Uma questão relevante refere-se ao modo como é repassado esse tipo de informação, uma vez que geralmente essas ações estão voltadas a momentos específicos no controle da TB ou quando o portador é diagnosticado, não envolvendo a educação na prevenção da doença ou com uma abordagem mais integral. Os autores da pesquisa perceberam que o modelo biomédico predominava nesse âmbito, sendo necessário destacar que as práticas educativas devem ser desenvolvidas no âmbito individual e coletivo e, ainda, em todo o percurso que segue a linha do cuidado, de modo a promover cura e reabilitação por meio do processo de sensibilização, tendo no usuário um aliado e protagonista do projeto terapêutico e das mobilizações pelo direito ampliado à saúde (SÁ et al., 2013).

Neste contexto, conforme Brasil (2011b), o acompanhamento terapêutico dos casos de TB envolve várias questões que vão desde a social, financeira, familiar, até a psicológica e física. A partir dessa concepção, percebe-se a importância da descentralização das ações da TB para o nível da APS, o que proporcionou nítido envolvimento do contato entre paciente e profissional, no qual este passa a vivenciar a realidade desse portador perante suas frustrações, medos e angústias.

Nesta perspectiva, a educação em saúde é um ato político capaz de promover uma intersetorialidade, diálogo, autonomia cidadã e o incentivo a uma postura ativa desses sujeitos em seus ambientes políticos e social. Destaca-se nesse processo, a tecnologia leve da

educação popular em saúde, tornando-se um referencial importantíssimo para a atuação do profissional, visto que, a educação em saúde visa a participação coletiva de todos envolvidos através das características sociais, econômicas e culturais em que se dá o desenvolvimento das doenças (BRASIL, 2011).

Em relação à oferta de incentivos para os usuários de saúde em tratamento de TB, ressalta-se sua relevância para a adesão à terapêutica. Um estudo realizado em São Paulo mostrou que durante o tratamento da TB, os portadores recebiam incentivos (cestas básicas e lanche) para estimular a adesão do tratamento, como uma forma de prosseguir e concluir o tratamento, visto que, esses auxílios eram importantes para compor o aporte nutricional e complementar à renda familiar (QUEIROZ et al., 2012).

Na presente pesquisa, observou-se 47,7% dos profissionais elencaram que “nunca” a ESF oferece incentivos financeiros para os pacientes submetidos ao tratamento de TB, o que pode favorecer a não adesão ao tratamento, fazendo com que esse portador adquira maior resistência à medicação e conseqüentemente seja um canal de transmissão para indivíduos sadios.

A TB como estigma social abrange uma série de problemas, dentre os quais situa-se as condições financeiras dos portadores da doença e a falta de incentivo financeiro como causa redundante no processo de abandono. Uma pesquisa feita nos Estados Unidos revelou que tanto os incentivos financeiros como os não financeiros mostraram uma melhora na adesão ao tratamento supervisionado para populações pobres e que o número crescente de benefícios oferecidos à população durante o tratamento resultou em uma redução inversamente proporcional do abandono (TULSKY et al., 2004).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa sobre as práticas dos médicos e enfermeiros relacionadas à terapêutica da TB, conduziu à compreensão da importância do conhecimento desses profissionais para o adequado manejo do portador desde o início dos sintomas, até o fim da terapêutica através da cura. Dessa forma, o conhecimento exímio destes profissionais é fundamental para que consigam êxito em sua profissão e assistam os portadores de TB com responsabilidade, segurança e firmeza. Como mencionado na discussão dos resultados, a ESF é o âmbito mais adequado para o tratamento de TB e a equipe multiprofissional é essencial nessa trajetória, visto que o elo firmado possibilita maior conexão com a comunidade, o que também facilita as práticas de educação em saúde.

Um fator relevante nesse processo é o conhecimento das práticas em TB e a qualificação profissional. Neste contexto, ressalta-se a importância das práticas voltadas à saúde da família e ao bem-estar da comunidade, cujas ações de prevenção e promoção da saúde constituem o meio mais concreto para diminuir os níveis de morbidade e mortalidade. Os dados deste estudo evidenciaram que a maioria dos profissionais tinham cursos de especialização nas áreas de Saúde da Família e de Saúde Pública, reiterando a importância da qualificação profissional em áreas voltadas à APS, o que contribui para um melhor desenvolvimento de ações no controle da doença. Entretanto, a não qualificação proporciona uma limitação que comprometerá a assistência ao cliente e na ineficácia das ações de controle da TB, as quais devem ser realizadas de forma sistemática, devido à sua complexidade.

Retomando os objetivos desta pesquisa, em relação ao conhecimento dos profissionais sobre os esquemas terapêuticos preconizados pelo MS para o combate da TB, assim como sobre as reações adversas decorrentes do tratamento, os achados da pesquisa ressaltaram que quase metade dos profissionais nunca participaram de capacitação em TB, todavia a maior parte deles já acompanharam um ou mais casos da doença. Além do exposto, a maioria dos profissionais afirmaram que geralmente os casos de TB da comunidade são tratados no serviço da USF, corroborando a importância da ESF no controle e tratamento da TB.

Quanto às indicações para o encaminhamento dos usuários de saúde com TB, ressalta-se a importância do conhecimento adequado dos profissionais acerca das necessidades de encaminhamento para centros de referência, dependendo da complexidade das problemáticas dos portadores de TB. Os dados evidenciaram que a maior parte dos participantes do estudo referenciam os casos da doença nas seguintes situações: pacientes com antecedentes ou

evidências clínicas de nefropatias; portadores de HIV/aids; em caso de falência do esquema por resistência bacteriana; e pacientes com comprometimento do sistema hepático. Todavia, poucos responderam como uma das causas do encaminhamento para centro de referência a existência de intercorrência clínica não controlada na unidade de saúde.

Ainda em relação ao conhecimento dos profissionais sobre a terapêutica dos casos de TB, os resultados da pesquisa mostraram que a maioria dos profissionais não referiu a indicação do esquema básico como forma de tratamento para os casos de retratamento (recidiva ou retorno após abandono), revelando um déficit de conhecimento, incorrendo em debilidades no tratamento dos casos. Em contrapartida, os enfermeiros e médicos participantes do estudo demonstraram conhecimento adequado acerca das drogas que compõem o esquema básico e do tempo de tratamento. Salienta-se que o domínio das práticas terapêuticas resulta no tratamento eficaz, potencializando o desfecho de cura dos indivíduos acompanhados.

Além do exposto, o estudo revelou o desconhecimento de algumas reações adversas por parte dos profissionais, o que causa lacunas no acompanhamento dos pacientes em tratamento, visto que, é mister que os profissionais da ESF tenham conhecimento adequado acerca das reações adversas ao tratamento da TB, para que transmitam as informações pertinentes aos usuários de saúde, reduzindo a possibilidade de não adesão à terapêutica e a ocorrência de abandono.

Em relação à realização do TDO no acompanhamento dos casos de TB, os dados comprovaram que apesar da maior parte dos profissionais afirmarem que o TDO é indicado para todos os casos de TB e que o mesmo é eficaz, menos da metade o realizam “sempre” ou “quase sempre”, conforme preconizado pelo MS. Um resultado positivo foi quanto à frequência de realização do TDO, uma vez que a maioria dos participantes da pesquisa afirmou que o TDO é realizado de segunda a sexta ou todos os dias. Dessa forma, enfatiza-se que o TDO como forma de tratamento é de extrema importância, pois permite ao profissional um maior contato com o usuário, auxilia no sucesso do tratamento e na adesão ao mesmo, corroborando para a cura e diminuindo a cadeia de transmissão na comunidade.

Na implementação do TDO, os participantes da pesquisa apontaram os seguintes entraves: a resistência dos indivíduos doentes quanto à tomada da medicação, condições socioeconômicas dos portadores, o que pode desencadear resistência aos bacilos, dificultando a eficácia do TDO; os usuários que se encontram em situação de risco (etilistas crônicos e usuários de drogas, moradores de rua); a falta de compromisso do usuário; a percepção de

cura por parte dos usuários antes do término do tratamento; a sobrecarga de trabalho dos profissionais; e as reações adversas às drogas.

Além das fragilidades referidas, o estudo identificou potencialidades na execução do TDO, tais como: a regularidade da solicitação mensal do exame de baciloscopia no transcorrer do tratamento e do acompanhamento clínico mensal; a disponibilidade da medicação na unidade de saúde; o uso de linguagem acessível nas orientações aos usuários em tratamento; a realização do TDO pelos vários profissionais da equipe, destacando-se a atuação dos enfermeiros e dos ACS. No entanto, ressalta-se outra debilidade na implementação do tratamento, que se refere à falta de oferta de incentivos financeiros aos portadores, como uma forma de auxiliar na adesão ao tratamento.

Portanto, salienta-se a urgente necessidade de uma melhor qualificação dos profissionais da APS para o manejo adequado dos casos de TB e para o sucesso do tratamento diretamente observado, consolidando as ações de descentralização de controle da tuberculose nas realidades dos municípios estudados. Salienta-se ainda que o papel do profissional da APS é assistir os pacientes de forma integralizada, deslocando o foco da doença, a partir da compreensão do contexto social, cultural, econômico e político que circunda o sujeito com TB. Além do exposto, o conhecimento adequado dos profissionais acerca do tratamento dos casos de TB potencializa a eficácia da terapêutica, elevando os índices de cura e diminuindo os níveis de morbidade e mortalidade da doença no país.

O conhecimento sobre a operacionalização do TDO pelos profissionais deve ser bastante difundido e estudado com o intuito de contribuir para uma prática mais eficaz e resolutiva na atenção ao indivíduo com TB. Dessa forma, sugere-se a realização de outros estudos na perspectiva dos usuários de saúde e dos gestores para uma melhor compreensão do fenômeno estudado.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, G. G; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>. > acesso em: 3 ago. 2015.
- ALVES, R. S. et al. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto & contexto enferm.[on line]**, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a21.pdf>>. Acesso em: 12 de agosto de 2015.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em: 20 de junho 2015.
- ANDRADE, R. L. P.; VILLA, T. C. S.; PILLON, S. A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose. **Saúde Mental, Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, 2005. Disponível em: [http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762005000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1806-69762005000100008&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 06 de setembro de 2015.
- ARBEX, Marcos Abdo et al. Drogas antituberculose: Interações medicamentosas, efeitos adversos e utilização em situações especiais. Parte 1: Fármacos de primeira linha. **J Bras Pneumol**, v. 36, n. 5, p. 626-640, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n5/v36n5a16.pdf> >. Acesso em: 10 de agosto de 2015.
- ASSIS, E. G. et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP [online]**, v. 46, n.1, p. 111-118, 2012. SN 0080-6234. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100015>>. Acesso em: 17 de dezembro 2014.
- BELO, E.N; ORELLANA, J. D. Y; LEVINO, A. and BASTA, P. C. Tuberculose nos municípios amazonenses da fronteira Brasil-Colômbia-Peru-Venezuela: situação epidemiológica e fatores associados ao abandono. **Rev. Panam Salud Publica [online]**. 2013, vol.34, n.5, pp. 321-329. ISSN 1020-4989. Disponível em:< <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n5/a04v34n5.pdf>.> Acesso em: 10 de agosto de 2015.
- BERTAZONE, E. C; GIR, E.; HAYASHIDA, M. I. Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**, v. 13, n. 3, pp. 374-381, 2005. ISSN 0104-1169. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300012>.> Acesso em: 12 de dezembro de 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**, v. 44, n. 2, Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde. **Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2a ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 195 p.: il.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO EM SAÚDE (CNES)**. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PCNT)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle a Tuberculose. **Manual de recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011c. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2011 Out 24: Seção 1:48-55.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Situação da Tuberculose no Brasil – PNCT**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BULGARELLI, A. F; VILLA, T. C. S; PINTO, I. C. Social organization and control ftuberculosis: theexperienceof a Braziliantown. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2013, vol.21, n.5, pp. 1039-1048. ISSN 0104-1169. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000500005>>. Acesso em: 17 de dezembro, de 2014.

CAMPOS R.; PIANTA C. Tuberculose: histórico, epidemiologia e imunológica, de 1990 a 1999, e co-infecção TB/HIV, de 1998 a 1999. Rio Grande do Sul Brasil. **Bol. da Saúde**, v. 15, n. 1. 2001.

CARDOSO, G. C. P. et al. A conformidade das ações do tratamento diretamente observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro. **Cad Saude Colet**, v. 20, n. 2, p. 203-10, 2012. Disponível em: < [http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012\\_2/artigos/csc\\_v20n2\\_203-210.pdf](http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_203-210.pdf)>. Acesso em: 11 de agosto de 2015.

CECILIO, H. P. M; HIGARASHI, I. H; MARCON, S. S. Opinião dos profissionais de saúde sobre os serviços de controle da tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p.

19-25, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/1982-0194-ape-028-001-0019.pdf>>. Acesso em: 12 de agosto de 2015.

CHIRINOS, N. E. C; MEIRELLES, B. H. S. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 399, 2011. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=602948&indexSearch=ID>>. Acesso em: 25 set. 2014.

CONDE, MB; SOUZA, GM; KRITSKI, A.L, 2002. **A história da tuberculose**. São Paulo: 2002

COSTA, S.M et al. Knowledge of clients who suffer of pulmonary tuberculosis and their family members concerning the adherence of the treatment and associated factors in Rio Grande, Rio Grande do Sul State. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1427-1435, 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700078>>. Acesso em: 14 de agosto, de 2015.

COUTO, D.S de et al. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 572-581, 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000300572&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000300572&script=sci_arttext) >. Acesso em: 17 de agosto, de 2015.

CRISPIM, J. A, et al. Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. **Actapaul. enferm.** [Online], v.25, n.5, pp. 721-727, 2012. Epub Oct 02, 2012. ISSN 1982-0194. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012005000021>>. Acesso em: 20 de dezembro, de 2014.

CRUZ, M. M. et al. Adesão ao tratamento diretamente observado da tuberculose – o sentido atribuído pelos usuários e profissionais de saúde em duas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro [online]. **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 217-24, 2012. Disponível em: <[http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012\\_2/artigos/csc\\_v20n2](http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2)>. Acesso em: 02 de novembro, de 2014.

DA SILVA, Sylvia Helena Souza. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0094.pdf>>. Acesso em: 12 de junho, 2014.

DURANS, J. J. F et al. Perfil clínico e sócio demográfico de pacientes que abandonaram o tratamento de tuberculose no município de São Luís-MA. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 14, n. 3, 2014. Disponível em: < <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/viewFile/2794/861> > . Acesso em: 20 de abril, de 2015.

FAÇANHA, Mônica Cardoso et al. Treinamento da equipe de saúde e busca ativa na comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. **J Bras Pneumol**, v. 35, n. 5, p. 449-454, 2009. Disponível em: < <http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/revistaaugustus/article/view/193> >. Acesso em: 14 de junho, 2015.

FERRACIO, M; CRUZ, R. A; BIAGOLINI, R. E. M.O Tratamento supervisionado da Tuberculose: a opinião da equipe do Programa Saúde da Família. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 14, p. 55-61, 2007. Disponível: < [http://www.redalyc.org/\\_articulo.oa?id=84201406](http://www.redalyc.org/_articulo.oa?id=84201406) >. Acesso em: 18 de agosto, de 2015.

FERREIRA, K. R et al. Portadores de tuberculose multirresistente em um centro de referência: perfil sócio demográfico e clínico-epidemiológico. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011, vol.45, n.spe2, pp. 1685-1689. ISSN 0080-6234. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0080> >. Acesso em: 13 de agosto, de 2015.

FERRERII, A. L. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v46n1/2502.pdf>>. Acesso em: 10 julho 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, A. L. C; SÁ, L.D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 365-72, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a16v43n2.pdf>>. Acesso em: 01 de setembro de 2014.

GONÇALVES, C. R et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro**, v. 38, n. 100, p. 26-34, 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000100026&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000100026&script=sci_arttext&tlng=pt) >. Acesso em: 14 de agosto de 2015.

GONZALES, R. I. C et al. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família. **Journal of Nursing and Health**, v. 1, n. 1, p. 24-32, 2011. Disponível em: < <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3403>>. Acesso em: 17 de agosto de 2015.

GONZALES, R. I. C et al. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 4, p. 628-34, 2008. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000400003> >. Acesso em: 15 de agosto, de 2015.

GONZALES, R. et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 111-8, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a15.pdf>>. Acesso em: 10 de julho de 2015.

GRECCO, R et al. Tratamento diretamente observado da tuberculose: processos de aprendizagem em uma instituição de ensino superior. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 1, 2014.

GUERRA, F. G.C. M; SOUZA, F. B.A d; TOCANTINS, Florence Romijn. Cliente com tuberculose multirresistente internado em hospital geral-intensificando as ações de enfermagem. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 11, n. 2, p. 47-52, 2003. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/bps\\_vol11nr2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/bps_vol11nr2.pdf) >. Acesso em: 19 de Agosto, de 2015.

HANSEL, D. E; DINTZIS, R. Z. Doenças infecciosas e parasitárias. In: **Fundamento de patologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Cap. 9, p.191-264.

HINO, P; TAKAHASHI, R. F; BERTOLOZZI, M. R; EGRY, E. Y. Coinfecção de Tb/HIV em um distrito administrativo do município de São Paulo. **Acta paul. enferm.** [online]. 2012, v. 25, n. 5, pp. 755-761. ISSN 1982-0194. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500017>>. Acesso em: 30 de outubro de 2014.

IBANÊS, A. S; CARNEIRO JUNIOR, N. Panorama internacional e nacional da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) nas políticas de controle da tuberculose. **ABCS healthsci**, v. 38, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=681443&indexSearch=ID>>. Acesso em: 19 de janeiro de 2015.

IEIRA, D. E.O and GOMES, M. Efeitos adversos no tratamento da tuberculose: experiência em serviço ambulatorial de um hospital-escola na cidade de São Paulo. **J. bras. pneumol.** [online]. 2008, vol.34, n.12, pp. 1049-1055. ISSN 1806-3756. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008001200010>>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Base de informações municipais. Paraíba**. IBGE, 2015. Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=25>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2015.

ISABEL CARDOZO-GONZALES, Roxana et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 111-8, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a15.pdf>>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.

LEÃO, C. D. A; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção (. *Cien Saude Colet*, v. 16, n. 11, p. 4415-4423, 2011). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a15.pdf>>. Acesso em: 10 de agosto de 2015.

LEMOS, L. A; FEIJÃO, A. R; GALVÃO, M. T. G. Aspectos sociais e de saúde de portadores da coinfeção HIV/tuberculose. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 14, n. 2, 2013 Disponível em:<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/805>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2015.

LIMA, L. M de et al. O programa de controle da tuberculose em Pelotas/RS, Brasil: investigação de contatos intradomiciliares. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online], v. 34, n. 2, pp. 102-110, 2013. ISSN 1983-1447. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200013>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2014.

MACIEL, E. L. N. et al. Efeitos adversos causados pelo novo esquema de tratamento da tuberculose preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil. **J. bras. pneumol.** [online]. 2010, vol.36, n.2, pp. 232-238. ISSN 1806-3713. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132010000200012>>. Acesso em: 16 de agosto de 2015.

MACIEL, E. L. N. et al. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1395-1402. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800012>>. Acesso em: 16 de agosto de 2015.

MACIEL, M. S et al. A História da Tuberculose no Brasil: os muitos tons (cinza) da miséria. **Revista Brasileira Clínica Médica**. São Paulo, v. 10, n. 3, p. 226-30, 2012. Disponível em:

< <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2886.pdf>>. Acesso em: 10 de novembro 2014.

MARCOLINO, A. B. L et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB. **Rev. bras. epidemiol.** [online], v.12, n.2, pp. 144-157, 2009. ISSN 1415-790X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000200005>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.

MARCONI, M. A, LAKATOS, E, M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7 ed. São Paulo: Atlas 2007.

MARQUI, A. B. T et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 956-961, 2010. Disponível em: < [http://tede.unioeste.br/tede//tde\\_arquivos/15/TDE-2014-08-25T182141Z-1298/Publico/Anna%20Finkler.pdf](http://tede.unioeste.br/tede//tde_arquivos/15/TDE-2014-08-25T182141Z-1298/Publico/Anna%20Finkler.pdf)>. Acesso em: 15 de agosto de 2015.

MARQUIEVIZ, J. et al. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.1, pp. 265-271. ISSN 1413-8123. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100027>> Acesso em: 14 de agosto, de 2015.

MATOS, E. S; LIMBERGER, J.B. Assistência à saúde de pacientes com tuberculose no município de Santa Maria, rs. **Infarma-Ciências Farmacêuticas**, v. 26, n. 2, p. 96-102, 2014. Disponível em: < [http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=594&path%5B%5D=pdf\\_9](http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=594&path%5B%5D=pdf_9)>. Acesso em: 09 de agosto, de 2015.

MEEKES, H. M.; ROTHROCK, C. J. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

MIRANDA, S. S. Tratamento da tuberculose em situações especiais. **Pulmão RJ**, v. 21, n. 1, p. 68-71, 2012. Disponível em: < [http://sopterj.com.br/profissionais/\\_revista/2012/n\\_01/16.pdf](http://sopterj.com.br/profissionais/_revista/2012/n_01/16.pdf)> Acesso em: 05 de setembro de 2015.

MIZUHIRA, V. F et al. Procura da atenção básica para o diagnóstico da tuberculose. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 94-98, 2015. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/150>>. Acesso em: 21 de agosto de 2015.

NASCIMENTO, L. F. C. **Estimativa do aparecimento de casos novos de tuberculose de acordo com a perda de eficácia da BCG ao longo do tempo**. O papel da heterogeneidade e da vacinação. 2001. Tese (Doutorado)-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2001. Disponível em; < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=290869&indexSearch=ID>>. Acesso em: 21 de janeiro de 2015.

NASCIMENTO, D. R. do. **As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada**. Fiocruz, 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=422192&indexSearch=ID>>. Acesso em: 9 de junho 2014.

OLIVEIRA, H. B; MOREIRA FILHO, D. C. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 437-43, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v34n5/3211.pdf>>. Acesso em: 22 de agosto de 2015.

OLIVEIRA, H. M. M. G. et al. Perfil epidemiológico de pacientes portadores de TB internados em um hospital de referência na cidade do Rio de Janeiro. **J. Bras. pneumol.** [online], v. 35, n. 8, pp. 780-787, 2009. ISSN 1806-3713. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009000800010>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2014.

PAIXÃO, L. M. M.; GONTIJO, E. D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 205-213, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=0034-891020070002&script=sci\\_issueto](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=0034-891020070002&script=sci_issueto)>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

PALHA, P. F. et al. Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v. 46, n. 2, pp. 342-348, 2012. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200011>>. Acesso em: 20 de dezembro, de 2014.

PINHO BARBOSA, S.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800019>>. Acesso em: 10 de agosto de 2015.

QUEIROZ, E. M. et al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 369-377, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200021>>. Acesso em: 12 de agosto de 2015.

RUFFINO-NETTO, A.; SOUZA, A. M. A. F. Reforma o setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. **Inf. Epidemiol. SUS** [online], v. 8, n. 4, pp. 35-51, 1999. ISSN 0104-1673. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731999000400003>>. Acesso em: 06 de fevereiro, de 2015.

SÁ, L. D et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 712-718, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a16v16n4.pdf>>. Acesso em: 23 de agosto de 2015.

SÁ, L. D. et al. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2011, v. 19, n.2, pp. 387-395. ISSN 0104-1169. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000200022>>. Acesso em: 12 de agosto de 2015.

SÁ, L. D. et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 103-11, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewFile/15246/15527>>. Acesso em: 08 de agosto de 2015.

SANTOS, T. M. M. G et al. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro [Access to diagnosis and treatment of tuberculosis in a state

capital in northeast Brazil]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 3, p. 300-305, 2012. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/viewArticle/2542>>. Acesso em: 07 de agosto de 2015.

SANTOS, T. M. M. G; NOGUEIRA, L.T; ARCENCIO, R. A. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose. **Acta paul. enferm.** [online], v. 25, n. 6, pp. 954-961, 2012. ISSN 1982-0194. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000600020>. > Acesso em: 05 de janeiro de 2015.

SEIDL, Helena et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 38, n. spe, p. 94-108, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0094.pdf>>. Acesso em: 14 de outubro 2014.

SILVA, C. C. A. V; ANDRADE, M. S; CARDOSO, M. D. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose em indivíduos acompanhados em unidades de saúde de referência na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil, entre 2005 e 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2012, vol.22, n.1, pp. 77-85. ISSN 1679-4974. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100008>.> Acesso em: 19 de agosto, de 2015.

SILVA, E. L.; MENEZES; E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. UFSC, 4 ed. Florianópolis, 2005.

SILVA, E. M et al. Coordenação dos serviços de Atenção Primária em saúde no controle de tuberculose em municípios da Bahia, Brasil. **Rer Baiana de saúde pública** [online], v. 34, n. 2, p. 227. 239, 2010. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/30/30>.> Acesso em: 18 de dezembro, de 2014.

SINAN. **Dados da Paraíba**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>>. Acesso em: 05 de novembro de 2014.

SILVA, V. G; MOTTA, M. C. S; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 441-8, 2010. Disponível em: < <http://revistas.jatai.ufg.br/index.php/fen/article/view/5278> >. Acesso em: 24 de agosto, de 2015.

SINAN. **Dados da Paraíba**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>>. Acesso em: 05 de novembro de 2014.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TRIGUEIRO, D. R. S. G. **DETERMINANTES INDIVIDUAIS**: fatores predisponentes à utilização dos serviços de saúde na atenção ao diagnóstico da tuberculose. Disponível em: < <http://tede.biblioteca.ufpb.br:8080/bitstream/tede/5071/1/arquivototal.pdf>>. Acesso em; 16 de junho de 2015.

TIMBY, K. B; SMITH, E. N. **Enfermagem médico cirúrgica**. 8. ed. São Paulo: Manole, 2005.

TULSKY, J. P. et al. Can the poor adhere? Incentives for adherence to TB prevention in homeless adults. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 8, n. 1,

p. 83-91, 2004. Disponível em: <  
<http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2006/00000010/00000007/art00012>>.  
Acesso em: 24 de agosto, de 2015.

WENDLING, A. P. B; MODENA, C. M; SCHALL, V. T. O abandono do tratamento da tuberculose sob a perspectiva dos gerentes de diferentes centros de saúde de Belo Horizonte MG, Brasil. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2012, vol.21, n.1, pp. 77-85. ISSN 0104-0707. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100009>>. Acesso em: 24 de agosto, de 2015.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Report.** France, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Tuberculosis laboratory biosafety manual.** World Health Organization, 20



# *APÊNDICES*

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número do questionário: _____ Município: _____ Data da coleta de dados: ____/____/____ Data da digitação: ____/____/____ Local da coleta: _____ Horário de início da entrevista: _____ Horário de término da entrevista: _____	
1. Nome da Unidade de Saúde que o profissional trabalha: _____  2. Tipo de Unidade de saúde em que trabalha  1 <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde (UBS) 2 <input type="checkbox"/> Unidade de Saúde da Família (USF)	
<b>A. INFORMAÇÕES GERAIS.</b>	
3. Iniciais do Profissional: _____	4. Sexo 1 <input type="checkbox"/> Feminino 2 <input type="checkbox"/> Masculino
5. Formação Profissional 1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermeiro	5a. Pós-Graduação: 1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não 3- <input type="checkbox"/> Em andamento Área: _____ Ano: _____
6. Função/cargo que exerce na Unidade de Saúde: _____ 6.a. Tipo de vínculo empregatício: _____ 7. Número de meses que trabalha na atenção básica do município: _____ meses	8. Número de meses que trabalha na atenção nesta unidade de saúde: _____ meses
9. Para o (a) Sr.(a) como é trabalhar neste local/ Unidade de saúde?	5- <input type="checkbox"/> muito bom 4- <input type="checkbox"/> bom 3- <input type="checkbox"/> regular 2- <input type="checkbox"/> ruim 1- <input type="checkbox"/> muito ruim
10. O(a) Sr.(a) participou de capacitação em TB?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
11. O(a) Sr.(a) já acompanhou doentes de TB?	1- <input type="checkbox"/> Nenhum 2- <input type="checkbox"/> Um nunca 3- <input type="checkbox"/> Mais de um
<b>B. TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.</b>	
12. Os casos de TB da sua comunidade são tratados no âmbito da Unidade de Saúde da Família?	1-nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre

<p>13. Em que situações há o referenciamento do portador com TB para centros especializados? (Múltiplas respostas)</p> <p>1- <input type="checkbox"/> Quando houver antecedentes ou evidências clínicas de hepatopatia aguda (hepatite) ou crônica (cirrose e hepatopatia alcoólica).</p> <p>2- <input type="checkbox"/> Qualquer intercorrência clínica não controlada na unidade de saúde.</p> <p>3- <input type="checkbox"/> Falência de esquema por resistência bacteriana.</p> <p>4- <input type="checkbox"/> Se o paciente está vivendo com HIV/aids.</p> <p>5- <input type="checkbox"/> Quando houver antecedente ou evidências clínicas de nefropatias (insuficiência renal crônica, pacientes em regime de diálise).</p>	
<p>14. Recomenda-se o esquema básico de tratamento da TB para que situações? (Múltiplas respostas)</p> <p>1- <input type="checkbox"/> Casos novos adultos e adolescentes de todas as formas de TB.</p> <p>2- <input type="checkbox"/> Casos de retratamento (recidiva ou retorno após abandono).</p> <p>3- <input type="checkbox"/> Casos de TB, na forma meningoencefálica.</p>	
<p>15. Quais as drogas que compõem o esquema básico do tratamento da TB?</p> <p>1- <input type="checkbox"/> Rifampicina, Isoniazinada, Pirazinamida e Etambutol na fase intensiva e rifampicina e isoniazinada na fase de manutenção.</p> <p>2- <input type="checkbox"/> Rifampicina e isoniazinada na fase intensiva e Rifampicina, Isoniazinada, Pirazinamida e Etambutol na fase de manutenção</p> <p>3- <input type="checkbox"/> Rifampicina, Isoniazinada, Pirazinamida e Etambutol nas fases intensiva e de manutenção.</p>	
<p>16. Qual o tempo indicado para implementação do esquema básico de tratamento da TB?</p> <p>1- <input type="checkbox"/> 4 meses (dois meses da fase intensiva e dois da fase de manutenção).</p> <p>2- <input type="checkbox"/> 6 meses (dois meses da fase intensiva e quatro da fase de manutenção).</p> <p>3- <input type="checkbox"/> 9 meses (dois meses da fase intensiva e sete da fase de manutenção).</p>	
<p>17. Recomenda-se o esquema para forma meningoencefálica da TB para que situações? (Múltiplas respostas)</p> <p>1- <input type="checkbox"/> Casos de TB na forma meningoencefálica novos em adultos e adolescentes.</p> <p>2- <input type="checkbox"/> Casos de TB meningoencefálica em retratamento (recidiva ou retorno após abandono).</p>	
<p>18. Quais as drogas que compõem esquema para o tratamento da forma meningoencefálica da TB?</p> <p>1- <input type="checkbox"/> Rifampicina, Isoniazinada, Pirazinamida e Etambutol na fase intensiva e rifampicina e isoniazinada na fase de manutenção.</p> <p>2- <input type="checkbox"/> Rifampicina e isoniazinada na fase intensiva e Rifampicina, Isoniazinada, Pirazinamida e Etambutol na fase de manutenção</p> <p>3- <input type="checkbox"/> Rifampicina, Isoniazinada, Pirazinamida e Etambutol nas fases intensiva e de manutenção</p>	
<p>19. Qual o tempo indicado para implementação do esquema para forma meningoencefálica da TB?</p>	

<p>1- <input type="checkbox"/> 4 meses (dois meses da fase intensiva e dois da fase de manutenção).</p> <p>2- <input type="checkbox"/> 6 meses (dois meses da fase intensiva e quatro da fase de manutenção).</p> <p>3- <input type="checkbox"/> 9 meses (dois meses da fase intensiva e sete da fase de manutenção).</p>	
<p>20. São reações adversas menores ao esquema básico de tratamento da TB: (Múltiplas respostas).</p> <p>1- <input type="checkbox"/> Mudança de coloração da urina (avermelhada).</p> <p>2- <input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e dores abdominais.</p> <p>3- <input type="checkbox"/> Icterícia.</p> <p>4- <input type="checkbox"/> Dores articulares.</p> <p>5- <input type="checkbox"/> Cefaléia.</p> <p>6- <input type="checkbox"/> Ansiedade e insônia.</p> <p>7- <input type="checkbox"/> Prurido ou exantema.</p>	
<p>21. São reações adversas maiores ao esquema básico de tratamento da TB: (Múltiplas respostas).</p> <p>1- <input type="checkbox"/> Exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave.</p> <p>2- <input type="checkbox"/> Psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica ou coma.</p> <p>3- <input type="checkbox"/> Hepatotoxicidade.</p> <p>4- <input type="checkbox"/> Neurite óptica.</p>	
<b>C. TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO.</b>	
<p>22. Quais as indicações do TDO?</p> <p>1- <input type="checkbox"/> Para todos os casos de TB.</p> <p>2- <input type="checkbox"/> Apenas nos casos de retorno após abandono anterior do tratamento.</p> <p>3- <input type="checkbox"/> Apenas para casos recidivantes.</p> <p>4- <input type="checkbox"/> Apenas para indivíduos no sistema prisional, portadores de HIV, etilistas e moradores de rua.</p>	
<p>23. O (a) Sr. (a) concorda que o TDO é eficaz no sucesso terapêutico do portador com TB ?</p> <p>24. Com que frequência o Sr.(o) realiza o TDO?</p>	<p>1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não</p> <p>1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre</p>
<p>25. Para Sr (a), quais os benefícios do TDO? (Múltiplas respostas)</p> <p>1- <input type="checkbox"/> Possibilitar a adesão, garantindo a cura.</p> <p>2- <input type="checkbox"/> Reduzir a taxa de abandono.</p> <p>3- <input type="checkbox"/> Interromper a cadeia de transmissão da doença</p> <p>4- <input type="checkbox"/> Diminuir o surgimento de bacilos multirresistentes e reduzir a mortalidade</p> <p>5- <input type="checkbox"/> Outros _____</p>	
<p>26. No acompanhamento do tratamento de TB, quantas vezes por semana se realiza o TDO?</p> <p>1- <input type="checkbox"/> Todos os dias da semana</p> <p>2- <input type="checkbox"/> Cinco dias por semana (segunda a sexta).</p> <p>3- <input type="checkbox"/> Três dias por semana.</p>	

<p>27. Em que local o TDO é realizado?</p> <p>1- <input type="checkbox"/> No ambiente domiciliar.</p> <p>2- <input type="checkbox"/> Na unidade de saúde da família.</p> <p>3- <input type="checkbox"/> Em um centro de referência.</p> <p>4- <input type="checkbox"/> No ambiente de trabalho.</p> <p>5- <input type="checkbox"/> A depender da situação de cada usuário.</p>	
<p>28. O (a) Sr.( a ) utiliza instrumento de registro para o controle do TDO (Ficha de Acompanhamento da Tomada Diária da Medicação)?</p>	<p>1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre</p>
<p>29. Qual o profissional de saúde que realiza o TDO na sua USF? (Múltiplas respostas)</p> <p>1- <input type="checkbox"/> Enfermeiro.</p> <p>2- <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem.</p> <p>3- <input type="checkbox"/> Agente comunitário de saúde.</p> <p>4- Outro _____</p>	
<p>30. Quais as dificuldades encontradas para implementação do TDO? (Múltiplas respostas)</p> <p>1- <input type="checkbox"/> Resistência do portador de TB em relação tomada de medicação.</p> <p>2- <input type="checkbox"/> Desinteresse dos profissionais em realizar o TDO.</p> <p>3- <input type="checkbox"/> Sobrecarga de trabalho e indisponibilidade de tempo.</p> <p>4- <input type="checkbox"/> Falta de compromisso do usuário de saúde com TB em cumprir os horários do TDO.</p> <p>5- <input type="checkbox"/> Falta de medicamentos.</p> <p>6- <input type="checkbox"/> Reações adversas aos medicamentos.</p> <p>7- <input type="checkbox"/> Falta de capacitação técnica dos profissionais.</p> <p>8- <input type="checkbox"/> Quando o usuário encontra-se em situação de risco: etilista crônico, usuário de drogas ilícitas e moradores de rua.</p> <p>9- <input type="checkbox"/> Percepção de cura por parte do usuário de saúde antes do término do tratamento.</p> <p>10- outra _____</p>	
<p>31. Com que frequência os medicamentos estão disponíveis na USF?</p>	<p>1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre</p>
<p>32. A baciloscopia é solicitada mensalmente durante o tratamento?</p>	<p>1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre</p>
<p>33. O acompanhamento clínico com TB é realizado mensalmente?</p>	<p>1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre</p>
<p>34. No início do tratamento, o (a) Sr. (a) explica com linguagem</p>	<p>1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca</p>

acessível ao portador de TB sobre o TDO e as possíveis reações adversas?	3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre
35. São oferecidos incentivos (Lanche, auxílio-transporte, auxílio-alimentação) para os usuários de saúde em tratamento da TB?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre  1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor (a)

Esta pesquisa intitulada “**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE**” está sendo desenvolvido por Eduardo Silva de Lima, aluno do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. MSc. Luana Carla Santana Oliveira. A referida pesquisa apresenta como objetivo geral: Avaliar as práticas de médicos e enfermeiros no tratamento da tuberculose, no âmbito da Estratégia Saúde da Família de municípios pertencentes à Mesorregião do Agreste Paraibano.

A realização dessa pesquisa só será possível com a sua participação, por isso solicitamos sua contribuição. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir a qualquer momento. Ressaltamos que os dados serão coletados através de um questionário, no qual haverá algumas perguntas sobre dados pessoais e outras questões voltadas aos objetivos da pesquisa. Os dados coletados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

Declaramos que não há riscos ou desconfortos potenciais à dimensão física, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano previsíveis, todavia aponta-se o risco de constrangimento, uma vez que seu conhecimento sobre a temática do estudo será avaliado. Não haverá benefícios diretos, considerando sua dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Identifica-se como benefício indireto a oportunidade de avaliação do seu conhecimento sobre a temática de estudo, o que norteará as atividades de educação permanente, que contribuirão para sua qualificação, visando o adequado manejo dos casos de TB, no que tange ao diagnóstico precoce e ao acompanhamento terapêutico eficaz com a realização do Tratamento Diretamente Observado.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir da pesquisa, não sofrerá nenhum dano. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Ressalta-se que a pesquisa foi elaborada de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos e atende à Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização dessa pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_,  
concordo em participar dessa pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado e que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma via desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Bananeiras (Belém/Solânea), \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2015.

---

**Eduardo Silva de Lima**

Orientando da Pesquisa de TCC

---

**Luana Carla Santana Oliveira**

Orientadora da Pesquisa de TCC. Curso de Bacharelado em Enfermagem, Professora Auxiliar I - Universidade Federal de Campina Grande, *Campus* Cuité. Sítio Olho D'Água, S/N, Zona Rural, Cuité-PB CEP 58.175-000.

Contato: (83) 9837-5964 ou (83) 3372-1900. E-mail: luanacarla\_jp@hotmail.com

**Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro**

Rua Dr. Carlos Chagas S/N, São José, CEP: 58.107-670, Campina Grande, Paraíba.

(83) 2101-5545 e (83)2101-5523. **E-mail:** [cep@huac.ufcg.edu.br](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br)



# ***ANEXOS***

## ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES.




UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

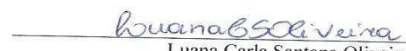
### TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo assinados, respectivamente, pesquisadora responsável e pesquisador colaborador da pesquisa intitulada: “**Avaliação das Práticas de Médicos e Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde na Terapêutica da Tuberculose**”, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, a nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo dos questionários correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos, após o seu término. Apresentaremos sempre que solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Hospital Universitário Alcides Carneiro - CEP/HUAC, ou pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ou, ainda, as Curadorias envolvidas na presente pesquisa, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC.

Cuité, 12 de fevereiro de 2015.

  
Eduardo Silva de Lima  
Orientando Colaborador da Pesquisa

  
Luana Carla Santana Oliveira  
Orientadora Responsável da Pesquisa  
Dr<sup>a</sup> Luana Carla S. Oliveira  
Professora UFCCG/CES  
COREN/PB 214832 / SIAPE 2069484

## ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

### TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADORA RESPONSÁVEL

**Pesquisa Intitulada: “AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE”.**

Eu, Luana Carla Santana Oliveira, matrícula 2069484, portadora do RG: 3067217 SSSDS/PB e CPF: 072.507.984-30, Mestre em Enfermagem, docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande - CES/UFCC, *Campus* Cuité, comprometo-me em cumprir inteiramente os componentes da Resolução 466/2012 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Pela veracidade dessa pesquisa, assino o presente compromisso.

Cuité, 12 de fevereiro de 2015.

*Luana CS Oliveira*

**Luana Carla Santana Oliveira**  
**Orientadora Responsável da Pesquisa**

Dr<sup>a</sup> Luana Carla S. Oliveira  
Professora UFCC/CES  
COREN/PB 214832 / SIAPE 2069484

## ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Declaro ciência e autorizo a realização do projeto intitulado "AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE", da Profa. Mestre Luana Carla Santana Oliveira, tendo como orientando o discente Eduardo Silva de Lima, matrícula 510120166, regularmente matriculado no Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité. A coleta de dados será realizada pelo orientando. A orientadora será responsável por todos os dados do projeto e o Trabalho de Conclusão de Curso deverá ser repassado à Universidade Federal de Campina Grande para o seu arquivo de pesquisa, em forma de uma cópia impressa e outra em CD.

Cuité, 12 de fevereiro de 2015.

Ramilton Marinho da Costa

Diretor do Centro de Educação e Saúde – Cuité/PB



José Antonio Pinho  
Vice-Diretor - CDES  
Mat. 30461.2102/11

**ANEXO D – CARTAS DE ANUÊNCIA DOS MUNICÍPIOS**

ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, **Gilsara de Mendonça Fernandes Freire**, Secretária Municipal de Saúde, autorizo o Sr. **EDUARDO SILVA DE LIMA**, estudante do Curso de Enfermagem, para realizar pesquisa intitulada “**AVALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NA TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE**”, neste município de Belém – PB.

Atenciosamente,

Belém-PB, 19 de fevereiro de 2015.

Gilsara de Mendonça F. Freire  
Sec. Municipal de Saúde  
CPF: 075.000.284-07

Gilsara de Mendonça Fernandes Freire  
Secretária Municipal de Saúde



**ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BANANEIRAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SUS**

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, **Eduardo Guimarães de Lima Barreto**, Secretário Municipal de Saúde, autorizo o **Sr. Eduardo Silva de Lima**, estudante do Curso de Enfermagem, para realizar pesquisa intitulada **“AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE MÉDICO E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NA TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE”**, neste município de Bananeiras – PB.

Atenciosamente,

Bananeiras, 20 de Fevereiro de 2015.

A handwritten signature in red ink, consisting of a stylized oval shape with a vertical line through it.

Eduardo Guimarães de Lima Barreto  
Secretário Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



### Autorização

Autorizamos o Sr. **Eduardo Silva de Lima**, aluno da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, a realizar a pesquisa Intitulada "AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE", no município de Solânea-PB.

Atenciosamente,

Solânea, 13 de fevereiro de 2015.

  
Vânia Santos Silva  
Secretária Municipal de Saúde

---

Secretaria Municipal de Saúde de Solânea  
Rua Alfredo Pessoa de Lima, 346 – Centro – Solânea-PB  
Contato: (83) 3363.2859 – E-MAIL: secretariadesaude.solanea@yahoo.com.br

## ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE.

**Pesquisador:** Luana Carla Santana Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 43319315.0.0000.5182

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.085.193

**Data da Relatoria:** 29/04/2015

#### Apresentação do Projeto:

O objetivo desta pesquisa é avaliar as práticas de médicos e enfermeiros no tratamento da tuberculose, no âmbito da Estratégia Saúde da Família de municípios pertencentes à Mesorregião do Agreste Paraibano. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa. A amostra será formada pelos profissionais médicos e enfermeiros das vinte e setes Unidades de Saúde da Família (USF) dos municípios de Belém, Bananeiras e Solânea, seguindo os seguintes critérios de inclusão: médicos e enfermeiros que atuem há mais de seis meses nas USFs e que aceitem colaborar com a pesquisa. Os dados serão coletados através de questionários e, por conseguinte, serão armazenados e analisados no Software Statistica 9.0 STATSOFT. Os indicadores levantados serão submetidos a tratamento estatístico por meio de frequências relativas e absolutas e de teste de associação do qui-quadrado (c2).

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar as práticas de médicos e enfermeiros no tratamento da tuberculose, no âmbito da Estratégia Saúde da Família de municípios pertencentes à Mesorregião do Agreste Paraibano.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios são maiores do que os riscos.

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n  
**Bairro:** São José **CEP:** 58.107-670  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.085.193

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

É uma pesquisa importante para entender qual a participação dos profissionais avaliados nos resultados de processo de cura ou abandono da medicação durante o tratamento. No entanto, no futuro, sugiro que também se realize uma pesquisa com os pacientes, pois estes tem demandas, rotinas e crenças que podem ser mais difíceis de modificar e auxiliar no tratamento do que as rotinas dos profissionais da saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados.

**Recomendações:**

Não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Apenas que se adeque o calendário a partir da aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa e imediatamente liberado para que não haja perda na qualidade do trabalho.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**


A partir da análise da relatoria, o protocolo foi considerado aprovado ad referendum.

CAMPINA GRANDE, 28 de Maio de 2015


---

**Assinado por:**  
**SHEILA MILENA PESSOA DOS SANTOS**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n  
**Bairro:** São José **CEP:** 58.107-670  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

**ANEXO F – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO**

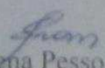
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



**DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO**

Declaro para fins de comprovação que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP o projeto de número CAAE: 43319315.0.0000.5182, Número do Parecer: L.085.193 intitulado: **AValiação DAS PRÁTICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE.**

Estando o (a) pesquisador (a) ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, responsabilizando-se pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, bem como comprometendo-se a enviar por meio da Plataforma Brasil no prazo de 30 dias relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.

  
Sheila Milena Pessoa dos Santos Fernandes  
Coordenadora CEP/HUAC/UFCG

Campina Grande - PB, 09 de Junho de 2015.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande - PB  
Telefone.: (83) 2101 - 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br