


MINISTÉRIO DA SAÚDE



TUBERCULOSE  
NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA  
À SAÚDE:  
**PROTOCOLO DE  
ENFERMAGEM**



Brasília - DF  
2022



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Doenças de Condições Crônicas  
e Infecções Sexualmente Transmissíveis



# TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM**

Brasília - DF  
2022



2022 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: [bvsm.sau.gov.br](http://bvsm.sau.gov.br).

Tiragem: 1ª edição – 2022 – 15.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Doenças de Condições Crônicas

e Infecções Sexualmente Transmissíveis

Coordenação Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão

Respiratória de Condições Crônicas

SRTVN, Quadra 701, Via W 5 Norte, lote D, Edifício PO700 5º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Site: [www.saude.gov.br/tuberculose](http://www.saude.gov.br/tuberculose)

E-mail: [tuberculose@saude.gov.br](mailto:tuberculose@saude.gov.br)

*Coordenação-geral:*

Angélica Espinosa Barbosa Miranda

Fernanda Dockhorn Costa

Gerson Fernando Mendes Pereira

*Organização:*

Aline Ale Beraldo

Daniele Gomes Dell'Orti

Gabriela Tavares Magnabosco

Maria do Socorro Nantua Evangelista

Marli Souza Rocha

*Colaboração:*

Alessandra Lazzarete Santos Santana

Alexandre Tadashi Inomata Bruce

Aline Aparecida Monroe

Ana Cleia Justo Lourenço

Artemir Coelho de Brito

Carmen Lúcia Lupi Monteiro Garcia

Denise Arakaki Sanchez

Farley Lilitiana Romero Vega

Felipe Lima dos Santos

Fernanda Dockhorn Costa

Francisco Oscar de Siqueira França

Giovanna Mariah Orlandi

Glauber Palha dos Santos

Heiko Thereza Santana

Ieda Carla Almeida S. de Souza Pastana

Ludmilla Leidianne Limirio Souza

Jair Santos Pinheiro

Juliana Reiche

Katia Edmundo

Leila Bernarda Gottens

Magda Machado de Miranda Costa

Márcia Helena Leal

Maria Beatriz de Souza Miranda

Maria Dolores Santos da Purificação

Maria Rita Bertolozzi

Mariana Borba F. de Freitas Hammerle

Mariana Gaspar Botelho F. de Faria

Marina Peduzzi

Marneili Pereira Martins

Mélquia da Cunha Lima

Miguel Angel Fuentealba Torres

Nanci Michele Saita

Nicole Menezes de Souza

Paula Hino

Pedro Augusto Bossonário

Raylayne Ferreira Bessa

Regina Rocha Gomes de Lemos

Ricardo Alexandre Arcêncio

Rubia Laine de Paula Andrade

Sonia Maria Martins

Swelen Bianka Araujo Botaro

Tatiana Silva Estrela

Tereza Cristina Scatena Villa

Thais Tiemi Yamamoto

Thais Zamboni Berra

Tiemi Arakawa

Wanda Guimarães

Yan Mathias Alves

*Revisão ortográfica:*

Angela Gasperin Martinazzo

*Projeto gráfico/Diagramação:*

Marcos Cleuton de Oliveira

*Normalização:*

Daniel Pereira Rosa – Editora MS/CGDI

## Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Tuberculose na atenção primária: protocolo de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

168 p. : il.

1ª. ed. do livro Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: Protocolo de Enfermagem.

ISBN 978-65-5993-170-5

1. Tuberculose. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Protocolo. I. Título.

CDU 616-002.5

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/0068

*Título para indexação:*

Tuberculosis in primary care: nursing protocol

# LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha do tempo, a atenção à saúde e a atuação da enfermagem – 1940 a 1990	18
Figura 2 – Linha do tempo, a atenção à saúde e a atuação da enfermagem – 1990 a 2020	19
Figura 3 – Fluxograma para acolhimento de pessoas com sintomas respiratórios (SR) nas unidades de saúde	52
Figura 4 – Fluxograma para pessoas com diagnóstico de tuberculose (TB)	53
Figura 5 – Fluxograma para diagnóstico laboratorial de tuberculose entre a Atenção Primária de Saúde, o laboratório e a vigilância	80
Figura 6 – Exemplos de situações operacionais e soluções a serem executadas pela equipe do laboratório	81
Figura 7 – Exemplos de problemas comuns dos laboratórios e soluções a serem executadas pela equipe	82
Figura 8 – Exemplos de demandas de laboratórios e soluções a serem executadas pela equipe.	83
Figura 9 – Exemplos de fluxogramas com situações e soluções a serem executadas pela equipe de enfermagem	84
Figura 10 – Eixos essenciais para o cuidado centrado na pessoa	112
Figura 11 – Resumo das atividades de controle da tuberculose (TB) desde o acolhimento, a detecção e o diagnóstico até o acompanhamento e encerramento do tratamento e da notificação no Sinan na Atenção Primária à Saúde	122
Figura 12 – Modelo teórico de avaliação do programa de controle da tuberculose	142

# LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Comparativo dos sinais e sintomas da covid-19 e da tuberculose	91
Quadro 2 – Modelo de quadro para a orientação de pessoas quanto ao horário e quantitativo de medicamentos de tuberculose e outros a serem tomados	108
Quadro 3 – Fluxo e instrumentos de registro utilizados na Vigilância Epidemiológica da tuberculose	125
Quadro 4 – População, tempo de tosse para investigação da doença e atividades de busca de pessoas com suspeita de tuberculose	126
Quadro 5 – Códigos relacionados à tuberculose na CID-10a e no CIAP 2	133
Quadro 6 – Exemplos de estratégias comunitárias da Rede Nacional de Comunidades Saudáveis	139
Quadro 7 – Matriz avaliativa do serviço de atenção à tuberculose	144

# LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Bacilo de Calmet-Gúerin
BK	Bacilo de Koch
BPC	Benefício de Prestação Continuada
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
Caps-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CBS	Cabine de Segurança Biológica
CGDR	Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas
CGLAB	Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública
CIAP 12	Classificação Internacional de Atenção Primária
CIE	Conselho Internacional de Enfermagem
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CnR	Consultório na Rua
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
Covid-19	Doença causada pelo novo coronavírus, o SARS-CoV-2
DO	Declaração de Óbito
DOTS	<i>Directly observed treatment short-course</i>
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EAB	Equipe de Atenção Básica
EAP	Equipe de Atenção Primária
ECnR	Equipe do Consultório na Rua
EMSI	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
EP	Educação permanente
EPA	Enfermagem de Prática Avançada
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS AP	Informação das ações da Atenção Primária à Saúde
GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Igra	Ensaio de liberação de interferon- $\gamma$
ILTB	Infecção Latente pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i>
IL-TB	Sistema de Informação para a notificação das pessoas em tratamento da ILTB
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
Lacen	Laboratório Central de Saúde Pública
LJ	Meio de Löwenstein-Jensen
MS	Ministério da Saúde
MGIT	<i>Mycobacteria growth indicator tube</i>

Nasf	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
Noas	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Programa da Atenção Básica
PCI	Prevenção e controle de infecções
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEP	Profilaxia pós-exposição ao HIV
PMAQ-AB	Programa da Melhoria da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPD	Derivado Proteico Purificado
PPL	População privada de liberdade
PrEP	Profilaxia pré-exposição ao HIV
PSF	Programa Saúde da Família
PSR	Pessoas em situação de rua
PT	Prova tuberculínica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVHIV	Pessoa vivendo com HIV
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RTR-TB	Rede de Teste Rápido Molecular da Tuberculose
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
Senaden	Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem
Sesai	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
Sinan	Sistema de Notificação de Agravos de Notificação
Sisvan	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
Site-TB	Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SR	Sintomático respiratório/sintomas respiratórios
Suas	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculose
TB DR	TB drogarresistente
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TRM-TB	Teste rápido molecular para tuberculose
TS	Teste de sensibilidade
UBS	Unidade Básica de Saúde
VE	Vigilância Epidemiológica



# SUMÁRIO

<b>SUMÁRIO EXECUTIVO</b>	<b>11</b>
<b>APRESENTAÇÃO DA PRIMEIRA EDIÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>1 HISTÓRICO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL E INSERÇÃO DA PRÁTICA AMPLIADA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. ADESÃO E LEGISLAÇÃO EM ENFERMAGEM</b>	<b>17</b>
<b>1.1 Ampliação da prática clínica do enfermeiro no cuidado da pessoa com tuberculose na Atenção Primária à Saúde</b>	<b>17</b>
1.1.1 <i>Os modelos de atenção à saúde e a atuação da enfermagem</i>	17
1.1.2 <i>As quatro dimensões da prática do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: assistencial, gerencial, educacional e de pesquisa</i>	20
1.1.3 <i>Ampliação da dimensão assistencial e da prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde</i>	21
<b>1.2 A adesão ao tratamento da tuberculose e o papel da enfermagem</b>	<b>26</b>
1.2.1 <i>Por que é necessário entender a epidemiologia da tuberculose em uma perspectiva ampliada?</i>	26
1.2.2 <i>A relevância da adesão ao tratamento</i>	27
1.2.3 <i>Como superar os limites da interpretação da adesão de forma a buscar reconhecer e a responder às necessidades das pessoas com tuberculose?</i>	28
<b>1.3 Atribuições do enfermeiro e equipe de enfermagem na Atenção Primária à Saúde para manejo da tuberculose: legislações e subsídios para atuação</b>	<b>32</b>
1.3.1 <i>Atribuições do enfermeiro e equipe de enfermagem na Atenção Primária à Saúde para o manejo da tuberculose</i>	33
1.3.2 <i>Atribuições do Técnico de Enfermagem no enfrentamento da tuberculose na Atenção Primária à Saúde</i>	34
1.3.3 <i>Atribuições do Auxiliar de Enfermagem para o cuidado da pessoa com tuberculose na Atenção Primária à Saúde</i>	35
1.3.4 <i>Legislações específicas para subsidiar e amparar a atuação do Enfermeiro e equipe na Atenção Primária à Saúde</i>	36
<b>2 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: ACOLHIMENTO, DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO GERAL E VULNERÁVEL E A PANDEMIA DE COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>	<b>39</b>
<b>2.1 A abordagem do sintomático respiratório na população geral e a enfermagem na Atenção Primária à Saúde</b>	<b>39</b>
2.1.1 <i>Busca ativa de sintomáticos respiratórios</i>	40
2.1.2 <i>Busca passiva de pessoas com sintomas respiratórios</i>	41
2.1.3 <i>Problemas identificados para a baixa busca de sintomáticos respiratórios na Atenção Primária à Saúde</i>	42
2.1.4 <i>Como realizar a busca ativa de sintomático respiratório?</i>	42

2.1.5	<i>Atividades/ações a serem realizadas pela enfermagem para ampliar a busca ativa dos sintomáticos respiratórios na Atenção Primária à Saúde e no território</i>	43
2.1.6	<i>Exemplos de estratégias de busca ativa do sintomático respiratório na Unidade Básica de Saúde</i>	43
2.1.7	<i>Exemplos de estratégias de busca ativa do sintomático respiratório na comunidade</i>	45
<b>2.2</b>	<b>Acolhimento e classificação de risco para tuberculose na Atenção Primária à Saúde</b>	<b>49</b>
2.2.1	<i>Problemas identificados</i>	49
2.2.2	<i>Como realizar as atividades para a resolução de problemas na classificação de risco?</i>	50
2.2.3	<i>Desenvolvendo atividades para garantir o acesso com equidade baseado no acolhimento</i>	51
<b>2.3</b>	<b>O papel do enfermeiro na prevenção e identificação da tuberculose em populações vulneráveis na Atenção Primária à Saúde</b>	<b>54</b>
2.3.1	<i>Entraves identificados na assistência à população vulnerável</i>	56
2.3.2	<i>Atividades/ações e estratégias a serem desenvolvidas pelo enfermeiro para as populações vulneráveis</i>	56
2.3.3	<i>Exemplos de estratégias a serem desenvolvidas para vulneráveis com tuberculose</i>	57
<b>2.4</b>	<b>Diagnóstico laboratorial e seguimento das pessoas com tuberculose: a rede de laboratórios e as ações de enfermagem na Atenção Primária à Saúde</b>	<b>71</b>
2.4.1	<i>Entraves identificados para a realização do diagnóstico da tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde</i>	72
2.4.2	<i>Atividades a serem realizadas para otimizar o diagnóstico laboratorial e o seguimento do caso de tuberculose na Unidade Básica de Saúde</i>	73
2.4.3	<i>Organização das atividades para ampliar o diagnóstico laboratorial e o seguimento do caso de tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde</i>	73
2.4.4	<i>Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)</i>	76
2.4.5	<i>Casos de tuberculose com seguimento laboratorial incompleto</i>	77
2.4.6	<i>Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)</i>	78
2.4.7	<i>Biossegurança no laboratório</i>	78
2.4.8	<i>Capacitação dos profissionais de laboratório</i>	79
<b>2.5</b>	<b>Assistência de enfermagem à pessoa com tuberculose na Atenção Primária à Saúde durante a emergência da pandemia da covid-19</b>	<b>86</b>
2.5.1	<i>Entraves encontrados pelos enfermeiros no cuidado à pessoa com tuberculose, considerando a pandemia da covid-19 na Unidade Básica de Saúde</i>	88
2.5.2	<i>Estratégias para a prestação do cuidado à pessoa com tuberculose frente à pandemia da covid-19 na Unidade Básica de Saúde</i>	92
2.5.3	<i>Ações da enfermagem para a busca, prevenção, diagnóstico e seguimento da pessoa com tuberculose no contexto da covid-19</i>	93

2.5.4	<i>Manutenção do diagnóstico da tuberculose no contexto da covid-19</i>	94
2.5.5	<i>Manutenção do tratamento e acompanhamento da tuberculose</i>	95
2.5.6	<i>Prevenção e controle de infecção por tuberculose e covid-19 para os profissionais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde</i>	95
<b>3</b>	<b>AS ESTRATÉGIAS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO E ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA COM TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>	<b>103</b>
<b>3.1</b>	<b>Estratégias e tecnologias em saúde para a adesão ao tratamento da tuberculose: o papel da enfermagem</b>	<b>103</b>
3.1.1	<i>Entraves à adesão ao tratamento de tuberculose</i>	104
3.1.2	<i>Estratégias para o enfrentamento da não adesão ao tratamento da tuberculose</i>	104
3.1.3	<i>Desenvolvimento das estratégias para a promoção da adesão ao tratamento da tuberculose</i>	104
<b>3.2</b>	<b>A abordagem centrada na pessoa com tuberculose na Atenção Primária à Saúde</b>	<b>111</b>
3.2.2	<i>Problemas encontrados pelos serviços para implementação da abordagem centrada na pessoa</i>	114
3.2.3	<i>Atividades propostas para a realização do cuidado integral</i>	114
<b>4</b>	<b>INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A VIGILÂNCIA DA TUBERCULOSE</b>	<b>117</b>
<b>4.1</b>	<b>A integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Vigilância da Tuberculose: uma possibilidade de ampliação da capacidade de resposta do enfermeiro no cuidado da pessoa com tuberculose</b>	<b>117</b>
4.1.1	<i>Entraves identificados no cuidado à pessoa com tuberculose que possuem relação com a articulação entre a Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde</i>	118
4.1.2	<i>Como realizar ações de Vigilância da Tuberculose integradas na Atenção Primária à Saúde</i>	119
4.1.3	<i>O cuidado da pessoa com tuberculose a partir da integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde</i>	119
<b>4.2</b>	<b>A Vigilância Epidemiológica da tuberculose e o papel do enfermeiro</b>	<b>121</b>
4.2.1	<i>Principais problemas encontrados na Atenção Primária à Saúde</i>	123
4.2.2	<i>Estratégias para resolução dos problemas na Atenção Primária à Saúde</i>	123
4.2.3	<i>Estratégias complementares</i>	129
<b>5</b>	<b>A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ARTICULAÇÃO COM A SOCIEDADE CIVIL E A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS PESSOAS COM TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>	<b>135</b>
<b>5.1</b>	<b>A enfermagem frente à tuberculose na Atenção Primária à Saúde: o que não pode faltar na perspectiva da sociedade civil</b>	<b>135</b>
5.1.1	<i>Entraves de articulação com a sociedade civil encontrados pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde</i>	136
5.1.2	<i>Atividades de resolução de entraves</i>	136
5.1.3	<i>Desenvolvimento das ações/atividades a serem realizadas pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde</i>	137
<b>5.2</b>	<b>A avaliação da qualidade dos serviços de enfermagem às pessoas com tuberculose na Atenção Primária à Saúde</b>	<b>141</b>

5.2.1	<i>Entraves identificados</i>	142
5.2.2	<i>Como realizar as atividades para resolução dos entraves?</i>	143
5.2.3	<i>Proposta da atividade a ser realizada</i>	143
5.2.4	<i>Orientações gerais aos enfermeiros gestores e assistenciais do programa de tuberculose na Unidade Básica de Saúde</i>	150
<b>ANEXOS</b>		<b>157</b>
	<b>Anexo A</b> – Ficha de Solicitação de Exames – Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial	158
	<b>Anexo B</b> – Antissepsia de mãos	160
	<b>Anexo C</b> – Ficha de Notificação/Investigação da Tuberculose	163
	<b>Anexo D</b> – Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose	164
	<b>Anexo E</b> – Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde	165
	<b>Anexo F</b> – Registro de Pessoas com Tuberculose e Acompanhamento do Tratamento	165
	<b>Anexo G</b> – Ficha de Notificação das Pessoas em Tratamento da ILTB	166

# SUMÁRIO EXECUTIVO

A tuberculose (TB) ainda é considerada um problema global de saúde pública. Em 2020, estimou-se um total de 9,9 milhões de pessoas (com variação de 8,9 a 11,0 milhões) acometidas pela doença no mundo, o que significa uma incidência de 127 casos por 100 mil habitantes. Calcula-se que, no mesmo ano, 1,2 milhão de pessoas morreram em decorrência da TB. O maior ônus é para os homens de 15 anos ou mais, que representaram 56,0% dos casos, enquanto o contingente de mulheres ficou em 32,0% e o percentual de crianças menores de 15 anos foi de 12,0% (WHO, 2021). No Brasil, em 2020, foram notificados cerca de 66.819 casos novos de TB, o que representou um coeficiente de incidência de 31,6 casos/100.000 habitantes; e, em 2019, foram registrados 4.532 óbitos por TB, ou seja, um coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, [2022]).

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a “Estratégia pelo Fim da Tuberculose – *End TB Strategy*” (WHO, 2014), estabelecendo metas para acabar com a TB até 2035. A proposta tem por base três pilares: 1) a prevenção e cuidado integrado e centrados na pessoa; 2) políticas arrojadas e sistemas de apoio; e 3) a intensificação da pesquisa e inovação).

Para operacionalizar a proposta da OMS no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) publicou, em 2017, a primeira versão do “Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública – Brasil Livre da Tuberculose” (BRASIL, 2021), com o propósito de estimular o diagnóstico precoce e tratar de forma adequada e oportuna os casos diagnosticados de TB, considerando a integralidade do cuidado, além de intensificar as ações colaborativas TB-HIV e estratégias de prevenção da infecção e desenvolvimento da TB.

Em 2019, a nova versão do “Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil” (BRASIL, 2019), elaborada pela Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas do Ministério da Saúde (CGDR/MS), ensejou a atualização de estratégias a serem empregadas por profissionais de saúde em todos os níveis de atenção para o enfrentamento da TB. Por sua vez, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) elaborou o documento “Ampliação do papel dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde” (OPAS, 2018), com o objetivo de universalizar o acesso e a cobertura dos serviços, bem como expandir o quantitativo e a distribuição dos recursos humanos em saúde. Com esse documento, a OMS reserva à enfermagem papel de destaque no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS), salientando a relevância da colaboração dos profissionais de enfermagem para acabar com a TB como problema de saúde pública.

Ambos os documentos, "Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil" e "Ampliação do papel dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde", são diretrizes para dar prosseguimento à implementação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, e subsidiaram a atualização do atual Protocolo de Enfermagem, que tem como foco o apoio aos profissionais de enfermagem na prevenção e no cuidado centrado na pessoa com TB na APS, incluindo o diagnóstico da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILT) e/ou TB ativa, o tratamento, o acompanhamento clínico e laboratorial e a vigilância das pessoas com TB e seus contatos, com vistas a atingir as metas de redução da incidência e das mortes pela doença no país.

Alicerçadas nessas bases, abrem-se novas perspectivas práticas e adotam-se soluções criativas para que a enfermagem atue no fortalecimento das ações em defesa da saúde pública, instrumentalizando adequadamente esses profissionais para o enfrentamento à TB.

## **Público-alvo**

O presente documento tem como público-alvo profissionais de enfermagem de nível superior e médio, estudantes de enfermagem, a academia e os demais profissionais que compõem a equipe multiprofissional da APS, além daqueles envolvidos com o atendimento direto ou indireto às pessoas com TB, como gestores, coordenadores da APS e dos Programas Estaduais e Municipais de Controle da Tuberculose.

## **Objetivos**

- >> Orientar as ações de controle da TB pela enfermagem na APS.
- >> Subsidiar e fortalecer a implementação de estratégias inovadoras na prestação do cuidado centrado na pessoa com TB pela enfermagem nos serviços da APS.
- >> Favorecer a avaliação e o planejamento das ações de saúde frente às necessidades da pessoa com TB (gestão do cuidado) pela enfermagem, promovendo a articulação inter e intrasetorial para a oferta do cuidado integral e centrado na pessoa.

## **Desdobramentos esperados**

- >> Aplicar as orientações do protocolo de enfermagem no âmbito do cuidado centrado na pessoa com TB na APS.
- >> Fortalecer a oferta do cuidado à pessoa com TB na APS.
- >> Subsidiar o planejamento e a avaliação para a implementação de estratégias que favoreçam a prevenção, a detecção, o diagnóstico e o seguimento do tratamento da TB e da ILTB.
- >> Aperfeiçoar a articulação com os atores sociais envolvidos direta e indiretamente no controle da doença, fortalecendo a vigilância e a assistência à pessoa com TB.

- >> Promover a adequação das estratégias adotadas pelos serviços de saúde visando o controle da TB e a melhoria dos indicadores de diagnóstico, tratamento e desfecho do tratamento da TB.

## **Justificativa**

O estabelecimento da Estratégia Global pelo Fim da Tuberculose (*End TB Strategy* – OMS) e o lançamento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil marcam uma nova etapa no cenário mundial e nacional do controle da doença.

Considerando que a TB persiste como um importante problema de saúde pública no Brasil e que os profissionais da enfermagem desempenham um papel essencial nas estratégias de promoção e nas ações de prevenção e controle da doença, principalmente no âmbito da APS, este documento visa embasar e fortalecer a atuação da enfermagem no enfrentamento da doença no país, e, conseqüentemente, contribuir para o alcance das metas pactuadas nacional e internacionalmente para a eliminação da TB.

## **Redação e revisão**

Para a elaboração e revisão deste documento, foi organizado um grupo de trabalho composto por especialistas na área de enfermagem, pesquisadores de universidades e de laboratórios, farmacêuticos, gestores e representantes da sociedade civil, dos serviços de TB (equipes de saúde da família, profissionais de serviços da APS), do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), da Associação Brasileira de Enfermagem (ABen) e do MS.

O referido grupo foi responsável pela elaboração dos conteúdos e pela revisão inicial e final das questões relacionadas à forma e apresentação do Protocolo, trazendo inovações para a prática da assistência de enfermagem, oferta do cuidado e vigilância e controle da TB a partir de evidências da literatura, dos achados epidemiológicos da doença e das experiências no âmbito das respectivas atuações.

# APRESENTAÇÃO DA PRIMEIRA EDIÇÃO

O documento “Tuberculose na atenção primária à saúde: Protocolo de enfermagem” pretende estimular a criatividade dos enfermeiros e contribuir para a ampliação do debate sobre a assistência do enfermeiro e da equipe de enfermagem na prestação do cuidado centrado na pessoa com TB na APS, colocando em discussão os principais entraves para o cuidado. A lógica de apresentação dos temas se dá inicialmente pelo levantamento do problema, considerando a argumentação teórica de sustentação das futuras intervenções; apontam-se os entraves relativos ao problema e, a seguir, recomendam-se diversas sugestões, experiências, estratégias, ações, articulações, intervenções e proposições, visando facilitar e apoiar o processo decisório do enfermeiro e da equipe durante o desenvolvimento do processo de trabalho para o manejo da pessoa com TB e seus contatos. Por fim, o leitor contará com evidências científicas para orientar a melhoria da assistência de enfermagem na prática clínica centrada na pessoa com TB. O documento se encontra estruturado em cinco capítulos, descritos a seguir.

## Descrição dos capítulos

O Capítulo 1 parte da trajetória do enfermeiro e da equipe, em uma visão de contexto temporal, apontando o exercício profissional em cada uma das suas quatro dimensões (ensino, pesquisa, educação e assistência). Mostra-se como a ciência se introjetou na profissão e revolucionou o cuidado de forma a contemplar a APS, particularmente na reflexão sobre a adesão ao tratamento da TB e no manejo da pessoa com a doença. Também se aponta a evolução das atribuições voltadas à atuação da equipe e do enfermeiro, com base no amparo da legislação nacional sobre o exercício profissional.

O Capítulo 2 subsidia a organização do cuidado prestado pelo enfermeiro e equipe às pessoas que buscam atenção à saúde em TB, a partir do acolhimento e da realização do atendimento conforme o grau de gravidade, ou seja, priorizando os casos de risco durante o percurso no atendimento de enfermagem na unidade da APS. O leitor enfermeiro e sua equipe são orientados a instrumentalizar o processo de trabalho na identificação de pessoas com sintomas respiratórios e a buscar inovações com base em experiências bem sucedidas, com a implementação de ações que possibilitem incrementar a assistência de enfermagem na APS. Sugere-se a utilização de ferramentas de trabalho voltadas à busca da população geral e de pessoas vulneráveis, otimizando os serviços com estratégias que fortaleçam o diagnóstico laboratorial de TB e o seguimento dos casos de TB sensível, TB multirresistente e demais populações. Além disso, busca-se instrumentalizar o enfermeiro e equipe no controle da TB frente à pandemia de covid-19 na unidade da APS.

Por sua vez, o Capítulo 3 traz um olhar crítico sobre a adesão ao tratamento da TB do ponto de vista operacional, discorrendo sobre diferentes estratégias que possibilitam ampliar a capacidade de criar, inovar, conhecer e aplicar novos conhecimentos pelo enfermeiro e equipe, além dos desafios para que a assistência de qualidade de enfermagem se consolide



no manejo das pessoas com TB na APS. Sob a ótica do cuidado integral e centrado na pessoa com TB, abrem-se ao leitor novas perspectivas de criação e consolidação de atendimento operacional e clínico adequado à assistência dos enfermeiros e da equipe na APS. Também se amplia e oportuniza a lógica da atenção centrada à pessoa com TB nas unidades de saúde, com a oferta de serviços que abarcam a integralidade dos indivíduos, fortalecendo a assistência e as decisões clínicas por meio de estratégias projetadas para considerar os direitos das pessoas a partir de seus valores e, portanto, favorecendo a capacidade de resposta às dificuldades vivenciadas pelas populações com TB.

O Capítulo 4 discorre sobre a integração entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a Vigilância em Saúde como fundamental para o cuidado da pessoa com TB, e aponta diversas estratégias que favorecem a articulação do enfermeiro nas ações de TB em todos os níveis de atenção à saúde. Também trata das principais etapas das ações de Vigilância Epidemiológica (VE) da TB, desde o planejamento das atividades, investigação e detecção do caso até o acompanhamento das pessoas com TB pelo enfermeiro e equipe, permitindo a instituição de medidas de controle da doença.

Finalmente, no Capítulo 5, são apresentadas sugestões de articulação entre os enfermeiros e equipes de saúde dos serviços de TB e as organizações sociais, incluindo a atuação dos serviços em parceria com redes comunitárias de apoio as pessoas com TB e seus familiares. Também se propõe um modelo de avaliação do serviço de enfermagem ofertado às pessoas com TB para identificar lacunas existentes na gestão do cuidado, considerando o diagnóstico, o tratamento, a prevenção e a educação em saúde, o que permitirá subsidiar gestores na criação de estratégias para o alcance de metas.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Estratégias para 2021–2025**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose**. Saúde de A a Z. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose>. Acesso em: 4 jan. 2022.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde**. Washington, D. C.: Opas, 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis report**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>. Acesso em: 4 jan. 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The End TB Strategy: Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015**. [A67/11 – 14 March 2014]. Geneva: WHO, 2014.





# 1

## HISTÓRICO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL E INSERÇÃO DA PRÁTICA AMPLIADA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. ADESÃO E LEGISLAÇÃO EM ENFERMAGEM

### 1.1 Ampliação da prática clínica do enfermeiro no cuidado da pessoa com tuberculose na Atenção Primária à Saúde

#### 1.1.1 Os modelos de atenção à saúde e a atuação da enfermagem

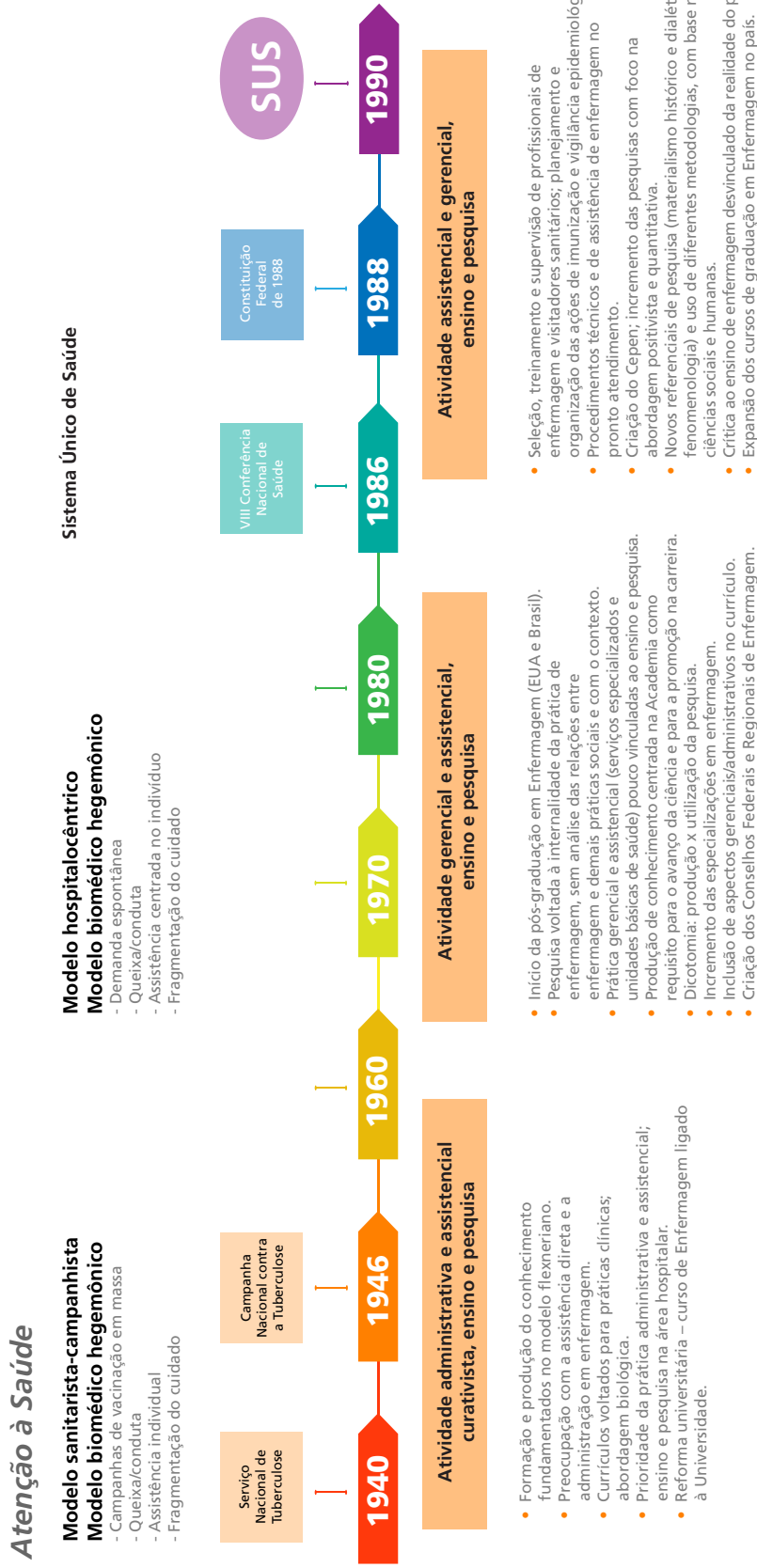
Considerando a linha cronológica, no princípio, sob o respaldo dos modelos sanitário-campanhista e biomédico, os profissionais de enfermagem desenvolviam atividades administrativas e assistenciais de cunho curativista, com foco no cuidado individual.

Em seguida, o modelo biomédico hospitalocêntrico se firma como hegemônico, e a enfermagem segue com suas atividades assistenciais centradas na pessoa, com ênfase nos procedimentos técnicos. A dimensão assistencial se mantinha agregada à administrativa, também concentrando-se nos procedimentos técnico-administrativos, com acréscimo de ações de gerenciamento do cuidado de enfermagem e de unidades hospitalares, bem como de ensino e pesquisa.

Em um terceiro momento, a partir dos anos 1980, em que ocorre o fortalecimento do movimento pela redemocratização do país e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição de 1988, e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90) em 1990, a enfermagem amplia sua atuação na APS, com atenção direta a indivíduos e famílias, incluindo cuidados de enfermagem, gerência de enfermagem e serviços de saúde, além de atividades de ensino e pesquisa. Nesse cenário, são reconhecidas as quatro dimensões das práticas do enfermeiro, as quais passam a orientar o debate da atuação da enfermagem no país (figuras 1 e 2).

**Figura 1** – Linha do tempo, a atenção à saúde e a atuação da enfermagem – 1940 a 1990

**DE 1940 A 1990**



**Papel da Enfermagem**

Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

Figura 2 — Linha do tempo, a atenção à saúde e a atuação da enfermagem — 1990 a 2020

DE 1990 À ATUALIDADE

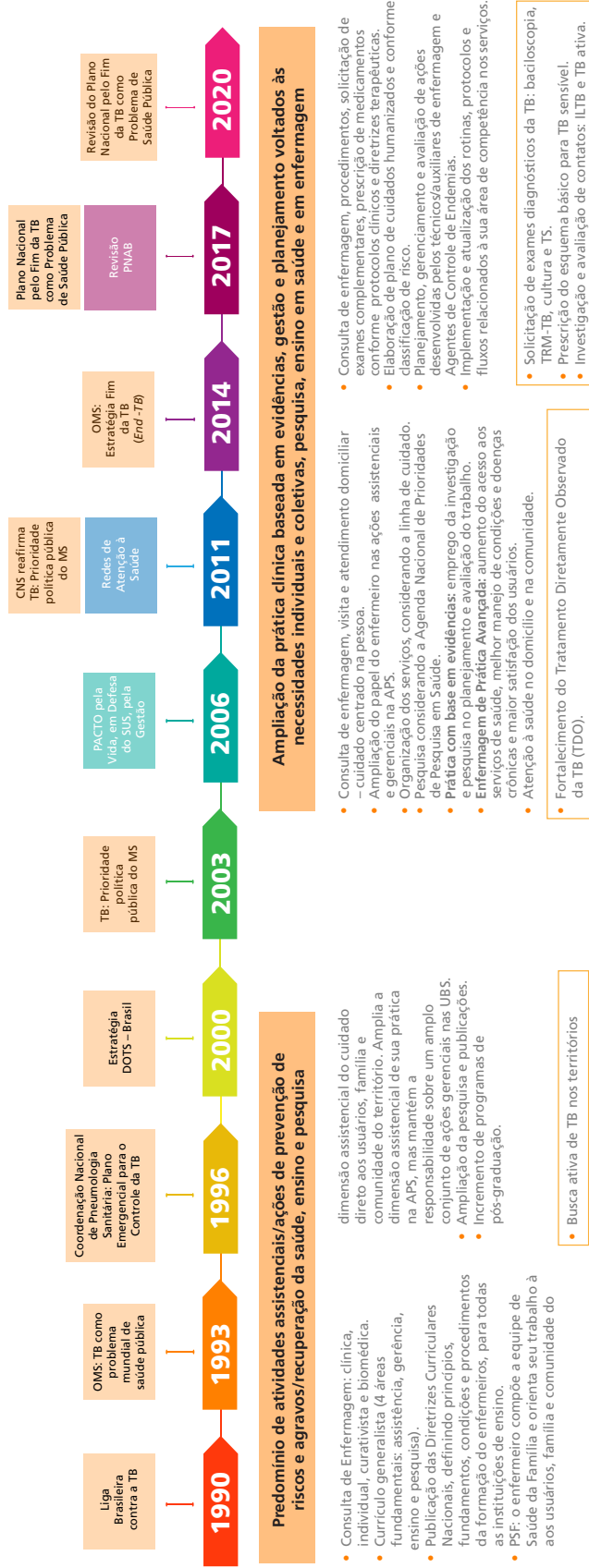
Atenção à Saúde

- Reorganização do sistema para atender à conformação do SUS - Lançamento de NOBs e Noas, planos e decretos (pactos e Decreto nº 7.508).
- Mudanças nas políticas nacionais.

- Reorganização da Atenção Primária: Programa de Saúde da Família.

- Reconhecimento do processo saúde-doença.
- Integralidade do cuidado.

- Proposta reorganização do setor - APS e Estratégia Saúde da Família.
- Políticas de fortalecimento da APS - eixo estruturante da rede de atenção.
- Desafio: expandir e qualificar a ESP/cuidado integral e integrado.
- Vigilância em Saúde.
- Promoção e prevenção em saúde.



Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

### 1.1.2 As quatro dimensões da prática do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: assistencial, gerencial, educacional e de pesquisa

Desde o início dos estudos sobre o trabalho de enfermagem no Brasil, com Maria Cecília Puntel de Almeida e colaboradores, na década de 1980 (SCOCHI; MISHUMA; PEDUZZI, 2015), foram identificadas duas dimensões profundamente interdependentes do processo de trabalho de enfermagem: a assistencial e a gerencial, presentes no contexto hospitalar e na APS (PEDUZZI; SILVA; LIMA, 2013; FELLI; PEDUZZI, 2016).

A literatura trata desse tema com destaque para o agente com formação superior, o enfermeiro. No entanto, pesquisa recente mostra que a dupla dimensão assistencial e gerencial, e sua interseção no gerenciamento do cuidado (ROSSI; LIMA, 2005), estão presentes tanto no trabalho do enfermeiro como dos demais trabalhadores de enfermagem, os técnicos e auxiliares de enfermagem (LIMA, 2018).

Quando feito o recorte do processo de trabalho do enfermeiro, identifica-se sua intensa atuação gerencial, que se deve, em parte, ao perfil da força de trabalho de enfermagem, com apenas um quarto de enfermeiros (414.712/23%) em 2016 (HUMEREZ, 2016; MACHADO *et al.* 2016).

O predomínio gerencial do trabalho dos enfermeiros também ocorre na APS (MISHIMA *et al.*, 1997) e pode ser observado pela forte presença de enfermeiros na gerência de Unidades Básicas de Saúde (UBS) (NUNES *et al.*, 2018).

No entanto, uma mudança importante da atuação do enfermeiro na APS se dá, a partir de meados dos anos 90, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente, Estratégia de Saúde da Família (ESF). O enfermeiro passou a compor a equipe de saúde da família, e a orientar seu trabalho à dimensão assistencial e de cuidado direto aos usuários, família e comunidade do território (BRASIL, 2017; MATUMOTO *et al.*, 2011; XAVIER-GOMES *et al.*, 2015; LIMA, 2018).

Contudo, cabe destacar que os enfermeiros ampliaram a dimensão assistencial da prática na APS, mas mantiveram a responsabilidade por um amplo conjunto de ações gerenciais nas UBS, o que tem se configurado em sobrecarga de trabalho, conforme apontado em vários estudos (BARBIANI; DALLA NORA; SCHAEFER, 2016; LIMA, 2018).

A análise das especificidades do processo de trabalho de enfermagem de Kirchhoff (2003) agrega a dimensão educativa como intrínseca, configurando três dimensões interdependentes: cuidar, gerenciar e educar. Esse caráter tridimensional do objeto de trabalho do enfermeiro pode ser observado nas atividades docentes, relacionadas à educação formal de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem; de educação em saúde, com usuários, família e comunidade; e de educação de trabalhadores de enfermagem e demais categorias da saúde. Contudo, a análise de como se processa a educação em saúde na formação dos enfermeiros mostrou um predomínio da abordagem técnico-instrumental, com base no modelo biomédico e preventivo, que tem por foco o controle das doenças e dos fatores de risco, distante, portanto, da integralidade da saúde que caracteriza as propostas do SUS e do modelo de atenção vigente, pautado na promoção da saúde com enfoque integral e integrado, em acordo com as necessidades e demandas individuais e coletivas (ALMEIDA; SOARES, 2011).

A atuação dos enfermeiros na APS também contempla a pesquisa, presente na busca de evidências para qualificar o trabalho assistencial, gerencial e educativo junto a

usuários e trabalhadores, bem como nas atividades docentes e de pesquisa. As entidades representativas da enfermagem estão presentes no debate sobre a formação dos profissionais de enfermagem e as mudanças de suas práticas no cotidiano dos serviços, em particular, a ABEn, que, dentre várias iniciativas, promove anualmente o Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem (Senaden), e o Cofen, que recentemente passou a fazer investimentos nos mestrados profissionais que buscam produzir pesquisa de temáticas mais imediatamente vinculadas à prática dos serviços.

### 1.1.3 Ampliação da dimensão assistencial e da prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde

A ampliação da dimensão assistencial do processo de trabalho do enfermeiro na APS se inicia na década de 80, e tem como atribuições: realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes, no domicílio e em outros espaços comunitários; realizar consulta de enfermagem e outros procedimentos, solicitar exames complementares e prescrever medicamentos conforme protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; realizar e supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco; elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; realizar atividades em grupo; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS); supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem; implementar e manter atualizados protocolos, rotinas e fluxos relacionados à sua área de competência na UBS, entre outras (BRASIL, 2017).

Estudo documental sobre competências, atividades, ações e intervenções dos trabalhadores de enfermagem na APS mostra o predomínio de atividades assistenciais, tanto para enfermeiros como para os técnicos e auxiliares de enfermagem, com destaque especial para as ações de prevenção de riscos e agravos, e também de recuperação da saúde (LIMA, 2018).

A consulta de enfermagem, a visita e o atendimento domiciliar são reconhecidos pelos enfermeiros como prática clínica, embora com predomínio "da lógica da atenção clínica individual, curativa, sem ampliar a compreensão do processo saúde/doença como produção social" (MATUMOTO *et al.*, 2011). Outro estudo também analisa que a ampliação da prática clínica do enfermeiro na APS mantém a dominância do modelo biomédico, restrito à patologia e às alterações fisiológicas no corpo individual sem contextualização, ou seja, com prática centrada no corpo da pessoa e na doença (TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016).

Todavia, entende-se que há alternativas à prática exclusivamente clínica e centrada no modelo biomédico, se os enfermeiros protagonizarem esse debate, e ampliem sua prática em diálogo e parceria com os demais profissionais de saúde, gestores, pessoas que utilizam os serviços, famílias e comunidade do território (PEDUZZI *et al.*, 2019), com base na integralidade do cuidado e na concepção ampliada da saúde (MATUMOTO *et al.*, 2011; BARBIANI; DALLA NORA; SCHAEFER, 2016).

Cabe destacar o amplo debate e a implementação, no cenário mundial, da Enfermagem de Prática Avançada (EPA), iniciada em alguns países como Estados Unidos da América, Canadá e Reino Unido, a partir dos anos 1960 do século passado, estendendo-

se até à década dos anos 2000, com o apoio do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE). A EPA é definida como o enfermeiro que adquiriu uma base de conhecimentos especializados, habilidades na tomada de decisões complexas e competências clínicas para uma prática mais ampla, cujas características são moldadas pelo contexto e/ou país no qual ele está credenciado a praticar a profissão. O mestrado é recomendado para esse nível (CASSIANI; ZUG, 2014).

Na América Latina, a ampliação da prática clínica do enfermeiro na APS também vem se expandindo e passa a ter maior visibilidade nos anos 2000, em especial impulsionada pelas discussões promovidas na região pela Opas, que recomenda aumentar o número de enfermeiros de Prática Avançada (CASSIANI; ZUG, 2014). No Brasil, o debate sobre a ampliação da prática clínica do enfermeiro ocorre apoiado na especificidade da APS no âmbito do SUS (MATUMOTO *et al.*, 2011; MIRANDA NETO *et al.*, 2018; TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016; PEDUZZI *et al.*, 2019).

A literatura internacional mostra que a EPA tem impactos importantes na qualidade da atenção à saúde, dentre os quais: aumento do acesso aos serviços de saúde; melhor manejo de condições e doenças crônicas; maior satisfação das pessoas que utilizam os serviços e que necessitam de cuidados de saúde no atendimento (SWAN *et al.*, 2015; MIRANDA NETO *et al.*, 2018; LAURANT *et al.*, 2018).

Nessa lógica, em se tratando da TB, pode-se considerar que a prática ampliada do enfermeiro se alinha à proposta do “Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose” (BRASIL, 2017b), lançado pelo Ministério da Saúde, o qual recomenda o tratamento de forma adequada e oportuna a todas as pessoas com TB diagnosticadas no país, com base na integralidade da saúde e na articulação das ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento e reabilitação. Esse Plano é consoante ao documento da Opas “Ampliação do papel dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde” (OPAS, 2018), que ressalta o papel crítico a ser desempenhado pela enfermagem no avanço da APS, com destaque para a sua atuação na eliminação da tuberculose como problema de saúde pública.

Dentre as ações propostas no Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose (BRASIL, 2017b), incluem-se as relacionadas a seguir, as quais requerem a participação qualificada do enfermeiro:

- >> Garantia de elevada cobertura da vacina BCG;
- >> Descentralização das ações de detecção, diagnóstico e acompanhamento da TB para a APS;
- >> Ampliação da participação da sociedade civil no enfrentamento da doença;
- >> Desenvolvimento de estratégias de análise de dados para o monitoramento das ações de controle da TB no âmbito da APS;
- >> Formação e fortalecimento de rede de pesquisa em TB;
- >> Manutenção do enfrentamento da doença na agenda política;
- >> Implantação de novas tecnologias de diagnóstico e tratamento da doença;
- >> Vigilância do óbito por TB, da infecção latente e da tuberculose resistente;
- >> Fortalecimento das ações de controle da doença nas populações mais vulneráveis;
- >> Abordagem da TB na perspectiva dos determinantes sociais;



- >> Expansão da descentralização e qualificação das ações de enfrentamento da doença na APS;
- >> Melhoria dos indicadores de desfecho do tratamento; e
- >> Melhoria nos sistemas de informação.

Considerando a fase 2 do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose (BRASIL, 2021), listam-se as ações dos enfermeiros voltadas aos novos contextos, como:

- >> Intensificação da busca ativa da TB e organização dos serviços, considerando o diagnóstico diferencial da covid-19 em pessoas com sintomas respiratórios;
- >> Otimização de estratégias e ações como o tratamento diretamente observado (TDO), a articulação intra e intersetorial e o uso de ferramentas como o telemonitoramento;
- >> Priorização e otimização da programação de ações locais em curto, médio e longo prazos;
- >> Organização da rede laboratorial no âmbito local e demais níveis a fim de otimizar o acesso aos métodos diagnósticos nos territórios;
- >> Investigação sistemática dos contatos de casos de TB, considerando o contexto da covid-19;
- >> Organização da rede de atenção local para realização do diagnóstico e tratamento da TB;
- >> Fortalecimento das ações de vigilância do óbito com menção da TB;
- >> Oferecimento de testagem rápida para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) a todas as pessoas com TB;
- >> Fortalecimento da integração do cuidado das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) com tratamento para TB no mesmo serviço de saúde;
- >> Intensificação na identificação e na investigação da ILTB, prioritariamente, em contatos de pessoas com TB (crianças, adolescentes e adultos), PVHIV, profissionais de saúde e outras populações imunocomprometidas;
- >> Identificação, no território, da distribuição das populações mais vulneráveis ao adoecimento por TB, como PVHIV, população privada de liberdade (PPL), pessoas em situação de rua (PSR), populações indígenas e profissionais de saúde;
- >> Realização de atualização oportuna de recomendações e diretrizes a partir das evidências científicas;
- >> Fortalecimento e apoio aos Comitês de Tuberculose locais (e/ou outros espaços de articulação entre sociedade civil e gestão).

Constata-se que as dimensões gerencial, assistencial, educativa e de pesquisa, anteriormente apontadas, permeiam as ações propostas no Plano citado, assinalando-se a importante e fundamental participação histórica da enfermagem no enfrentamento e controle da TB.

Nesse sentido, destaca-se a ampliação da prática clínica do enfermeiro nas ações que promovem a identificação precoce da TB ativa e da ILTB, além do manejo clínico dos casos identificados e das fundamentais ações relacionadas à prevenção, ao monitoramento dos casos e ao TDO de qualidade, possibilitando o vínculo requerido para a adesão à terapêutica e para o atendimento às necessidades, que extrapolam aquelas de ordem biológica e ampliam-se para as necessidades decorrentes dos processos de reprodução social, que se referem às condições de vida e trabalho.

A participação do enfermeiro e da enfermagem tem sido relevante ao protagonizar o cotidiano das unidades de saúde e ao conduzir o trabalho de forma sincronizada junto à equipe de saúde na ESF.

De fato, é fundamental o amplo entendimento sobre a determinação social da TB, a fim de transpor a limitada interpretação da rede de causalidade que se restringe à história natural da doença. O compromisso ético e político do no sentido da necessária intransigência em relação às desigualdades sociais que, em última instância, determinam a ocorrência da TB, é necessário para qualificar práticas que aprimorem o cuidado.

A ampliação da prática clínica do enfermeiro no cuidado às pessoas com TB decorre da progressiva autonomia profissional, que exige conhecimento técnico-científico e político e não se concretiza de forma isolada, mas requer interfaces com o trabalho em equipe e a prática interprofissional.

## Referências

- ALMEIDA, A. H.; SOARES, C. B. Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [s. l.], v. 19, n. 3, 2011.
- BARBIANI, R.; DALLA NORA, C. R.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [s. l.], v. 24, p. e2721, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, Edição 183, Seção 1, p. 68, 22 set 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.
- CASSIANI, S. H. B.; ZUG, K. E. Promovendo o papel da Prática Avançada de Enfermagem na América Latina. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 67, n. 5, p. 675-6, 2014.
- FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KUCGANT, P. (org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2016.
- HUMEREZ, D. C. Aspectos gerais da formação da Enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enferm. Foco**, Brasília, DF, v. 7, n. Esp., p. 15-34, 2016.
- KIRCHHOF, A. L. C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 56, n. 6, p. 669-673, 2003.

- LAURANT, M. *et al.* Nurses as substitutes for doctors in primary care. **Cochrane Systematic Review**, [s. l.], 16 jul. 2018.
- LIMA, A. M. V. **Caracterização das ações de enfermagem na atenção primária a saúde na perspectiva do trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2018.
- MACHADO, M. G. *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. **Enferm. Foco**, Brasília, DF, v. 7, n. Esp., p. 9–14, 2016.
- MATUMOTO, S. *et al.* A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 123–30, 2011.
- MIRANDA NETO, M. V. *et al.* Prática avançada em enfermagem: uma possibilidade para a Atenção Primária em Saúde? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 71, Supl. 1, p. 716–21, 2018.
- MISHIMA, Silvana Martins *et al.* Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo, SP: Cortez, 1997.
- NUNES, L. O. *et al.* Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. **Rev. Panam. Salud Pública**, [s. l.], v. 42, p. e175, 2018.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde**. Washington, D.C.: Opas, 2018
- PEDUZZI, *et al.* Ampliação da prática clínica da enfermeira de Atenção Básica no trabalho interprofissional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 72, Supl. 1, p. 121–8, 2019.
- PEDUZZI, M. SILVA, A. M. da; LIMA, M. A. D. da S. Enfermagem como prática social e trabalho em equipe. In: SOARES, Cassia Baldini; CAMPOS, Celia Maria Sivalli (org.). **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. Barueri: Manole; 2013.
- ROSSI, Flávia Raquel; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 58, n. 3, p. 305–310, 2005.
- SCOCHI, M. J.; MISHIMA, S. M.; PEDUZZI, M. Maria Cecília Puntel de Almeida: construtora de pontes entre Enfermagem e a Saúde Coletiva brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 12, p. 3891–3896, 2015.
- SWAN, M. *et al.* Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. **Int. J. Qual. Health Care**, [s. l.], v. 27, n. 5, p. 396–404, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv05433>. Acesso em: 5 set. 2017.
- TOSO, B. R. G. O.; FILIPPON, J.; GIOVANELLA, L. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 69, n. 1, jan./fev. 2016.
- XAVIER-GOMES, L. *et al.* Prática gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 13, n. 3, p. 695–707, 2015.

## 1.2 A adesão ao tratamento da tuberculose e o papel da enfermagem

Mesmo tantos anos após a descoberta do agente etiológico da TB e de medicamentos eficazes para o seu tratamento, a doença ainda protagoniza um problema de saúde pública no cenário epidemiológico mundial, e, nos países que apresentam as mais altas taxas de incidência, dissemina-se mais rapidamente do que os esforços para o seu controle.

Essa situação decorre, principalmente, de sua associação com o HIV, da multirresistência aos medicamentos utilizados para o tratamento, da crescente piora das condições de vida (OXFAM BRASIL, 2017) e da dificuldade de acesso da maior parte da população ao setor saúde e de suas decorrências, além de falhas na adesão ao tratamento.

Observa-se que as ações aplicadas para o controle da TB não têm mudado, de forma profunda, o quadro epidemiológico da doença; além disso, a precariedade das condições de vida e de trabalho a que estão expostos certos grupos sociais, paralelamente às deficiências dos serviços de saúde, podem influenciar na manutenção da transmissão da doença.

### *1.2.1 Por que é necessário entender a epidemiologia da tuberculose em uma perspectiva ampliada?*

A complexidade da saúde requer uma compreensão ampla, que possibilite intervenções orientadas a responder às necessidades individuais das pessoas e dos grupos sociais, e não somente à biologia do agente causador da TB. Devem ser considerados os aspectos extremamente relevantes que se relacionam às condições de vida e que repercutem na qualidade de vida e na possibilidade de viver de forma digna. Quando se limita a interpretação da causa da TB ao agente etiológico, ao meio ambiente e ao hospedeiro, também serão limitadas as ações destinadas ao seu controle.

Nesse sentido, a TB aumenta a exclusão social e a exclusão social aumenta a TB; assim, é importante considerar a saúde como um processo social. A forma como vivemos e as nossas condições de trabalho promovem maneiras distintas de pensar, agir e sentir a saúde e a doença. A saúde decorre da interação complexa entre processos biológicos, físicos, sociais, políticos, culturais, econômicos, territoriais e afetivos, dentre outros, os quais estruturam a condição de ser humano. E essa interação influencia a forma como as pessoas vivenciam e interpretam a doença, atribuindo-lhe significados que refletem valores, crenças e atitudes.

Ao buscar entender a saúde em uma perspectiva ampliada, deve-se compreender a sociedade em que vivemos, como são feitas as políticas e a legislação, como são difundidas as informações, a quem atendem, e a quais grupos são dirigidas. Assim, quanto mais desiguais esses aspectos, também serão as possibilidades de fortalecimento para viver a vida, e os desgastes decorrentes do lugar em que nos encontramos na sociedade, com repercussões para a saúde.

A presença do agente etiológico é fundamental para a ocorrência da TB, mas a doença é determinada também pelas condições de vida. Como um elemento do processo saúde-doença, a interpretação da adesão ao tratamento só tem sentido se interpretada em um contexto mais amplo, que integre a compreensão sobre as especificidades biológicas, de vida

e de trabalho das pessoas. É nesse sentido que as intervenções decorrentes dessa forma de interpretar a saúde-doença e a adesão ao tratamento também ocorrerão, com maior impacto nas respostas às necessidades sociais e de saúde.

### 1.2.2 A relevância da adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento é um importante desafio para o controle da TB, sendo fundamental para diminuir o sofrimento causado pelo tempo prolongado de tratamento. A adesão aumenta a probabilidade de cura, interrompe a cadeia de transmissão da doença e reduz a ocorrência de óbitos e de multirresistência aos medicamentos, a qual pode acarretar a necessidade do uso de medicamentos específicos e de alto custo, além de maior tempo de tratamento.

Os princípios gerais do tratamento da TB, a seguir descritos, devem ser levados sempre em consideração quando se problematiza a adesão ao tratamento:

- >> A associação de medicamentos tem o objetivo da proteção cruzada, a fim de evitar a resistência do bacilo;
- >> O esquema prolongado de tratamento tem duas fases: a fase de ataque (intensiva), com a finalidade de reduzir os bacilos que se multiplicam em uma escala geométrica, e a fase de manutenção, que visa o controle da doença, por meio da eliminação dos bacilos de multiplicação lenta;
- >> A regularidade do tratamento objetiva evitar a resistência adquirida e garantir a cura da doença.

Tais princípios, conjugados à dimensão relativa às condições específicas de cada pessoa para cuidar-se e realizar o tratamento, constituem-se no desafio da adesão, como referido pela OMS, desde 1990 (WHO, 1993).

No cotidiano da assistência à saúde, algumas pessoas, apesar de manifestarem a intenção da adesão, podem se deparar com a complexidade da terapêutica e interromper o tratamento. Além disso, há de se considerar o quanto a pessoa consegue entender da prescrição, ou seja, quantos são os medicamentos que terá de tomar, a duração do tratamento, o horário da tomada e os efeitos colaterais que os fármacos podem causar, dentre outros.

Conforme Buchillet (1997, p. 2), não se trata de analisar que a pessoa não segue o tratamento em função da "[...] má vontade, [...], da ausência de motivação...", conforme afirmam muitos profissionais de saúde. A autora defende que a adesão é um resultado de uma complexa interação entre fatores de diversas ordens que geralmente se encontram fora do controle da pessoa em tratamento, cabendo ao serviço de saúde identificá-los.

Também não se deve considerar a não adesão como um comportamento ou uma atitude e apenas interceder na questão por meio de estratégias que revertam ou corrijam tais comportamentos e atitudes; essa é uma forma de interpretar a não adesão como uma falência moral individual, e não se trata disso. Não se pode reduzir a complexidade da adesão à concessão de recompensas ou, ao contrário, a estratégias de punição à pessoa.

Outra tentativa de explicar a adesão ao tratamento (MUNRO *et al.*, 2007) sob o plano puramente biomédico está na passividade com que as pessoas em tratamento muitas vezes recebem as prescrições e as orientações dos serviços de TB. Nessa perspectiva, o abandono do tratamento associa-se às características da pessoa, a exemplo da idade e sexo, e não se leva em conta a compreensão da pessoa a respeito da doença, nem tampouco aspectos psicossociais que certamente podem estar envolvidos.

Adicionalmente, outra forma explicativa da adesão e do abandono está posta no plano comportamental. Nessa perspectiva, tanto a adesão como o abandono resultariam em recompensa, ou em algum tipo de punição, respectivamente.

Ainda, outra forma de entender a adesão e o abandono do tratamento tem por base a comunicação entre o profissional de saúde e a pessoa em tratamento de TB. Ressalta-se que o processo de comunicação envolve a interação efetiva e dialógica, o que pode influir na motivação para a adesão ao tratamento. As atitudes dos profissionais de saúde, na interação com o paciente, desencadeiam reações que podem ajudar no seguimento do tratamento ou comprometê-lo. Uma postura compreensiva, de escuta e de reconhecimento das necessidades, pode apoiar o processo de adesão.

Uma outra perspectiva de explicação da adesão e do abandono se baseia no conhecimento prévio que a pessoa tem acerca do tema, e como esse conhecimento pode influenciar na mudança do comportamento. É importante considerar também as crenças e a cultura do indivíduo e como elas influenciam os comportamentos daqueles que estão sendo acompanhados pelo serviço de saúde. Também é necessário lembrar que, entre o profissional de saúde e a pessoa que utiliza o serviço de saúde, não raro se estabelecem relações de poder que podem comprometer a interação. Ou seja, o profissional de saúde pode manifestar atitudes que mostram hierarquia sobre a pessoa e, a esta última, nada restaria senão o cumprimento da "ordem" contida na prescrição médica ou de outro profissional de saúde.

### *1.2.3 Como superar os limites da interpretação da adesão de forma a buscar reconhecer e a responder às necessidades das pessoas com tuberculose?*

Uma proposta de abordagem da adesão que pode aumentar a compreensão em relação às teorias explicativas supracitadas, e que pode orientar as estratégias para o sucesso da adesão, é a de que a interpretação da adesão não pode restringir-se à soma de causas ou de fatores.

A abordagem que se propõe aqui concebe a adesão ao tratamento como uma parte do processo saúde-doença. E, como parte desse processo, é importante buscar entender o significado que a TB tem para a pessoa doente e quais as repercussões da enfermidade em seu dia a dia. A adesão é influenciada pelas condições de vida e de trabalho que, certamente, produzem e interferem no enfrentamento da doença.

A adesão concretiza-se em função de um projeto de vida, de desejos, de motivações. Na medida em que a pessoa perde a perspectiva de viver – e tal situação pode ocorrer em função de vários aspectos, como perda do emprego, de um familiar, da capacidade de provimento financeiro à família, dentre outros –, a adesão ao tratamento

pode ficar comprometida. Portanto, ter um projeto de vida decorre das condições de vida e de trabalho e das possibilidades de que a pessoa dispõe para conduzir a vida e responder às suas necessidades. Em função disso, a adesão se coloca como uma necessidade para a consecução do projeto de vida.

Ressalta-se que a adesão pode não se limitar à vontade da pessoa, mas depende do apoio de outros, familiares, amigos, colegas de trabalho e, também, do imprescindível suporte promovido pelos trabalhadores da saúde. Esse último, em particular, quando ocorre de forma simétrica, em um processo de troca de informações, de valorização das necessidades que o sujeito apresenta, potencializa a adesão ao tratamento.

Outra perspectiva da adesão refere-se aos efeitos colaterais dos medicamentos e à duração do tratamento. No caso da TB, é relevante discutir os efeitos colaterais, os quais precisam ser identificados pelos profissionais de saúde, lembrando que há alternativas para a mudança do esquema terapêutico, o que ocorrerá segundo prescrição médica. Nesse caso, a identificação precoce do evento adverso e a solução imediata evitam ou minimizam o desconforto causado pelos efeitos colaterais. O indivíduo em tratamento deve compreender que o medicamento pode melhorar o quadro clínico em curto período de tempo, o que significa que deve dar seguimento à terapêutica até a conclusão do esquema, e até a obtenção da cura.

Cabe esclarecer que são recomendados pelo MS, e já disponibilizados por alguns municípios, mediante recursos próprios, incentivos que podem apoiar o processo de adesão ao tratamento, a exemplo do oferecimento de lanche, cesta básica ou vale-transporte. Tais incentivos são relevantes, uma vez que, em geral, as pessoas com TB apresentam importantes vulnerabilidades sociais.

Por outro lado, mais do que tais incentivos associados ao tratamento da TB, é o sistema de proteção social que, no caso do Brasil, tem dispositivos que auxiliam as pessoas em situação de pobreza e de extrema pobreza, por meio de programas de assistência social, como programas de transferência de renda e o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Esses programas amparam a população mais acometida pela TB, proporcionando suporte para o enfrentamento da doença (ORLANDI, 2015).

É importante assinalar que a promoção do acesso da pessoa em tratamento de TB e de sua família aos benefícios, programas, projetos e serviços socioassistenciais, bem como o incentivo a ações de enfrentamento ao preconceito e ao estigma no território e na comunidade, integram o trabalho dos profissionais de saúde (BRASIL, 2019a; BRASIL, 2019b).

Em síntese, entende-se que o termo adesão carrega o significado de potencialidade, de forma orientada à superação dos processos que produzem os desgastes e que repercutem no processo saúde-doença, de forma a superar também os estereótipos que, de modo geral, desqualificam o ser humano, e que acabam por configurar o termo corriqueiramente utilizado: abandono.

Assim, propõe-se a seguinte definição de adesão:

[a] adesão não se reduz a um ato de volição, desconectado da realidade do sujeito doente, mas depende de uma série de intermediações que envolvem o indivíduo na sociedade, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo, que diz respeito aos processos relacionados ao desenvolvimento da vida com dignidade e liberdade (BERTOLOZZI, 1998).

Portanto, em resumo:

- >> As condições distintas dos grupos sociais para dispor do que é necessário para viver influenciam o modo como aqueles que adoecem por TB vivenciam a doença, além de repercutirem nas possibilidades que as pessoas têm para enfrentá-la e na decisão de prosseguir o tratamento até a cura. Nesse sentido, o enfermeiro poderá auxiliar na articulação com a sociedade civil e buscar apoio da assistência social, além de potencializar ações e iniciativas de promoção à saúde para empoderar as pessoas nessas situações, entre outros;
- >> A adesão ao tratamento depende da relação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa em tratamento. Assim, o cuidado em saúde deve superar a impessoalidade e minimizar as intervenções que se reduzam ao plano biológico e clínico. Nesse caso, sugere-se um acolhimento adequado e uma escuta qualificada, com o uso de linguagem acessível, de forma a melhorar a compreensão do problema e atender a comunicação da pessoa doente para além das demandas do serviço de TB, com empatia na relação interpessoal;
- >> A adesão ao tratamento está atrelada à forma como a pessoa compreende a doença. As pessoas lidam com a enfermidade segundo as potencialidades de que dispõem para enfrentá-la e/ou as dificuldades que enfrentam na condução da vida e do trabalho. Para atender a essa demanda, cabe ao enfermeiro esclarecer as dúvidas acerca da doença, descrever as reações adversas e o contágio a outras pessoas, explicar como é realizada a identificação e investigação da ILTB, além de priorizar os contatos de pessoas com TB (crianças, adolescentes e adultos), PVHIV, profissionais de saúde e outras populações imunocomprometidas, a fim de empoderar a pessoa em tratamento;
- >> A adesão ao tratamento está relacionada ao estabelecimento de projetos de vida e à existência de motivações para viver, e a superação da doença é um objetivo a ser alcançado. Aqui se sugere a otimização de estratégias e ações, como o TDO, em que o serviço partilha da responsabilidade pelo tratamento da pessoa com TB, seus familiares e parceiros; a empatia favorecida pelo TDO realizado no mínimo três vezes por semana favorece a articulação intra e intersetorial (escolas, trabalho, lazer, amigos, entre outros vínculos). A inclusão da estratégia do projeto terapêutico singular (PTS), além do uso de ferramentas como o telemonitoramento do tratamento de TB, também poderá auxiliar nessa superação até a cura;



- >> A adesão ao tratamento está intrinsecamente associada à forma como se produz o cuidado à saúde, ou seja, depende da organização da assistência e da forma como é realizado o trabalho na unidade de saúde. Nesse sentido, é fundamental a interação entre o profissional de saúde e a pessoa em tratamento, em uma relação de mão dupla, em que o primeiro busca reconhecer as necessidades da pessoa e, por meio do estabelecimento de projetos conjuntos de intervenção, busquem ambos responder às necessidades de saúde da pessoa doente. Também é importante utilizar ferramentas como o telemonitoramento; avaliar pelo menos três vezes na semana a tomada dos medicamentos (TDO) pelos serviços de TB; buscar parceiros para contribuir na entrega e administração da dose do medicamento quando o serviço de saúde não puder realizar a administração da dose todos os dias para pessoas com maior dificuldade de adesão, desde que em comum acordo (pessoa em tratamento-profissional de saúde); ampliar os espaços de articulação entre a sociedade civil e a gestão, bem como a articulação intra e intersetorial, entre outros;
- >> O atendimento às necessidades das pessoas na UBS constitui um dos alicerces essenciais que determinam a efetivação do engajamento no tratamento, em um cuidado que contemple as necessidades das pessoas e que acolha não somente as queixas de ordem biológica, mas que possibilite um espaço de interlocução entre o serviço e a pessoa em tratamento. O enfermeiro, nesse caso, deve acolher a pessoa com TB e familiares, com escuta qualificada para compreender as suas necessidades, além das questões biológicas; para tanto, deve acessar ferramentas sociais, como os programas sociais, e realizar interlocução com outras secretarias, como a do trabalho, para viabilizar à pessoa com TB e sua família os mecanismos e as orientações necessárias e disponíveis para a melhor adesão e para a conclusão do tratamento;
- >> O respaldo de que a pessoa em tratamento pode dispor no âmbito familiar, no trabalho e no espaço da assistência à saúde, constitui suporte para a adesão ao tratamento, na medida em que permite a constituição de espaços para compartilhar e para enfrentar o processo saúde-doença, buscando superar os obstáculos que esse processo pode apresentar. O enfermeiro, nesse caso, deve acolher o paciente e sua família, por meio da implantação do PTS; fornecer orientações adequadas no trabalho da pessoa doente, quando necessário; e manter vínculo entre os serviços de TB e os familiares durante o tratamento.

A enfermagem é essencial no processo de adesão ao tratamento da TB, pois, além de atuar continuamente nos processos de trabalho na unidade de saúde, tem competência e habilidades para compreender e intervir no processo saúde-doença. Ao conhecer as especificidades do território de atuação, tem propriedade para entender as necessidades das pessoas que o habitam e para estabelecer projetos conjuntos de intervenção de caráter emancipatório.

Depreende-se, assim, que a adesão ao tratamento vai além das atitudes e comportamentos individuais. A TB deve ser enfrentada como uma questão associada às condições sociais. Portanto, é necessário ir além de ações focadas na dimensão biológica, clínica e medicamentosa, mas orientar-se rumo ao amplo acesso aos serviços de saúde, a modelos de assistência que tenham o cuidado centrado na pessoa, ao reconhecimento das necessidades de saúde e ao financiamento adequado para a sustentabilidade das ações do programa de controle da TB.

## Referências

- BERTOLOZZI, M. R. **A adesão ao programa de controle da tuberculose no Distrito Sanitário de Butantã-SP**. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 1998.
- BRASIL. Ministério da Cidadania. Ministério da Saúde. Instrução Operacional Conjunta nº 1, de 26 de setembro de 2019. Orientações acerca da atuação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento da Tuberculose (TB). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Edição 189, Seção 1, p. 7, 30 set. 2019a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b.
- BUCHILLET, D. Tuberculose, busca de assistência médica e observância terapêutica na Amazônia brasileira. **França-Flash Saúde**, [s. l.], v. 11, p. 1-9, 1997.
- MUNRO, S. *et al.* A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? **BMC Public Health**, [s. l.], v. 7, p. 104, 2007.
- OXFAM BRASIL. **A distância que nos une**: um retrato das desigualdades brasileiras. São Paulo, SP: Brief Comunicação, 2017.
- ORLANDI, G. M. **Medidas de apoio ao tratamento da tuberculose**: percepção de profissionais de saúde da Atenção Básica do município de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis report 1993**. Geneva: WHO, 1993.

### 1.3 Atribuições do enfermeiro e equipe de enfermagem na Atenção Primária à Saúde para manejo da tuberculose: legislações e subsídios para atuação

Considerando que os profissionais de enfermagem respondem pela maior força de trabalho em saúde dentro da APS no Brasil, faz-se necessária uma regulamentação específica para o exercício desses profissionais nos serviços, legislação que é respaldada pelo Cofen. Particularmente, as atribuições dos profissionais de enfermagem na APS para o tratamento de tuberculose são importantes devido à magnitude dessa enfermidade na sociedade, e abrangem desde a prevenção até a reabilitação. Nesse sentido, o trabalho em saúde com a TB no âmbito da APS deve ser operacionalizado em equipe e, portanto, é fundamental a articulação com outros profissionais que atuam nessa esfera de atenção, com vistas ao atendimento das necessidades da pessoa com TB e seus contatos.

O enfermeiro e os profissionais de enfermagem estão presentes em todas as etapas do processo de trabalho de manejo com a pessoa de TB, desenvolvendo ações

desde o planejamento, gestão, gerência e ações educativas até a assistência. Além de o enfermeiro ser o orientador e coordenador da equipe de enfermagem, ele exerce função de liderança com pronta tomada de decisão e incremento de práticas inovadoras no cuidar junto às equipes, o que requer habilidades e competências específicas para a atuação individual e coletiva.

O profissional de enfermagem é reconhecido pela capacidade de compreender o ser humano holisticamente, de atuar para a integralidade da assistência e do cuidado à saúde e de acolher fragilidades, além de identificar-se com as necessidades da comunidade, o que demanda desses profissionais resoluções práticas no processo de trabalho. Todas as ações de enfermagem devem estar pautadas nos princípios do SUS, que têm por base valores éticos e humanísticos. As legislações emanadas pelo Cofen e pelo MS respaldam e fortalecem a assistência ampliada do enfermeiro na APS no Brasil, particularmente nas ações centradas nas pessoas com TB.

A seguir, se apresentam as atribuições do enfermeiro, do técnico e do auxiliar de enfermagem que prestam cuidados à pessoa com TB e seus contatos, bem como as legislações que subsidiam e amparam a atuação do enfermeiro e da equipe na unidade da APS.

### *1.3.1 Atribuições do enfermeiro e equipe de enfermagem na Atenção Primária à Saúde para o manejo da tuberculose*

- >> Identificar a pessoa com sintomas respiratórios.
- >> Identificar o pote para a coleta do escarro com o nome da pessoa.
- >> Solicitar exames para o diagnóstico de TB ativa e ILTB: teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), baciloscopia, cultura, teste de sensibilidade (TS), raio-X de tórax, prova tuberculínica (PT) e ensaio de liberação de interferon- $\gamma$  (Igra).
- >> Solicitar teste de HIV após consentimento e aconselhamento.
- >> Iniciar o tratamento de TB sensível, prescrevendo o esquema básico (rifampicina/isoniazida/pirazinamida/etambutol), conforme as disposições legais da profissão, protocolos ou normas técnicas do MS.
- >> Solicitar exames de acompanhamento dos casos de TB.
- >> Orientar a pessoa para a coleta de escarro.
- >> Registrar em prontuário a evolução clínica dos casos de TB e de seus contatos.
- >> Preencher livro de registro do "Sintomático Respiratório nos Serviços de Saúde" e de "Registro de pessoas com tuberculose e acompanhamento do tratamento".
- >> Coordenar a busca ativa das pessoas que não retornaram com o material coletado ou resultado de exame.
- >> Realizar assistência integral às pessoas e famílias, inclusive, quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários.
- >> Administrar vacina BCG, após capacitação.
- >> Realizar PT, após capacitação.
- >> Realizar consulta de enfermagem.

- >> Convocar/convidar contatos de TB para investigação.
- >> Orientar a pessoa em tratamento e seus familiares quanto ao uso de medicações, reações adversas e demais questionamentos relativos ao tratamento, seguimento e controle de contatos.
- >> Convocar/identificar a pessoa que falta à consulta ou ao TDO.
- >> Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
- >> Investigar e notificar os casos confirmados e os casos de ILTB.
- >> Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelo programa de TB, incluindo os procedimentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem.
- >> Orientar os técnicos e auxiliares de enfermagem quanto ao acompanhamento de TDO.
- >>> Contribuir e participar nas atividades de educação permanente (EP) dos membros das equipes quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de VE e controle da doença.
- >> Realizar o TDO e registrar em "Ficha de Acompanhamento da Tomada Diária da Medicação".
- >> Realizar e avaliar anualmente a programação das ações do programa local de TB, estabelecida para cada unidade de saúde.
- >> Observar os cuidados de biossegurança relativos à redução da transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* no âmbito da unidade de saúde.
- >> Articular com a sociedade civil a realização de atividades voltadas à mobilização de atores, com apoio na formulação de políticas públicas de saúde destinadas a qualificar o controle da TB.

### *1.3.2 Atribuições do Técnico de Enfermagem no enfrentamento da tuberculose na Atenção Primária à Saúde*

- >> Identificar a pessoa com sintomas respiratórios.
- >> Identificar o pote para a coleta do escarro com nome da pessoa.
- >> Orientar a pessoa para coleta do escarro.
- >> Preencher adequadamente o formulário de requisição de exames e do raio-X de tórax.
- >> Receber os resultados dos exames, protocolá-los e/ou anexá-los ao prontuário. No caso de recebimento eletrônico, via Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), emitir a cópia do resultado do exame e anexá-la ao prontuário.
- >> Preencher livro de registro do "Sintomático Respiratório nos Serviços de Saúde" e de "Registro de pessoas com tuberculose e acompanhamento do tratamento".
- >> Buscar as pessoas que não retornaram com o material coletado e/ou que não receberam o resultado do exame.

- >> Auxiliar a equipe na assistência integral às pessoas e famílias, inclusive, quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários.
- >> Administrar vacina BCG, após capacitação.
- >> Realizar PT, após capacitação.
- >> Orientar as pessoas em tratamento e seus familiares quanto ao uso de medicações, reações adversas e demais questionamentos relativos ao tratamento, seguimento e controle de contatos.
- >> Convocar/identificar doentes faltosos às consultas médicas e/ou seus contatos que não comparecerem à unidade de saúde para a realização de exames.
- >> Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
- >> Notificar casos confirmados.
- >> Realizar o TDO em todas as pessoas com TB.
- >> Supervisionar o TDO, na UBS ou no domicílio, fazendo o registro diário na "Ficha de Acompanhamento da Tomada Diária da Medicação".
- >> Agendar consultas médicas e de enfermagem para a pessoa com TB ou para seus contatos.
- >> Participar da programação e avaliação das ações de controle da TB na UBS.
- >> Realizar ações educativas junto à comunidade.
- >> Observar os cuidados relativos à biossegurança na unidade de saúde.

### *1.3.3 Atribuições do Auxiliar de Enfermagem para o cuidado da pessoa com tuberculose na Atenção Primária à Saúde*

- >> Identificar as pessoas com sintomas respiratórios na visita domiciliar, na comunidade e na UBS.
- >> Convocar os contatos para realização dos exames diagnósticos de TB ou ILTB.
- >> Identificar o pote de coleta de escarro com o nome da pessoa.
- >> Orientar a coleta de escarro.
- >> Notificar e investigar casos confirmados.
- >> Realizar o TDO em todas as pessoas com TB.
- >> Receber os resultados dos exames, protocolá-los e/ou anexá-los ao prontuário. No caso de recebimento eletrônico, via Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), emitir a cópia do resultado do exame e anexá-la ao prontuário.
- >> Supervisionar e/ou realizar o TDO na UBS ou no domicílio, fazendo o registro diário na "Ficha de Acompanhamento da Tomada Diária da Medicação".
- >> Orientar a pessoa em tratamento e seus familiares quanto ao uso dos medicamentos, reações adversas e demais questionamentos relativos ao tratamento, seguimento e controle de contatos.
- >> Supervisionar o comparecimento às consultas, de acordo com a rotina da equipe.
- >> Agendar consultas médicas e de enfermagem para a pessoa com TB ou para seus contatos.

- >> Convocar/identificar doentes faltosos às consultas médicas e/ou seus contatos que não comparecerem à unidade de saúde para a realização de exames.
- >> Convocar pessoas em abandono de tratamento por meio de visita domiciliar.
- >> Realizar ações educativas junto à comunidade.
- >> Participar da programação e avaliação das ações de controle da TB na UBS.
- >> Manter a "Ficha de Notificação/Investigação da Tuberculose" atualizada.

#### *1.3.4 Legislações específicas para subsidiar e amparar a atuação do Enfermeiro e equipe na Atenção Primária à Saúde*

- >> Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, no que diz respeito à profissão e sua integração na equipe de Saúde, na participação, na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde. Essa norma regulamenta todas as ações da equipe de enfermagem no Brasil.
- >> Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamenta a lei do exercício da profissão de Enfermagem.
- >> Resolução Cofen nº 195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotinas e complementares por Enfermeiros.
- >> Resolução Cofen nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências.
- >> Resolução Cofen nº 509/2016, que atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo serviço de Enfermagem e define as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico.
- >> Resolução Cofen nº 514/2016, que aprova o guia de recomendações para o registro de Enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.
- >> Resolução Cofen nº 543/2017, que atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nos serviços/ locais em que são realizadas atividades de enfermagem.
- >> Resolução Cofen nº 564/2017, que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Esse profissional deve ter sua conduta amparada nos conceitos éticos e legais da profissão e tem como obrigação conhecer o presente código para atuar de forma segura e legal com vista à garantia de uma assistência de Enfermagem livre de possibilidade de riscos.
- >> Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- >> Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que altera a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

- >> Portaria Ministerial nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica e estabelece as revisões das diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- >> Parecer de Conselheiros nº 180/2018, que refere não existir impedimento legal para que o profissional enfermeiro possa solicitar exames e realizar prescrição medicamentosa do esquema de tratamento padronizado da TB, considerando os protocolos contidos nos manuais, normas e diretrizes do Programa de Controle da Tuberculose.

As atribuições e as legislações concernentes ao enfermeiro e à enfermagem no Brasil dão respaldo ao processo de cuidar da pessoa com TB e seus contatos, promovem a integração e o diálogo entre a equipe de enfermagem e outros profissionais de saúde e contribuem para o empoderamento da prática diária do exercício da profissão de enfermagem no SUS e no cuidado à saúde realizado no âmbito das unidades da APS, particularmente no manejo clínico das pessoas com TB.







# 2

## A assistência de enfermagem: acolhimento, diagnóstico laboratorial da tuberculose na população geral e vulnerável e a pandemia de covid-19 na Atenção Primária à Saúde

### 2.1 A abordagem do sintomático respiratório na população geral e a enfermagem na Atenção Primária à Saúde

O enfermeiro, ao desenvolver as ações de controle da tuberculose na APS, deve identificar a situação de saúde, a forma como se dá o trabalho da equipe e como estão organizadas as práticas de atenção à saúde no território, além de obter informações clínicas, epidemiológicas e sociais das pessoas com sinais e sintomas da TB, a fim de tomar providências com relação ao cuidado e a assistência a ser prestada a essas pessoas.

Também é função do enfermeiro da unidade de saúde cumprir as recomendações do MS, segundo a Portaria da Atenção Básica nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006), no que se refere às seguintes atribuições: "conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações" (BRASIL, 2011); além disso, deve realizar a programação anual de insumos, planejar os indicadores e monitorar as ações de controle da TB, bem como organizar os fluxos para identificar os sintomáticos respiratórios (SR) e pessoas com TB ativa e seus contatos (BRASIL, 2002).

Uma das primeiras iniciativas a serem tomadas é o estabelecimento de rotinas para a busca ativa de SR nos serviços de APS e no território onde as equipes de saúde atuam, oportunizando a identificação precoce da doença. Para tanto, é fundamental conhecer a área adscrita à unidade de saúde, sua dimensão geográfica e populacional, a incidência da TB na região e os locais ou instituições com potencial de risco para a doença, além de identificar potenciais apoiadores e parceiros.

A busca ativa é uma atividade de identificação de casos suspeitos, a fim de propiciar o diagnóstico precoce da enfermidade. Cabe ressaltar que uma pessoa leiga não associa tosse e expectoração com TB e, por isso, raras vezes procura a unidade de saúde no início dos sintomas; como consequência, observa-se uma chegada tardia à unidade de saúde, implicando o atraso na identificação, diagnóstico e início do tratamento da doença.

Por sua vez, a busca de SR na comunidade ou no próprio serviço de saúde depende também da infraestrutura da unidade, dos fluxos dos exames, da capacitação dos profissionais, da supervisão e mobilização dos trabalhadores, além da prioridade do atendimento ao SR para a realização de exames. Adicionalmente, nesse primeiro contato, devem-se considerar as vulnerabilidades individuais e sociais da pessoa, como desemprego, dificuldade de deslocamento e acesso, violência, entre outros (FAÇANHA *et al.*, 2009), uma vez que elas podem favorecer o desenvolvimento da TB. Nesse contexto, dentre as estratégias para a identificação do SR, destaca-se a busca ativa e a busca passiva.

### 2.1.1 Busca ativa de sintomáticos respiratórios

Considera-se busca ativa de pessoas com sintomas respiratórios uma atividade orientada a identificar precocemente pessoas, da população geral, com tosse por tempo igual ou superior a três semanas (BRASIL, 2019). Para estratégias de controle de infecção dentro do serviço de saúde, considera-se SR tosse por duas semanas (BRASIL, 2019).

Em populações específicas, como pessoas vivendo com HIV, contatos de pessoas com TB ativa, imigrantes, indígenas, quilombolas, profissionais de saúde, PSR e PPL, deve-se considerar SR a pessoa que apresentar tosse com qualquer tempo de duração. Na população geral que procura o serviço de saúde, e para pessoas com diabetes *melittus*, considera-se o tempo de tosse de duas semanas ou mais (BRASIL, 2019).

Também é definida como busca ativa a procura rotineira, pelo serviço, de pessoas com suspeita de TB em populações-alvo predefinidas ou na população geral, com base nos sintomas e/ou resultados de exames laboratoriais, histológicos e/ou radiológicos. Adicionalmente, a visita domiciliar deve ser estimulada e incrementada nas equipes de saúde da família, uma vez que favorece a busca ativa do SR. Outro aspecto importante da busca ativa é a possibilidade de "interagir não só com o usuário, de maneira isolada, mas com o mundo que o cerca, seu espaço e território", ou seja, permite conhecer o contexto de produção da doença (PEREIRA *et al.*, 2013). Nessa lógica, a unidade de saúde adota uma abordagem proativa, buscando identificar precocemente a pessoa doente e ofertar o tratamento (SOARES, 2012). Ainda existem evidências da relação entre a taxa de detecção de casos e a incidência de TB, e quanto mais elevada for a

detecção dos casos de TB pelos serviços, maior a queda na sua incidência (DOWDY; CHAISSON, 2009).

Nesse sentido, a busca ativa objetiva identificar precocemente os casos de TB, interromper a cadeia transmissão e reduzir a incidência da doença na comunidade (BRASIL, 2019), melhorando o diagnóstico e diminuindo a subnotificação de casos no território, o que denota a eficácia dessa técnica. Considerando todos os aspectos acima citados, torna-se importante a descentralização das ações de busca ativa para as equipes da APS, as quais devem ser adequadas às realidades locais de forma progressiva.

Ressalta-se que a busca ativa de SR deve ser realizada permanentemente por todos os profissionais nos serviços de saúde, desde o vigilante, recepcionista e agentes comunitários de saúde à equipe de enfermagem, médicos, outras categorias profissionais de saúde, equipes de saúde na escola e agentes de diferentes instituições (sistema prisional, agentes indígenas de saúde e outras de longa permanência); enfim, a busca deve ocorrer além das unidades de atenção primária, secundária e terciária de saúde, incluindo hospitais e emergências. Também é importante a busca ativa em contatos de pessoas com TB sensível ao tratamento e contatos de pessoas com TB drogarresistente (TB DR), bem como naquelas pessoas que retornam aos serviços após abandono do tratamento, recidiva ou falência, além de pessoas com comorbidades, profissionais de saúde ou em situações de vulnerabilidades.

Paratanto, a discussão e o conhecimento dos fluxos de atendimento estabelecidos na unidade de saúde e das estratégias para o enfrentamento da TB devem abranger todos os profissionais da APS.

### *2.1.2 Busca passiva de pessoas com sintomas respiratórios*

A busca passiva tem por base a iniciativa de uma pessoa para a procura de cuidados à sua saúde e envolve as seguintes etapas para que o diagnóstico de TB seja realizado (WHO, 2013):

- a) A pessoa deve reconhecer os sintomas da TB e procurar espontaneamente o serviço de saúde; ou
- b) O profissional de saúde deve reconhecer os sinais e sintomas e/ou os critérios para suspeição da doença TB e encaminhar o suspeito para diagnóstico.

Portanto, apesar de a busca ativa ser uma das mais importantes estratégias de abordagem ao SR na APS, a identificação da pessoa com suspeita de TB de forma passiva pelos trabalhadores da saúde também contribui para que esses casos sejam identificados, encaminhados para investigação e submetidos à avaliação diagnóstica imediata.

### *2.1.3 Problemas identificados para a baixa busca de sintomáticos respiratórios na Atenção Primária à Saúde*

Dentre os diferentes problemas observados para a baixa busca de SR na APS, os mais importantes envolvem: a desmobilização das equipes saúde da família; o baixo engajamento dos trabalhadores da saúde com a questão da TB nas unidades de saúde; a elevada rotatividade dos profissionais de saúde; a desarticulação entre os laboratórios e os serviços; equipes de saúde da família incompletas; equipes de saúde da família com população adstrita maior do que a recomendada e/ou sem o devido cadastramento da população; excesso de atribuições das equipes de saúde; estigma e discriminação em relação à doença, tanto por parte dos profissionais como da população; presença de violência nos territórios; abuso de álcool e de drogas ilícitas. Além disso, verifica-se uma ausência de parcerias entre os programas de saúde e a comunidade e falhas na referência e contrarreferência entre unidades e municípios, uma vez que existem suspeitos que não retornam para realização dos exames.

### *2.1.4 Como realizar a busca ativa de sintomático respiratório?*

Antes de planejar as ações estratégicas para a busca de SR (ativa e/ou passiva) é fundamental que o enfermeiro conheça o território (vulnerabilidades/risco e oportunidades de apoio) e as metas estimadas de SR (quantitativo da população), identificando as populações alvo/especiais (imunodeprimidos, idosos, pessoas com diabetes, tabagistas, hipertensos, usuários de álcool e ou drogas, população em situação de rua, albergados, indígenas, privados de liberdade, entre outros) e a estrutura para a realização dos exames após identificação das pessoas com SR (registros, insumos, local, periodicidade e sistema de coleta/transporte ou entrega das espécimes e resultados).

Além disso, o enfermeiro deve organizar e estabelecer os fluxos entre os laboratórios e os serviços: explicar onde serão realizados os exames, como será feita a coleta e devolvidos os resultados, incluindo orientação para a rede de conveniados privados e a coordenação do programa de TB, bem como identificar quais são os parceiros da coordenação do programa de TB e como estão organizados os fluxos de encaminhamento da unidade para os serviços especializados e referências.

É necessário garantir a realização dos exames com qualidade, obedecendo aos critérios para o bom andamento dos exames e os respectivos resultados, e idealmente entregar à pessoa com suspeita de TB os resultados dos exames em até 48 horas do recebimento da amostra (baciloscopia ou TRM-TB), tanto em laboratórios públicos quanto naqueles conveniados ao SUS.

Outra etapa importante é a orientação para a coleta do escarro, como e onde deve ser realizada (BRASIL, 2019), seja no domicílio ou nas áreas externas das unidades de saúde, respeitando as técnicas de controle de infecção (BRASIL, 2019).

As ações realizadas pelos enfermeiros também envolvem atividades educativas (seja no empoderamento das pessoas ou na formação de novos profissionais de enfermagem) e questões gerenciais (coordenação, articulação, direção, gestão dos serviços, entre outras) e assistenciais para os casos de TB, de forma individual e coletiva, respeitando as realidades e as necessidades identificadas nos territórios e nos seus locais de trabalho.

### 2.1.5 Atividades/ações a serem realizadas pela enfermagem para ampliar a busca ativa dos sintomáticos respiratórios na Atenção Primária à Saúde e no território

O profissional de enfermagem deve observar e questionar a presença e duração da tosse, seja na unidade de saúde, seja na visita domiciliar e/ou na comunidade. Nas unidades da APS, a abordagem do SR deve ser realizada nos setores de acolhimento, triagem, recepção, laboratório ou farmácia, no primeiro atendimento e sempre que observado algum sinal e sintoma da doença. A investigação deve atingir todas as pessoas que buscam o serviço de saúde por qualquer motivo (ginecologia, pediatria, clínica médica, entre outros), inclusive nas filas de entrada para atendimento ou na triagem, incluindo perguntas acerca da tosse e verificando se a pessoa pertence a uma população específica ou não. Ao identificar o suspeito, é preciso iniciar a investigação para TB imediatamente.

No caso de a pessoa vir encaminhada de outro serviço com queixa de tosse, ou ter sido orientada a buscar ajuda na unidade de saúde, ou até mesmo no caso de procura espontânea pelo serviço de saúde diante da percepção de algum sinal ou sintoma da TB, deve-se iniciar a investigação e realização dos exames diagnósticos para TB.

Cada pessoa identificada com sintomas respiratórios deve ser obrigatoriamente registrada, examinada na unidade de saúde e orientada quanto ao resultado do exame bacteriológico. A busca e a identificação de SR bem documentada reflete a situação epidemiológica do território, bem como a qualidade do trabalho executado pela UBS. A qualidade dos registros irá retratar a boa vigilância em saúde nas unidades e nos municípios envolvidos.

### 2.1.6 Exemplos de estratégias de busca ativa do sintomático respiratório na Unidade Básica de Saúde

- a) **Realizar agendamento aberto:** encaminhar e priorizar a consulta logo após a identificação do SR, seguida da solicitação de exames e remarcação de retorno para entrega dos resultados. Sempre receber as demandas realizando um acolhimento de qualidade.
- b) **Mobilizar as equipes saúde da família para a realização da busca ativa:** promover reuniões periódicas das equipes para discutir os dados de SR; analisar com a equipe as informações nos instrumentos de registro (Livro de Registro de Sintomático Respiratório nos serviços de saúde); pactuar, avaliar e monitorar mensalmente as metas estimadas e as ações realizadas pelas equipes (busca ativa na triagem, laboratório, sala de espera, laboratório e demais áreas das unidades de saúde); motivar a equipe para o alcance dos indicadores planejados (GABARDO *et al.*, 2019); distribuir a equipe em pontos estratégicos para a identificação do SR; marcar com cartazes o local de acesso da pessoa ao diagnóstico da TB. Nas localidades não cobertas pela ESF, ocasionalmente, os profissionais de saúde devem se

programar para realizarem visita domiciliar e/ou outras atividades, de acordo com a necessidade da área adscrita à unidade de saúde, de forma a atender a totalidade da população.

- c) **Garantir que todos os trabalhadores da saúde estejam engajados nas atividades de busca de SR:** realizar reuniões na unidade de saúde para discutir o papel de cada trabalhador da saúde na atividade de busca ativa de SR; estimular a cooperação para o cumprimento de metas; escalar diariamente trabalhadores para identificar áreas e/ou locais para a busca de SR na unidade de saúde e território; manter orientações para o preenchimento dos instrumentos de vigilância preconizados pelo programa de TB (Livro de Registro de Sintomático Respiratório, solicitação de exame bacteriológico, baciloscopia e/ou TRM-TB e cultura), entre outros, de forma adequada e oportuna (DIAS, 2014).
- d) **Desenvolver atividades de educação permanente:** manter a equipe atualizada por meio de realização de cursos de educação a distância (EaD), incluindo particularmente os novos funcionários; utilizar aplicativos para comunicação (WhatsApp, Facebook, YouTube, Instagram e outros); organizar reuniões mensais de equipe com discussão de casos envolvendo a busca ativa; promover palestras rápidas e filmes sobre TB nas salas de espera e corredores da unidade de saúde; fornecer orientações por autofalante na sala de espera; manter as equipes de ESF capacitadas permanentemente; incluir discussões sobre as avaliações dos programas de incentivos da unidade de saúde e aquelas realizadas pela APS e pelo MS.

Recomenda-se promover capacitações periódicas de forma simples e objetiva, preferencialmente nos serviços. Todos devem participar dessas reuniões na unidade de saúde, desde o vigilante, recepcionista e agentes comunitários de saúde até a equipe de enfermagem, profissionais de laboratório, médicos, outras categorias de profissionais de saúde, equipes do programa saúde na escola e agentes de diferentes instituições (sistema prisional, aldeias indígenas e representantes dos conselhos de saúde, como os usuários conselheiros e outras instituições de longa permanência).

- e) **Buscar SR nos programas específicos da unidade de saúde:** buscar suspeitos entre pessoas com diabetes e hipertensão, idosos, doentes crônicos pulmonares, PVHIV, usuários de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e submetê-los ao questionamento da tosse. Após identificação da pessoa com SR, encaminhá-la para realização de exames diagnósticos de TB, identificando a comorbidade. Também, nas visitas domiciliares de rotina realizada pelos membros da equipe, observar nas fichas de cadastro das famílias, por exemplo, as comorbidades registradas a fim de questioná-las sobre SR.
- f) **Identificar a sala de atendimento do SR na unidade de saúde:** nas salas de espera e corredores da unidade de saúde, indicar o local de acesso da pessoa à sala para realização de consulta, o horário de funcionamento e onde são realizados os exames para o diagnóstico de TB.

- g) **Avaliar contatos de casos de TB pulmonar ou laringea e demais formas clínicas:** a estratégia de avaliar contatos atende a duas finalidades; uma delas é diagnosticar a doença ativa nos casos não diagnosticados, e a outra, identificar as pessoas infectadas e com maior vulnerabilidade para desenvolver a TB ativa (BRASIL, 2010). Nesse caso, deve-se providenciar o exame de todos os contatos da pessoa com TB, independentemente da forma clínica, logo após a realização do diagnóstico da doença. Investigar os acompanhantes da pessoa com TB, seja na consulta de controle ou durante a realização de exames de acompanhamento. Nessa avaliação, recomenda-se utilizar o fluxograma de adultos e adolescentes ( $\geq 10$  anos), o fluxograma de avaliação de crianças ( $< 10$  anos) e o fluxograma de profissionais de saúde, com atenção particular aos grupos específicos de risco para desenvolver TB (BRASIL, 2019). Avaliar também as metas de contatos examinados nas unidades de saúde, com vistas a alcançar 100% do total pactuado a cada ano. Registrar todos resultados de exames e informações em livro de registro e prontuário para posterior avaliação. Para tanto, organizar a rotina de atendimento dos contatos, como a solicitação dos exames, entrega dos resultados, início do tratamento da TB ou ILTB e acompanhamento dos casos.

Ressalta-se que a busca ativa entre os contatos de TB ativa ou para qualquer forma clínica da doença deve fazer parte da rotina dos programas de tuberculose. É necessário um cuidado especial para a busca ativa de crianças contatos de adultos com TB, uma vez que se trata de um grupo particularmente vulnerável; por isso a necessidade de buscar o caso índice, lembrando que, quanto menor a idade da criança, maior o risco de adoecimento por TB (OTTMANI et al., 2009).

- h) **Aplicar ferramentas consideradas “tecnologias leves”:** segundo Merhy *et al.* (2016), essas tecnologias devem ser mais discutidas e utilizadas, permitindo a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse e a construção de vínculos de confiança. Nessa escuta, deve-se conhecer quem procura o serviço e apoiar seus problemas e vulnerabilidades, respeitando o seu “viver” e o seu “saber”, além de identificar e utilizar a rede existente, suas especialidades e, se for o caso, incluir a pessoa em PTS. Ainda, apostar na EP como outra ferramenta de gestão para ir além dos encontros cotidianos e aplicar mecanismos para aprimorar o acolhimento.

### 2.1.7 Exemplos de estratégias de busca ativa do sintomático respiratório na comunidade

- a) **Capacitar as equipes de saúde da família e comunidade:** garantir a capacitação da equipe de saúde da família para a realização da busca ativa (cursos sobre TB, orientações para identificação dos SR e interrogatório para visita domiciliar). Discutir estigma e discriminação em relação à tuberculose em todos os espaços

sociais. Na comunidade, as recomendações devem se voltar à divulgação de sinais e sintomas da TB (ações educativas preventivas nas escolas, creches, albergues, presídios, igrejas, abrigos e asilos, entre outros), via rádio comunitária e comunidades terapêuticas, com informações que orientem sobre os locais de acesso para a realização de consultas, exames, controle do tratamento e dos contatos de TB (FAÇANHA *et al.*, 2009).

- b) **Incentivar a utilização de tecnologias “leves”:** essas tecnologias se fazem presentes no espaço relacional do trabalho em saúde e comunidade e envolvem os profissionais dos serviços, os usuários e as atitudes dos sujeitos, a partir do acolhimento, integração, formação de vínculos, espaço para encontros e escuta, com respeito e valorização à autonomia, cooperação e corresponsabilização, uso de habilidades de comunicação para a adequada expressão verbal, bom humor, empatia e ética (MERHY, 2007; MARTINS, 2007). É fundamental que a enfermagem e as pessoas com TB ocupem esse espaço durante a prestação do cuidado.
- c) **Articular as ações educativas sobre TB entre as equipes de saúde da família e a comunidade:** ampliar a parceria com Organizações Não Governamentais (ONGs), sociedade civil, Secretaria de Desenvolvimento Social, Judiciário, atacadistas, escolas, associação de moradores, comunidades fechadas, igrejas, clubes e outras lideranças comunitárias, a fim de mobilizar a comunidade e obter apoio social para, juntamente com as equipes de saúde, melhorar o acesso dos SR aos serviços de TB.
- d) **Garantir a execução do raio-X de tórax com laudo:** os serviços devem assegurar a realização de exames radiológicos com laudo. Ressalta-se que o acesso aos exames deve ser gratuito a todos os usuários e seus contatos, preferencialmente o mais próximo de seus domicílios. Onde não for possível a realização do raio-X, articular, pactuar e encaminhar ao serviço que tenha o equipamento disponível.
- e) **Garantir transporte para as equipes de saúde da família:** prover meios para a realização de visitas domiciliares aos doentes de TB e seus contatos (bicicletas, patinetes motorizados, moto, carro de apoio da VE, entre outros); instituir/institucionalizar parcerias efetivas com as secretarias municipais de transporte, promoção social, sociedade civil ou outras instâncias que possam favorecer/melhorar o vínculo e a cobertura do programa de TB em áreas remotas.
- f) **Incluir o interrogatório sobre sintomas respiratórios nas visitas domiciliares:** o questionamento sobre tosse nas visitas domiciliares deve ser realizado sistematicamente, e incluir todos os moradores da casa.
- g) **Realizar busca ativa em comunidades fechadas:** focar a população privada de liberdade, delegacias, centros de convivência, casas de acolhimento, abrigos e asilos. Nesses casos, planejar os dias e locais da busca, além de estabelecer uma rotina periódica para investigação dos SR. Considerar o tempo de permanência das pessoas na instituição e a sua capacidade de organização operacional local. Nesse sentido, estabelecer articulação com os gestores desses estabelecimentos, de maneira a otimizar as ações para realização dos procedimentos diagnósticos da TB nesses locais. Experiência em uma população privada do sul do Brasil apontou potencialidades e exequibilidades do controle da TB na população carcerária, tendo assinalado que a busca ativa foi indutora



da detecção passiva e que a triagem por sintomas, mesmo com limitações nas percepções dos detentos, permitiu aumentar a detecção de casos de TB (VALENÇA, 2016).

- h) **Intensificar a busca ativa por meio de campanhas:** apesar de ser uma ação complementar nas ações de TB, há necessidade de organizar a logística do evento, incluindo a divulgação na mídia (rádio, carro de som, TV, jornal, redes sociais, WhatsApp), de forma a dar visibilidade à ação e alcançar o maior número possível de pessoas da comunidade. Inclusive, o local do evento deve ser de fácil acesso à população, com facilidade de transporte, junto a comércio e área de lazer e/ou festividade local.
- i) **Visita domiciliar:** tem a função de ampliar/intensificar a visita por meio da ESF, visando buscar contatos que não compareçam ao serviço, identificar novos casos de SR, ofertar TDO e observar reações adversas, entre outros. Nessa visita, com foco na educação em saúde, devem-se esclarecer questões sobre a doença, sintomatologia, transmissão, risco de adoecimento, esquemas de tratamento, formas de prevenção e exames a serem realizados para o diagnóstico da TB, além de fornecer orientações sobre as medidas de controle de infecção. A literatura acerca da visita domiciliar para TB mostrou, em Campina Grande (Paraíba), que a percepção do usuário em relação à visita esteve ligada a um sentimento de segurança e de gratidão no enfrentamento do problema e de que “a saúde bate à sua porta”, além da ampliação da divulgação da TB pela informação prestada à família no domicílio, incrementando o papel educador do enfermeiro (CLEMENTINO; MIRANDA, 2015).

Assuntos relacionados à gestão dos serviços da UBS deverão ser discutidos nas câmaras técnicas ligadas às Comissões Intergestoras Regionais (CIR), com o objetivo de garantir a permanência das equipes e a qualidade no atendimento aos usuários, obedecendo aos critérios para o bom andamento dos exames e os respectivos resultados, sendo que o laboratório deve disponibilizar à APS o resultado dos exames de baciloscopia de TRM-TB no GAL, idealmente, em até 48 horas. Também sugere-se uma articulação com outras secretarias de promoção social e a sociedade civil, bem como os Caps Álcool e Drogas (Caps-AD), para discutir o compartilhamento de atribuições e de ações voltadas ao atendimento da população com sintomas respiratórios.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle da tuberculose**: uma proposta de integração Ensino–serviço. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- CLEMENTINO, F. S.; MIRANDA, F. A. N. Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliária. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 3, 2015.
- DIAS, Samuel Ribeiro. **Busca Ativa de Sintomático Respiratório na Estratégia de Saúde da Família**: Uma Proposta de Intervenção. 2014. 23 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2014.
- DOWDY, D. W.; CHAISSON, R. E. The persistence of tuberculosis in the age of DOTS: reassessing the effect of case detection. **Bull. World Health Organ.**, Geneva, v. 87, p. 296–304, 2009.
- FAÇANHA, M. C. *et al.* Treinamento da equipe de saúde e busca ativa na comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, DF, v. 35, n. 5, p. 449–454, 2009.
- GABARDO, B. M. A. A. *et al.* É necessário realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios independentemente dos cenários epidemiológicos locais?. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, DF, v. 45, n. 6, p. e20190171, 2019.
- MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 6, n. 3, p. 351–6, 2007.
- MERHY, E. E. *et al* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 448 p.
- MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 94–112.
- OTTMANI, S. *et al.* TB contact investigations: 12 years of experience in the National TB Programme, Morocco 1993–2004. **East Mediterr. Health J.**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 494–503, 2009.
- PEREIRA, Maria Odete *et al.* Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, SP, v. 26, n. 5, p. 409–412, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000500002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000500002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 jul. 2020.

SOARES, E. C. C. Estratégias de Busca de Casos de Tuberculose. **Pulmão**, Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n. 1, p. 50–54, 2012.

VALENÇA, Mariana Soares *et al.* O processo de detecção e tratamento de casos de tuberculose em um presidio. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n. 7, p. 2111–2122, jul. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CywsQjfCq8VhdrjF7vmrm5k/?lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations**. Geneva: WHO, 2013.

## 2.2 Acolhimento e classificação de risco para tuberculose na Atenção Primária à Saúde

O acolhimento prevê uma escuta humanizada e solidária à pessoa que busca o serviço de saúde. A escuta qualificada da queixa na APS se configura como um dispositivo da prática clínica de toda a equipe de saúde multiprofissional para o conhecimento das necessidades de saúde ou a minimização das dificuldades da pessoa.

O acolhimento favorece o estabelecimento de vínculo entre as equipes, os profissionais e a pessoa, a família e a comunidade; oportuniza uma relação de confiança entre os serviços de saúde e as pessoas que buscam atendimento; amplia o acesso ao serviço de saúde e às informações pertinentes de interesse do usuário; estimula a criação de estratégias e ações para promover a assistência adequada às demandas e necessidades observadas (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Ao realizar o atendimento conforme o grau de gravidade, o risco de agravamento, ou ainda o grau de vulnerabilidade de cada pessoa, torna-se possível realizar um cuidado mais qualificado.

A classificação de risco para a priorização da assistência, segundo o Cofen (2012, p. 1), é uma ação privativa do enfermeiro no âmbito da equipe de enfermagem, uma vez que, para sua realização, esse profissional “[...] deverá estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento”, o qual, por sua vez, deverá “[...] ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se às determinações da Resolução Cofen nº 358/2009 e aos princípios da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde”.

Nessa lógica, cabe à equipe de enfermagem acolher a pessoa com a escuta das queixas, situações, medos e expectativas apresentadas, além da aferição dos sinais vitais e identificação dos principais sinais e sintomas, efetuando o registro no prontuário para a continuidade da assistência pela equipe de saúde e garantindo, nos casos de queixa aguda, que a pessoa seja avaliada no mesmo dia pelo enfermeiro e/ou médico.

### 2.2.1 Problemas identificados

Alguns dos problemas costumeiramente identificados no acolhimento das pessoas com TB nos serviços da APS são:

- >> Atendimento por ordem de chegada, o que acarreta riscos relacionados à disseminação do bacilo na unidade de saúde, podendo contaminar profissionais, trabalhadores e outras pessoas que utilizam o serviço, além de prejudicar a interação, a promoção do cuidado e o estabelecimento do vínculo;
- >> Presença de pessoas SR aguardando a consulta médica ou de enfermagem na sala de espera compartilhada do serviço de saúde;
- >> Falta de atenção à tosse, pois é um sintoma comum a diversas doenças e agravos;
- >> Escuta não qualificada da queixa, o que pode levar a outros diagnósticos e retardar o diagnóstico da TB, agravando a situação de saúde da pessoa;
- >> Restrição no agendamento de pessoas com SR sugestivos de TB, acumulando em um só período grande número de usuários;
- >> Aglomeração ou compartilhamento de espaços dentro da unidade de saúde com outras pessoas;
- >> Tempo limitado para a consulta, dificultando a escuta qualificada, o estabelecimento de vínculo, a identificação de necessidades e a educação em saúde para TB.

Visando amenizar ou suprimir esses problemas, é fundamental que o acolhimento à pessoa com TB, ou com sinais e sintomas da doença, seja realizado de forma humanizada e respeitosa para o sucesso no manejo e controle da TB, aumentando as chances de detecção precoce da doença e possibilitando o diagnóstico mais ágil, o início oportuno e adesão ao tratamento e o seguimento regular para a obtenção de desfechos favoráveis.

### *2.2.2 Como realizar as atividades para a resolução de problemas na classificação de risco?*

Sabe-se que a APS é a principal porta de entrada aos serviços da RAS do SUS e deve seguir um modelo de atenção voltado à vigilância em saúde, composto por ações de promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, dentre elas a TB. É na APS que se concentram as atividades preconizadas para o controle da TB, desde a identificação da pessoa com SR, solicitação de exames e estabelecimento do diagnóstico, avaliação de contatos e diagnóstico da ILTB, até a instituição e acompanhamento do tratamento preventivo ou para doença ativa, além da promoção e educação em saúde em TB (BODSTEIN, 2002; BRASIL, 2017).

Nesse contexto, o acolhimento é essencial para fortalecer o vínculo, incrementar a detecção de casos de TB e ILTB, favorecer o diagnóstico oportuno, aumentar os desfechos positivos dos tratamentos e, também, favorecer um cuidado de qualidade, em congruência com as necessidades da pessoa e família. Isso porque o acolhimento permite a definição do caso por classificação de risco e a prioridade de seu atendimento, de acordo com o grau de complexidade apresentado (BRASIL, 2013; BRASIL, 2019).

A organização para a realização do acolhimento do SR nos serviços da APS tem como objetivo a padronização de um fluxo de atendimento adequado às especificidades e necessidades identificadas, implicando, portanto, o envolvimento e a participação dos gestores e profissionais a fim de ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado à TB em cada serviço (SPAGNOLO, 2018).

O fluxo de atendimento refere-se às etapas ofertadas para o cuidado da pessoa com TB ou suspeita de TB na unidade de saúde, incluindo a identificação do SR e os procedimentos diagnósticos (solicitação de exames, orientação da coleta e resultados); a instituição e o acompanhamento do tratamento, preferencialmente na modalidade de TDO; o seguimento mensal e a solicitação de exames de controle; o encaminhamento para consultas com especialistas; o controle das reações adversas, com encaminhamento para consultas e, quando necessário, internação ou outras demandas; a avaliação de contatos; o diagnóstico da ILTB; a instituição e acompanhamento do tratamento preventivo, quando indicado; e a educação em saúde e TB, com abordagem voltada para o controle de infecção, transmissibilidade, prevenção e diminuição do estigma (BRASIL, 2011; BRASIL, 2019).

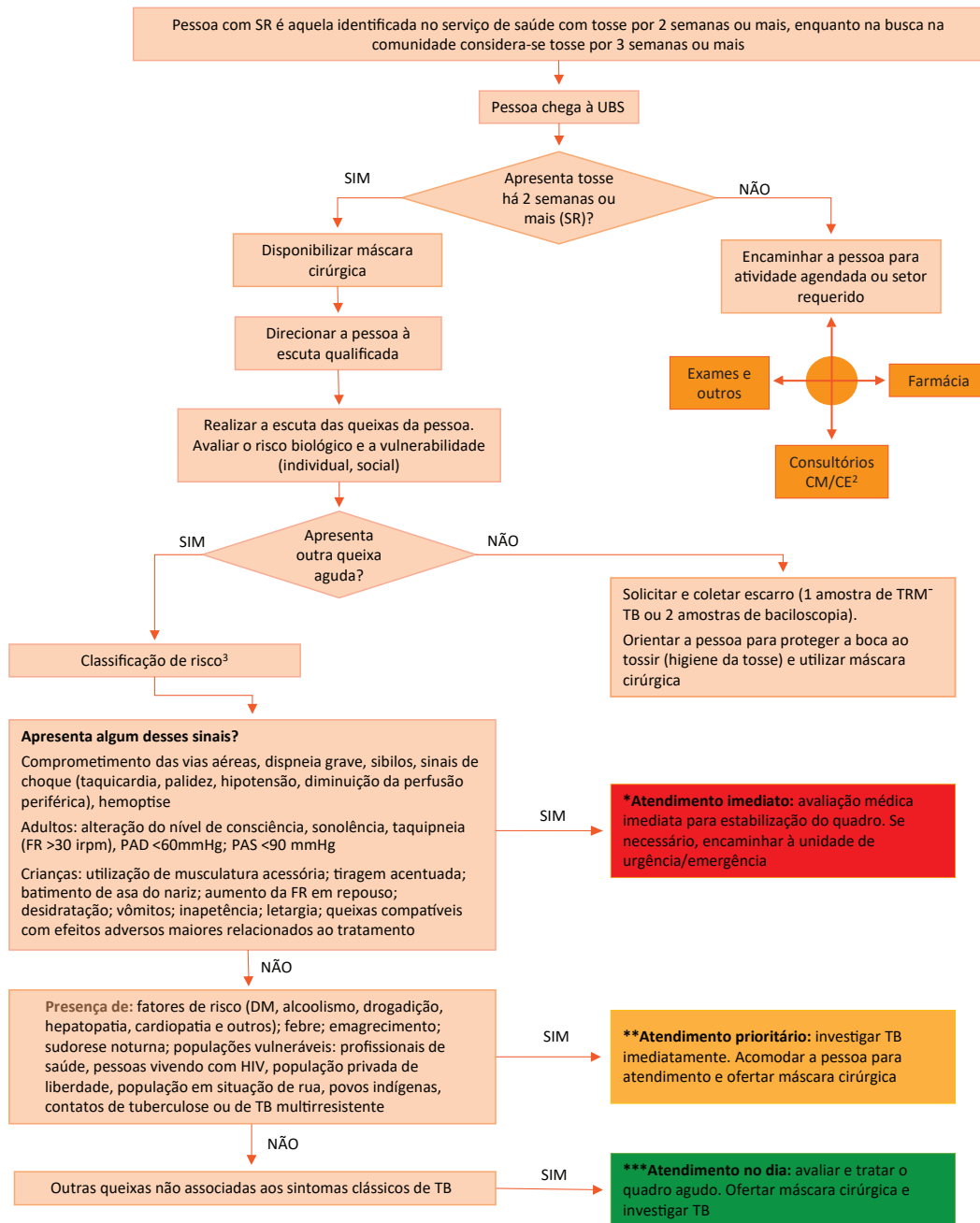
### *2.2.3 Desenvolvendo atividades para garantir o acesso com equidade baseado no acolhimento*

Para garantir o acesso com equidade, baseado no acolhimento, deve-se levar em consideração a avaliação/estratificação de risco e vulnerabilidades, o que possibilita organizar o atendimento e até mesmo estabelecer critérios de priorização, quando necessário.

Qualquer pessoa e profissional, de todas as formações, seja na comunidade ou no serviço de saúde, pode identificar um SR para TB, ou seja, a pessoa com tosse, e orientá-la a procurar por um serviço de saúde.

Nos serviços de saúde, é possível promover maior agilidade no atendimento por meio da avaliação/estratificação de risco desses casos e do direcionamento do percurso terapêutico do SR, segundo um fluxograma de atendimento pré-estabelecido pela unidade, que poderá ser elaborado pela equipe multiprofissional, tendo o enfermeiro papel fundamental no estabelecimento e implementação da rotina de trabalho, em consonância à legislação profissional vigente.

**Figura 3 – Fluxograma para acolhimento de pessoas com sintomas respiratórios (SR) nas unidades de saúde<sup>1</sup>**



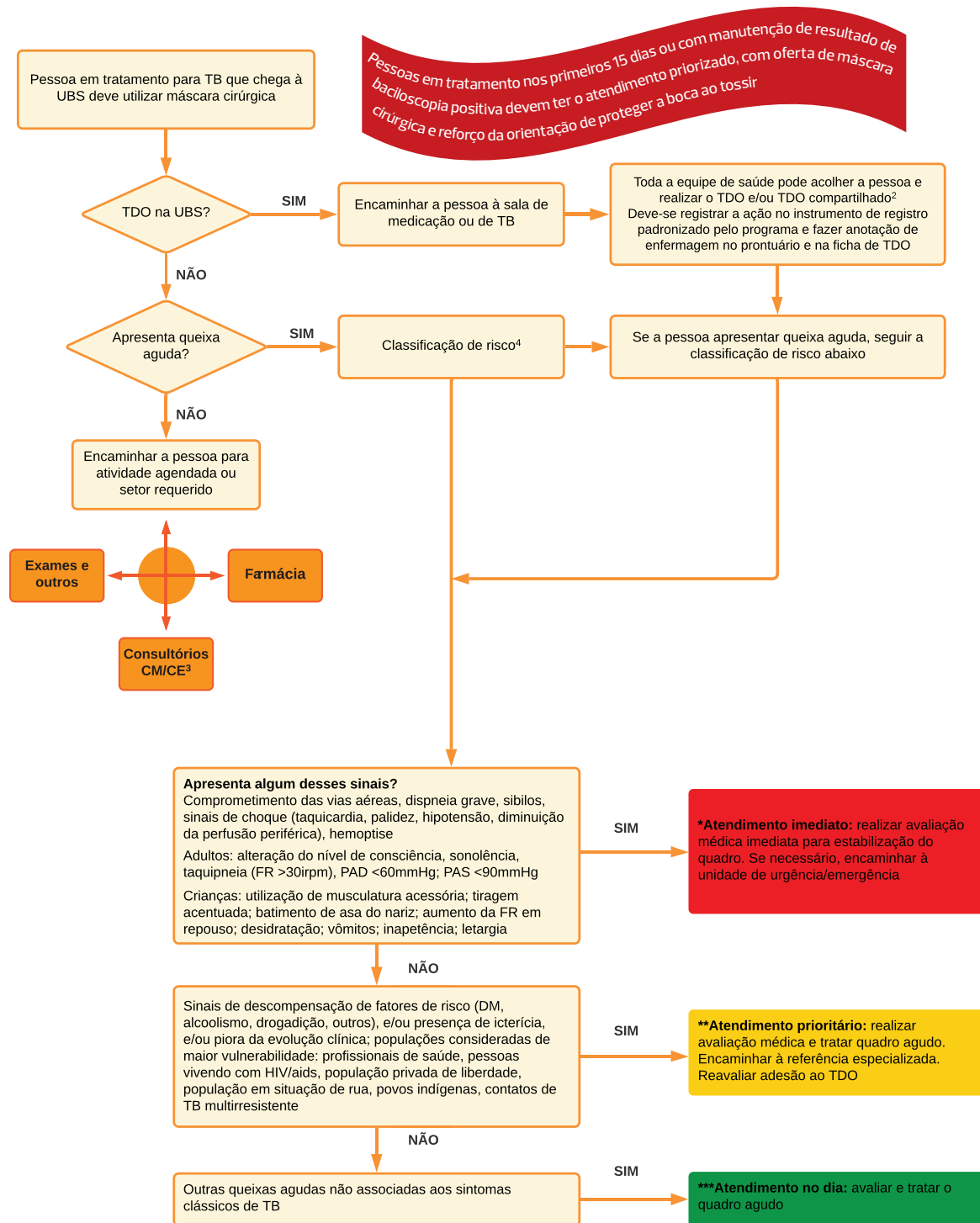
Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

<sup>1</sup> Vale destacar que este fluxograma é uma orientação de atendimento que pode ser utilizado na maioria das situações, mas que deve ser ajustado de acordo com as necessidades e realidades locais.

<sup>2</sup> CM = consultório médico; CE = consultório de enfermagem.

<sup>3</sup> Classificação de risco: **\*Atendimento imediato (alto risco de morte)**: necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Referenciar ao serviço de saúde de maior densidade tecnológica, sendo o ideal encaminhar à referência terciária de tuberculose. Em locais onde não haja rede de saúde organizada para TB, referenciar às unidades de urgência e emergência. **\*\*Atendimento prioritário (risco moderado)**: necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertadas inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. **\*\*\*Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)**: situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe, levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial.

Figura 4 – Fluxograma para pessoas com diagnóstico de tuberculose (TB)<sup>1</sup>



Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

<sup>1</sup> Vale destacar que este fluxograma é uma orientação de atendimento que pode ser utilizado na maioria das situações, mas que deve ser ajustado de acordo com as necessidades e realidades locais.

<sup>2</sup> Para pacientes que realizam o TDO compartilhado, é importante garantir a articulação entre a UBS e o serviço de saúde, assegurando a coordenação do cuidado na Rede de Atenção.

<sup>3</sup> CM = consultório médico; CE = consultório de enfermagem.

<sup>4</sup> Classificação de risco: **\*Atendimento imediato (alto risco de morte)**: necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Referenciar ao serviço de saúde de maior densidade tecnológica, sendo o ideal encaminhar à referência terciária de tuberculose. Em locais onde não haja rede de saúde organizada para TB, referenciar às unidades de urgência e emergência. **\*\*Atendimento prioritário (risco moderado)**: necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertadas inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. **\*\*\*Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)**: situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe, levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial.

Essa proposta de fluxograma visa orientar os profissionais das unidades de saúde para o acolhimento da pessoa com sintoma respiratório ou diagnóstico de TB, por meio da classificação de risco, no intuito de oferecer maior resolubilidade às necessidades de saúde, de forma mais oportuna.

## Referências

- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 7, n. 3, p. 401-12, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 423/2012**. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012\\_8956.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html). Acesso em: 7 maio 2019.
- SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.
- SPAGNOLO, L. M. L. *et al.* Detecção da tuberculose: fluxo dos sintomáticos respiratórios e resultados alcançados. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 71, n. 5, p. 2692-700, 2018.

### 2.3 O papel do enfermeiro na prevenção e identificação da tuberculose em populações vulneráveis na Atenção Primária à Saúde

Os determinantes de saúde de um indivíduo ou população estão associados às condições econômicas e sociais, ou seja, aquelas ligadas à pobreza. Nesse sentido, a doença em si acarreta prejuízos ainda maiores quando se associa à determinação social, o que é desfavorável no processo saúde-doença das pessoas (CARVALHO, 2013).

A TB é uma doença transmissível e curável (BARBOSA *et al.*, 2017); porém, está relacionada às desigualdades e iniquidades sociais, sendo considerada um problema grave de saúde pública no Brasil (SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNCIO, 2012; CAVALCANTE; SILVA, 2016; FERREIRA *et al.*, 2017). Isso significa que locais de alta densidade demográfica, com



precária infraestrutura de saneamento e moradia, insegurança alimentar, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, baixa escolaridade e renda, além de comportamentos que levam ao uso abusivo de álcool e outras drogas, podem elevar a incidência da TB (MUSAYÓN *et al.*, 2010).

Nesse sentido, a chance de exposição das pessoas à TB em decorrência desses múltiplos fatores e vulnerabilidades tem envolve tanto o indivíduo quanto o coletivo. Portanto, o conceito de vulnerabilidade estimula um trabalho integrado entre os diversos setores da sociedade e a transdisciplinaridade dos profissionais (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

As diferentes situações de vulnerabilidades podem ser particularizadas levando-se em conta três componentes:

- a) **Individual:** problemas específicos dos indivíduos, dando destaque ao viés comportamental e racional;
- b) **Social ou coletivo:** temas contextuais, como relações econômicas, de gênero, étnico-raciais, crenças religiosas, exclusão social, entre outros;
- c) **Programático ou institucional:** considera os serviços de saúde e a forma como essas unidades trabalham para reduzir o contexto de vulnerabilidade, podendo atuar com outros setores, como educação, justiça, cultura e o social (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Algumas populações vulneráveis para a TB apresentam diferentes graus de risco de adoecimento. Por exemplo, na comparação com a população geral, as PSR apresentam 56 vezes mais risco de adoecer por TB; as PPL, 35 vezes mais risco; as PVHIV, 28 vezes e os indígenas, cerca de três vezes mais risco (MACEDO; MACIEL; STRUCHINER, 2017; BRASIL, 2019).

Frente a tal cenário, e com vistas ao atendimento dessa demanda, a CGDR/DCCI/SVS/MS propõe o cuidado integral e centrado na pessoa, com a organização da assistência aos grupos populacionais mais vulneráveis, incluindo pessoas com suspeita de TB, contatos de pessoas com TB e pessoas com TB ativa, com a oferta de ações para o enfrentamento da doença na APS, facilitando o acesso dos usuários e proporcionando a atenção adequada e resolutiva na prevenção, tratamento e diagnóstico da TB ativa e da ILTB (MIZUHIRA *et al.*, 2015). Esse nível assistencial é operacionalizado, na maioria das vezes, pela ESF, que representa uma alternativa significativa e estruturante do modelo de atenção à saúde brasileiro em consonância aos princípios do SUS, como universalidade, equidade e integralidade da atenção (BRASIL, 2012a).

A ESF incorpora um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, entre as quais a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, tendo como prioridade o indivíduo na sua integralidade, considerando-o como parte do coletivo, além de suas relações familiares e socioculturais, ou seja, permite a inclusão de excluídos. Por sua vez, essa estratégia utiliza conhecimentos que fundamentam a produção de vínculos e acolhimento, em associação com o conhecimento científico estruturado, como a clínica médica e a epidemiologia (SORATTO *et al.*, 2015).

A integração entre os programas de TB e as demais ações de saúde na APS é de suma importância para reduzir as dificuldades e ampliar o acesso das pessoas aos serviços, seja para a identificação de pessoas com sintomas respiratórios, diagnóstico e tratamento da TB, seja para a avaliação de contatos e tratamento da ILTB (BRASIL, 2019). Além da integração, é importante resgatar as potencialidades da APS como ordenadora da rede de serviços de saúde, com base na resolutividade, coordenação e responsabilização, favorecendo o percurso da pessoa com TB pelos diversos níveis assistenciais e serviços necessários ao atendimento das demandas de saúde identificadas (CAVALCANTE; SILVA, 2016).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o enfermeiro faz parte integrante da composição da equipe multiprofissional da ESF, em conjunto com os demais profissionais, médico, dentista, técnicos de enfermagem, técnico de saúde bucal, ACS e agentes de combate a endemias (BRASIL, 2017). Com relação à atenção da TB nesse contexto, o enfermeiro é um protagonista no manejo e controle da doença, atuando na assistência integral de indivíduos, famílias e sociedade (MUSAYÓN *et al.*, 2010).

### *2.3.1 Entraves identificados na assistência à população vulnerável*

Dentre os entraves mais comumente observados para assistir a população vulnerável, estão a ausência de tratamento adequado e oportuno; a dificuldade na organização de serviços de saúde para o atendimento integral e de qualidade a essa população (assistência individual, acolhimento, detecção dos casos com busca ativa do SR, controle de contatos e casos de resistentes); a falta de parcerias com as lideranças comunitárias e de articulações com outros setores de políticas públicas (programas sociais); a dificuldade de acesso à atenção à saúde na APS; a ausência de atividades de promoção da saúde e de práticas educativas que auxiliem os usuários no autocuidado; a limitação nas ações de combate ao estigma e ao preconceito relacionado à TB.

### *2.3.2 Atividades/ações e estratégias a serem desenvolvidas pelo enfermeiro para as populações vulneráveis*

De forma geral, o MS recomenda que pessoas com suspeita de TB que apresentem tosse e/ou radiografia de tórax sugestiva para a enfermidade realizem coleta de escarro para TRM-TB ou baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade. Particularmente, para a investigação de pessoas em situação de vulnerabilidade, devem-se considerar tempos de tosse específicos para cada população, enfatizando que, para PPL, indígenas, PVHIV e PSR, a investigação independe do tempo de duração da tosse (BRASIL, 2019).

Nesses casos, o grande diferencial que se coloca na prestação do cuidado é o reconhecimento dos problemas e dificuldades que essas pessoas enfrentam para acessar as ações e serviços de controle da doença, devendo-se implementar soluções factíveis e capazes de minimizar e favorecer o manejo do agravo, como:

- a) Fortalecimento da estratégia do TDO na APS para a totalidade das pessoas vulneráveis, independentemente da forma clínica da doença (BRASIL, 2019).

- b) Realização de ações com participação comunitária, corroborando a conscientização sobre a TB na sociedade;
- c) Capacitação da comunidade para compreender as necessidades de saúde das pessoas vulneráveis e atuar junto à APS na implementação de estratégias integradas e intersetoriais de proteção da vida;
- d) Capacitação de lideranças comunitárias para reduzir o estigma e preconceito, auxiliar na identificação e encaminhamento de pessoas com sintomas respiratórios aos serviços de saúde e facilitar o acesso da pessoa ao diagnóstico de TB na APS, desde a identificação do caso até a adesão do tratamento e a obtenção da cura;
- e) Motivação de liderança comunitária para enfrentar o problema da TB como uma questão importante de saúde pública, uma vez que a participação efetiva da comunidade deve ser considerada como força motriz para garantir o controle da TB e outras enfermidades associadas;
- f) Promoção da cidadania, a partir do desenvolvimento de parcerias entre lideranças e organizações comunitárias para discutir, planejar e executar ações intersetoriais voltadas à melhoria das condições de saúde e vida das pessoas, particularmente nas grandes cidades e em locais com vulnerabilidade social.

### 2.3.3 Exemplos de estratégias a serem desenvolvidas para vulneráveis com tuberculose

De modo geral, as estratégias/ações a serem desenvolvidas para essas populações devem contar com a abertura de espaços nos serviços de saúde para a articulação com a área cultural da sociedade, procurando associar a criatividade da população para a emissão de mensagens que construam novos saberes técnicos com ênfase na TB, de forma a transpor os saberes populares por meio de materiais educativos como cartilhas, folders, panfletos, álbum seriado, dança, poesia, música, folclore, rap, entre outros.

Recomenda-se a ampliação da divulgação de informações sobre TB nas escolas, nas igrejas, nos serviços de saúde e na comunidade, favorecendo atitudes positivas de saúde, apoio e incentivo, assim como o desenvolvimento de estilos de vida que promovam a saúde.

Também se devem realizar parcerias com ONGs e outras instituições governamentais na área de desenvolvimento social para viabilizar formas de atendimento a outras demandas das pessoas com TB, como alimentação, moradia, traslados, agasalhos, entre outros. Isso inclui articulações com outros setores de políticas públicas, assistência social e educação nas ações de controle da tuberculose.

A estratégia organizacional e de gestão é imprescindível para efetivar e ampliar o acesso dos casos suspeitos e das pessoas com TB às ações de controle da doença (WYSOCKI *et al.*, 2017); no entanto, precisa ser realizada de forma planejada (organizar fluxos laboratoriais, insumos e materiais para atendimento dos suspeitos/doentes), com garantia de capacitação permanente dos profissionais e supervisão, a fim de propiciar qualidade do atendimento (SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNCIO, 2012; WYSOCKI *et al.*, 2017).

A seguir, listam-se recomendações de ações estratégicas para grupos específicos das populações vulneráveis.

### 2.3.3.1 Pessoas vivendo com HIV (PVHIV)

A APS tem um papel fundamental no controle da transmissão do HIV e da TB, uma vez que articula conhecimento e técnicas provenientes da epidemiologia e do planejamento, com enfoque nos problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuo, de forma a operacionalizar ações promocionais e preventivas em seu território. Nesse caso, o enfermeiro da APS deve estar capacitado para possibilitar o acolhimento, prevenção, aconselhamento pré e pós-teste para o diagnóstico do HIV, diagnóstico precoce e assistência, quando necessário (OLIVEIRA, 2012).

Também cabe ao enfermeiro a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição. Nesse sentido, de acordo com o Parecer nº 12/2020/CTAS/COFEN, está autorizada a prescrição de medicamentos para a profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) e pós-exposição ao HIV (PEP) pelo enfermeiro da APS (COFEN, 2020).

Cabe ressaltar que a coinfeção TB-HIV no Brasil tem grande repercussão na mortalidade e letalidade por aids e TB (MAGNABOSCO *et al.*, 2016), e algumas ações são sugeridas para atender a essa população:

- a) As equipes dos programas de controle da TB e dos programas de HIV/aids e as equipes de saúde nos diferentes pontos de atenção à saúde devem realizar ações colaborativas, integradas e continuadas, com a oferta de assistência adequada à coinfeção TB-HIV;
- b) A dinâmica assistencial às PVHIV deve pressupor práticas interdisciplinares que se preocupem com as relações e condições de vida em determinado território e considerem as situações de vulnerabilidade social, possibilitando melhor planejamento e reorganização das tecnologias de saúde;
- c) As PVHIV, além de possuírem elevado risco de progressão da ILTB para a doença ativa, apresentam maior possibilidade de formas atípicas e graves da TB, como as formas resistentes e multirresistentes; daí a importância de os enfermeiros realizarem a avaliação rigorosa, indicação e instituição do tratamento da ILTB nessa população, sempre que recomendado (BRASIL, 2019).
- d) O diagnóstico da infecção pelo HIV em pessoas com TB pode ser realizado pelo teste rápido (preferencialmente) ou sorológico, devendo os casos positivos para HIV serem encaminhados aos serviços de atenção especializada (SAE), uma vez que devem iniciar a terapia antirretroviral (TARV) de forma oportuna (BRASIL, 2019).
- e) Cabe ressaltar a importância da TARV de forma concomitante em pessoas em tratamento de TB, uma vez que essa terapia gera consequente queda na morbidade e mortalidade ocasionada pela dupla infecção TB-HIV, ou seja, é uma importante ferramenta preventiva para ambas as doenças (SILVA; GONÇALVES, 2012).

- f) A PrEP e a PEP são estratégias biomédicas de prevenção que utilizam medicamentos antirretrovirais por indivíduos infectados pelo HIV, e que diferem pelo momento de utilização (antes ou depois da exposição ao vírus) e pelo tempo de ingestão. A PrEP é de utilização contínua e a PEP tem prescrição de 28 dias (COFEN, 2020).

Todas as pessoas com TB, independentemente da forma clínica, devem ser submetidas ao teste rápido ou sorológico para o HIV (SILVA; GONÇALVES, 2012). A investigação de pessoas com SR em PVHIV deve ser feita independentemente do tempo de tosse (BRASIL, 2019). A realização do teste rápido do HIV nas unidades da APS possibilita uma melhor cobertura do teste sorológico, fortalece o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e permite, quando indicado, o início precoce da TARV.

#### *2.3.3.1.1 Rotinas para a identificação da PVHIV com sintomas respiratórios nas unidades de saúde*

- a) Diariamente, deve-se realizar a busca ativa de casos de TB nessa população;
- b) A busca ativa da TB está baseada no rastreamento de quatro sinais e sintomas em todas as visitas das PVHIV ao serviço de saúde: febre, tosse, emagrecimento e sudorese noturna;
- c) A estratégia de busca ativa de SR nas PVHIV se faz independentemente do tempo de duração da tosse;
- d) Todo SR deve ser submetido a uma avaliação clínica e realizar exames de diagnóstico laboratorial inicial por TRM-TB ou baciloscopia, crescidos de cultura e TS e, quando possível, raio-X de tórax, como método auxiliar para o diagnóstico da TB;
- e) É importante que ambos os programas definam a linha de cuidado para coinfeção TB-HIV, incluindo a APS como importante ponto de atenção na RAS, estabelecendo, principalmente, o processo de matriciamento e o mapeamento das referências para outras especialidades, exames diagnósticos e complementares, procedimentos invasivos, entre outros (COSTA; CAVALCANTE, 2010).

#### *2.3.3.2 População indígena*

A população indígena no Brasil é composta por pessoas autodeclaradas indígenas, segundo o quesito raça/cor, definido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O Censo Demográfico de 2010 contabilizou 817.963 pessoas que se autodeclararam indígenas, o equivalente a 0,4% da população brasileira. Nas áreas urbanas, os indígenas contam com ações de atenção à saúde executadas pelos municípios, por meio da rede de

saúde do SUS. Na população considerada aldeada, o acesso aos serviços de saúde é de responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), que possui equipes de saúde específicas para o cuidado da população indígena rural, e, portanto, constituintes do SUS (BRASIL, 2011; BRASIL, 2019). Nesses casos, sugere-se:

- a) Para o controle da TB em indígenas na população brasileira, é de extrema importância a integração entre os programas locais de controle da TB, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), as unidades da APS para a saúde indígena e as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) para o desenvolvimento de ações que melhorem a compreensão das especificidades socioculturais da população indígena em todos os níveis de atenção;
- b) A partir do planejamento conjunto, é possível desenvolver ações de controle da tuberculose que contemplem a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política dos indígenas, reconhecendo o direito desses povos à sua cultura e à saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2019);
- c) Na avaliação de contatos de indígenas, consideram-se contatos de um caso de TB todos os habitantes de um domicílio e, em alguns casos, isso se estende a outros núcleos familiares que mantenham significativa interação com a pessoa caso índice de TB (BRASIL, 2019). Para os contatos identificados, são recomendadas as mesmas ações de avaliação, prevenção e diagnóstico relativas à população geral e disponíveis no "Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil" (BRASIL, 2019);
- d) A APS deve estar qualificada para realizar o tratamento da TB sensível na população indígena. Os casos de TB resistente e coinfeção TB-HIV devem ser compartilhados com as EMSI e os serviços de referência da RAS, sendo importante, sempre que possível, a permanência do indígena em sua aldeia de residência durante o tratamento de TB;
- e) Realizar o TDO para todo indígena diagnosticado com TB, dada a superioridade dos resultados obtidos com essa estratégia.

É considerado SR todo indígena com tosse, independentemente da duração do sintoma (BRASIL, 2019). O diagnóstico da TB pulmonar na população indígena não deve ser baseado somente no raio-X tórax, devido à maior ocorrência de infecção por micobactérias não tuberculosas (MNT) e/ou fungos, os quais podem apresentar alterações radiológicas semelhantes. O diagnóstico inicial da TB pode ser realizado pelo TRM-TB. Se for realizada a baciloscopia, é fundamental a solicitação da cultura, pois ela não diferencia o *M. tuberculosis* das MNT (BRASIL, 2019).

### *2.3.3.2.1 Rotinas para a identificação do indígena com sintomas respiratórios nas unidades de saúde e territórios indígenas*

- a) A busca ativa de SR está recomendada para toda a população indígena de forma continuada e de maneira integrada às ações em saúde realizadas pelas EMSI nos DSEI e pela RAS.
- b) A busca ativa amplia as oportunidades para detecção precoce de casos de TB nas aldeias, sendo que a meta estabelecida é de 1% de SR, a qual pode ser aumentada de acordo com a realidade local (BRASIL, 2019). A avaliação dessas metas é imprescindível e deve ser feita periodicamente pelos serviços de TB.
- c) Todo SR indígena deve ser submetido a uma avaliação clínica e realizar exames de diagnóstico laboratorial por TRM-TB ou baciloscopia. No caso de TRM-TB detectado ou em que o diagnóstico inicial tenha sido realizado por baciloscopia, devem-se realizar cultura e TS (BRASIL, 2019). Quando possível, realizar o raio-X de tórax como método auxiliar para o diagnóstico da TB. Uma vez firmado o diagnóstico, solicitar o teste de HIV.
- d) Estabelecer uma interlocução com as secretarias municipais, estaduais e federal com os DSEI, a fim de estabelecer fluxos de exames laboratoriais e imagens para atendimento a essa população.
- e) Apoiar o planejamento e auxiliar na implementação/implantação de medidas de intervenção locais, municipais e estaduais para esse grupo, tais como agilidade no atendimento, acolhimento, assistência social, escuta qualificada, inclusão de PTS, cuidado centrado na pessoa, entre outros.

### *2.3.3.3 População em situação de rua*

Considera-se PSR um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e a utilização de logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como pessoas vivendo em unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2016).

As pessoas desse segmento apresentam diversos problemas de saúde, entre os quais a TB, devido à sua vulnerabilidade social (ZUIM; TRAJMAN, 2018).

Com relação à TB em PSR, existem poucos dados disponíveis que possibilitem traçar com clareza o perfil do seu adoecimento e/ou de suas representações sobre os processos de saúde e doença (BRASIL, 2012b). Entretanto, estudos realizados, assim como depoimentos dessas pessoas e de técnicos que trabalham junto a elas, estimam que a TB representa um grave problema de saúde nesse grupo, em função da elevada taxa de incidência e de abandono do tratamento; portanto, as PSR são consideradas pelo MS como uma população de elevada vulnerabilidade. Frente ao problema, estabelecem-se as seguintes recomendações:

- a) A forma de abordagem e o acolhimento são de fundamental importância para a produção do cuidado de enfermagem, na medida em que esse grupo social é marcado por um processo de exclusão dos serviços de saúde, vez que sua presença na unidade se traduz em forte incômodo para profissionais e os demais usuários, o que compromete a garantia de seus direitos à atenção integral à saúde. Sendo assim, estratégias de controle da TB para as PSR devem ser construídas intra e intersetorialmente, envolvendo diversos setores da saúde, a assistência social e a sociedade civil;
- b) É de extrema importância ampliar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde das PSR, uma vez que a APS é um espaço prioritário para o fortalecimento do cuidado e a criação de vínculo na RAS, possibilitando a implementação das ações de prevenção e controle da TB, devendo as equipes de APS atuar de forma integrada com as Equipes de Consultório na Rua (ECnR) (BRASIL, 2012b);
- c) Na abordagem da TB nas PSR, alguns obstáculos ao tratamento devem ser considerados: baixa autoestima; alimentação inadequada; sintomas imperceptíveis; uso abusivo de álcool e outras drogas; transtornos mentais; dinâmica da rua, que não contribui para que os medicamentos sejam tomados com regularidade; roubo de pertences individuais e/ou seu recolhimento pelos órgãos públicos – entre eles, os medicamentos sob o cuidado do doente; regras rígidas estabelecidas pelos serviços de saúde; fixação de horários e dias de atendimento; indisponibilidade de atendimento no momento em que as PSR apresentam efeitos colaterais (BRASIL, 2012b);
- d) Na expectativa de melhorar os resultados do tratamento, a APS deve realizar ações intersetoriais, tais como mapear as instituições que configuram a rede de atendimento, incluindo instituições governamentais e não governamentais (abrigos, albergues, centros de convivência, casas de acolhida etc.) e envolver o maior número possível de atores sociais e de instituições governamentais e não governamentais, em todas as fases do atendimento – detecção, diagnóstico e tratamento;
- e) Deverão ser definidas as unidades de saúde de referência para o atendimento, estabelecendo um fluxo claro entre elas e as instituições da rede de proteção social, ademais de sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para além dos conteúdos programáticos, priorizando aqueles relacionados às especificidades das PSR (BRASIL, 2012b);
- f) A unidade de saúde com PSR em sua área de abrangência deve buscar parcerias e/ou instituições que tenham vínculos com a pessoa. Essas equipes, além de atender a essa demanda, devem prestar apoio matricial às demais equipes; as equipes de APS e de Consultório na Rua (CnR) devem buscar acompanhar as pessoas nos locais onde vivem (abrigos, albergues e/ou casas de acolhida); os profissionais devem receber sensibilização e capacitação em tuberculose e articular junto a esses espaços a realização do TDO por profissional da assistência social;
- g) Deve-se buscar apoio junto aos hospitais, principalmente os de referência para o tratamento da TB nessa população, quando necessário, e oferecer a possibilidade de internação por vulnerabilidade social no início do tratamento



ou na totalidade do período de duração do tratamento, caso necessário, com o consentimento da pessoa (BRASIL, 2012b);

- h) No caso de realização de inquéritos, o ideal é montar uma estrutura para que os que têm indicação de realizar exames possam ter os resultados de TRM-TB ou baciloscopia e raio-X de tórax no momento das entrevistas. Desse modo, trabalhar da perspectiva de redução de danos será a melhor forma de seguimento do tratamento de TB entre as PSR que fazem uso de álcool e outras drogas;
- i) Dada a complexidade da atenção à PSR, há necessidade da integração entre diferentes políticas (nas áreas de Proteção Social, Trabalho e Justiça) e serviços (Caps e Caps-AD, entre outros) para essa atenção;
- j) Deve-se estabelecer a construção do PTS, além de articulação intra e intersetorial, em virtude da fragmentação do cuidado e das possíveis lacunas existentes na intersectorialidade entre serviços e equipes, as quais são ainda mais evidentes quando se trata dessa população.

Existe uma estimativa de prevalência de TB nas PSR 37 a 60 vezes maior do que a encontrada na população geral. Nessa população, quase metade dos tratamentos são interrompidos antes dos seis meses (ZUIM; TRAJMAN, 2018).

#### *2.3.3.3.1 Rotinas para a identificação da PSR com sintomas respiratórios nas unidades de saúde*

- a) Pessoas com tosse, independentemente do tempo do sintoma, devem ser avaliadas pelas equipes de APS/CnR;
- b) A busca ativa de casos de SR em PSR deve ser feita em toda a rede de atendimento mapeada e junto a parceiros. O acesso da PSR aos serviços de TB deve ser livre, no horário de sua conveniência;
- c) Na abordagem, tanto na busca ativa de casos de SR quanto na visita espontânea destes às unidades de saúde, deve-se explicar à PSR a necessidade da realização do exame de escarro, por dois dias consecutivos. É importante oferecer a oportunidade de coleta do material na própria instituição (no momento da entrevista) ou na unidade de saúde (no momento da consulta), respeitando-se os procedimentos de biossegurança;
- d) Sempre que possível, nessa população, deve-se solicitar e realizar, no primeiro contato, TRM-TB ou baciloscopia – no caso de TRM-TB detectado ou em que o diagnóstico inicial tenha sido realizado por baciloscopia, devem-se realizar cultura e TS (BRASIL, 2019). Solicitar também o teste de HIV e raio-X de tórax, buscando otimizar o encontro. Trata-se de uma população de risco tanto para a TB resistente como para o HIV; assim, é importante que os exames sejam ofertados em tempo oportuno;

- e) Por se tratar de uma população com características migratórias, é comum que entrem várias vezes no sistema de acolhimento. Por isso, é importante registrar em seu prontuário os resultados dos exames realizados.

As PSR apresentam dificuldades relacionadas à percepção do tempo; parte delas não percebem a presença da tosse; além disso, dormir nas ruas e associar a tosse à dependência química pode levá-las a desvalorizar um dos principais sintomas da TB.

#### 2.3.3.4 População privada de liberdade (PPL)

A TB é uma doença de transmissão aérea e encontra no sistema prisional o ambiente ideal para sua propagação, em função das celas mal ventiladas, iluminação solar reduzida e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Esses são alguns fatores que contribuem para o coeficiente elevado de TB no sistema prisional (ALLGAYER *et al.*, 2019).

O risco de adoecer por TB é partilhado entre PPL, guardas, profissionais de saúde, visitantes e todas as pessoas que frequentam as prisões, uma vez que a circulação em massa de pessoas, as transferências de uma prisão a outra e as altas taxas de encarceramento colocam também em situação de risco as comunidades externas às prisões. Por isso, a TB nas prisões constitui um sério problema de saúde nos países de alta e média endemicidade, além de serem frequentes as formas de TB resistente e multirresistente (BRASIL, 2019). Para atender a essa demanda, algumas sugestões são pertinentes e sugeridas:

- a) A enfermagem, bem como toda a equipe da APS, tem papel fundamental na detecção de casos, seja por meio de busca ativa na unidade prisional, ou a partir da demanda espontânea (quando a PPL procura o serviço de saúde), ou por meio da busca ativa de SR, associada à educação em saúde;
- b) Deve-se ampliar o conhecimento sobre TB na população prisional e realizar a instrumentalização dos profissionais de saúde e de segurança, por meio de ações de educação permanente;
- c) É importante melhorar a comunicação entre as equipes de segurança e de saúde, conhecendo como se dá a rotatividade de detentos e as admissões, uma vez que estes são fatores citados pelos profissionais como frágeis no rastreamento e no seguimento do tratamento da TB;
- d) Quando confirmado um caso de TB, a supervisão do tratamento deve ser realizada, preferencialmente, pela estratégia do TDO, sendo também ofertado o teste de HIV (ALLGAYER *et al.*, 2019; BRASIL, 2019). Cabe ressaltar que o TDO objetiva contribuir para a maior adesão ao tratamento, devendo ser ofertado de preferência todos os dias, por profissionais da saúde;

- e) Quando o interno da unidade prisional for identificado com TB, examinar todos os contatos da cela e encaminhar contatos domiciliares à UBS para investigação de TB (ALLGAYER *et al.*, 2019; BRASIL, 2019);
- f) Manter fluxo de informações entre as unidades prisionais, o programa de TB e a Vigilância Epidemiológica local (ALLGAYER *et al.*, 2019; BRASIL, 2019);
- g) Estabelecer metas para a busca de SR em cada unidade prisional.

No caso de PPL, é considerada como SR toda pessoa com tosse, independentemente do tempo de duração.

#### 2.3.3.4.1 Detecção de pessoa com sintoma respiratório na demanda espontânea da população privada de liberdade

A PPL costuma subestimar o significado dos sintomas, muitas vezes consideram a tosse como "normal" ou têm dificuldades para acessar o serviço de saúde. Sendo assim, devem ser desenvolvidos os seguintes esforços:

- a) Sensibilizar as PPL e demais integrantes da comunidade carcerária, especialmente os guardas, para a importância da identificação precoce dos casos e da tosse como principal sintoma da TB;
- b) Recomenda-se a detecção de novos casos de TB por meio da demanda espontânea, na presença de tosse, de qualquer duração, na porta de entrada do sistema penitenciário (ALLGAYER *et al.*, 2019);
- c) É importante instituir programa de educação continuada em TB e coinfeção TB-HIV para profissionais de saúde das unidades prisionais;
- d) Devem-se estabelecer mecanismos que facilitem a comunicação e o acesso das PPL ao serviço de saúde;
- e) Orienta-se submeter todo caso suspeito de TB a diagnóstico laboratorial por TRM-TB ou baciloscopia. No caso de TRM-TB detectado ou em que o diagnóstico inicial tenha sido realizado por baciloscopia, devem-se realizar cultura e TS (BRASIL, 2019). Quando possível, realizar o raio-X de tórax como método auxiliar para o diagnóstico da TB.
- f) Faz-se necessário estabelecer rotinas e fluxos dos exames laboratoriais do sistema prisional aos programas estaduais e municipais de TB e aos serviços de saúde das áreas prisionais, de forma a garantir o fluxo das amostras e o retorno do resultado do TRM-TB ou da baciloscopia em 24 horas, para o início imediato do tratamento (ALCÂNTARA *et al.*, 2014).

#### 2.3.3.4.2 Rotinas para a busca ativa de pessoas com sintomas respiratórios na população privada de liberdade

- a) O rastreamento deve ser rotineiro ou sistemático entre os ingressos ou indivíduos já encarcerados (rastreamento em massa) para a identificação daqueles que serão submetidos ao teste diagnóstico para TB (baciloscopia de escarro ou TRM-TB, cultura e TS).
- b) Além do rastreamento com base na existência de tosse, independentemente do tempo do sintoma, realizar o rastreamento radiológico para identificar a existência de qualquer tipo de anormalidade (pulmonar, pleural ou mediastinal).
- c) A estratégia de busca ativa é mais importante no planejamento de ações do que a demanda espontânea, e deve ser realizada de forma sistemática e anual (ALLGAYER *et al.*, 2019).
- d) Na unidade prisional, o enfermeiro deve ofertar potes para a coleta de escarro e indicar o local da sala de coleta ou ambiente com ventilação natural para a realização desse procedimento (ALLGAYER *et al.*, 2019).

#### 2.3.3.4.3 Rotina para busca de contatos nas populações privadas de liberdade

- a) Ocorrendo um caso de TB, é necessário identificar e examinar todos os contatos dessa pessoa. Em grandes prisões, com celas coletivas e/ou naquelas onde há permanência de grande número de PPL em espaços comuns, todas as pessoas de uma mesma cela ou galeria devem ser consideradas contatos. O principal objetivo da investigação de contatos em ambientes prisionais é a procura de outros casos de TB ativa (BRASIL, 2019; ALLGAYER *et al.*, 2019);
- b) A baciloscopia ou o TRM-TB estão indicados para todos os contatos que tiverem expectoração, independentemente da duração da tosse. Se possível, realizar também exame radiológico de tórax. Os contatos infectados pelo HIV, desde que descartada a TB ativa, devem realizar tratamento da ILTB (BRASIL, 2019);
- c) Não está indicada a avaliação da ILTB por meio da PT nos contatos em ambiente prisional, pela elevada probabilidade de ocorrência de reinfecções em curto espaço de tempo (BRASIL, 2019);
- d) Os familiares de PPL com TB ativa devem ser orientados a procurar um serviço de saúde extramuros para a realização dos exames necessários, de acordo com os critérios recomendados pelo MS para o rastreamento de contatos (BRASIL, 2019);
- e) A cultura de escarro deve ser realizada sempre que houver alteração radiológica sugestiva de TB, resultado detectado no TRM-TB ou quando for realizada baciloscopia (independentemente do resultado) (BRASIL, 2019);
- f) As ações de informação, educação e sensibilização da PPL fazem parte das estratégias de prevenção e controle da TB;

- g) A busca ativa de SR por equipe multiprofissional pode ampliar o atendimento e a prevenção à TB. A equipe pode atuar em políticas de saúde, sociais e educacionais, visando inserir a população como coparticipante do processo de prevenção da doença e identificação de novos casos de TB. Também pode participar da gestão local da assistência, por exemplo, organizando um fluxo de trabalho que facilite o acesso dos usuários e seus contatos nos serviços de saúde.

#### 2.3.3.4.4 *Outras populações atendidas no contexto da Atenção Primária à Saúde – pessoa com tuberculose drogarr resistente (TB DR)*

A resistência aos medicamentos utilizados para o tratamento da TB pode ter origem em diversos fatores, como a administração de esquema medicamentoso inadequado, prescrições incorretas, uso indevido dos medicamentos e irregularidade na composição dos fármacos (FERREIRA *et al.*, 2017). Também concorrem para a resistência a falha na adesão da pessoa ao tratamento, a absorção intestinal deficiente e a falta de suspeição de resistência primária (por avaliação inadequada da história de contatos e falhas no seguimento de TB sensível), bem como a falta ou falha na provisão e distribuição dos medicamentos padronizados para TB DR (BALLESTERO *et al.*, 2019). Ressalta-se que os casos de TB DR apresentam elevada mortalidade (FERREIRA *et al.*, 2017).

As pessoas com TB DR demandam medicamentos específicos; portanto, os fármacos indicados não estão disponíveis na APS. Com isso, o início do tratamento de TB DR sempre será manejado na referência secundária e/ou terciária, como também o acompanhamento médico mensal dos casos. Entretanto, essas pessoas podem ser encaminhadas para a tomada dos medicamentos diariamente na APS, em virtude do uso de esquemas injetáveis, e devem realizar o TDO (BRASIL, 2019), ou seja, o acompanhamento do tratamento é compartilhado. Nesse sentido, o cuidado à pessoa com TB DR pode trazer problemas operacionais para a APS, principalmente aqueles relacionados com a organização e capacitação das equipes de saúde para atender a essa demanda, considerando a integralidade do cuidado (BALLESTERO *et al.*, 2019), o cuidado centrado na pessoa e a biossegurança. As recomendações relacionadas à assistência à TB DR são referidas a seguir.

#### 2.3.3.4.5 *Rotinas para a assistência a pessoa com multirresistência no contexto da Atenção Primária à Saúde*

Para o atendimento das pessoas com TB DR na APS, o enfermeiro deve:

- a) Estabelecer o atendimento de forma integral, abordando seus aspectos individuais e sociais com a equipe de saúde, além de fortalecer o vínculo entre doente, profissional e o serviço;
- b) Favorecer o acolhimento diário para a tomada dos medicamentos, uma vez que o acompanhamento dos casos de TB DR ocorre em mais de um serviço de saúde. Nesse caso, orientar a pessoa quanto às suas idas ao serviço de referência para a

- prescrição e recebimento dos medicamentos, solicitação e realização de exames e manejo das reações adversas;
- c) A fim de alcançar a integralidade, faz-se necessária a constituição e articulação em redes, o que possibilita distintas densidades tecnológicas e um sistema de apoio com informações das pessoas, sem ordem ou grau de importância entre os serviços, além de uma articulação entre a atenção prestada ao usuário na APS e a referência. Ou seja, deve-se manter a integralidade e a coordenação dos serviços para o atendimento de casos complexos como a TB DR;
  - d) Favorecer encontros para capacitação sobre TB com familiares e/ou aqueles com quem a pessoa mantém relações afetivas, apoiando-os nas suas dificuldades e inseguranças, dada a debilidade física gerada pela TB DR;
  - e) Articular com o serviço social o apoio a ser prestado sobre a questão dos direitos a benefícios como o auxílio-doença ou outros incentivos, como cestas básicas, vale-transporte e leite; o não usufruto desses direitos acaba por prejudicar economicamente a pessoa e acarreta prejuízos psicológicos e sociais;
  - f) Permitir maior flexibilidade do cuidado, ou seja, realizar uma negociação da equipe com a pessoa com TB DR quanto ao horário e local da tomada dos medicamentos, de forma a atender a ambas as partes, ou seja, considerando a adequação às particularidades de cada sujeito e contexto;
  - g) Há necessidade de ampliar a vinculação da APS às pessoas atendidas, evitando a responsabilização isolada do usuário e não compartilhada entre doentes e os profissionais de saúde, o que requer uma melhor organização dos serviços para atender às demandas oriundas dos casos de TB DR.

A TB multidrogarresistente é definida como a resistência a pelo menos rifampicina e isoniazida (BRASIL, 2021). Estima-se que, no mundo, 3,7% dos casos novos e 20% dos tratados anteriormente serão classificados com TB DR (BALLESTERO et al., 2019).

## Referências

- ALCÂNTARA, L. M. *et al.* Ações para o controle da tuberculose no sistema penitenciário masculino. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 8, n. 11, p. 3832–32, nov. 2014.
- ALLGAYER, Manuela Filter *et al.* Tuberculose: vigilância e assistência à saúde em prisões. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 72, n. 5, p. 1304–1310, out. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/PQmWw6gw7gbX4kX46HXFkzR/?lang=en>. Acesso em: 21 jun. 2020.
- BALLESTERO, J. G. A. *et al.* Estratégias de controle e atenção à tuberculose multirresistente: uma revisão da literatura. **Rev. Panam. Salud Pública**, [s. l.], v. 43, p. e20, 2019.
- BARBOSA, B. L. F. A. *et al.* Ações de controle da tuberculose na atenção primária brasileira. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 19, n. 1, p. 92–100, jan./mar., 2017.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 9/2021-CGDR/.DCCI/SVS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-92021-cgdrdccisvms>. Acesso em: 26 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício Circular nº 7/2019/CGDR/.DCCI/SVS/MS**. Atualização das recomendações sobre o diagnóstico laboratorial da tuberculose. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.funed.mg.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/TUBERCULOSE-OFICIO-CIRCULAR-7-2019-MS-SVS-NOVA-ORIENTA%C3%87%C3%83O-PARA-CULTURA-E-TS-APOS-KIT-ULTRA.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, Edição 183, Seção 1, p. 68, 22 set 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 48 p.: il.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.
- CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. *In*: CAVALCANTE, E. F. O.; SILVA, D. M. G. V. O. Compromisso do enfermeiro com o cuidado à pessoa com tuberculose. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. e3930015, 2016.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Parecer de Câmara Técnica nº 12/2020/CTAS/COFEN**. Prescrição de Medicamentos para Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP) e Profilaxia Pré Exposição ao HIV (PrEP) por Enfermeiros. Brasília, DF: Cofen, 8 ju. 2020. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/81126\\_81126.html](http://www.cofen.gov.br/81126_81126.html). Acesso em: 26 jan. 2022.
- COSTA, Camila de Fátima; CAVALCANTE, Nilton José Fernandes. Evolução dos casos de coinfeção tuberculose/HIV com cultura positiva após alta do tratamento de tuberculose. **BEPA – Bol. Epidemiol. Paul.**, São Paulo, SP, v. 7, n. 73, jan. 2010.
- FERREIRA, S. R. S. *et al.* (org.). **Tuberculose na Atenção Primária à Saúde**. 4. ed. Porto Alegre, RS: Ministério da Saúde/Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Saúde Comunitária, 2017.
- MACEDO, L. R.; MACIEL, E. L. N., STRUCHINER, C. Tuberculose na população privada de liberdade do Brasil, 2007–2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 26, n. 4, p. 783–794, out./dez. 2017.

- MAGNABOSCO, Gabriela Tavares *et al.* Tuberculosis control in people living with HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2798, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/NZPntXGsdsRGj3YKzyCQdVH/?lang=en>. Acesso em: 11 set. 2020.
- MIZUHIRA, Vanessa Fujino *et al.* Procura da atenção básica para o diagnóstico da tuberculose. **Arquivos de Ciências da Saúde**, Umuarama, v. 22, n. 2, p. 94, jul. 2015.
- MUSAYÓN, Y. *et al.* O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [s. l.], v. 18, n. 1, jan./fev. 2010.
- OLIVEIRA, J. V. **Avaliação da qualidade da assistência a usuários coinfectados por tuberculose/HIV em duas unidades de saúde da família do município de Boa Vista, Roraima**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2012.
- OVIEDO, Rafael Antônio Malagón; CZERESNIA, Dina. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, p. 237–250, 2015.
- SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 12, n. 2, p. 319–324, 2007.
- SANTOS, T. M. M. G.; NOGUEIRA, L. T.; ARCÊNCIO, R. A. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Controle da Tuberculose. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, SP, v. 25, n. 6, p. 954–61, 2012.
- SILVA, H. O.; GONÇALVES, M. L. C. Prevalência da infecção pelo HIV em pacientes com tuberculose na atenção básica em Fortaleza, Ceará. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, DF, v. 38, n. 3, p. 382–385, 2012.
- SORATTO, Jacks *et al.* Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584–592, jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cbRvR568RNnwjVkWKRdtDfy/?lang=pt>. Acesso em: 4 maio 2019.
- WYSOCKI, A. D. *et al.* Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, SP, v. 20, n. 1, p. 161–175, jan./mar. 2017.
- ZUIM, R. C. B.; TRAJMAN, A. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 28, n. 2, p. e280205, 2018.



## 2.4 Diagnóstico laboratorial e seguimento das pessoas com tuberculose: a rede de laboratórios e as ações de enfermagem na Atenção Primária à Saúde

Para a vigilância, os indicadores laboratoriais são uma fonte de informação que orienta ações específicas, tais como a intensificação da busca de SR, com o objetivo de detecção dos casos de TB pulmonar; a observação da realização de baciloscopias de controle de tratamento também permite monitorar a evolução e comprovar a cura ao final do tratamento. A articulação dos laboratórios com os diferentes pontos da RAS consolida a prática de vigilância e fortalece a APS, enquanto nível assistencial responsável pelo cuidado da TB, além de ordenador da promoção do cuidado integral à pessoa com TB (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, a rede de laboratórios deve ser estruturada para atender à demanda diária de amostras para o diagnóstico, por meio de TRM-TB ou baciloscopia e cultura (BRASIL, 2020) e permitir o seguimento laboratorial da pessoa com TB. Também deve apresentar estrutura ou contar com o suporte de laboratório de retaguarda, geralmente o Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) do estado, para atender à demanda de exames laboratoriais mais complexos, como TS e identificação de micobactérias, ou seja, a rede deve estar integrada do nível primário ao de maior complexidade (BRASIL, 2017a).

Sobretudo, a integração da APS, da vigilância e da rede laboratorial, além de necessária, fortalece as ações de controle da TB, qualifica o atendimento à pessoa e melhora a análise dos indicadores da doença na comunidade, entre outros. A determinação de um fluxo laboratorial organizado, com garantia de continuidade dos cuidados, aproxima as pessoas do serviço de saúde, consolida o vínculo e promove a resolutividade das necessidades de saúde apresentadas pela pessoa com TB (AGUILERA; BRANDÃO; BOCATER, 2014).

No Brasil, o gestor do sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) é a Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB), que tem como objetivo proporcionar o gerenciamento da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. Com a implantação do GAL no país, descentralizaram-se os processos de trabalho, permitindo o gerenciamento das amostras e dos exames laboratoriais desde o cadastramento da requisição do exame pela unidade de saúde até a emissão do laudo. Também é possível rastrear os procedimentos realizados, com segurança das informações e qualidade dos laudos liberados, além da modernização da emissão e padronização dos resultados dos exames de forma ágil, eficaz e em tempo real (JESUS *et al.*, 2013). Os locais sem o sistema GAL continuam usando o sistema de registro de informação laboratorial via formulário impresso, livros de registros ou sistema de informação próprio; nesses cenários, é preciso que os gestores priorizem a incorporação e utilização do GAL.

Em suma, a organização de serviços laboratoriais é complexa e requer atualização contínua, dada a diversidade de inovações tecnológicas e a sua adaptação às características locais, à infraestrutura existente e às especificidades regionais, dentre as quais a disponibilidade de recursos humanos, o sistema de informação, a relação custo-benefício da incorporação tecnológica, entre outros. Por isso, faz-se necessário o aperfeiçoamento dessa articulação e a adequação das novas demandas, a fim de manter a contínua organização da rede laboratorial.

### *2.4.1 Entraves identificados para a realização do diagnóstico da tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde*

Os problemas mais comumente enfrentados pelos enfermeiros com relação ao diagnóstico e acompanhamento laboratorial das pessoas com TB até a cura envolvem aspectos gerenciais/administrativos operacionais e assistenciais, a saber:

- a) Dificuldade de priorização do acesso e atendimento do SR e de busca de SR pelas equipes na unidade de saúde (a meta é investigar 1% da população adscrita);
- b) Ausência de orientação na coleta de escarro e de local adequado para esse procedimento na UBS;
- c) Demora ou não recebimento do resultado do exame pela pessoa com TB;
- d) Demora na notificação do caso;
- e) Dificuldade para preenchimento e acompanhamento correto da Ficha de Solicitação de Exames Laboratoriais e do livro de Registro de Casos;
- f) Entraves no fluxo de entrada das amostras no laboratório e saída dos resultados;
- g) Limitação no número de amostras diárias recebidas pelo laboratório (cotas); falta de veículos e motoristas capacitados para o transporte de amostras biológicas; dificuldades na aquisição do pote de coleta e outros insumos para realização dos exames laboratoriais;
- h) Falha no envio de relatórios laboratoriais periódicos à VE;
- i) Ausência de coordenação de ações conjuntas entre a vigilância, o laboratório e o programa de TB na APS;
- j) Dificuldade de acesso ao sistema GAL para cadastro de amostras e recebimento de resultados dos exames (baciloscopia, TRM-TB, cultura para micobactéria, identificação e TS);
- k) Diagnóstico laboratorial incompleto devido ao não seguimento dos fluxos e algoritmos para a investigação laboratorial, conforme recomendações do MS;
- l) Falha no controle de infecção para pacientes e profissionais de saúde da UBS.

### *2.4.2 Atividades a serem realizadas para otimizar o diagnóstico laboratorial e o seguimento do caso de tuberculose na Unidade Básica de Saúde*

Diante dos problemas elencados, sugerem-se as seguintes ações/atividades:

- a) Articulação da rede laboratorial com a vigilância e os serviços da atenção primária, secundária e terciária de TB para estabelecer os fluxos de coleta, transporte, recebimento de amostras e entrega dos resultados de exames para a UBS; implantação e capacitação do GAL para os profissionais de enfermagem; envio de relatórios periódicos do laboratório à vigilância e de boletins de acompanhamento da vigilância à APS para controle e monitoramento dos casos (BRASIL, 2017a);

- b) Programação conjunta de insumos com a vigilância da TB (potes de coleta de escarro, recipientes térmicos para transporte de amostras e outros materiais direcionados à realização dos exames) em número suficiente para atender à demanda de 1% de identificação dos SR na população local/ano e os controles de tratamento. Estimar total de amostras a serem encaminhadas ao laboratório diariamente e/ou mensalmente;
- c) Pactuação com gestor local para disponibilização de frota própria ou terceirizada para entrega diária de amostras ao laboratório, com motoristas devidamente capacitados para o transporte de amostras biológicas;
- d) Capacitação dos profissionais, priorizando o atendimento dos SR, o manejo clínico das pessoas em acompanhamento do tratamento e a orientação adequada sobre os exames diagnóstico da TB e de seus contatos, com base no "Guia de Orientações para a adequada Coleta de Escarro" e no "Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil" (BRASIL, 2014; BRASIL, 2019a). Ressalta-se que os profissionais de saúde devem receber essa orientação por ocasião de sua admissão e periodicamente;
- e) No ambiente laboratorial (manejo de espécimes de bacilo de Koch) e também na UBS, existem riscos de transmissão da doença, em função da produção de aerossóis contendo *Mycobacterium tuberculosis* pelas pessoas com TB que circulam no serviço. Portanto, devem ser fortalecidas as medidas de controle de infecção no laboratório e na unidade de atendimento das pessoas com TB (BRASIL, 2019a), bem como a instituição de espaço adequado e com privacidade para as pessoas coletarem amostras de escarro na UBS;
- f) Capacitação das equipes do laboratório para realizar o diagnóstico de outras micobactérias, após a exclusão da TB nos diferentes espécimes, bem como dar continuidade à investigação, sem a necessidade de uma nova amostra de material;
- g) Solicitação, à Coordenação do Programa Controle de Tuberculose local, do cadastro da unidade para uso do GAL e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), além do treinamento dos profissionais da APS para o uso desses sistemas, dos livros de registro de SR e de casos e do boletim mensal de acompanhamento de casos;
- h) Organização dos serviços para a busca do SR.

### *2.4.3 Organização das atividades para ampliar o diagnóstico laboratorial e o seguimento do caso de tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde*

#### *2.4.3.1 Organização dos serviços para a busca do sintomático respiratório*

A equipe de enfermagem deve:

- a) Estabelecer metas mensais para identificar e examinar 1% da população anual adstrita à UBS;
- b) Identificar o SR na sala de espera das unidades, priorizar o seu atendimento com agendamento aberto e distribuir máscaras descartáveis como medida de controle;

- c) Manter pessoas capacitadas na triagem de SR e os livros de registro de SR atualizados;
- d) Fornecer orientações ao SR sobre a coleta de escarro e os cuidados com biossegurança;
- e) Entregar à pessoa com suspeita de TB os resultados dos exames após 48 horas do recebimento da amostra (baciloscopia ou TRM-TB);
- f) Após a entrega do resultado do exame (positivo e em caso de TB sensível), iniciar imediatamente o tratamento com o esquema básico e ofertar o teste HIV, após aconselhamento. Em caso de TB resistente, encaminhar à referência terciária;
- g) Realizar busca ativa do SR em visitas domiciliares, além de ações intra e extramuros;
- h) Solicitar os insumos necessários à coleta da amostra na UBS e deixá-los disponíveis para utilização;
- i) Implantar busca ativa de pessoas com resultados positivos e que não retornaram para pegar o exame.

#### 2.4.3.2 Amostra de escarro

O laboratório é o responsável pelos exames bacteriológicos para o diagnóstico da tuberculose, pelo controle mensal de acompanhamento da evolução do tratamento e pelos exames dos contatos sintomáticos das pessoas com diagnóstico de TB. Além disso, e se necessário, deve encaminhar o material ao Lacen para o seguimento completo do diagnóstico laboratorial e o controle de qualidade, de acordo com as recomendações do MS. A equipe do laboratório deve receber a amostra de escarro, acompanhada da Ficha de Solicitação de Exames do GAL, e em seguida inseri-la na rotina de trabalho do laboratório.

Verificar o preenchimento dos campos da ficha do GAL, que deve conter: dados pessoais completos, comorbidades associadas (uso de imunossupressores, diabetes, câncer, aids, tabagismo, álcool, drogas, entre outros), a finalidade do exame (se é para diagnóstico de caso novo, diagnóstico de retratamento ou controle de tratamento) e o tipo de exame solicitado; se necessário, completar com demais exames, de acordo com os algoritmos para diagnóstico laboratorial recomendados pelo MS (BRASIL, 2019a; BRASIL, 2019b). A não completitude dessas informações pode gerar erros de diagnóstico e impedir o seguimento do algoritmo laboratorial adequado para cada situação.

Caso o laboratório não utilize o sistema GAL, deve implantar esse sistema, conforme recomendado pelo MS, ou pactuar com a APS e a VE outro instrumento para registro de amostras e monitoramento dos resultados, além de criar um fluxo da informação dos resultados positivos da maneira mais rápida possível (e-mail, telefone, WhatsApp), a fim de favorecer o início oportuno do tratamento da pessoa com TB. Nesse caso, deve-se organizar a entrega de resultados dos exames para a APS por meio de cópia física ou eletrônica. Para agilizar esse processo, sugere-se fazer uso de cópia física da ficha de solicitação de exame laboratorial para preenchimento do resultado.

#### *2.4.3.2.1 Coleta de escarro*

A coleta de escarro deve ser realizada no momento da identificação do SR, seguida da entrega do pote e das orientações da equipe de enfermagem, de acordo com o “Guia de Orientações para Coleta de Escarro” (BRASIL, 2014).

Caso o laboratório não realize o TRM-TB para o diagnóstico da TB, além dessa amostra, no dia seguinte, a pessoa deve trazer um segundo escarro para realização da baciloscopia, além da solicitação de cultura e do TS. Quando o laboratório realizar o TRM-TB, a cultura e o TS devem seguir as recomendações do MS (BRASIL, 2019a; BRASIL, 2016).

#### *2.4.3.2.2 Tempo de envio das amostras*

As amostras devem ser enviadas imediatamente ao laboratório executor, acompanhadas das Fichas de Solicitação de Exames digitadas no GAL ou outro instrumento.

#### *2.4.3.2.3 Resultado dos exames*

O laboratório deve disponibilizar para a APS o resultado dos exames de baciloscopia e TRM-TB no GAL em até 48 horas.

Os resultados de cultura antimicrobiana devem aguardar o tempo de crescimento do microrganismo para que sejam disponibilizados no GAL. Esse tempo leva, em média, cerca de 15 a 30 dias. Ao se evidenciar crescimento de colônia, o resultado deve ser imediatamente liberado no sistema e a amostra enviada ao Lacen para a realização do TS.

Casos de cultura negativa em meio sólido devem aguardar até 60 dias para liberação do resultado.

Ao entregar o resultado do exame positivo à pessoa, deve-se iniciar imediatamente o tratamento com esquema básico no caso de TB sensível, ou, em caso de TB DR, encaminhar a pessoa à referência terciária, de acordo com o algoritmo diagnóstico recomendado (BRASIL, 2019a).

Após o início do tratamento, a equipe de enfermagem deve orientar a pessoa com TB sobre a coleta mensal de amostra de escarro para o acompanhamento da evolução do tratamento até seu encerramento, e ofertar o TDO para todos os casos de TB (BRASIL, 2011). Se não for possível realizar o TDO, criar uma alternativa de controle maior sobre o tratamento da pessoa, sugerindo-se a vinda semanal à UBS para orientações e monitoramento de reações adversas pelo enfermeiro ou outro profissional, bem como a obtenção de apoio de um familiar/parceiro para administrar os medicamentos no domicílio sob supervisão de um profissional da equipe de saúde, entre outros.

#### 2.4.3.2.4 Fluxo dos exames laboratoriais

O fluxo de detecção de casos da TB na rede de serviços necessita ser articulado com a gestão e pactuado com as equipes da APS, laboratório e a vigilância, de modo a fortalecer a organização dos serviços para um melhor atendimento ao SR e às pessoas com TB (WYSOCKI *et al.*, 2017). Por isso, uma vez organizado o fluxo, garante-se a continuidade dos cuidados, aproximando as pessoas do serviço de saúde, consolidando o vínculo e promovendo a resolutividade das necessidades de saúde apresentadas pelos usuários (AGUILERA; BRANDÃO; BOCATER, 2014).

Quanto aos aspectos operacionais, às vezes faz-se necessária pactuação com o gestor municipal, dada a necessidade de frota própria ou terceirizada para a entrega diária de amostras ao laboratório; o treinamento de motoristas para o transporte adequado das amostras biológicas; e a aquisição de material adequado para o transporte de amostras, entre outros.

#### 2.4.3.2.5 Acompanhamento dos casos de tuberculose pelos registros

Após a confirmação do diagnóstico de TB, a pessoa deve ser acompanhada laboratorialmente até a alta. Dentre as estratégias de acompanhamento do tratamento, encontram-se a atualização do "Livro de Registro de Pessoas com Tuberculose e Acompanhamento do Tratamento" e o preenchimento mensal do Boletim de Acompanhamento da Tuberculose, gerado pelo Sinan, a ser enviado à vigilância. A atividade de preenchimento do livro de registro e do boletim é de competência das unidades de saúde e o boletim de acompanhamento deve ser gerado pelo primeiro nível informatizado (BRASIL, 2019a).

#### 2.4.3.2.6 Relatórios periódicos

Para monitorar os casos diagnosticados e em tratamento de TB no Sinan, devem ser emitidos relatórios mensais pelo laboratório que realizou os exames para o serviço de vigilância. Caso o laboratório realize o TRM-TB, o relatório mensal deve ser preenchido e enviado também ao coordenador da rede do estado.

### 2.4.4 Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

Após diagnosticado, o caso de TB deve ser notificado no Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), pela equipe de enfermagem (Ficha de Notificação/ Investigação no Sinan), de acordo com instrutivo de preenchimento (BRASIL, 2019a).

Mensalmente, a equipe de enfermagem deve preencher o Boletim de Acompanhamento Mensal dos casos de TB, a fim de atualizar a base de dados do sistema de VE com os resultados dos novos exames realizados e de seus contatos (TRM-TB, baciloscopia, cultura para micobactérias, TS, entre outros), além de registrar no Sinan os novos resultados dos exames.

Verificar, periodicamente, a completude do preenchimento do Livro de Registro de casos de TB da UBS, para facilitar o monitoramento do caso e o gerenciamento dos dados de cada pessoa registrada e de seus contatos.

Registrar o resultado dos exames laboratoriais nos livros da unidade de saúde e nos prontuários, atualizando os casos em andamento e em branco.

A equipe de VE deve notificar e acompanhar os casos especiais de TB, TB DR e MNT no sistema Site TB.

#### *2.4.5 Casos de tuberculose com seguimento laboratorial incompleto*

Quando houver disponibilidade de realização de TRM-TB, uma amostra de escarro deve ser coletada no momento da identificação do SR. Para os municípios cujos laboratórios realizam baciloscopia para o diagnóstico de TB, além dessa, uma segunda amostra deve ser coletada pela manhã do dia seguinte, de acordo com as recomendações do “Guia de Orientações para Coleta de Escarro” (BRASIL, 2014). Os laboratórios devem ainda realizar cultura, conforme recomendações do MS, utilizando essas mesmas amostras, se possível, para todos os casos, independentemente da solicitação do serviço de saúde, a fim de completar o seguimento do diagnóstico laboratorial da TB. Caso não seja possível realizar cultura com as mesmas amostras positivas no TRM-TB ou utilizadas para a baciloscopia, pedir à unidade solicitante uma nova amostra.

Caso o laboratório não realize cultura para micobactérias, articular com os gestores a estruturação para a realização desse exame no laboratório local ou pactuar com laboratório de referência local, geralmente Lacen, o envio dessas amostras.

Toda cultura com resultado positivo deve ser enviada ao Lacen para realização dos exames de identificação e TS. Articular com os gestores o transporte dessas culturas positivas para o Lacen.

As amostras enviadas ao laboratório executor devem sempre estar acompanhadas do formulário da solicitação de exames corretamente preenchido, incluindo dados sobre as condições clínicas da pessoa, nome por extenso, comorbidades associadas (uso de imunossupressores, diabetes, câncer, aids, tabagismo, álcool, drogas, entre outros), se é controle ou retratamento, abandono ou caso novo e o tipo de exame solicitado, uma vez que são informações importantes tanto para quem está solicitando o exame como para quem processará a amostra no laboratório. Além disso, o transporte da amostra deve seguir rigorosamente as normas e a legislação vigente e ocorrer em tempo oportuno, uma vez que atrasos podem prejudicar a análise pelo laboratório e interferir na completude da cascata de diagnóstico.

É de suma importância monitorar o resultado dos exames via GAL, registrar as informações nos instrumentos de coleta de dados e informar o resultado à unidade solicitante.

Nos casos de SR com resultados de escarro repetidamente negativos, deve-se solicitar amostras suficientes para prosseguir na busca de identificação de outras micobactérias, enviar essas amostras ao laboratório e monitorar o resultado via GAL. Se não houver disponibilidade de uso do sistema GAL, devem-se estabelecer fluxos de informação a fim de otimizar o tempo do resultado laboratorial e a chegada do resultado até a pessoa doente na APS.

#### 2.4.6 Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)

Todas as amostras coletadas devem ser cadastradas no GAL por meio do preenchimento da Ficha de Solicitação de Exames, disponível no sistema. O GAL é um software gratuito, disponibilizado pelo MS, para registro, controle e monitoramento de resultados de amostras laboratoriais. Esse sistema permite agilidade no resultado dos exames e o monitoramento dos resultados pelo serviço de vigilância. Caso esse instrumento de registro não esteja disponível, outros sistemas podem ser adaptados para o controle de entrada e saída do resultado das amostras no laboratório (JESUS *et al.*, 2013).

A vigilância deve verificar, periodicamente, o sistema GAL (Anexo A) para monitorar a realização dos exames dos pacientes notificados no Sinan e, também, para verificar se os pacientes com resultado no GAL foram notificados e se encontram em tratamento.

A articulação com o gestor para a utilização do GAL na UBS é importante para o serviço, porque melhora o acesso das pessoas ao resultado do exame e diminui o tempo entre a coleta da amostra e o resultado da baciloscopia ou TRM-TB para o doente (JESUS, 2013).

Imediatamente após o resultado positivo no GAL, deve-se realizar a notificação do "caso de TB". Por isso, a vigilância deve verificar periodicamente no sistema GAL os resultados dos exames positivos e averiguar se essas pessoas estão notificadas no Sinan e se estão em tratamento para tuberculose.

Portanto, o preenchimento adequado das informações no sistema GAL é importante, uma vez que otimiza o início do tratamento de TB, melhora a adesão e, frente a qualquer alteração dos exames, ocorre a pronta notificação, instituindo-se a modificação do tratamento, se for o caso. O envio dos relatórios laboratoriais mensais à Vigilância Epidemiológica também é uma estratégia que facilita o acesso dos serviços aos resultados dos exames.

#### 2.4.7 Biossegurança no laboratório

A instituição de medidas de biossegurança na APS é importante, devido ao risco de transmissão da TB para os trabalhadores do laboratório. No entanto, cabe esclarecer que a baciloscopia, o TRM-TB e a cultura em meio sólido de Ogawa-Kudoh oferecem um baixo risco de gerar aerossóis infecciosos (WHO, 2013; BRASIL, 2021).

Ressalta-se que os laboratórios que realizam o processamento e a concentração de amostras biológicas para inoculação em meios de isolamento primário (como o meio de Löwenstein-Jensen – LJ ou o mycobacteria growth indicator tube – MGIT) e que executam a técnica de hibridização de sonda em linha em amostra de expectoração processada são classificados como de risco moderado para a geração de aerossóis e devem realizar esses exames em cabine de segurança biológica (CBS), sendo que os recipientes (tubo ou placa) de culturas positivas não podem ser abertas nesse local (BRASIL, 2021). Essas amostras devem ser enviadas ao Lacen imediatamente após a identificação do crescimento de colônia e liberação do resultado (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2020).

As máscaras PFF2 ou N95 estão recomendadas para profissionais de laboratório que realizam qualquer procedimento, desde os de baixo risco até os de alto risco de



geração de aerossóis em amostra biológica oriundas de pessoas com suspeita de TB. A realização de todos os exames deve estar de acordo com as boas técnicas microbiológicas para minimizar a geração de aerossóis. O uso de equipamentos de proteção individual (EPI), como respiradores PFF2 ou N95, jaleco, luvas, entre outros, a estrutura física e equipamentos adequados, além da respectiva manutenção periódica, são essenciais para qualificar o exame realizado e fornecer biossegurança ao profissional de laboratório (BRASIL, 2020).

#### 2.4.8 Capacitação dos profissionais de laboratório

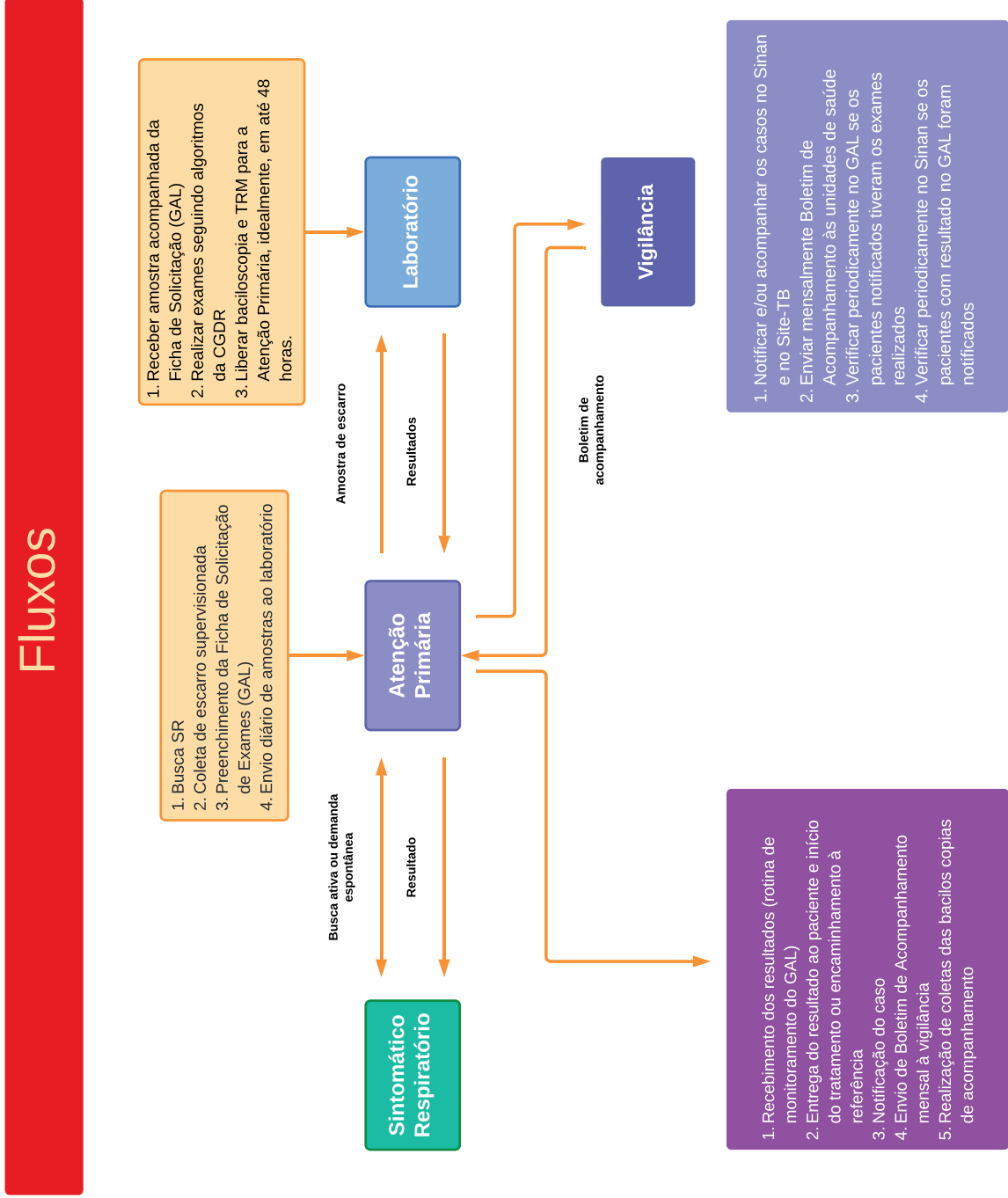
Na organização dos serviços de TB, a capacitação é fundamental para permitir o adequado diagnóstico por meio do TRM-TB e da baciloscopia para tuberculose e a posterior realização da cultura para isolamento do microrganismo e o TS (BRASIL, 2016). A capacitação também deve abordar o controle de qualidade das amostras, os resultados dos exames e o transporte, para que a amostra não sofra dano durante o traslado até o laboratório.

Ademais, o treinamento deve incluir orientações sobre como proceder na avaliação da pessoa SR, realizar a coleta do escarro e entregar o material na UBS, armazenar e transportar essa amostra em tempo hábil e em condições adequadas para o processamento no laboratório, bem como realizar corretamente o preenchimento da ficha, com todas as informações sobre a pessoa suspeita de TB (SPAGNOLO *et al.*, 2018).

É preciso discutir a importância dos exames diagnósticos, definir se é caso novo, retratamento ou acompanhamento, uma vez que a não completude dessas informações gera erros de diagnóstico e muitas vezes impede a realização de testes essenciais. Também se deve abordar a questão dos sistemas de informação utilizados na APS (GAL e Sinan), particularmente, para a notificação dos casos de TB no Sinan, além do preenchimento dos livros de registro de casos, do boletim de acompanhamento e encerramento e do relatório de monitoramento do TRM-TB.

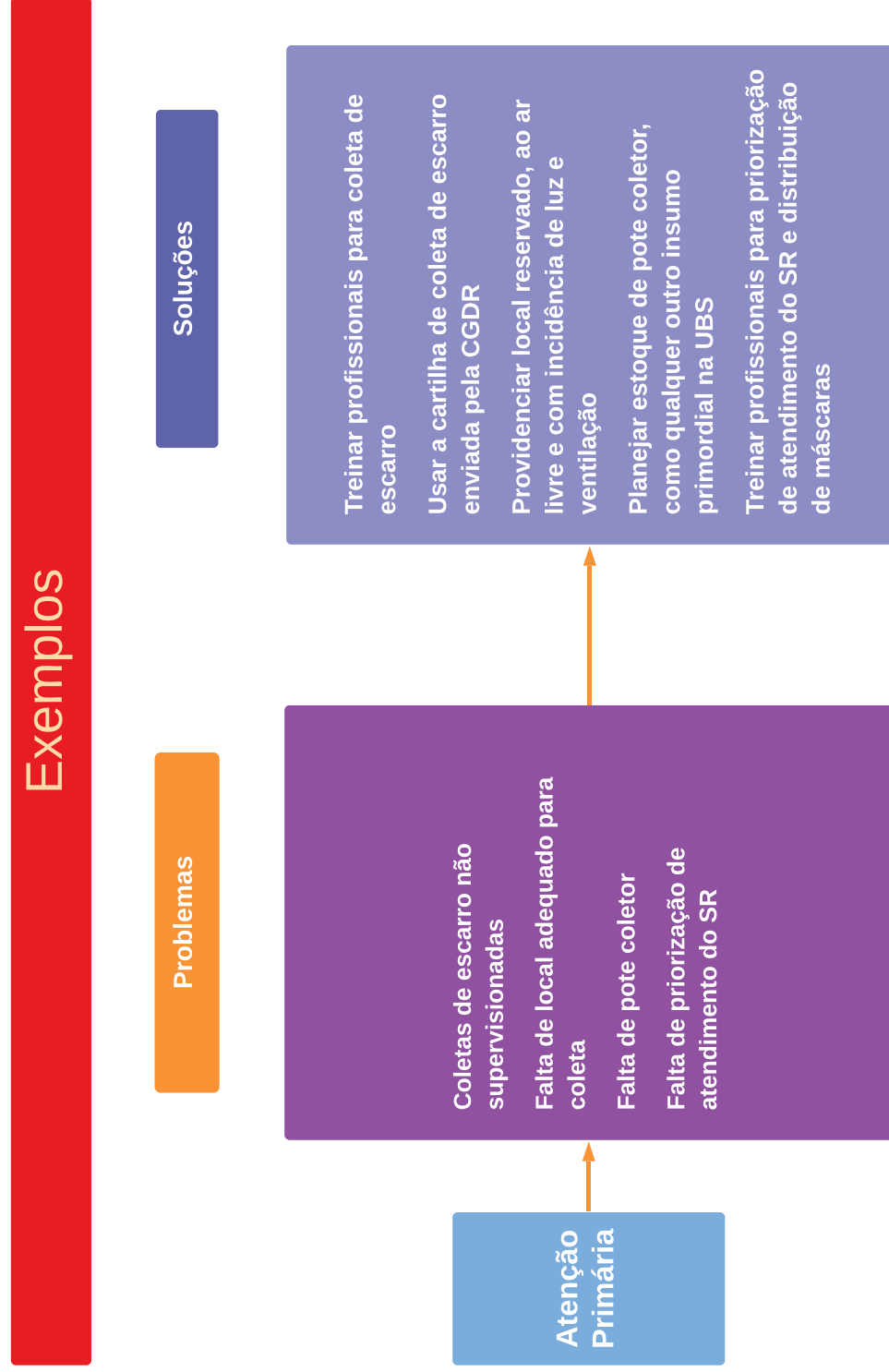
A capacitação no GAL deve ser ofertada aos profissionais de enfermagem, com orientações sobre o preenchimento e o envio de relatórios periódicos do laboratório à vigilância e dos boletins de acompanhamento da vigilância à APS, para controle e monitoramento dos casos. Abordar também o tema da biossegurança no ambiente de trabalho, no laboratório e na coleta de exames no domicílio.

**Figura 5** – Fluxograma para diagnóstico laboratorial de tuberculose entre a Atenção Primária de Saúde, o laboratório e a vigilância



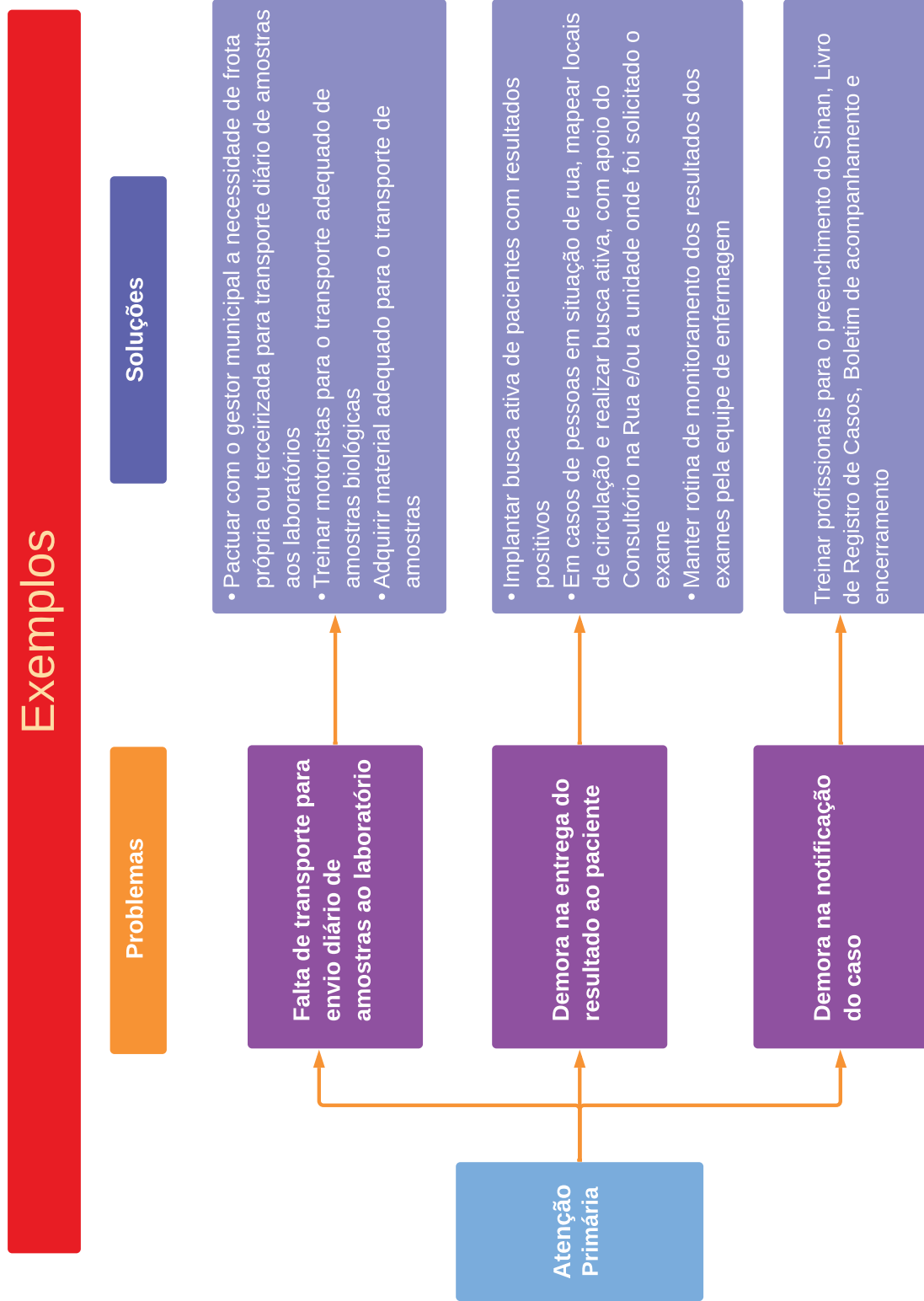
Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

**Figura 6** – Exemplos de situações operacionais e soluções a serem executadas pela equipe do laboratório



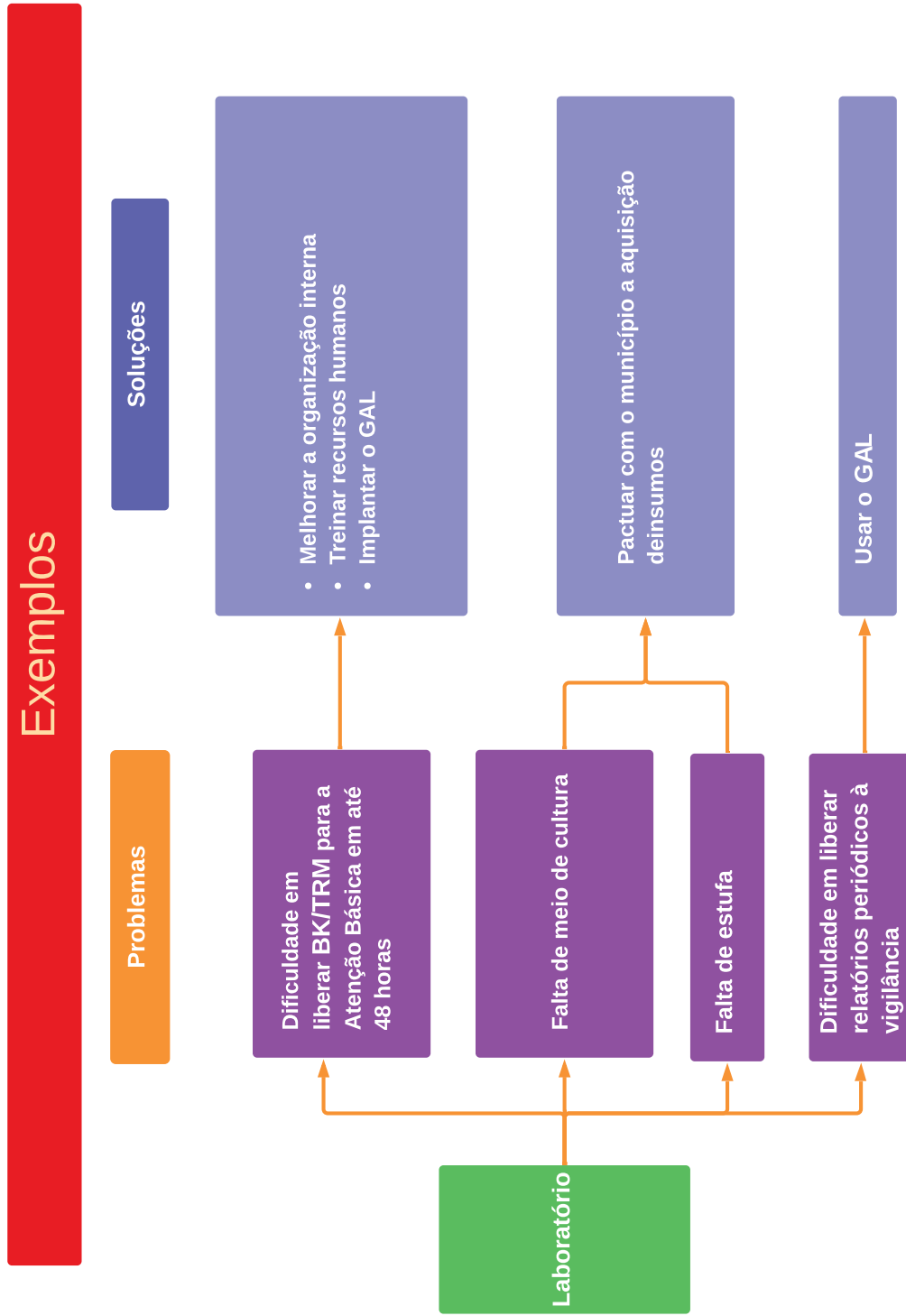
Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

Figura 7 — Exemplos de problemas comuns dos laboratórios e soluções a serem executadas pela equipe



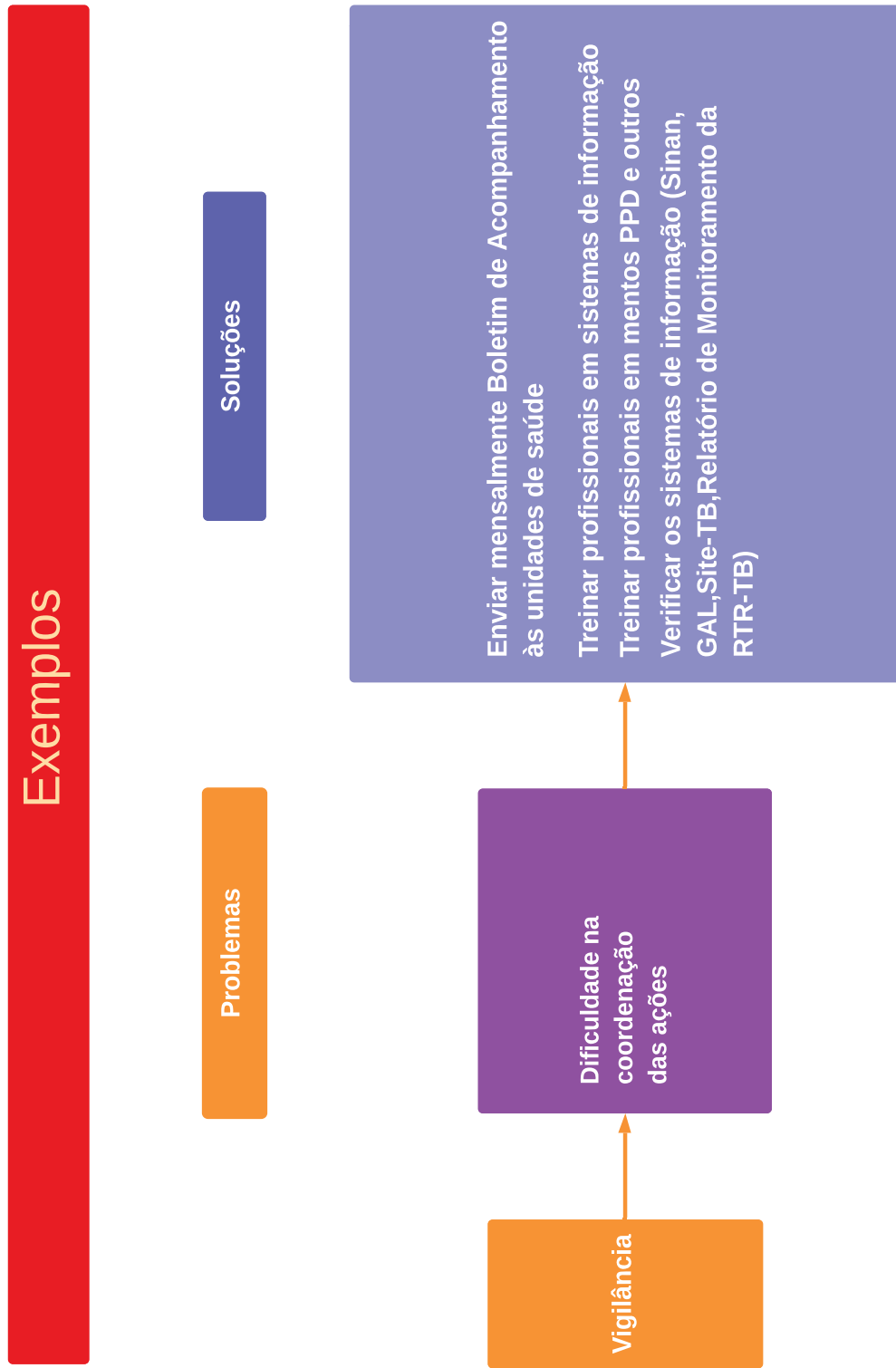
Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

Figura 8 — Exemplos de demandas de laboratórios e soluções a serem executadas pela equipe



Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

Figura 9 — Exemplos de fluxogramas com situações e soluções a serem executadas pela equipe



Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

## Referências

- AGUILERA, C. C. E.; BRANDÃO, A. L.; BOCATER, P. P. M. Study on evaluation of dimensions of the Family Health Strategy in the user's perspective. **Physis**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 127–46, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/HBNwmKpGQGqGnPhBbRx6KkN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2022.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília, DF: Anvisa, 2017b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício Circular nº 7/2019/CGDR/.DCCI/SVS/MS**. Atualização das recomendações sobre o diagnóstico laboratorial da tuberculose. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <http://www.funed.mg.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/TUBERCULOSE-OFICIO-CIRCULAR-7-2019-MS-SVS-NOVA-ORIENTA%C3%87%C3%83O-PARA-CULTURA-E-TS-APOS-KIT-ULTRA.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Guia de Orientações para Coleta de Escarro**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB)**: Nova Tecnologia para o Diagnóstico da Tuberculose (folder). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública. **Ofício Conjunto Circular nº 4/2020/CGLAB/DAEVS/SVS/MS**. Definição do Fluxo Laboratorial para amostras suspeitas de Tuberculose de acordo com a nova Rede de Referência Laboratorial para Tuberculose (TB) e Micobactérias não tuberculosas (MNT). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. **Ofício Circular nº 12/2021/CGDR/.DCCI/SVS/MS**. Recomendações de biossegurança laboratorial no contexto do diagnóstico laboratorial de tuberculose (TB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual Nacional de Vigilância Laboratorial da Tuberculose e outras micobactérias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

JESUS, Ronaldo de *et al.* Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial: relato de experiência de uma ferramenta transformadora para a gestão laboratorial e vigilância em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 525–529, set. 2013. Disponível em [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742013000300018&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000300018&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 24 dez. 2019.

SPAGNOLO, L. M. L. *et al.* Detection of tuberculosis: respiratory symptoms flow and results achieved. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 71, n. 5, p. 2543–51, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Manual de Biossegurança para Laboratórios da Tuberculose**: Global TB Programme. Geneva: WHO, 2013.

WYSOCKI, A. D. *et al.* Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, SP, v. 20, n. 1, p. 161–175, jan./mar. 2017.

## 2.5 Assistência de enfermagem à pessoa com tuberculose na Atenção Primária à Saúde durante a emergência da pandemia da covid-19

Apesar de limitados os estudos analisando desfechos clínicos desfavoráveis da tuberculose associada à covid-19, a TB atinge com frequência pessoas mais vulneráveis, como idosos, indígenas e pessoas com doenças associadas: diabetes, infecção por HIV, antecedentes de comprometimento pulmonar e uso de medicamentos imunossupressores, que afetam particularmente os pulmões, além daquelas pessoas em situação de vulnerabilidade social, como desempregadas, privadas de liberdade, usuárias de drogas e em situação de rua (BRASIL, 2020b; BRASIL, 2020c; TSAI; WILSON, 2020; JACKSON *et al.*, 2020), as quais podem evoluir com pneumonia de maior gravidade associada à covid-19. Essas pessoas apresentam maior dificuldade para enfrentar problemas de saúde, sendo os desafios ainda maiores no presente período de pandemia de covid-19 (TSAI; WILSON, 2020). Portanto, é necessário que as equipes dos serviços de TB aumentem o rastreamento e a prevenção da transmissão para tratar aqueles que precisam de maior seguimento e controle para ambas as enfermidades.

Ressalta-se que ambas as doenças infecciosas atingem o sistema respiratório – a TB e a covid-19 são transmitidas, respectivamente, pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* e pelo vírus SARS-CoV-2, com impacto na comunidade. Em um cenário de pandemia de covid-19, a TB pode se disseminar com maior rapidez, dado que as pessoas permanecem mais tempo dentro dos núcleos familiares, muitas vezes em espaços pequenos e mal ventilados, o que aumenta o risco de transmissão da tuberculose (BRASIL, 2020f). Nessa circunstância, em que a TB e a covid-19 envolvem problemas respiratórios, a emergência da covid-19 se sobrepõe à investigação dos outros quadros respiratórios, tornando “invisível” a suspeita de um caso de TB, afastando, portanto, a possibilidade de investigação e diagnóstico precoce dessa enfermidade nos serviços de saúde. Frente a tal cenário, cabe aos profissionais de enfermagem, neste momento, ampliar o diagnóstico diferencial para ambas enfermidades nas UBS, assegurando o diagnóstico e tratamento de TB e de seus contatos, além de incrementar a adesão às diretrizes de prevenção e de controle de infecção da TB e da covid-19, em função da transmissão.



Quando se analisam os aspectos facilitadores da assistência de enfermagem no contexto da covid-19, os profissionais de saúde assinalam que o uso dos EPI é vital na prestação do cuidado, e os utilizam adequadamente por reconhecerem seu valor. Outros aspectos referidos são o rastreamento de possíveis casos suspeitos e confirmados para evitar superlotação dos serviços de saúde, o fácil acesso aos produtos de higiene das mãos e a ampliação da motivação para o cumprimento das orientações preventivas, por receio de infectar a si mesmo, sua família ou as pessoas sob seu cuidado (HOUGHTON *et al.*, 2020).

Quanto às barreiras apontadas para o cuidado de enfermagem às pessoas com TB nos serviços da APS, durante a epidemia da covid-19, estão a insegurança em seguir diretrizes locais; as mudanças constantes das normas; as falhas na comunicação e na atualização dos trabalhadores sobre as diretrizes da covid-19; o uso inadequado dos EPI pela falta de capacitação quanto à sua utilização e conservação; e o incremento da carga de trabalho (HOUGHTON *et al.*, 2020). Devido às mudanças contínuas do comportamento epidemiológico ligado à emergência da covid-19, e do ponto de vista da gestão, os enfermeiros assinalam que os espaços na APS são inadequados; há necessidade de ajuste constante de suprimentos; faltam EPI e/ou os equipamentos/materiais são de baixa qualidade, sendo adicional a essas barreiras o enfrentamento da cultura local (HOUGHTON *et al.*, 2020).

Em consequência, o estigma e o temor podem minar a coesão social e promover o isolamento social de alguns grupos, contribuindo para que o SARS-CoV-2 e a TB tenham maior probabilidade de se disseminar (WHO, 2020a).

Frente a essas adversidades, os programas estaduais, municipais e locais de TB devem se organizar e rever seus protocolos de atendimento durante a pandemia de covid-19, para que pessoas com sinais e sintomas de TB tenham o acesso adequado aos serviços de saúde e aos exames laboratoriais e evitem o atraso no diagnóstico e no início do tratamento. Ressalta-se que muitos casos de TB podem ser diagnosticados a partir de sintomas semelhantes aos da covid-19. Portanto, aos enfermeiros cabe organizar as normas e a gerência desse cuidado, que vai da identificação das pessoas com sintomas respiratórios que demandam a realização do diagnóstico diferencial de TB e/ou da covid-19, nos serviços da APS, até a proteção das pessoas em tratamento, dos contatos, da comunidade e dos demais profissionais de saúde. Particularmente, para os casos de TB em tratamento e seus contatos, torna-se necessário ter em consideração as orientações sobre as ações de manejo e controle da tuberculose durante a pandemia da covid-19, e ampliar a rede de serviços de saúde para proteger essas pessoas (BRASIL, 2020c).

Nesse cenário, em que as pessoas devem ficar em casa para minimizar a transmissão do SARS-CoV-2, os profissionais de enfermagem fazem exatamente o oposto, e estão nas unidades de saúde, colocando-se em alto risco de exposição e contágio pela covid-19 e outras doenças infecciosas concomitantes, sendo os enfermeiros um dos recursos humanos mais valiosos durante esse período (The Lancet, 2020). Portanto, seus desafios perpassam o conhecimento e as interfaces da transmissão e da prevenção, uma vez que parte desses profissionais já adquiriu a infecção por covid-19, provavelmente pela falta inicial de conhecimento a respeito do vírus e pelo uso inadequado de EPI, ou seja, tornaram-se vítimas da pandemia que combatem (IP *et al.*, 2020).

Os inúmeros desafios dos enfermeiros na assistência às pessoas com TB trazem a oportunidade de redefinir as interfaces do cuidado à saúde nesse cenário de pandemia, entendido como um processo de construção do que se procura e do que se espera alcançar. O presente momento oportuniza a criação de estratégias para agir e produzir respostas rápidas à crise, buscando minimizar os riscos e dar resposta efetiva ao manejo da covid-19, sem perder de vista as pessoas com TB (NAYNA SCHWERDTLE *et al.*, 2020).

O trabalho preventivo dos enfermeiros na saúde pública, segundo Nayna Schwerdtle *et al.* (2020), se constitui a partir da diferença entre o sucesso e o fracasso da saúde global, os sistemas de retenção ou colapso e a preservação ou perda de inúmeras vidas. A capacidade de adaptação dos enfermeiros, preservando a dignidade humana e dando alívio ao sofrimento das pessoas, faz com que esses profissionais pratiquem o cuidado assistencial de forma diferente dos outros profissionais da saúde. Nesse sentido, novas perspectivas práticas baseadas em soluções, que auxiliem a mitigação dos riscos à saúde e fortaleçam as respostas dos serviços de saúde, são necessárias neste momento, tanto para pessoas com TB como para aquelas que apresentam infecção pelo SARS-CoV-2 (WHO, 2020f). Em meio às incertezas sobre o vírus e o tempo necessário até que as pessoas retomem as atividades cotidianas na fase pós-pandemia, não há dúvida de que a enfermagem, no tocante à assistência voltada para a TB e a covid-19, sairá fortalecida e mais bem preparada para o enfrentamento de futuros desafios (XIA *et al.*, 2019; LAM *et al.*, 2019; GAGLIANO *et al.*, 2020).

### *2.5.1 Entraves encontrados pelos enfermeiros no cuidado à pessoa com tuberculose, considerando a pandemia da covid-19 na Unidade Básica de Saúde*

Os entraves encontrados pelos enfermeiros na UBS, durante o cuidado à pessoa com diagnóstico de TB durante a pandemia da covid-19, envolvem os seguintes aspectos:

- >> Falta de diretrizes que possam nortear a assistência de enfermagem para pessoas com TB nos serviços de APS, frente à pandemia de covid-19;
- >> Limitação de recursos humanos, materiais e equipamentos necessários para implementar as novas diretrizes;
- >> Falha ou ausência de capacitações/atualizações em número suficiente, considerando as novas diretrizes;
- >> Falta de informações sobre o SARS-CoV-2, sua cadeia de transmissão e o controle da infecção nas unidades da APS.

A seguir, apresentam-se algumas informações gerais sobre a tuberculose e a covid-19:

### **Informações sobre a tuberculose**

#### **a) Transmissão**

O *M. tuberculosis* é transmitido por via aérea, de uma pessoa com TB pulmonar ou laríngea que elimina bacilos no ambiente (caso fonte) a outra pessoa, por exalação de aerossóis oriundos da tosse, fala ou espirro. As gotículas exaladas (gotículas de Pflüger) se tornam secas e transformam-se em partículas menores (núcleos de Wells), contendo de um a dois bacilos, que ficam em suspensão no ar por horas e são capazes de alcançar os alvéolos, onde podem se multiplicar e causar a primo-infecção. O risco de transmissão da TB perdura enquanto a pessoa eliminar bacilos no escarro (BRASIL, 2019).

#### **b) Período de incubação ou período de latência**

O risco de adoecimento é maior nos primeiros dois anos após a primo-infecção; porém, uma vez infectada, a pessoa pode adoecer em qualquer momento da vida, sendo a imunidade variável. Pessoas com imunodeficiência, crianças menores de dois anos e idosos acima de 60 anos possuem maior risco de desenvolvimento de TB ativa após uma infecção latente.

#### **c) Sinais e sintomas**

São sinais e sintomas comuns da TB pulmonar a tosse, a febre baixa vespertina, a sudorese noturna, o emagrecimento e a fadiga. A ausculta pulmonar pode apresentar diminuição do murmúrio vesicular e sopro anfórico ou mesmo ser normal (BRASIL, 2019).

## Informações sobre a covid-19

### a) Transmissão

O agente causador da covid-19 é um novo coronavírus, o SARS-CoV-2, transmitido principalmente por gotículas respiratórias (expelidas durante a fala, tosse ou espirro) de pessoas sintomáticas a outras pessoas que estão em contato próximo (menos de 1 metro), pelo contato direto com a pessoa infectada ou por contato com objetos e superfícies contaminados (BRASIL, 2020e; OPAS/OMS, 2020a). Além disso, há evidências científicas do potencial de transmissão da covid-19 por inalação do vírus mediante partículas de aerossóis (partículas menores e mais leves que as gotículas), especialmente em curtas e médias distâncias (WHO, 2020b; WHO, 2020c); essa transmissão por aerossóis também é reconhecida como de alto risco em ambientes hospitalares (BRASIL, 2020f).

### b) Período de incubação

O período de incubação da covid-19 – o tempo entre a exposição ao vírus e o início dos sintomas – é, em média, de cinco a seis dias; no entanto, pode variar de um até 14 dias. Amostras biológicas de pacientes confirmados apontam que o SARS-CoV-2 se concentra no trato respiratório superior (nariz e garganta) durante o início da doença, ou seja, nos primeiros três dias a partir do início dos sintomas, sugerindo que essas pessoas podem ser mais contagiosas neste período (BRASIL, 2020f).

### c) Sinais e sintomas

Os sintomas incluem febre, tosse, fadiga, perda de apetite, falta de ar e dor muscular. Outros sintomas não específicos, como dor de garganta, congestão nasal, dor de cabeça, diarreia, calafrios, náusea e vômitos foram relatados. Também é referida a perda do olfato e paladar antes do início dos sintomas respiratórios. Idosos e pessoas imunossuprimidas podem apresentar sintomas atípicos, como fadiga, baixa atenção, baixa mobilidade, diarreia, perda de apetite, delírio e ausência de febre. É importante observar que os sintomas iniciais, em algumas pessoas infectadas pela covid-19, podem ser muito leves e inespecíficos (BRASIL, 2020f; OPAS/OMS, 2020a).

**Quadro 1** – Comparativo dos sinais e sintomas da covid-19 e da tuberculose

Sinais e sintomas	Covid-19 – sintomas e sinais leves a graves*	Tuberculose pulmonar
<b>Início dos sintomas</b>	Rápido	Lento
<b>Febre</b>	Comum	Comum, febre baixa ao final do dia (vespertina)
<b>Cansaço</b>	Às vezes	Comum
<b>Tosse</b>	Comum (geralmente seca)	Tosse persistente por $\geq 3$ semanas (seca com ou sem expectoração)
<b>Espirros</b>	Raro	Ausente
<b>Dores no corpo e mal-estar</b>	Às vezes	Pode haver dor torácica
<b>Coriza ou nariz entupido</b>	Raro	Ausente
<b>Dor de garganta</b>	Às vezes	Ausente
<b>Diarreia</b>	Raro	Ausente
<b>Dor de cabeça</b>	Às vezes	Ausente
<b>Falta de ar</b>	Às vezes (pode ser grave)	Depende da gravidade do acometimento pulmonar
<b>Emagrecimento</b>	Ausente	Comum
<b>Sudorese noturna</b>	Ausente	Comum

Fonte: Brasil, 2020a; Brasil, 2020f; Opas/OMS, 2020a.

\* Outros sintomas inespecíficos da covid-19 são anosmia (incapacidade de sentir odores) ou hiposmia (diminuição do olfato) e ageusia (perda do sentido do paladar).

### **Pessoas avaliadas para tuberculose também devem ser testadas para covid-19 e vice-versa?**

A sobreposição de características clínicas entre a covid-19 e a TB, incluindo sintomas de tosse, febre e dificuldade para respirar, afeta a triagem e a avaliação das duas doenças, porque ambas comprometem principalmente o sistema respiratório e apresentam transmissão aérea – no caso da covid-19, por gotículas/aerossóis, e no da TB, por aerossóis (BRASIL, 2020e; BRASIL, 2020f; WHO, 2020b; BRASIL, 2020b). Portanto, o teste simultâneo para TB e covid-19 no paciente com esses sintomas seria indicado pelos seguintes fatores: a) as características clínicas comuns a ambas as doenças; b) a exposição simultânea a ambas as doenças; e c) a presença de fatores de risco para desfechos desfavoráveis (WHO, 2020a; BRASIL, 2020a; IDSSA, 2020).

#### *2.5.2 Estratégias para a prestação do cuidado à pessoa com tuberculose frente à pandemia da covid-19 na Unidade Básica de Saúde*

Frente aos problemas mais comumente apresentados pelos enfermeiros no cuidado à pessoa com TB, considerando a pandemia de covid-19 na UBS, propõem-se estratégias de prevenção da infecção por covid-19 em pessoas com TB na Atenção Primária que abarquem aspectos relativos à assistência e às práticas no processo de trabalho do enfermeiro durante o manejo clínico da pessoa com TB e/ou com sintomas respiratórios e seus contatos, durante a educação em saúde para a pessoa com TB, família e comunidade ou durante os encaminhamentos do doente com TB para serviços especializados ou outros níveis de cuidados (WHO, 2020d; BRASIL, 2020b). A segurança da pessoa que busca cuidados de saúde é fundamental e essencial à prática de enfermagem (JACKSON *et al.*, 2020) e caberá ao nível local a organização de seus processos de trabalho de forma a atender a demanda, diminuir a exposição dos mais vulneráveis ao vírus SARS-CoV-2 e garantir o acesso às ações de manejo da TB para as pessoas com sintomas respiratórios e seus contatos nas unidades de saúde. Nesse sentido, devem-se garantir medidas administrativas e de engenharia/ambientais, conforme segue:

##### **a) Controle administrativo**

- >> Suporte gerencial para implementar as novas diretrizes relativas à covid-19 e suprimento de material adequado para os profissionais de saúde e a comunidade;
- >> Capacitação contínua sobre diretrizes de biossegurança e medidas de prevenção e controle de infecção, direcionada a toda equipe da unidade de APS: limpeza, portaria, segurança, transporte, administração e pessoal de apoio;

- >> Motivação da equipe multidisciplinar para implantar as recomendações, sejam estaduais ou nacionais, para o gerenciamento e controle de infecção por covid-19 na APS;
- >> Evitar reuniões presenciais de equipe com usuários na UBS ou na comunidade; estimular reuniões via web;
- >> Garantir o uso de máscara cirúrgica (ver item 2.5.6.2) para os profissionais de saúde durante o atendimento ao paciente, especialmente quando ficarem a menos de 1 metro deste (IP *et al.*, 2020), além do uso de máscara N95 para procedimentos com presença de aerossóis e a recomendação do uso de máscara de tecido para a população geral (ver item 2.5.6.2) (OPAS/OMS, 2020a);
- >> Assegurar que todos os pacientes sintomáticos com covid-19 utilizem máscara cirúrgica na UBS; igualmente, os profissionais de saúde devem adotar as precauções-padrão na prestação da assistência diária (ver item 2.5.6.2);
- >> Realizar prontamente as avaliações das pessoas nas unidades de saúde para reduzir o risco de a equipe e outras pessoas que utilizam os serviços contraírem a covid-19 (HACKETT, 2020).

#### **b) Controle ambiental e de engenharia**

- >> Estabelecer protocolo rigoroso de triagem; organizar fluxos para atendimento às pessoas com sintomas respiratórios, seus contatos e pessoas em tratamento para TB; receber medicamentos; realizar seguimento dos casos, exames e coleta de escarro, entre outros.
- >> Instituir medidas de controle de infecção pela TB e pela covid-19, incluindo o distanciamento social, higiene das mãos, quarentena e outros.

#### *2.5.3 Ações da enfermagem para a busca, prevenção, diagnóstico e seguimento da pessoa com tuberculose no contexto da covid-19*

- a) Facilitar a oferta e o acompanhamento do tratamento de TB para reduzir o contato desnecessário entre as pessoas e a equipe da unidade de APS, por meio da intensificação de tecnologias digitais (telefone, rádio, WhatsApp e/ou outra mídia) que permitam melhorar a comunicação, o aconselhamento, a assistência e a gestão da informação, entre outros benefícios (monitores eletrônicos de medicamentos, como alarme no celular, relógio digital), e/ou terapia com suporte de vídeo para ajudar as pessoas a concluírem o tratamento da TB (WHO, 2020a), incluindo os casos com diferentes formas de apresentação clínica: a) ILTB, b) multirresistente e c) TB extensivamente resistente (WHO, 2020b);
- b) Realizar prontamente a avaliação das pessoas com TB na rotina da unidade de APS, aplicando adequadamente as medidas de prevenção e controle de infecção, incluindo o uso de EPI (nos profissionais de saúde e pessoas doentes), para reduzir o risco de a equipe contrair a covid-19;

- c) Reavaliar a realização do TDO no serviço de saúde para pessoas com TB e considerar diminuir a exposição da pessoa na unidade de APS, de acordo com as condições do contexto particular (BRASIL, 2020c);
- d) Para a retirada de medicamentos nas unidades de saúde, é importante organizar um fluxo na farmácia para reduzir ao máximo o tempo do doente na unidade (BRASIL, 2020c);
- e) As unidades de saúde devem manter a busca ativa de SR e o seguimento de contatos, estabelecendo fluxos para esses atendimentos (OPAS/OMS, [2021a]);
- f) A detecção precoce e o tratamento adequado podem reduzir a morbidade e a mortalidade tanto pela infecção por covid-19 como pelas diferentes formas de TB (OPAS/OMS, [2021b]);
- g) Marcar horário para cada consultório de atendimento, a fim de evitar aglomeração nas antessalas e corredores, e limitar o número de pessoas a serem atendidas por período de trabalho;
- h) Priorizar o atendimento, desde a triagem, às pessoas com três semanas e mais de tosse, para realizarem exames diagnóstico de TB.

#### *2.5.4 Manutenção do diagnóstico da tuberculose no contexto da covid-19*

Pessoas com sintomas de tosse, febre ou dificuldade para respirar devem realizar os exames diagnósticos para covid-19 e TB, uma vez que a coinfeção necessita sempre ser considerada (WHO, 2020b).

Deve-se incentivar a coleta de escarro em casa e orientar a pessoa a colher o material em espaço aberto e bem ventilado, longe de outras pessoas e de preferência do lado de fora da casa (WHO, 2020b).

Os testes diagnósticos para as duas doenças (TB e covid-19) são diferentes e devem ser disponibilizados a todas as pessoas com SR (OPAS/OMS, [2021a]; OPAS/OMS, [2021b]).

Um resultado positivo para a infecção por covid-19 não exclui a possibilidade de TB concomitante, particularmente em ambientes com alta carga de TB (WHO, 2020a).

Os exames radiológicos, a cultura, o TS e o TRM-TB, a baciloscopia e o teste de HIV devem ser encaminhados conforme os fluxos da UBS.

No caso de SR, o frasco para a coleta de escarro deve ser entregue à pessoa para que esta o colete na área externa da UBS. Após a coleta, a amostra deve ser encaminhada ao laboratório para análise. Caso a amostra seja positiva, a unidade deve entrar em contato com a pessoa para iniciar imediatamente o tratamento para TB e realizar a identificação diagnóstica dos contatos. Para isso, é necessário que as informações da pessoa, tais como telefone e endereço completo, estejam devidamente registradas.



### 2.5.5 *Manutenção do tratamento e acompanhamento da tuberculose*

- a) Uma das opções sugeridas é que a pessoa com TB leve os medicamentos para tomar em sua casa, evitando, portanto, a exposição desnecessária à covid-19 nas unidades de saúde (WHO, 2020a);
- b) É possível criar mecanismos para a entrega de medicamentos em casa e até mesmo coletar amostras para exames de acompanhamento de TB, assim como pode ser conveniente testar para a covid-19. Como as visitas às unidades de saúde serão minimizadas, o tratamento domiciliar da TB deverá se tornar a norma enquanto perdurar a pandemia pelo novo coronavírus (WHO, 2020a).
- c) Organizar a gestão da referência para pessoas com complicações pulmonares decorrentes da TB e da covid-19, com reações adversas maiores (OPAS/OMS, [2021a]; OPAS/OMS, [2021b]), e para realização de exames laboratoriais e/ou radiológicos.
- d) A dispensação dos medicamentos para tratamento da TB ou da ILTB deve ser, no máximo, mensal, sempre considerando os estoques disponíveis (BRASIL, 2020c).
- e) É necessário garantir o tratamento antituberculose para todas as pessoas com TB, incluindo as que estão em quarentena por suspeita ou infecção por covid-19 (OPAS/OMS, [2021b]);
- f) Não está claro se pessoas diagnosticadas simultaneamente com TB e covid-19 têm piores desfechos de tratamento da TB. Entretanto, estima-se uma maior gravidade, especialmente, se o tratamento da TB for interrompido (OPAS/OMS, [2021b]); por isso, a importância de manter o tratamento adequado da TB até a cura;
- g) Deve-se diminuir a frequência aos serviços de saúde para consulta de pessoas em seguimento do tratamento da TB ou da ILTB, avaliando sempre as condições clínicas e as suas necessidades (BRASIL, 2020c);
- h) Utilizar estratégias disponíveis localmente para contato com a pessoa em tratamento, como as teleconsultas (BRASIL, 2020c);
- i) Realizar prontamente os exames dos contatos sintomáticos do caso em tratamento, a fim de identificar TB ativa e ou ILTB para iniciar o tratamento.

### 2.5.6 *Prevenção e controle de infecção por tuberculose e covid-19 para os profissionais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde*

As estratégias de prevenção e controle de infecções (PCI) pelo SARS-CoV-2 estão descritas em diversos documentos publicados pela Anvisa e pela Opas. O objetivo desses materiais é definir diretrizes para que profissionais e pessoas atendidas no serviço de saúde possam colaborar na prevenção e no controle da covid-19 nesses serviços (BRASIL, 2020e; BRASIL, 2020f; OPAS/OMS, 2020c).

### 2.5.6.1 *Triagem*

Não se deve permitir que nenhuma pessoa entre na UBS sem máscara facial. Na entrada da UBS, todas as pessoas devem ser avaliadas quanto aos sinais e sintomas da covid-19 e da TB (profissionais, prestadores de serviço, pessoas que buscam atendimento e familiares), durante todo o horário de atendimento da unidade. A pessoa com SR deve usar máscara cirúrgica limpa e seca enquanto permanecer na unidade.

Qualquer pessoa que apresente sinais e sintomas da covid-19 e/ou de TB com confirmação laboratorial deve ser encaminhada para atendimento em sala separada o mais rápido possível, evitando que permaneça em salas de espera coletivas. Nessa sala devem estar disponíveis máscaras descartáveis e condições para higiene respiratória e das mãos; além disso, a sala deve ser mantida sempre limpa e ventilada. Todas as pessoas levadas a essa sala necessitam ser avaliadas e orientadas conforme protocolo definido localmente.

### 2.5.6.2 *Precauções-padrão*

Todos os profissionais de saúde devem adotar as precauções-padrão na prestação da assistência diária. Essas precauções pressupõem que toda pessoa esteja potencialmente infectada ou colonizada por um patógeno que pode ser transmitido no ambiente de assistência à saúde, e devem ser implementadas em todos os atendimentos, independentemente do diagnóstico do paciente, tendo em vista o risco de exposição a sangue e outros fluidos ou secreções corporais, para todos os profissionais da unidade de saúde (BRASIL, 2020e; WHO, 2020e).

Além das precauções-padrão, recomenda-se:

- a) O uso de EPI, de acordo com o risco de contaminação por sangue e outras secreções corporais (precauções adicionais: contato para gotículas e aerossóis);
- b) Higiene das mãos;
- c) Limpeza e desinfecção de superfícies;
- d) Manipulação adequada de produtos, equipamentos e roupas utilizados durante a assistência (transporte, limpeza, desinfecção e esterilização, de acordo com as características dos materiais e a respectiva finalidade de uso);
- e) Etiqueta da tosse/higiene respiratória. Para favorecer a etiqueta da tosse/higiene respiratória na unidade de saúde, devem-se ofertar máscaras cirúrgicas às pessoas com SR, lenços descartáveis para cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar e condições para a higiene das mãos após contato com secreções respiratórias (álcool gel 70% ou água e sabonete) (BRASIL, 2020e; BRASIL, 2020c; OPAS/OMS, 2020c).

Quanto ao uso de EPI pelos profissionais, deve-se obedecer à seguinte orientação da Anvisa (2020a), de acordo com as condições de atendimento:

- >> Profissionais que prestem assistência a menos de 1 metro de pessoas suspeitas ou confirmadas de covid-19:
  - o Em qualquer assistência: higiene das mãos + uso de máscara cirúrgica e óculos de proteção ou protetor facial (*face shield*);
  - o Durante procedimentos geradores de aerossóis: higiene das mãos + uso de máscara N95/PFF2 ou equivalente, gorro, avental de manga longa, luvas e óculos de proteção ou protetor facial (*face shield*).
- >> Profissionais que prestem assistência a mais de 1 metro ou que não tenham contato com os pacientes (atividades exclusivamente administrativas):
- >> Higiene das mãos + possível uso de máscaras de tecido limpas e secas.
- >> Atendimento a pessoas com TB:
  - o Higiene das mãos + uso de máscara N95/PFF2 ou equivalente, em caso de resultado de TB ainda positivo ou na realização de procedimentos que gerem aerossóis.

De acordo com a conduta e o uso do equipamento de proteção pessoal, as orientações da Anvisa (2020a) são as seguintes:

### **1. Máscaras faciais (cirúrgicas ou N95/PFF2 ou equivalentes) e máscaras de tecido**

#### **O que são máscaras cirúrgicas?**

São máscaras faciais confeccionadas em não tecido de uso médico-hospitalar, contendo uma manta filtrante para reter microrganismos e gotículas, conforme a norma ABNT NBR 15052. Todos os profissionais dos serviços de saúde devem utilizar máscaras faciais (cirúrgicas ou N95/PFF2 ou equivalentes) para proteção pessoal e controle de fonte, sendo essa medida obrigatória. Ressalta-se que, frente a procedimentos em pessoas com covid-19 e/ou TB que possam emitir aerossóis, devem-se utilizar máscaras N95/PFF2 ou equivalentes; nas demais situações, é obrigatório o uso de máscara cirúrgica pelos profissionais (BRASIL, 2020e).

#### **O que são máscaras de tecido?**

São aquelas confeccionadas com tecidos como algodão e tricoline, entre outros, e utilizadas para cobrir o nariz e a boca em espaços públicos durante a pandemia. As máscaras de tecido se destinam à população geral, atuando como barreiras físicas para reduzir a propagação do vírus e, conseqüentemente, a exposição e o risco de infecções. Apesar de essas máscaras não possuírem o "elemento filtrante", elas são uma importante medida de saúde pública e robustas no combate à covid-19, associadas ao distanciamento social e higiene frequente das mãos (BRASIL, 2020e).

Cabe destacar que não se recomenda a utilização de máscaras de tecido em pessoas em tratamento da TB ainda na sua fase de transmissão, ou em SR; nessas situações, é necessária a utilização de máscaras cirúrgicas.

**Observação:** todas as máscaras faciais só devem ser utilizadas se estiverem íntegras, limpas e secas.

## 2. Higiene das mãos

A higiene das mãos é uma das medidas mais importantes para aumentar a segurança da pessoa, uma vez que remove sujidade, suor, oleosidade, pelos, células descamativas e a microbiota da pele das mãos, e previne a transmissão de microrganismos e infecções, como a covid-19 (WHO, 2009; BRASIL, 2009; OPAS, 2014). O termo engloba a higiene simples (com sabonete líquido e água) e a higiene das mãos com preparação alcoólica para as mãos (BRASIL, 2009) (Anexo B, Figura 1).

### Higiene das mãos com sabonete líquido e água

A higiene simples das mãos com sabonete líquido e água deve ser feita, frequentemente, entre cada atendimento, por pelo menos 30 segundos, seguindo a sequência: palmas, dorso das mãos, espaços interdigitais (parte interna dos dedos), dorso dos dedos, polegares, polpas digitais (pontas dos dedos) e unhas (BRASIL, 2009).

### Higiene das mãos com preparação alcoólica

A higiene das mãos com preparação alcoólica para as mãos deve conter pelo menos 70% de álcool (nas formas de gel ou espuma) ou 60% a 80% de álcool (na forma líquida) (BRASIL, 2009). Todas formulações devem conter emolientes para evitar o ressecamento da pele das mãos (BRASIL, 2009) (Anexo B, Figura 2).

Os cinco momentos para a higiene das mãos preconizados pela Opas (OPAS, 2014) estão indicados no Anexo B, Figura 2.

### 2.5.6.3 A educação em saúde e a enfermagem, a pessoa com tuberculose, família e a comunidade frente à covid-19

Apresenta-se a seguir o que a pessoa com tuberculose e covid-19 precisa saber, além de informações sobre a prevenção da covid-19 se a pessoa tiver tuberculose:

- 1) Esclarecer sobre os sintomas da covid-19 (tosse seca com início repentino, acompanhada de mal-estar geral, febre e dificuldade de respirar); orientar sobre a prevenção durante a pandemia por meio do uso de máscara, do distanciamento social e da lavagem de mãos frequente, além de evitar aglomerações e ficar em casa (BRASIL, 2020f; OPAS/OMS, 2020c);

- 2) Pode ser TB se a tosse se agravar e durar três semanas ou mais, em geral com produção de muco. O período de incubação até a pessoa apresentar sintomas é mais longo na TB e costuma apresentar um início lento (OPAS/OMS, [2021b]);
- 3) Se a pessoa tiver TB e estiver coinfetada pela covid-19, ela pode estar em maior risco de complicações de saúde, especialmente se o tratamento para TB for interrompido (WHO, 2020a).

#### *2.5.6.4 Recomendações de enfermagem para o domicílio*

Proteção obrigatória do profissional de saúde com a utilização de EPI (máscara cirúrgica), durante a visita domiciliar. As orientações às pessoas no domicílio (OPAS/OMS, 2020b), envolvem:

- >> Lavar as mãos com água e sabonete com frequência; evitar tocar os olhos, nariz e boca; cobrir a boca e o nariz quando tossir ou espirrar (etiqueta da tosse), lavar as mãos após tossir ou espirrar;
- >> Minimizar sua exposição a covid-19, com a recomendação de distanciamento social, e permanecer em casa o máximo possível (BRASIL, 2020c);
- >> Se estiver em tratamento de TB, verificar na unidade de saúde como serão realizados o atendimento, os exames e o tratamento durante a pandemia;
- >> Continuar a tomar o remédio para o tratamento da TB diariamente, sem perder nenhuma dose, e seguir as orientações médicas e de enfermagem;
- >> Os tratamentos de TB e de ILTB devem ser concluídos em seis meses;
- >> Seguir as recomendações de dieta saudável e a restrição ao consumo de cigarro e álcool;
- >> Se você tem TB e desenvolveu sintomas como tosse seca, febre e falta de ar, procure a UBS de sua área e explique sempre que se encontra em tratamento para a tuberculose;
- >> Para melhorar o fluxo de ar, a ventilação no espaço e a entrada de sol na residência, manter as janelas abertas;
- >> Assegurar a limpeza e desinfecção adequadas das superfícies dentro do quarto da pessoa em tratamento de TB, como mesa de cabeceira, cabeceira da cama e outras mobílias; telas dos dispositivos eletrônicos, teclados e controles; superfícies e objetos do banheiro (OPAS/OMS, 2020a).

#### *2.5.6.5 Suporte dos gestores à implantação das diretrizes da tuberculose e da covid-19 na Unidade Básica de Saúde*

É preciso garantir a prestação de serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento e atenção da TB centrados na pessoa no contexto da covid-19. Por isso, os gestores devem considerar a intensidade da transmissão do vírus na área de cobertura do serviço de saúde e viabilizar a implantação ou implementação de uma política que atenda a

totalidade dos trabalhadores da saúde, doentes, contatos e comunidade. Dessa forma, deve-se planejar a aquisição e estimar os custos das medidas, incluindo insumos para os trabalhadores da saúde, suspeitos ou casos confirmados de covid-19 e/ou de TB. Adicionalmente, manter a supervisão de normas preconizadas e a avaliação da aplicação dos procedimentos na prática dos serviços, a fim de garantir a qualidade e a eficácia dos procedimentos realizados.

## Referências

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020**. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de Infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, DF: Anvisa, 2020e.

Disponível em: [https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota\\_tecnica\\_gvims\\_ggtes\\_anvisa\\_04\\_2020\\_reviso\\_27-10-2020.pdf](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota_tecnica_gvims_ggtes_anvisa_04_2020_reviso_27-10-2020.pdf). Acesso em: 26 jan. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020**. Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-CoV-2 (COVID-19) dentro dos serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2020f.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das Mãos**. Brasília, DF: Anvisa, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus (COVID-19): Sintomas – Quadro comparativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/imagem/13>. Acesso em: 26 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício Circular Nº 5/2020/CGDR/DCCI/SVS/MS**. Orientações sobre as ações de manejo e controle da tuberculose durante a epidemia do COVID-19. Brasília, DF: 25 mar. 2020c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/oficio-circular-no-52020cgdrdcccisvms>. Acesso em: 28 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício nº 71/2020/CGDR/DCCI/SVS/MS**. Recomendações para diagnóstico e tratamento na indisponibilidade transitória do Derivado Proteico Purificado. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. **Diretrizes para diagnóstico e tratamento da Covid-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 8 abr. 2020b.

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

GAGLIANO, A. *et al.* COVID-19 Epidemic in the Middle Province of Northern Italy: Impact, Logistics, and Strategy in the First Line Hospital [published *online* ahead of print, 2020 Mar 24]. **Disaster Med. Public Health Prep.**, [s. l.], p. 1-5, 24 mar. 2020.

HACKETT, K. Nurse-led innovation cuts staff exposure to COVID-19 patients'. *Nursing Standard*, [s. l.], 24 abr. 2020. Disponível em: <https://rcni.com/nursing-standard/>

[newsroom/news/nurse-led-innovation-cuts-staff-exposure-to-covid-19-patients-159981](#). Acesso em: 26 jan. 2022.

HOUGHTON, C. *et al.* Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. **Cochrane Database Syst. Rev.**, [s. l.], v. 4, n. 4, p. CD013582, 2020.

INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF SOUTHERN AFRICA (IDSSA). **Operational guidance on service delivery to TB patients (drug-susceptible and drug-resistant) during the COVID-19 pandemic**. [s. l.]: IDSSA, 2020. Disponível em: [https://stoptb.org/assets/documents/covid/Operational%20guidance%20on%20service%20delivery%20to%20TB%20patients%20during%20the%20COVID-19%20pandemic\\_FINAL%20PDF\\_28032020.pdf](https://stoptb.org/assets/documents/covid/Operational%20guidance%20on%20service%20delivery%20to%20TB%20patients%20during%20the%20COVID-19%20pandemic_FINAL%20PDF_28032020.pdf). Acesso em: 26 jan. 2022.

IP, V. H. Y. *et al.* Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: International variation of personal protective equipment (PPE) and infection prevention and control (IPC) guidelines. **Anesth. Analg.**, [s. l.], 1 maio 2020.

JACKSON, D. *et al.* Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID19. **Journal of Clinical Nursing**, [s. l.], p. 1-3, 2020.

LAM, S. K. K. *et al.* A qualitative descriptive study of the contextual factors influencing the practice of emergency nurses in managing emerging infectious diseases. **Int. J. Qual. Stud. Health Well-Being**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 1626179, 2019.

NAYNA SCHWERDTLE, P. *et al.* Nurse Expertise: A Critical Resource in the COVID-19 Pandemic Response. **Ann. Glob. Health**, [s. l.], v. 86, n. 1, p. 49, 11 maio, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Salve Vidas – Higienize suas Mãos. Higiene das Mãos na Assistência à Saúde Extra-hospitalar e Domiciliar e nas Instituições de Longa Permanência: Um Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos e da Abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos”** Brasília, DF: Opas/Anvisa, 2014. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Manual%20HM%20OMS%20extra%20hospitalar%202014.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Como colocar os equipamentos de proteção individual (EPIs)**. [s. l.]: Opas/OMS, 2020b. Disponível em: [https://opascovid.campusvirtualsp.org/sites/opascovid.campusvirtualsp.org/files/epi\\_.pdf](https://opascovid.campusvirtualsp.org/sites/opascovid.campusvirtualsp.org/files/epi_.pdf). Acesso em: 26 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Tuberculosis and COVID-19: What you need to know**. [s. l.]: Opas/OMS, 2020c. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/infographic-tuberculosis-and-covid-19-what-you-need-know>. Acesso em: 26 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Gestão dos profissionais de saúde no combate à COVID-19: protegendo os profissionais de saúde e de apoio**. [s. l.]: Opas/OMS, [2021a]. Disponível em: <https://opascovid.campusvirtualsp.org/covid-19/trabalhadores-de-saude>. Acesso em: 26 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Tuberculose e COVID-19: o que os profissionais da saúde e as autoridades devem saber**. [s. l.]: Opas/OMS, [2021b]. Disponível em: <https://opascovid.campusvirtualsp.org/covid-19/outras-patologias-e-covid-19>. Acesso em: 26 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Orientação sobre o uso de máscaras no contexto da COVID-19:** Orientação provisória. [s. l.]: Opas/OMS, 5 jun. 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52254>. Acesso em: 26 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). Prevenção e controle de infecção na atenção à saúde quando houver suspeita de COVID-19: Orientação provisória. [s. l.]: Opas/OMS, 19 mar. 2020c. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51971>. Acesso em: 26 jan. 2022.

THE LANCET. COVID-19: Protecting healthcare workers. Editorial. **The Lancet**, [s. l.], v. 395, n. 10228, p. 922-922, 2020.

TSAI, J.; WILSON, M. (2020). COVID-19: A potential public health problem for homeless populations. **Lancet Public Health**, [s. l.], v. 5, n. 4, p. e186-e187, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Maintaining essential health services:** operational guidance for the COVID-19 context. Interim guidance. Geneva: WHO, 1 jun. 2020b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages.** Interim guidance. Geneva: WHO, 6 abr. 2020d. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail-redirect/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications-detail-redirect/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages). Acesso em: 26 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Shortage of Personal Protective Equipment Endangering Health Workers Worldwide.** Geneva: WHO, 2020e. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>. Acesso em: 26 abr., 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). State of the World's Nursing Report 2020. Geneva: WHO, 2020f. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/nursing-report-2020>. Acesso em: 26 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care:** First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care. Geneva: WHO Press, 2009. 262p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Transmission of SARS-CoV-2:** implications for infection prevention precautions. Scientific Brief. Geneva: WHO, 9 jul. 2020c. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>. Acesso em: 26 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tuberculosis and COVID-19:** Considerations for tuberculosis (TB) care. Information Note. Geneva: WHO, 4 abr. 2020a.

XIA, Zhang; ZHIXIA, Jiang; FANG, Chen. Withdrawn: Nurses reports of actual work hours and preferred work hours per shift among frontline nurses during coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic: A cross-sectional survey. **Int. J. Nursing Studies**, [s. l.], p. 103635, 16 maio 2020.



The header features a large white number '3' centered on an orange background. Surrounding the number are various medical icons: a heart rate line, lungs, a DNA double helix, a first aid kit, a person in a medical cap, and a laboratory flask. These icons are connected by a network of white dots and lines, suggesting a digital or interconnected healthcare theme.

# 3

## As estratégias para adesão ao tratamento e abordagem centrada na pessoa com tuberculose na Atenção Primária à Saúde

### 3.1 Estratégias e tecnologias em saúde para a adesão ao tratamento da tuberculose: o papel da enfermagem

De acordo com a OMS, a adesão ao tratamento pode ser definida como o grau de comprometimento dos usuários dos serviços de saúde em relação às recomendações e condutas propostas pelos profissionais de saúde (WHO, 2003). Destaca-se que esse conceito não se restringe à ingestão de medicamentos, mas pode englobar também o seguimento de uma dieta adequada, hábitos saudáveis e de higiene e mudanças no estilo de vida.

Para o MS (BRASIL, 2008), a adesão é “um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de um determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo”. Portanto, considera o compartilhamento de responsabilidades entre profissionais e usuários, visando fortalecer a responsabilidade, a autonomia de ambos e o autocuidado (BRASIL, 2019).

Nesse sentido, a adesão ao tratamento da TB é um desafio constante para as equipes de saúde, uma vez que o abandono pode acarretar consequências importantes para as pessoas doentes e a comunidade, mantendo a cadeia de transmissão da doença e aumentando o risco de resistência aos medicamentos e o número de óbitos (BRASIL, 2019). No Brasil, define-se o abandono de tratamento como a ausência da pessoa com TB na unidade de saúde por um período de 30 dias consecutivos após a data prevista para o seu retorno (BRASIL, 2019).

Na percepção de pessoas com TB e de profissionais de saúde, algumas ações são relatadas como facilitadoras para a adesão ao tratamento: promoção de autonomia e tempo para a pessoa falar sobre dúvidas e preocupações; realização de TDO;

agendamento de consulta mensal; entrega de informação escrita sobre o tratamento; oferta de incentivos como cesta básica e vale transporte; avaliação de familiares para a identificação de novos casos de TB ou da ILTB (BERALDO *et al.*, 2017).

### 3.1.1 Entraves à adesão ao tratamento de tuberculose

O "Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil" descreve alguns aspectos que corroboram a não adesão ao tratamento de TB, dentre os quais se destacam: dificuldade de acesso à unidade de saúde; reações adversas aos medicamentos; conflitos domésticos; falta de vínculo entre as pessoas com TB e os profissionais de saúde; melhora clínica do indivíduo; dificuldades financeiras para comparecer às consultas e buscar a medicação na unidade de saúde (BRASIL, 2019).

### 3.1.2 Estratégias para o enfrentamento da não adesão ao tratamento da tuberculose

Frente às dificuldades listadas, o enfermeiro, juntamente com a equipe de enfermagem, possui um papel fundamental na promoção da adesão ao tratamento da TB. A adesão pode ser potencializada por algumas estratégias e tecnologias:

- a) Instituição de projeto terapêutico singular (PTS);
- b) Realização de ações educativas;
- c) Oferta de benefícios e apoio social;
- d) Busca de faltosos;
- e) Realização do tratamento diretamente observado (TDO);
- f) Melhoria do acesso às ações e serviços de saúde;
- g) Identificação de reações adversas aos medicamentos;
- h) Outras estratégias propostas na literatura.

### 3.1.3 Desenvolvimento das estratégias para a promoção da adesão ao tratamento da tuberculose

#### 3.1.3.1 Projeto Terapêutico Singular

O PTS é entendido como um modelo de singularização e individualização das práticas de saúde, mesmo se voltado a uma coletividade. Tal dispositivo surge como ferramenta de organização do cuidado multidisciplinar, fundamentado na atribuição de responsabilidades entre a equipe e em um conjunto de procedimentos terapêuticos articulados (ASSEGA *et al.*, 2015).

Além disso, o PTS compõe uma ferramenta para o cumprimento e estímulo ao autocuidado apoiado (MENDES, 2010; DALE *et al.*, 2017) e ao cuidado centrado na pessoa (O'DONNELL *et al.*, 2016), uma vez que os encontros entre a equipe e as pessoas doentes/familiares/comunidade potencializam esclarecimentos sobre a doença e sobre o serviço

oferecido, o que favorece a compreensão e a avaliação do tratamento recebido, trazendo o elemento alvo do cuidado para o cerne da assistência e tornando-o protagonista no seu processo de cura (BRASIL, 2019).

#### **Passos para a realização do PTS na Atenção Primária à Saúde:**

- 1) Definição do diagnóstico situacional da pessoa, ou seja, a identificação de necessidades de saúde dos usuários, além dos atendimentos e condutas já realizados (BRASIL, 2019). Considerando a importância da adesão ao tratamento, nessa fase é pertinente tentar estabelecer vínculo com as pessoas doentes, identificando fatores que colaboram para o abandono do tratamento (HINO *et al.*, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2017), dentre eles o uso de álcool e de outras drogas, bem como situações que envolvem conflitos familiares;
- 2) Definição de metas com propostas de curto, médio e longo prazo, a serem negociadas entre a pessoa/família/comunidade e a equipe de saúde (BRASIL, 2019);
- 3) Atribuição de responsabilidades a cada membro da equipe, com o estabelecimento de prazos e definição de um profissional de referência para o acompanhamento das necessidades dos indivíduos, com vistas a manejar as dificuldades e os conflitos existentes;
- 4) Avaliação e reavaliação das condições de saúde/doença e dos fatores de risco para a não adesão ao tratamento. Isso deve ocorrer em reuniões periódicas entre a equipe, nas quais são revisadas as metas, as responsabilidades e os prazos das atividades propostas.

#### **3.1.3.2 Realização de ações educativas**

Estudo mostra que pessoas com TB, mesmo sob TDO, não sabiam da importância de completar o tratamento (NDWIGA; KIKUVI; OMOLO, 2016). Dessa forma, ações educativas devem estar presentes na rotina de trabalho da equipe de enfermagem, realizadas concomitantemente às demais estratégias propostas para a redução do abandono ao tratamento, o controle de contatos, o manejo das reações adversas aos medicamentos anti-TB e a construção do conhecimento acerca dos benefícios da cura da TB (NDWIGA; KIKUVI; OMOLO, 2016; GUGSSA BORU, SHIMELS; BILAL; 2017; SILVA *et al.*, 2017). Também deve ser reforçado mês a mês, junto à pessoa em tratamento, que, à medida que se avança na tomada dos medicamentos, clinicamente haverá uma melhora no apetite e no ganho de peso, e assim os resultados dos exames poderão ser negativos; entretanto, isso não significa que a pessoa estará curada. Dessa forma, a cura só poderá ser atestada ao final do período indicado para o tratamento.

#### **3.1.3.3 Oferta de benefícios e apoio social**

Outra estratégia importante diz respeito à oferta de benefícios e de apoio social no momento da realização da entrevista de uma pessoa com TB, uma vez que essa oferta tem sido relatada como um dos aspectos que melhoram a adesão ao tratamento (HINO *et*

*al.*, 2018; UKWAJA *et al.*, 2017a, 2017b; SHUHAMA *et al.*, 2017; BALAKRISHNAN *et al.*, 2015). Dessa forma, devem-se estabelecer parcerias com profissionais do serviço social para que benefícios como auxílio-doença, fornecimento de cestas básicas ou café da manhã e vale-transporte possam ser ofertados às pessoas com TB. Ressalta-se que esses indivíduos estão inseridos em contextos de condições sociais precárias, sendo que o tratamento da TB requer custos para a ida ao serviço de saúde e também para a melhoria de suas condições nutricionais, que muitas vezes se encontram afetadas.

#### 3.1.3.4 Busca de faltosos

A busca da pessoa que falta às consultas deve fazer parte da rotina de trabalho do serviço, podendo ser feita via telefone, e-mail, visita domiciliar, dentre outras possibilidades, de acordo com a realidade e o contexto do território (BRASIL, 2019). É importante destacar que a busca de faltosos deve ocorrer o mais breve possível, em função da necessidade de dar continuidade ao tratamento de TB e, assim, evitar o abandono ao tratamento.

#### 3.1.3.5 Tratamento diretamente observado (TDO)

Frente à emergência global da TB anunciada em 1993 (WHO, 1993), a OMS propôs amplamente a adoção da estratégia *Directly Observed Treatment Short Course* (DOTS) para o efetivo controle da doença. Tal estratégia era composta por cinco componentes, sendo um deles constituído pelo TDO, ou seja, a supervisão da tomada da medicação (WHO, 2019; CHUCK *et al.*, 2016).

O TDO tem a função de monitorar e garantir a adesão ao tratamento, embora também proporcione uma aproximação do profissional de saúde com o contexto social das pessoas (BRASIL, 2019). Tal aproximação é essencial para a criação de vínculo com o indivíduo e seus familiares, além de possibilitar ao profissional de saúde a adoção de medidas que visem reduzir o risco de abandono ao tratamento, a partir da identificação de vulnerabilidades individuais e sociais, bem como de fragilidades na rede de suporte social disponível (BRASIL, 2019).

Em relação à realização do TDO, este deve ocorrer em local que esteja de acordo com as necessidades da pessoa, podendo ser disponibilizado na unidade de saúde mais próxima dos casos, ou no próprio domicílio (por meio de visita dos agentes comunitários de saúde e/ou outros profissionais de saúde), ou em outro local solicitado pela pessoa com TB e ou compartilhado com outros serviços (BRASIL, 2019).

O TDO deve ser realizado, no mínimo, três vezes por semana durante todo o tratamento, sendo 24 doses supervisionadas na fase intensiva e 48 doses na fase de manutenção nas situações em que o tratamento tenha duração de seis meses. Nos finais de semana e feriados, também se deve fornecer os medicamentos à pessoa, uma vez que a medicação é autoadministrada. É importante ressaltar que, para fins de notificação, a supervisão da ingestão medicamentosa realizada por amigos ou familiares não é considerada TDO. Somente profissionais de saúde ou de outras áreas, por exemplo, assistência social, devidamente capacitados, poderão realizar o TDO (BRASIL, 2019).

Mesmo que os encontros para a realização do TDO sejam rápidos, é oportuno para o profissional de saúde acolher os sentimentos, escutar as queixas e esclarecer as dúvidas das pessoas em relação ao tratamento ou à própria doença, assim como identificar potenciais fatores que podem interferir na adesão ao tratamento (BRASIL, 2019). O TDO é comprovadamente mais efetivo para o sucesso do tratamento do que o modelo autoadministrado, sendo sua implantação e sustentabilidade dependente de uma atuação comprometida e humanizada dos profissionais de saúde (TIAN *et al.*, 2014; SHUHAMA *et al.*, 2017).

### *3.1.3.6 Melhoria do acesso às ações e serviços de saúde*

Devem-se empreender esforços visando a ampliação da oferta de ações e serviços de saúde, por meio do alinhamento da estrutura existente e da organização dos fluxos de funcionamento dos serviços, de modo a superar debilidades relacionadas à inadequada cobertura da ESF; dificuldades na marcação de consultas e realização de exames laboratoriais; desafios no acolhimento; barreiras geográficas; deficiências no sistema referência e contrarreferência (VIEGAS, CARMO, LUZ, 2015). Por sua vez, a pessoa em tratamento de TB deve conhecer o responsável pela administração dos medicamentos na unidade de saúde; para isso, é fundamental uma pactuação diária desse profissional com a pessoa com TB, para a melhoria do acesso e obtenção do cuidado.

Além disso, é recomendável que a pessoa em tratamento receba visitas domiciliares, as quais podem subsidiar o estabelecimento de diretrizes para o tratamento com informações sobre o seu contexto de vida e as suas necessidades de saúde, bem como determinar a importância de encaminhamento dos casos, inclusive para profissionais como psicólogos e assistentes sociais, para fins de suporte psicológico e financeiro visando o enfrentamento da doença e a adesão ao tratamento.

### *3.1.3.7 Identificação de reações adversas aos medicamentos*

A identificação de reações adversas menores (intolerância gástrica, suor/urina avermelhada, manifestações cutâneas leves, neuropatia periférica, hiperuricemia e dores articulares), em sua maioria, requerem condutas que podem ser resolvidas na APS, enquanto as maiores (hipersensibilidade moderada a grave, hepatotoxicidade, alterações sanguíneas e do sistema nervoso central, nefrite e insuficiência renal) demandam atendimento especializado e, dessa forma, necessitam de encaminhamento para as unidades de referência (BRASIL, 2019). As condutas para o manejo das reações adversas estão descritas e podem ser consultadas no "Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil" (BRASIL, 2019).

Importante ressaltar, ainda, que as reações adversas menores são as de ocorrência mais comum; por isso, o enfermeiro, junto com a equipe de enfermagem, deve orientar as pessoas em tratamento de TB sobre essas eventualidades, reforçando a necessidade de procurarem imediatamente o serviço de saúde, mesmo fora da data prevista, caso manifestem tais reações, para adequada avaliação e manejo, de forma a evitar o abandono e garantir a continuidade do tratamento da TB.

### 3.1.3.8 Outras estratégias propostas na literatura

Em situações que envolvem casos de tratamento autoadministrado, com o propósito de empreender esforços para conduzir o tratamento da TB até a cura, os enfermeiros da APS, juntamente com a equipe de saúde, podem ainda utilizar diversas estratégias, a saber:

- >> Grupos de apoio (BRASIL, 2019);
- >> Parcerias com voluntários da comunidade e também outros trabalhadores de saúde, como o profissional da área de farmácia, os quais podem contribuir com a equipe de saúde no desenvolvimento de ações voltadas à adesão ao tratamento e à identificação de reações adversas (CARTER *et al.*, 2017; TANVEJSILP *et al.*, 2017; TANG; JIANG; XU, 2018);
- >> Uso de dispositivos facilitadores que podem apoiar a adesão:
  - Porta-comprimidos: são úteis para a pessoa se organizar e não ficar em dúvida se tomou ou não os medicamentos; a título de curiosidade, na China, foi desenvolvido um porta-comprimidos que emite alertas para os indivíduos não se esquecerem de tomar a medicação (LIU *et al.*, 2017);
  - Elaboração de quadro, conforme modelo a seguir, com horário e quantidade de medicamentos a serem ingeridos. Trata-se de uma estratégia oportuna quando a pessoa faz uso de vários medicamentos (BRASIL, 2019).

**Quadro 2** – Modelo de quadro para a orientação de pessoas quanto ao horário e quantitativo de medicamentos de tuberculose e outros a serem tomados

Medicamento (nome)	Manhã	Almoço	Tarde	Noite
Medicamento 1 (nome)	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
Medicamento 2 (nome)	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
Medicamento 3 (nome)	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade

Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

- Uso de despertadores ou lembretes enviados por meio de relógio, bracelete (JUANG; REN; HU, 2017) e celular (MOLTON *et al.*, 2016) que avisam o horário para tomada do medicamento;
- Chamadas de vídeo pelo celular ou computador para supervisionar a ingestão medicamentosa (CHUCK *et al.*, 2016; MOLTON *et al.*, 2016; BUCHMAN; CABELLO, 2017; NGUYEN *et al.*, 2017; OLANO-SOLER *et al.*, 2017);
- Envio de mensagem pelo celular com lembrete para tomar as medicações (MOHAMMED; GLENNERSTER; KHAN, 2016).

Ainda que somente o TDO tenha um campo para registro no Sinan-TB, é importante que as equipes registrem localmente todas as estratégias realizadas para a adesão ao tratamento, vinculando-as a cada pessoa/família, a fim de monitorar e avaliar

o processo de cuidado individual e, se necessário, adaptá-lo, visando o desfecho favorável do tratamento, a assistência de maior qualidade e o controle da TB enquanto problema de saúde pública.

## Referências

- ASSEGA, L. M. *et al.* Singular therapeutic project and multiprofessional team in clinical complex case management: an experience report. **J. Nurs. UFPE online**, Recife, v. 9, n. 4, p.7482–8, 2015.
- BALAKRISHNAN, S. *et al.* Social inclusion: an effort to end loss-to-treatment follow-up in tuberculosis. **Indian J. Tuberc.**, [s. l.], v. 62, n. 4, p. 230–34, 2015.
- BERALDO, A. A. *et al.* Adesão ao tratamento da tuberculose na Atenção Básica: percepção de doentes e profissionais em município de grande porte. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n. 4, p.e20170075, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da tuberculose no Brasil**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.
- BUCHMAN, T.; CABELLO, C. A New Method to Directly Observed Tuberculosis Treatment: Skype Observed Therapy, a Patient-Centered Approach. **J. Public Health Manag. Pract.**, Hagerstown, v. 23, n. 2, p. 175–177, 2017.
- CARTER, K. L. *et al.* Improved latent tuberculosis therapy completion rates in refugee patients through use of a clinical pharmacist. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, Paris, v. 21, n. 4, p. 432–437, 2017.
- CHUCK, C. *et al.* Enhancing management of tuberculosis treatment with vídeo directly observed therapy in New York City. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, Paris, v. 20, n. 5, p. 588–593, 2016.
- DALE, K. D. *et al.* Recurrence of tuberculosis in a low-incidence setting without directly observed treatment: Victoria, Australia, 2002–2014. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, Paris, v. 21, n. 5, p. 550–555, 2017.
- GUGSSA BORU, C.; SHIMELS, T.; BILAL, A.I. Factors contributing to non-adherence with treatment among TB patients in Sodo Woreda, Gurage Zone, Southern Ethiopia: A qualitative study. **J. Infect. Public Health**, Oxford, v. 10, n. 5, p. 527–533, 2017.
- HINO, P. *et al.* O controle da tuberculose na ótica de profissionais do consultório na rua. **Rev. Lat-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, 2018.
- JUANG, R.; REN, G.; HU, J. Bracelet- and self-directed observational therapy for control of tuberculosis: study protocol for a cluster randomized controlled trial. **Trials**, London, v. 18, p. 286, 2017.
- LIU, X. *et al.* Usability of a Medication Event Reminder Monitor System (MERM) by Providers and Patients to Improve Adherence in the Management of Tuberculosis. **Int. J. Environ Res. Public Health**, Basel, v. 14, n. 10, 2017.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010.

MOHAMMED, S.; GLENNERSTER, R.; KHAN, A.J. Impact of a Daily SMS Medication Reminder System on Tuberculosis Treatment Outcomes: A Randomized Controlled Trial. **PLoS One**, San Francisco, v. 11, n. 11, p. e0162944, 2016.

MOLTON, J. S. *et al.* Prospective single-arm interventional pilot study to assess a smartphone-based system for measuring and supporting adherence to medication. **BMJ Open**, London, v.6, p. e014094, 2016.

NDWIGA, J. M.; KIKUVI, G.; OMOLO, J. O. Factors influencing knowledge on completion of treatment among TB patients under directly observed treatment strategy, in selected health facilities in Embu County, Kenya. **Pan. Afr. Med. J.**, Kampala, v. 25, p. 234, 2016.

NGUYEN, T. A. *et al.* Video Directly Observed Therapy to support adherence with treatment for tuberculosis in Vietnam: A prospective cohort study. **Int. J. Infect. Dis.**, Hamilton, v. 65, p. 85–89, 2017.

O'DONNELL, M. R. *et al.* Re-inventing adherence: toward a patient-centered model of care for drug-resistant tuberculosis and HIV. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, Paris, v. 20, n. 4, p. 430–34, 2016.

OLANO-SOLER, H. *et al.* Notes from the Field: Use of Asynchronous Video Directly Observed Therapy for Treatment of Tuberculosis and Latent Tuberculosis Infection in a Long-Term-Care Facility – Puerto Rico, 2016–2017. **MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 66, n. 50, p. 1386–1387, 2017.

RODRIGUES, D. C. S. *et al.* O discurso de pessoas acometidas por tuberculose sobre a adesão ao tratamento. **Cienc. Enferm.**, Concepción, v. 23, n. 1, p. 67–76, 2017.

SHUHAMA, B. V. *et al.* Avaliação do tratamento diretamente observado da tuberculose segundo dimensões da transferência de políticas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 51, e03275, 2017.

SILVA, T. C. *et al.* Factors associated with tuberculosis retreatment in priority districts of Maranhão, Brazil. **Ciê. Saúde. Colet.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 12, p. 4095–4104, 2017.

TANG, Z. Q.; JIANG, R. H.; XU, H. B. Effectiveness of pharmaceutical care on treatment outcomes for patients with first-time pulmonary tuberculosis in China. **J. Clin. Pharm. Ther.**, Oxford, v. 43, n. 6, p. 888–894, 2018.

TANVEJSILP, P. *et al.* Role of pharmaceutical care for self-administered pulmonary tuberculosis treatment in Thailand. **J. Clin. Pharm. Ther.**, Oxford, v. 42, n. 3, p. 337–344, 2017.

TIAN, J. H. *et al.* Effectiveness of directly observed treatment of tuberculosis: a systematic review of controlled studies. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, Paris, v. 18, n. 9, p. 1092–1098, 2014.

UKWAJA, K. N. *et al.* Economic support intervention improves tuberculosis treatment outcomes in rural Nigeria. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, Paris, v. 21, n. 5, p. 564–570, 2017a.

UKWAJA, K. N. *et al.* 'Sustaining the DOTS': stakeholders' experience of a social protection intervention for TB in Nigeria. **Int. Health**, Oxford, v. 9, n. 2, p. 112–117, 2017b.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc.**, São Paulo, SP, v. 24, n. 1, p. 100–112, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A review of current epidemiological data and estimation of future tuberculosis incidence and mortality**: report. Geneva: WHO, 1993. (WHO technical report series, 173).



WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **What is DOTS (Directly Observed Treatment, Short Course)** [on-line]. [S. l.]: WHO's South-East Asia Regional Office (SEARO), 2019. Disponível em: [http://www.searo.who.int/tb/topics/what\\_dots/en/](http://www.searo.who.int/tb/topics/what_dots/en/). Acesso em: 21 mar. 2019.

### 3.2 A abordagem centrada na pessoa com tuberculose na Atenção Primária à Saúde

A estratégia *End TB* tem como objetivo acabar com a TB como problema de saúde pública no Brasil e recomenda explicitamente uma abordagem centrada na pessoa e na família, considerando a redução da meta de incidência para menos de dez casos por 100 mil habitantes, e da mortalidade, para menos de um óbito por 100 mil habitantes, até o ano de 2035. Em 2017, o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública" instituiu como seu primeiro pilar a prevenção e o cuidado integrado, centrado na pessoa com TB, como meio de enfrentamento da doença (BRASIL, 2017).

Segundo o Institute of Medicine (IoM), o cuidado centrado é um "cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas" (IOM, 2001). Esse tipo de abordagem reconhece que os beneficiários diretos dos cuidados são as pessoas doentes que precisam de cuidados de saúde e que as estratégias devem ser projetadas para o seu bem-estar, considerando os seus direitos e necessidades, conforme esquematizado na Figura 10. O objetivo é fornecer às pessoas acometidas por TB uma prestação de cuidados com alta qualidade de diagnóstico, tratamento e cuidados para sua saúde, além de qualidade de vida (WHO, 2018).

**Figura 10** – Eixos essenciais para o cuidado centrado na pessoa



Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

### 3.2.1.1 *O contexto da tuberculose na abordagem centrada na pessoa*

Na abordagem centrada na pessoa, é necessário que a equipe de saúde do SUS desenvolva suas ações de forma mais ampliada e holística, incluindo a prevenção, detecção, diagnóstico, tratamento e vigilância em saúde, de forma permanente e sustentada.

Não há uma forma única de intervir no controle da tuberculose, mas os projetos com essa intenção devem ser delineados com base nos recursos existentes, com a inserção de atores-chave (gestores, trabalhadores de saúde, voluntários, equipes de saúde prisional, equipes de Consultórios na Rua, profissionais com atuação nos distritos indígenas, entre outros) e mobilização da sociedade civil.

Isso exige que todos os níveis de atenção aumentem sua capacidade de planejar, implementar e monitorar projetos integrados de atenção centrados na pessoa. Além disso, os serviços de saúde precisam ser considerados como um dos muitos elos de uma rede de prestação de serviços de saúde onde as pessoas se movem sem interrupções entre diferentes ambientes, com base em suas necessidades. Dentro dessa rede, o papel de algumas unidades de saúde é limitado à prestação de cuidados especializados, como as referências terciárias para TB, que atendem os casos complexos da doença.

Assim, os projetos de ação devem ser orientados pela lógica da humanidade (valorização das pessoas e de seus sofrimentos no processo saúde-doença), equidade (oportunidades sociais e histórias individuais fazem as pessoas diferentes; assim, há aqueles com mais dificuldades e/ou menos acesso e, portanto, a produção de cuidado deve estar orientada sob essa perspectiva) e singularidade (um único projeto conforme cada necessidade), em especial priorizando as populações vulneráveis e/ou sob risco.

Populações vulneráveis à TB são descritas como aquelas em situação de pobreza e/ou sob risco de adoecimento, como PSR, PPL, PVHIV, pessoas com doenças psiquiátricas, indígenas, quilombolas, imigrantes, profissionais de saúde, entre outros (ALVES, 2020). A abordagem centrada na pessoa deve ser priorizada para todos, mas especialmente para essas populações.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) define como prioritária a abordagem do cuidado centrado na pessoa no âmbito da APS, em que a pessoa acometida pela doença é a protagonista do próprio cuidado. O cuidado deve ser proposto de forma singular, contribuindo para que cada indivíduo desenvolva conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua saúde, favorecendo um cuidado de forma mais efetiva (BRASIL, 2017).

Assume-se aqui a posição de cuidador, com a superação da ideia de impor exigências ou pragmatismos, mas ser estratégico e agir com humanidade (WHO, 2018). Por esse motivo, cada membro da equipe de saúde das UBS deve manter atualizado o diagnóstico da situação da TB na área geográfica e desenvolver um planejamento que envolva estratégias para o controle da doença; isso significa organizar, implementar e avaliar atividades de busca de casos, avaliar os contatos e instituir projetos terapêuticos individuais, e assim, contribuir para o alcance das metas sanitárias para o controle da tuberculose no Brasil.

Na perspectiva do cuidado centrado na pessoa, a abordagem da equipe de saúde do SUS deve estar baseada na perspectiva de redes, nos determinantes sociais, na cultura e crenças da pessoa, bem como na sua história clínica, levando em conta a atuação conjunta com equipes de outros pontos de atenção e parceiros de outros sistemas, como o socioassistencial, comunidade e família, respeitando a individualidade e a integralidade do cuidado.

Nesse sentido, a equipe de saúde deve atuar de forma oportuna para identificar situações de vulnerabilidade (individual, social e programática) entre pessoas diagnosticadas com tuberculose. Ou seja, não se trata de um projeto intrasetorial, mas sim intersetorial e com múltiplos parceiros e articulações (entre serviços estruturados e não estruturados).

Os princípios que orientam a prática do cuidado centrado na pessoa são: dignidade, compaixão e respeito; coordenação e integração do cuidado; cuidado personalizado; apoio ao autocuidado; informação, comunicação e educação; conforto físico; apoio emocional, alívio do medo e ansiedade; envolvimento de familiares e amigos; transição e continuidade; e, incorporado mais recentemente, acesso ao cuidado (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2019).

Ressalta-se que o planejamento do cuidado para a pessoa com TB é uma atividade que deve ser realizada com base nas necessidades individuais, sendo, portanto, fundamental para o fortalecimento de sua autonomia e adesão ao tratamento (SICSÚ,

2019). Entretanto, para isso acontecer, é importante que seja estabelecida uma relação de vínculo e confiança entre as pessoas que utilizam os serviços de saúde e os profissionais, de modo a favorecer a humanização do cuidado, por meio de um processo que envolva a comunicação, a tomada de decisão compartilhada e o apoio à autogestão (SICSU, 2019; SANTOS, 2010).

Assim, a abordagem centrada na pessoa é uma reorientação dos serviços de saúde, tornando-os responsivos e coordenados em torno das necessidades das pessoas. As famílias, a comunidade e as outras formas de coletividade devem fazer parte desse processo (BRASIL, 2017).

### *3.2.2 Problemas encontrados pelos serviços para implementação da abordagem centrada na pessoa*

- >> Dificuldade para romper paradigmas do modelo biomédico e superar a fragmentação do cuidado;
- >> Profissionais resistentes a mudanças por acreditarem já praticar o cuidado centrado na pessoa;
- >> Desconhecimento dessa abordagem e falta de capacitação das equipes dos serviços para lidar com o cuidado centrado na pessoa.

### *3.2.3 Atividades propostas para a realização do cuidado integral*

Ressalta-se que o cuidado deve estar focado e organizado em torno das necessidades e expectativas de saúde das pessoas e comunidades, e não somente nas pessoas ou na doença (WHO, 2017). Dessa maneira, para a implementação do cuidado centrado na pessoa, as ações podem e devem ser estruturadas em três eixos distintos: pessoa e comunidade, serviços de saúde e sistema de saúde (WHO, 2017).

- >> Pessoa e comunidade: trabalhar em parceria com as comunidades e indivíduos, incluindo as pessoas que precisam de cuidados de saúde, familiares, cuidadores e membros das comunidades, sociedade civil e grupos de interesse especial, identificando as respectivas necessidades de saúde; apoiar comportamentos para promoção da saúde; e fortalecer habilidades e recursos que permitirão que as pessoas assumam o controle de sua própria saúde, enquanto trabalham para combater os determinantes da saúde, e melhorar a saúde ao longo da vida (WHO, 2017);
- >> Serviços de saúde: garantir que os novos modelos de atendimento sejam compatíveis com a capacidade de implementá-los e que estejam alinhados com as necessidades das populações e indivíduos a quem se destinarão (WHO, 2017; GOMES; MENDES-JUNIOR, 2017);
- >> Sistema de saúde: alinhar as contribuições do sistema de saúde, incluindo governar, financiar e gerar recursos, para apoiar a melhoria na prestação de serviços e gerenciar o processo de mudança, estabelecendo uma direção clara, desenvolvendo e engajando parceiros e testando inovações para garantir

que as transformações sejam adaptadas às necessidades da população e sustentadas ao longo do tempo (WHO, 2017).

Frente aos problemas observados, propõe-se, na perspectiva do cuidado centrado na pessoa, que a abordagem da equipe de saúde do SUS outorgue uma assistência holística e uma atuação desses profissionais na perspectiva de redes. Por exemplo, em um caso de saúde mental em uma pessoa com TB, os profissionais devem articular a rede de saúde mental para a detecção de transtornos depressivos e abuso de substâncias psicoativas, entre outros problemas, que possam afetar a adesão ao tratamento farmacológico da tuberculose, desenvolvendo dispositivos junto às suas famílias (se for o caso) e voluntários que possam motivá-lo na continuidade do tratamento. Também é necessário empregar linguagem adequada, não usar nomenclaturas como “paciente”, “faltoso”, tratar a pessoa pelo nome, entre outros aspectos.

Se a pessoa acometida por tuberculose está em situação de rua, considera-se a parceria com as equipes do CnR; para pessoas em uso de álcool e outras drogas, a articulação com os Caps-AD é de grande importância para o cuidado compartilhado. O interesse, nesse caso, não é a ruptura abrupta com a droga ou a imposição de padrões, mas a redução dos danos associados à utilização de substâncias por pessoas que não possam ou não queiram interromper esse uso. É uma oportunidade de ampliar a vida (ressignificar valores, autoconhecimento e autoestima) e, nesse sentido, além de trabalhar questões relacionadas ao uso de drogas e à saúde geral, deve-se buscar sensibilizar essas populações para participação e envolvimento tanto no autocuidado em saúde quanto na vida social, reconhecendo-se como sujeitos de direito e cidadania (ABREU *et al.*, 2018).

Sob a perspectiva individual, cabe à equipe desenvolver ações para indicar o tratamento farmacológico adequado, realizar o acompanhamento clínico das pessoas em tratamento e promover o encaminhamento aos demais níveis de atenção daquelas pessoas com TB multirresistente ou comorbidades associadas que representem maior complexidade clínica.

A avaliação do risco do abandono do tratamento, a implementação das ações de educação e a promoção da saúde devem ser direcionadas às pessoas com TB e suas famílias. Cabe ainda à equipe a detecção precoce de possíveis efeitos adversos dos medicamentos, tendo como eixo norteador a resolutividade do efeito adverso, usando as tecnologias disponíveis dentro da RAS. Sob a perspectiva da gestão do cuidado, os retornos às consultas devem ser acompanhados da articulação das visitas domiciliares. Agrega-se também a realização da busca ativa, a detecção precoce da tuberculose e o controle de contatos de TB ativa.

Para as áreas com cobertura de agentes comunitários de saúde (ACS), torna-se importante realizar o seguimento das pessoas com TB e seus familiares, a fim de promover o autocuidado e o apoio para que não haja interrupções no tratamento, além de monitorar a efetivação do controle de contatos das pessoas doentes.

Entre os profissionais de saúde que desempenham papel fundamental no cuidado da pessoa com tuberculose, destaca-se o enfermeiro, pois este é o profissional com maior vínculo junto ao usuário e com a comunidade, exercendo na APS o protagonismo das ações de prevenção e controle da TB, atuando com compromisso e planejamento e prestando uma assistência voltada tanto no nível individual quanto coletivo.

Dada a determinação social da tuberculose, é importante que o enfermeiro articule com os parceiros no território, como os equipamentos sociais, agregando aliados nesse projeto terapêutico enquanto um avanço na dimensão social. Propõe-se, então, uma reorientação dos serviços de saúde, de modo a torná-los mais responsivos e coordenados em torno das necessidades das pessoas e comunidades atendidas (BRASIL, 2017), tendo o profissional enfermeiro como o grande condutor, que compreenda e implemente o cuidado centrado na pessoa com TB.

## Referências

- ABREU, A. M. M. *et al.* Rastreamento e Intervenção Breve para uso de álcool e outras drogas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 71, Supl. 5, p. 2389-95, 2018.
- ALVES, J. D. *et al.* Magnitud de los determinantes sociales en el riesgo de mortalidad por tuberculosis en el Centro-Oeste de Brasil. **Gac. Sanit.**, [s. l.], v. 34, n. 2, p. 171-178, 2020.
- GOMES, P. H. G.; MENDES-JUNIOR, W. V. O cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde: estratégias de governos e organizações não governamentais. **Revista ACRED**, [s. l.], v. 7, n. 13, p. 23-43, 2017.
- INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington, D. C.: National Academy Press, 2001.
- RODRIGUES, J. L. S. Q.; PORTELA, M. C.; MALIK, A. M. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n. 11, p. 4263-4273, 2019.
- SANTOS, M. C. *et al.* Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Rev. Port. Saúde Pública**, [s. l.], v. tem., n. 10, p. 47-57, 2010.
- SICSÚ, A. N. *et al.* Práticas de enfermagem centradas no indivíduo com tuberculose: interface com a democracia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 72, n. 5, p. 1284-90, 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A patient-centred approach to TB care**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272467/WHO-CDS-TB-2018.13-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 fev. 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A people-centred model of TB Care**. Copenhagen: WHO's Regional Office for Europe, 2017. Disponível em: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/342373/TB\\_Content\\_WHO\\_PRO\\_eng\\_final.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/342373/TB_Content_WHO_PRO_eng_final.pdf). Acesso em: 18 fev. 2021.



# 4

## Integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Vigilância da tuberculose

### **4.1 A integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Vigilância da Tuberculose: uma possibilidade de ampliação da capacidade de resposta do enfermeiro no cuidado da pessoa com tuberculose**

Entendendo a integração entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde e a Vigilância em Saúde como fundamental para o cuidado da pessoa com TB, torna-se relevante a elaboração e implementação de estratégias que favoreçam a articulação de ações em todos os níveis de atenção, APS, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar.

Esforços nessa integração podem facilitar o processo de trabalho, contribuindo para colocar em prática o princípio do SUS da integralidade da atenção em níveis locais. Por isso, o papel do enfermeiro se faz fundamental nesse processo, considerando suas atribuições e importância para o processo de trabalho na APS.

Nesse contexto, uma das estratégias de integração está relacionada à organização do território e ao processo de trabalho nos serviços de saúde, considerando os recursos financeiros e a organização das estruturas técnico-administrativas dos locais, especialmente no âmbito das equipes que atuam nas UBS e na Estratégia de Saúde da Família como forma de possibilitar uma nova prática de vigilância em atenção primária, com foco no cuidado ao indivíduo, na família e na sua relação com o ambiente que os rodeia (BRASIL, 2018).

Para além do espaço físico das unidades de saúde, o uso de estratégias para articulação e trabalho conjunto com vistas ao cuidado da pessoa com TB deve ocorrer dentro e fora do serviço, dada a determinação social da doença, de modo intra e intersectorial, sendo importante a participação de diversos setores da saúde, assistência social, sociedade civil, habitação, saneamento, educação e trabalho (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

Dessa forma, o enfermeiro atuante na APS deve articular o conjunto de atribuições e funções dentro do processo de trabalho, na busca da produção da atenção integral e longitudinal, frente às diretrizes e programas que fortaleçam a assistência da pessoa com TB no SUS.

#### *4.1.1 Entraves identificados no cuidado à pessoa com tuberculose que possuem relação com a articulação entre a Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde*

A falta de conhecimento do território – compreendendo o ambiente em que as pessoas vivem e a influência ou determinação que suas características exercem sobre os sujeitos – inviabiliza colocar em prática a articulação das ações integradas entre os serviços, orientadas a partir da lógica de risco e de vulnerabilidades, de forma a proporcionar a assistência integral às pessoas com suspeita de TB durante o diagnóstico, o tratamento oportuno e o controle dos contatos.

Entretanto, na prática da enfermagem no serviço de saúde, podem ser identificadas algumas dificuldades na articulação entre a APS e a Vigilância da TB, envolvendo outros serviços da RAS, os quais estão presentes desde a busca de sintomáticos respiratórios e adesão ao tratamento até a realização de baciloscopia.

Com o intuito de exemplificar esses fatores, destacam-se situações da rotina de serviço que podem implicar dificuldades na realização do cuidado da pessoa com TB, mas que podem ser evitadas e resolvidas a partir da reorganização do processo de trabalho:

- >> Tratamento em unidade de saúde diferente daquela em que o caso foi diagnosticado, dificultando o vínculo e acompanhamento do cuidado;
- >> Ausência de informações entre os profissionais de saúde sobre registros clínicos e epidemiológicos adequados em casos de tuberculose na APS e na VS;
- >> Dificuldade na oferta de baciloscopia pelos municípios para apoio ao diagnóstico, assim como na solicitação do exame por parte das equipes de saúde que atuam no serviço de APS (ESF, ECnR, AB, entre outras);
- >> Óbice na realização de baciloscopia pelo serviço de referência no momento da consulta;
- >> Dificuldade de acesso aos exames de apoio ao diagnóstico, como o raio-X de tórax com laudo e a cultura em tempo oportuno;
- >> Não realização de busca ativa oportuna dos contatos de TB, bem como da pessoa com TB que falta às consultas e à tomada do medicamento supervisionado;
- >> Entraves na articulação com outros serviços das RAS nos casos que requerem encaminhamentos de pessoas com comorbidades e outras vulnerabilidades.

Considerando os principais exemplos expostos, são necessárias ações para organizar o serviço de saúde de toda a RAS, especialmente a APS, para o enfrentamento desses problemas (FIOCRUZ, 2012).

Para tanto, cabe ao gestor local, junto as equipes de saúde, avaliar e definir a identificação de instrumentos potentes para a sua realidade de atuação, como o estabelecimento da linha de cuidado para a pessoa com TB, considerando os dispositivos existentes na rede.



#### 4.1.2 Como realizar ações de Vigilância da Tuberculose integradas na Atenção Primária à Saúde

A integração da APS e da Vigilância no contexto do controle da TB passa necessariamente pelo conhecimento do território, a fim de proporcionar um atendimento adequado às necessidades das pessoas. Para isso, a reorganização do processo de trabalho é fundamental. Assim, destacam-se alguns pontos essenciais para que essa integração ocorra:

- >> Fortalecer ações de educação permanente em saúde nas temáticas pertinentes;
- >> Pactuar os indicadores de TB localmente, de modo que todos os envolvidos se conscientizem sobre sua importância e relevância para vigilância da TB;
- >> Estruturar a articulação com os serviços de apoio ao diagnóstico para otimizar o diagnóstico e tratamento dos casos de TB;
- >> Organizar e fortalecer o trabalho multidisciplinar e em equipe, envolvendo os profissionais do serviço de atenção à saúde e da vigilância;
- >> Organizar os registros dos casos de TB na unidade de saúde e encaminhá-los à vigilância;
- >> Organizar o fluxo de pacientes para referência e contrarreferência entre os serviços especializados.

Os pontos acima citados são destaques gerais que devem ser realizados no território, com vistas à efetivação da integração; entretanto, esse processo é fluido e deve ser constante, podendo ser acrescentadas outras ações, de formas diferentes em cada local, de acordo com a realidade em cada município e no Distrito Federal.

#### 4.1.3 O cuidado da pessoa com tuberculose a partir da integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde

A “configuração das relações de interdependência socioeconômica, cultural e sanitária” da pessoa com suspeita ou diagnóstico de TB, família e comunidade, viabiliza a compreensão do ambiente social e geográfico, tornando possível desenvolver estratégias, instrumentos e processos de trabalho para o cuidado integral (BRASIL, 2018, p. 23).

Esse conhecimento do território corrobora a complexidade da abordagem no manejo clínico das pessoas com suspeita ou com diagnóstico de TB e da avaliação das pessoas contatos de TB, além da compreensão e inclusão de outros elementos, como o georreferenciamento das estruturas de provisão (unidades de saúde), indicadores, relações, fluxos, estruturas físicas (transporte, comunicação, energia, serviços, produção, lazer etc.), uso de genograma, ecomapa e equipamentos sociais (escolas, centros de referência da assistência social, tribunais de justiça etc.), dentre outros (FIOCRUZ, 2012).

A classificação e estratificação de risco deve analisar os riscos individuais e coletivos de cada pessoa com TB e sua família. Uma vez identificado o risco, orienta-se a intervenção conforme o grau de necessidade da pessoa com TB, sendo esse acolhimento caracterizado pela escuta qualificada, tanto na visita domiciliar como no atendimento nas UBS.

No caso da TB, como se trata de uma doença transmissível, deve-se realizar a promoção da saúde e a prevenção, de forma a evitar a propagação da doença na comunidade, incluindo a investigação dos contatos das pessoas, devido ao maior risco de adoecimento por TB, além de buscar as pessoas que faltam ao tratamento, a fim de evitar abandono, sequelas, complicações, incapacidades ou óbitos, e, assim, reduzir a resistência aos medicamentos; ou seja, buscar aqueles que estão no território e que não procuram o serviço (BRASIL, 2018).

O processo de trabalho da APS para a integração com a vigilância no controle da TB requer resolutividade (qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações) para que a pessoa com suspeita ou diagnóstico de TB tenha rápido acesso aos exames (baciloscopia, TRM-TB, cultura, teste de sensibilidade e teste de HIV) e/ou consultas especializadas (referências, assistência especializada em IST/aids, hospitais secundários e ou terciários).

A agenda da equipe na APS deve ser organizada de forma a estar sempre aberta à demanda espontânea, incluindo as pessoas com suspeita de tuberculose, propiciando maior acesso e maior oportunidade de identificação diagnóstica, tratamento, acompanhamento e encerramento de casos de TB (BRASIL, 2018). Adicionalmente, a organização da assistência farmacêutica no âmbito da APS e o uso racional de medicamentos devem ser objeto de integração, trabalhando-se o acesso a medicamentos, a definição de local de dispensação/entrega, a atenção farmacêutica, a facilitação das interconsultas, o uso de novos medicamentos e as ações de farmacovigilância da TB.

Isso posto, a estruturação dos processos regulatórios por meio de protocolos, a integração regional/estadual/municipal e a melhoria do grau de informatização da rede, com a adoção de prontuários eletrônicos e de sistemas de informação adequados, são estratégias que podem facilitar o acesso regulado, ágil e em tempo oportuno das pessoas com suspeita ou com diagnóstico de TB.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Edição 183, Seção 1, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 26 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia da Política Nacional de Atenção Básica**. Módulo 1: Integração, Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

## 4.2 A Vigilância Epidemiológica da tuberculose e o papel do enfermeiro

O objetivo da Vigilância Epidemiológica é conhecer a magnitude da doença (dados de morbimortalidade), sua distribuição, fatores de risco e tendência no tempo, fornecendo subsídios às ações de controle da TB.

A VE da tuberculose não se resume ao processo informacional obrigatório do Sinan (ANDRADE *et al.*, 2017), mas constitui um processo dinâmico e ativo que requer a responsabilização não só do enfermeiro, como de todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado direto ou indireto à pessoa com TB, com a finalidade de embasar recomendações e medidas de controle individual e coletivo da doença.

O Sinan é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos. É um sistema de informação relevante para auxiliar o planejamento da saúde e definir prioridades de intervenção, além de permitir a avaliação do impacto das intervenções.

Esta seção tratará das principais etapas correspondentes às ações de Vigilância Epidemiológica da tuberculose, com foco no papel do enfermeiro, desde o planejamento das atividades, passando pela investigação e detecção até o acompanhamento das pessoas com TB. Na Figura 11 encontra-se um resumo dessas atividades, as quais estarão descritas com mais detalhes ao longo da seção. Ademais, foram elencados alguns problemas comuns na vigilância da tuberculose e, em seguida, as estratégias para solucioná-los.

**Figura 11** – Resumo das atividades de controle da tuberculose (TB) desde o acolhimento e diagnóstico até o acompanhamento e encerramento do tratamento e da notificação no Sinan na Atenção Primária à Saúde



Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.  
 Legenda: PPL – população privada de liberdade; PSR – população em situação de rua; PVHIV – pessoas vivendo com HIV; TDO – tratamento diretamente observado; SR – sintomáticos respiratórios; TS – teste de sensibilidade; NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família; SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

#### 4.2.1 Principais problemas encontrados na Atenção Primária à Saúde

- >> Indisponibilidade de dados, falta de monitoramento dos dados da vigilância e/ou falha de utilização dos dados para o planejamento e monitoramento das ações desenvolvidas nos serviços de saúde;
- >> Dificuldades na continuidade do processo de vigilância (investigação, detecção e acompanhamento) por falta de definição de referência e contrarreferência e fluxos não pactuados ou desconhecidos pelos profissionais de saúde;
- >> Não pactuação ou desconhecimento, pelos profissionais de saúde, de fluxos de referência e contrarreferência, informação e encaminhamentos diversos;
- >> Dados desatualizados sobre o tratamento da pessoa no Sinan-TB, como o resultado dos exames realizados, o uso de terapia antirretroviral durante o tratamento da tuberculose, o número de contatos identificados e examinados, entre outros;
- >> Divulgação inoportuna ou insuficiente das informações disponíveis nos sistemas de informação;
- >> Desconhecimento dos instrumentos de notificação e de acompanhamento do tratamento;
- >> Baixa utilização dos dados e informações da vigilância para embasar a gestão do cuidado.

#### 4.2.2 Estratégias para resolução dos problemas na Atenção Primária à Saúde

##### 4.2.2.1 Atividades de planejamento e de gestão para o fortalecimento das ações de vigilância a serem efetuadas pelos Programas de Controle da Tuberculose e/ou pela Vigilância Epidemiológica da Tuberculose nos municípios, regionais/distritos e estados

- >> Estabelecer fluxos, transporte e prazos para envio de amostras e recebimento de resultados de exames entre as unidades de saúde e os laboratórios, de forma a apoiar as ações relacionadas ao processo de investigação e detecção de casos;
- >> Estabelecer prazos e fluxo de envio das Fichas de Notificação/Investigação de Tuberculose (Anexo C), do Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose (Anexo D) e de outras informações entre as unidades de saúde e a VE;
- >> Estabelecer referência e contrarreferência na RAS. Divulgar essa informação para toda a rede, de forma a apoiar as ações relacionadas ao processo de detecção e acompanhamento de casos;
- >> Encaminhar, mensalmente, o Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose (Anexo D) às unidades de saúde. Esse formulário deverá ser emitido pelo primeiro nível informatizado e enviado às unidades. A UBS atualizará os

dados de acompanhamento das pessoas listadas no referido boletim e o enviará, para digitação, ao primeiro nível informatizado do Sinan-TB;

- >> Divulgar periodicamente as informações operacionais e epidemiológicas por meio de boletins ou de materiais técnicos para os profissionais de saúde e para a população. Valorizar a retroalimentação;
- >> Capacitar e apoiar tecnicamente os profissionais de saúde sobre as ações de controle e de vigilância para planejamento e aperfeiçoamento da prática, sempre que necessário.

Divulgar os fluxos que forem estabelecidos entre os profissionais de saúde da rede.

As etapas de investigação, notificação e acompanhamento, descritas a seguir, ocorrem principalmente nos serviços de APS e em seus respectivos territórios. Dessa forma, destaca-se a importância do profissional de enfermagem na liderança da equipe e, conseqüentemente, na execução das ações para o controle da tuberculose nos seus territórios.

Todas as ações planejadas precisam ser monitoradas e avaliadas periodicamente pelas equipes de saúde, com o objetivo de identificar potencialidades e acertos, e dificuldades e intervenções para superá-las.

#### 4.2.2.2 *Sobre os instrumentos de registro na Atenção Primária à Saúde*

- >> Os instrumentos de registro para os serviços de APS são a Ficha de Notificação/ Investigação de Tuberculose (Anexo C), o Livro de Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde (BRASIL, 2019c); (Anexo E), o Registro de Pessoas com Tuberculose e Acompanhamento do Tratamento (Anexo F) e o Boletim de Acompanhamento do Tratamento (Anexo D);
- >> Toda a equipe de saúde deve valorizar o correto preenchimento desses instrumentos;
- >> Outros instrumentos padronizados podem ser utilizados pelas equipes para melhorar a organização dos serviços, a exemplo da ficha para identificação e exame de contatos e o boletim de transferência de casos, que são instrumentos já utilizados em várias unidades de saúde e municípios.

**Quadro 3** – Fluxo e instrumentos de registro utilizados na Vigilância Epidemiológica da tuberculose

	Fluxo	Instrumentos de registro
Prontuário	<p><b>Caso suspeito</b></p> <p>↓</p> <p>Realização de exames para o diagnóstico</p>	Livro de Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde (BRASIL, 2019c)
	<p>↓</p> <p>Descartado      Confirmado</p> <p>↓                      ↓</p> <p>Não notificar      Notificar</p> <p>↓                      ↓</p> <p>Exames de contatos      Início do tratamento</p>	Ficha de Notificação/ Investigação (Sinan)  Registro de Pessoas com Tuberculose e Acompanhamento do Tratamento
	<p>↓</p> <p>Acompanhamento</p> <p>↓</p> <p>Encerramento</p>	Boletim de Acompanhamento do Tratamento (Sinan)  Registro de Pessoas com Tuberculose e Acompanhamento do Tratamento

Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

#### 4.2.2.3 Sobre a investigação e detecção de pessoas com tuberculose

- >> O rastreamento de pessoas com TB é feito pela presença de tosse persistente. Na população geral, se a pessoa tosse por três semanas e mais, é considerada um SR. Sempre suspeitar de TB;
- >> A identificação de SR pode ocorrer por meio de busca ativa durante as visitas domiciliares das equipes de saúde, ou em atividades comunitárias de saúde e educação. A busca também pode ser passiva, quando a pessoa procura o serviço de saúde para uma consulta clínica ou para realizar algum exame, e apresenta sinais e sintomas da tuberculose, por exemplo;
- >> A busca ativa de pessoas com TB deve ser realizada permanentemente. O número de sintomáticos respiratórios estimado na população adscrita é de 1,0% ao ano;
- >> No momento da busca ativa, também está incluída a avaliação de contatos de tuberculose pulmonar ou laríngea, para identificação precoce de pessoas com TB;

- >> Todo suspeito de TB deve realizar exames para confirmação do diagnóstico (baciloscopia direta de escarro ou TRM-TB) e iniciar o tratamento o mais cedo possível, a fim de minimizar a transmissão da doença.
- >> A pessoa deve ser orientada sobre a coleta adequada de escarro para a realização de exames. Para mais detalhes, consultar o "Guia de Orientações para Coleta de Escarro" (BRASIL, 2014).
- >> Registrar as informações de suspeitos de TB no "Livro de Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde" (Anexo E) ou em outra planilha com esse objetivo, e também no prontuário da pessoa;
- >> Para mais detalhes sobre tempo de tosse, exames de confirmação laboratorial e avaliação de contatos de TB, consultar o "Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil" (BRASIL, 2019a).

**Quadro 4** – População, tempo de tosse para investigação da doença e atividades de busca de pessoas com suspeita de tuberculose

População	Tempo de tosse	Quando realizar a busca?
População geral adscrita ao território da Estratégia de Saúde da Família	3 semanas	Visitas domiciliares e atividades comunitárias no território
População geral que procura o serviço de saúde	2 semanas	Sala de espera no serviço de saúde
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contato de TB pulmonar ou laringea</li> <li>- Pessoas que vivem com HIV</li> <li>- Pessoas que vivem em albergues e outras instituições de longa permanência (unidades prisionais, asilos etc.)</li> <li>- Imigrantes</li> <li>- Profissionais de saúde</li> <li>- Indígenas</li> </ul>	Qualquer tempo de tosse	Sala de espera no serviço de saúde, visitas domiciliares e atividades comunitárias no território
Diabetes <i>mellitus</i>	2 semanas	Sala de espera no serviço de saúde, visitas domiciliares e atividades comunitárias no território

Fonte: Brasil, 2019a.



#### 4.2.2.4 *Sobre a notificação da pessoa com tuberculose diagnosticada por critério laboratorial ou clínico*

- >> O diagnóstico laboratorial se dá quando a pessoa, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia, de TRM-TB ou de cultura para tuberculose;
- >> Em caso de diagnóstico clínico, este ocorre por meio da avaliação médica quando a pessoa não atende ao critério de confirmação laboratorial, mas apresentou resultados de exames de imagem ou histológicos sugestivos para TB;
- >> Em caso de confirmação de TB por critério laboratorial ou clínico, é preciso notificar. Não se notifica pessoa com suspeita de tuberculose. A TB é uma doença de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, Anexo V – Capítulo I);
- >> Toda pessoa diagnosticada com TB deve ser testada para HIV;

A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

- >> Notifica-se a pessoa com TB utilizando a Ficha de Notificação/Investigação da Tuberculose (Anexo C). Conforme rotina e fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o profissional de saúde deve encaminhar as fichas de notificação/investigação ou de notificação negativa preenchidas corretamente à regional de saúde ou SMS para que os dados sejam inseridos no Sinan-TB;
- >> Em alguns municípios, o Sinan-TB (ou outro sistema de informação) está instalado no computador da unidade de saúde para que o profissional de saúde possa notificá-lo diretamente no sistema, sem precisar preencher e encaminhar a ficha para ser digitada na regional de saúde ou SMS;
- >> Para auxiliar no acompanhamento do tratamento, é importante registrar os principais dados da pessoa no Livro de Registro de Pessoas com Tuberculose e Acompanhamento de Tratamento (Anexo F);
- >> Casos de TB notificados ou acompanhados por outros municípios que não o de residência deverão ser comunicados à SMS do município de residência em tempo oportuno, para a investigação dos contatos e a continuidade do tratamento;

É importante o preenchimento correto e completo da Ficha de Notificação/Investigação, evitando campos em branco ou preenchidos como "ignorado".

- >> Consultar no "Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil" (BRASIL, 2019a) as classificações para tipo de entrada e encerramento do tratamento no Sinan e no Site-TB (sistema que se destina à notificação e ao acompanhamento dos casos de TB que têm indicação de tratamentos especiais e de casos de micobacteriose não tuberculosa).

#### 4.2.2.5 *Sobre o acompanhamento da pessoa em tratamento da tuberculose na Atenção Primária à Saúde*

O profissional de enfermagem pode ser o coordenador, diretor ou responsável pelas seguintes atividades no serviço de saúde:

- >> Realizar o tratamento diretamente observado; acompanhar, monitorar e registrar a tomada da medicação das pessoas em TDO;
- >> Controlar a tomada da medicação das pessoas em tratamento autoadministrado;
- >> Acompanhar e verificar a ida da pessoa em tratamento da TB às consultas clínicas;
- >> Identificar pessoas em tratamento que não compareceram às consultas ou ao TDO e organizar estratégias de busca dessas pessoas;
- >> Acompanhar os resultados de exames laboratoriais (baciloscopia, cultura, TRM-TB, TS, sorologia para HIV) e monitorar a devolutiva do resultado pela rede laboratorial ao serviço de saúde, evitando que exames permaneçam "em andamento" por mais tempo do que o esperado;
- >> Atualizar, mensalmente, todas as informações contidas no Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose (Anexo D) e devolvê-lo preenchido à regional de saúde ou SMS para que os dados sejam atualizados no Sinan-TB;
- >> Identificar vulnerabilidades (agravos associados e doenças crônicas, extrema pobreza, tabagismo, uso abusivo de álcool ou outras drogas, diabetes mellitus, HIV, entre outros). Sempre que necessário, contar com o apoio da equipe do NASF e dos serviços de especializados na rede (saúde mental, equipamentos socioassistenciais, SAE, CnR, entre outros) para esse acompanhamento;
- >> Atualizar periodicamente as informações nos livros de registro, no boletim de acompanhamento e nos relatórios sobre a situação da TB;
- >> Indicar ao ACS as pessoas em tratamento no território que deverão ser visitadas, convidar contatos que ainda não foram examinados, contatar pessoas em tratamento que não compareceram às consultas ou ao TDO, entre outros;
- >> Realizar o TDO compartilhado com outros serviços de saúde, quando a pessoa for acompanhada por serviços de referência.

#### 4.2.2.6 *Sobre o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde no território*

- >> Espera-se que 1,0% da população geral seja sintomática respiratória, proporção que pode variar entre localidades. Por isso, é importante estimar o número

esperado de SR no território adscrito como referência para as ações de busca ativa da equipe de saúde;

- >> Monitorar e avaliar a proporção de SR identificados, a proporção de SR examinados (entre os identificados) e a proporção de pessoas confirmadas para TB (entre os examinados);
- >> Avaliar a proporção de contatos examinados entre os identificados ao ano;
- >> Avaliar a proporção de cura e de abandono de tratamento ao ano.

Utilizar o Livro de Registro de Pessoas com Tuberculose e Acompanhamento de Tratamento (BRASIL, 2019b) como fonte de dados para o preenchimento do Boletim de Acompanhamento e, também, como ferramenta para o cálculo de indicadores operacionais e epidemiológicos da unidade de saúde. Destaca-se que esse livro fornece orientações para a análise dos resultados de tratamento (estudo de coorte, última página do material). Para mais informações, consultar o "Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil" (BRASIL, 2019a).

### 4.2.3 Estratégias complementares

#### 4.2.3.1 Como melhorar a sensibilidade do sistema de vigilância da tuberculose

Todas as providências a seguir têm como objetivo melhorar a sensibilidade do sistema de vigilância da tuberculose, além de garantir que as pessoas iniciem oportunamente o tratamento da doença e que a investigação dos contatos seja desencadeada.

As atividades descritas deverão ser desenvolvidas, preferencialmente, pelos técnicos das regionais de saúde ou da Vigilância Epidemiológica da TB na SMS, sendo oportunamente comunicadas aos profissionais da APS para que as medidas necessárias sejam tomadas.

- >> Como a notificação é também obrigação dos laboratórios, estes, além de enviar imediatamente a lista de pessoas com baciloscopia, TRM-TB ou cultura positiva ao serviço de saúde que as atendeu, no prazo máximo de uma semana, devem também notificar os casos confirmados laboratorialmente aos responsáveis pela VE do município;
- >> Os laboratórios também precisam informar aos responsáveis pela VE municipal sempre que houver resultado de resistência a qualquer medicamento;
- >> Deve-se informar à equipe da APS quando houver um óbito por TB como causa básica ou associada, em um residente do território, para que seja realizada a avaliação dos contatos e a investigação do óbito com menção da TB, se implantada no município. Para mais detalhes, consultar o "Protocolo de Vigilância do Óbito com Menção da Tuberculose" (BRASIL, 2017).

- >> Outros sistemas de informação em saúde nos quais a TB possa estar registrada devem ser monitorados, tais como o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), o e-SUS Atenção Básica, o GAL, o Sinan-Aids/HIV, o Site-TB, entre outros.

#### 4.2.3.2 *Como proceder em casos de transferência de pessoas em tratamento para tuberculose entre unidades de saúde*

As pessoas com TB que transferirem seu tratamento para outra unidade de saúde, oficialmente ou não, devem ser notificadas novamente pela unidade de saúde que as recebeu, por meio da Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose (Anexo C).

Recomenda-se que a unidade de saúde de origem encaminhe junto com a pessoa algumas informações importantes sobre o diagnóstico, início e tempo de tratamento, exames realizados, avaliação dos contatos, entre outros. Os serviços que não possuem instrumento próprio para transferência podem utilizar a própria Ficha de Notificação/Investigação da TB.

Sempre que possível, comunicar a transferência à unidade de saúde de destino, à regional de saúde e/ou ao programa municipal/estadual para o monitoramento da chegada da pessoa à unidade.

Para o preenchimento das datas de notificação, de diagnóstico e de início de tratamento, considerar:

- >> Data de notificação: a cada notificação uma nova data, mesmo em caso de transferência;
- >> Data de diagnóstico: para cada tratamento, uma nova data de diagnóstico:
  - o No reingresso após abandono e recidiva: nova data de diagnóstico;
  - o Na transferência: mesma data de diagnóstico.
- >> Data de início de tratamento: para cada tratamento, uma nova data de início de tratamento:
  - o Na transferência: mesma data de início de tratamento.

Para mais informações sobre transferência, consultar o "Protocolo para transferências nacionais e internacionais de pessoas em tratamento para tuberculose" (BRASIL, 2018a) e o "Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil" (BRASIL, 2019a).

#### 4.2.3.3 *Informações adicionais sobre o Sinan-TB*

- >> Todo retratamento (recidiva e reingresso após abandono) deve realizar novo diagnóstico para TB, conforme orientação do "Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil" (BRASIL, 2019a), também descrita no folder com os fluxos para diagnóstico por TRM-TB (BRASIL, 2016). Dessa forma, para cada entrada da pessoa por recidiva ou por reingresso após abandono, deverá ser informada uma nova data de diagnóstico na Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose (Anexo C);

- >> Pessoas encerradas no Site-TB como cura ou tratamento completo que apresentarem recidiva deverão ser notificadas e encerradas novamente no Sinan, mesmo que o caso inicie o tratamento com esquema especial e precise ser renotificado no Site-TB;
- >> Pessoas encerradas no Site-TB como abandono deverão ser renotificadas e encerradas no Sinan, para posterior notificação no Site-TB;
- >> Pessoas notificadas no Site-TB com diagnóstico de resistência à rifampicina pelo TRM-TB e, posteriormente, classificadas como TB sensível pelo TS, que tiverem reinício do esquema básico decidido pelo médico assistente, devem ser encerradas no Site-TB como mudança de esquema. No Sinan, o caso encerrado como TBDR deve ser reaberto, para dar continuidade ao tratamento com esquema básico. Caso o médico assistente mantenha o esquema especial em tratamento, continuar o seguimento no Site-TB até seu encerramento.
- >> Se a pessoa com coinfeção TB-HIV iniciar a TARV durante o tratamento para tuberculose, o profissional de saúde deverá atualizar essa informação no Boletim de Acompanhamento para que seja inserida no Sinan.

#### *4.2.3.4 Rotinas diferenciadas em caso de encerramento por TB DR, mudança de esquema ou falência*

- >> Todas as pessoas que não tiveram indicação de uso do esquema básico, seja pela ocorrência de reações adversas ou de certas comorbidades, ou, ainda, por resistência a algum medicamento para tratamento da TB, deverão ser acompanhadas nas unidades de referência;
- >> As referências secundárias são indicadas para tratar pessoas que apresentaram efeitos adversos "maiores" e comorbidades, e as referências terciárias são para os casos de tuberculose resistente;
- >> As pessoas com TB que iniciaram tratamento com o esquema básico e necessitarem utilizar algum esquema especial deverão ser encerradas no Sinan como "mudança de esquema", "falência" ou "TB DR", e notificadas no Site-TB;
- >> As pessoas com TB que iniciaram tratamento com esquema especial, seja por comorbidades ou resistência, devem ser notificadas no Sinan, encerradas como "mudança de esquema" ou "TBDR", e notificadas no Site-TB.
- >> A unidade de referência é a responsável por notificar a pessoa no Site-TB. Isso não exclui a responsabilidade dos profissionais de saúde da AB em acompanhar o andamento do tratamento e a avaliação dos contatos, e, se necessário, auxiliar no TDO compartilhado, entre outros.
- >> Pessoas notificadas no Sinan que não devem ser notificadas no Site-TB:
  - o Pessoas com coinfeção TB-HIV em que a rifampicina for substituída pela rifabutina, por não serem consideradas tratamentos especiais;
  - o Pessoas com alguma complicação durante o tratamento com o esquema básico, que farão a introdução do esquema droga a droga. Essas pessoas só deverão ser notificadas no Site-TB após a definição do esquema especial definitivo;

- Pessoas com monorresistência à estreptomicina, ao etambutol ou à pirazinamida, que mantenham o uso do esquema básico.
- >> Em todas as situações acima, o acompanhamento deve ser feito no Sinan até o encerramento.

Para mais informações, consultar o “Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil” (BRASIL, 2019a).

#### 4.2.3.5 Vigilância da infecção latente da tuberculose

A recomendação é notificar todas as pessoas em tratamento para infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB).

- >> A ficha de notificação das pessoas em tratamento da ILTB (Anexo G) disponível em: <http://sitetb.saude.gov.br/iltb>, deverá ser usada como instrumento para a notificação. Ela poderá ser utilizada em sua versão impressa pelas unidades de saúde não informatizadas e na versão *on-line* diretamente no Sistema de Informação para a notificação das pessoas em tratamento da ILTB (IL-TB);
- >> Todas as pessoas em tratamento da ILTB, caso necessitem ser transferidas para outra unidade de saúde, seja no mesmo ou em outro município, ou ainda em outro estado, devem ter a continuidade do tratamento assegurada. A transferência deve ser realizada diretamente no IL-TB. As unidades de saúde não informatizadas que receberem pessoas para a continuidade do tratamento da ILTB devem informar ao primeiro nível informatizado, para que a transferência possa ser aceita pela atual unidade;
- >> Para mais informações sobre a vigilância da ILTB, consultar o “Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil” (BRASIL, 2018b).

#### 4.2.3.6 Estratégia e-SUS na Atenção Primária à Saúde

Outra estratégia da APS que tem adquirido evidência nos últimos anos e impactado diretamente nas ações do território é a estratégia e-SUS Atenção Primária. A informatização na saúde visa integrar o controle das ações, permitindo o melhor atendimento ao cidadão, a correta aplicação dos recursos públicos e o fornecimento de dados para o planejamento do setor.

A estratégia e-SUS AP tem como objetivos:

- >> Promover o avanço tecnológico dos sistemas de informação utilizados na captação de dados da AP;
- >> Monitorar e avaliar as ações da AP no país;
- >> Aprimorar as ferramentas utilizadas por trabalhadores e gestores nas ações de cuidado e gestão na AP;

- >> Promover a integração e a interoperabilidade com outros sistemas de informação em saúde geridos pelo MS;
- >> Buscar a reestruturação nas formas de coleta, processamento, validação e uso de informações em saúde na AP;
- >> Captar dados para subsidiar o financiamento e a adesão aos programas e estratégias da Atenção Básica: o Programa de Atenção Básica (PAB), o Programa da Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e programas específicos, o PSE, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) etc.

Por meio de uma das suas ações, o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) visa proporcionar a adequação de fluxos organizativos nas UBS, trabalhando a ordenação nos processos de acesso a serviços; a indução à prática do acolhimento às demandas dos cidadãos; a organização e compartilhamento de agendas e atividades da equipe; e a otimização e ampliação do acesso ao serviço de APS.

Vale ressaltar que a incorporação de inteligência clínica no prontuário eletrônico possibilita a priorização de um fluxo de raciocínio clínico na interface com o profissional de saúde; a disseminação dos protocolos clínicos da APS; a oferta de ferramentas de gestão do cuidado que façam sentido para a prática profissional; o desenvolvimento de funcionalidades que auxiliem a continuidade do cuidado, mesmo que, em um primeiro momento, este seja restrito apenas à UBS; e a garantia da segurança clínica do cidadão.

O e-SUS utiliza a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2), publicada em 2010 pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, com o apoio do Ministério da Saúde (WONCA, 2009). O CIAP 2 tem como principal critério de sistematização a pessoa, incluindo o seu contexto social (capítulo Z), e não a doença. É uma poderosa ferramenta que permite classificar, principalmente, os motivos da consulta e as intervenções acordadas (SBMFC, 2009).

#### Quadro 5 – Códigos relacionados à tuberculose na CID-10a e no CIAP 2

CIAP 2	Definição	Crítérios de inclusão	CID-10a possíveis
A70	Conversão para um teste positivo de tuberculina; ou demonstração de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> por microscopia ou cultura; ou manifestação característica no raio-X de tórax; ou manifestação histológica característica na biópsia; ou resultado detectável no teste rápido molecular.	Todo tipo de infecções de tuberculose em qualquer parte do corpo; efeitos tardios.	Tuberculose: A15, A16, A17, A18, A19 Tuberculose associada a outras doenças: N74.0, N74.1, B20.0, J65, O98.0, P37.0 Considerar febre (R50) e tosse (R05)

Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

## Referências

ANDRA, Heuler Souza *et al.* **Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose**: um estudo de caso. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 242–258, mar. 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406351219019.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo para transferências nacionais e internacionais de pessoas em tratamento para tuberculose**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Registro de pessoas com tuberculose e acompanhamento do tratamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde**: Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019c. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância do óbito com menção de tuberculose nas causas de morte**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia de Orientação para Coleta de Escarro**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB)**: folder. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/400730/>. Acesso em: 28 jan. 2022.

WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES, AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS (WONCA). **Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)**. 2. ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil\\_atualizado.pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf). Acesso em: 26 jan. 2022.





# 5

## A atuação da enfermagem na articulação com a sociedade civil e a avaliação da qualidade da assistência prestada às pessoas com tuberculose na Atenção Primária à Saúde

### **5.1 A enfermagem frente à tuberculose na Atenção Primária à Saúde: o que não pode faltar na perspectiva da sociedade civil**

No Brasil, existe um conjunto de organizações, iniciativas e ativistas que atuam no enfrentamento à tuberculose, organizados em fóruns, redes intersetoriais e iniciativas comunitárias. Esses grupos exercem o direito básico à participação social que orienta todas as políticas públicas brasileiras. A atuação desses coletivos está orientada pela defesa do direito à saúde e pela incidência política no campo da atenção, da pesquisa e da intervenção social (CEDAPS/UNESA, 2017).

Os serviços de saúde devem atuar em parceria direta com as redes comunitárias, as pessoas afetadas e seus familiares, e os profissionais e equipes de saúde devem desenvolver capacidades e ações no sentido de engajar os diferentes atores na construção cotidiana da atuação frente à TB.

A enfermagem pode contribuir para a aproximação do serviço aos diferentes contextos de vida e moradia das pessoas, envolvendo a comunidade afetada na construção de ações a serem incorporadas ao fazer do profissional de saúde, por meio de estratégias de articulação entre o setor saúde e a sociedade civil.

### 5.1.1 Entraves de articulação com a sociedade civil encontrados pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde

- >> Desconhecimento de como utilizar a parceria com a sociedade civil na prevenção da TB e no combate ao estigma e preconceito;
- >> Pouca habilidade técnica para trabalhar com a comunidade e, particularmente, no que se refere à construção de recomendações sobre ações a serem incorporadas às atividades do profissional de saúde;
- >> Dificuldade de aproximação do serviço e dos profissionais de enfermagem aos diferentes contextos de vida e moradia das pessoas com TB, o que afeta a adesão e um maior controle dos efeitos da doença pelos serviços;
- >> Desafios na produção de um cuidado centrado na pessoa com TB, sobretudo a construção de uma abordagem promotora da saúde que envolva a família, a vizinhança e o território;
- >> Necessidade de ampliação de estratégias para a promoção de um ambiente saudável, capaz de reduzir as possibilidades de transmissão;
- >> Limitações estruturais nas estratégias que promovam a adesão ao tratamento e reduzam o abandono, a fim de enfrentar os efeitos do adoecimento na vida da pessoa afetada, que acomete fortemente grupos populacionais mais vulneráveis;
- >> Necessidade de ampliação de ações de combate ao estigma e preconceito ainda presentes em relação à doença.

### 5.1.2 Atividades de resolução de entraves

Considerando o ponto de vista de representantes dos movimentos sociais da saúde que trabalham pela causa da tuberculose, listam-se três dimensões que sumarizam a abordagem profissional sugerida:

- >> **Uma dimensão sociopolítica**, em que há o reconhecimento da importância da sociedade civil para o controle social, e se organizam espaços institucionalizados e informais para a gestão e o planejamento participativo das ações;
- >> **Uma dimensão socioambiental**, em que são reconhecidos os determinantes sociais da saúde na constituição das vulnerabilidades do território frente à TB. Aspectos como condições e qualidade de moradia, a ventilação dos ambientes e o saneamento urbano constituem fatores a serem enfrentados de modo coletivo e na perspectiva estruturante da promoção da saúde no território;
- >> **Uma dimensão socioeducativa e cultural em saúde**, em que se fomenta a participação das populações mais vulneráveis no desenho de estratégias pautadas pela cultura local, valorizando o envolvimento de moradores/ populações afetadas na disseminação de informações para o autocuidado e o cuidado integral (comunicação em saúde, busca ativa, TDO). Nessa dimensão, a "educação entre pares" se constitui em uma abordagem potente para a prevenção e o cuidado.

Essas três dimensões estão ancoradas na importância de que os profissionais enfermeiros (integrados a toda a equipe) desenvolvam capacidades para gerar oportunidades e construir estratégias que operacionalizem tais dimensões (FALKENBERG, 2014).

Tal abordagem se alinha aos princípios e atributos da APS propostos por Starfield (2002), em que se reconhece como fundamental a construção de um escopo teórico-metodológico para atenção à TB na atenção primária, com base nos atributos derivados de: 1) orientação comunitária; 2) enfoque familiar; e 3) competência cultural.

O cumprimento de tais atributos se alia aos princípios da promoção da saúde estabelecidos na Carta de Ottawa (1986) – igualmente preconizados e referidos pela Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014) –, em que se reconhece que:

[p]romoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 1).

Na perspectiva do reconhecimento da população como participante ativa da construção social da sua saúde, da abordagem pedagógica da prevenção e controle de doenças (FEUERWERKER, 2007), da atenção primária e da promoção da saúde, alguns aspectos, listados na sequência, devem ser adotados frente à TB pelo profissional da enfermagem na APS. Trata-se de uma visão acumulada pela sociedade civil em seus esforços para incidir em uma política pública inclusiva e equitativa em relação à TB, reconhecendo a participação social e a intersetorialidade como princípios essenciais para controle da doença no Brasil.

### *5.1.3 Desenvolvimento das ações/atividades a serem realizadas pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde*

#### **Construir e implementar uma abordagem centrada na pessoa, na família e no território**

- >> Desenvolver uma abordagem centrada nas necessidades das pessoas, famílias e territórios por parte dos profissionais de enfermagem e da equipe de saúde;
- >> Organizar espaços de “escuta individual e coletiva” na abordagem à pessoa com TB em consultas individuais e atividades coletivas;
- >> Reconhecer que a TB tem um caráter dependente do contexto, o que afeta o seu tratamento, controle e prevenção; nessa perspectiva, faz-se necessária uma atuação compartilhada com os usuários e os atores sociais presentes aos territórios de intervenção;
- >> Reconhecer os “usuários do SUS” e seus familiares como protagonistas no processo de cuidado e o serviço de saúde como um “recurso” a ser acionado nesse processo;

- >> Estabelecer rodas de Educação Permanente em Saúde (EPS) que permitam a construção de respostas baseadas na comunidade, nas demandas, nas necessidades e nos recursos existentes no território, com o uso de técnicas participativas e construtivas.

#### **Promover a criação de um esforço intersetorial frente à tuberculose**

- >> Realizar diálogos integrados com diferentes setores das políticas públicas, como assistência social, habitação e saneamento urbano, dentre outras, reconhecendo a multidimensionalidade da TB e a importância de abordar os determinantes sociais;
- >> Enfrentar as vulnerabilidades decorrentes das condições precárias de moradia, que concorrem diretamente para um ambiente favorável à circulação do bacilo;
- >> Ampliar a rede de parcerias e a organização de espaços de articulações intersetoriais para fortalecer direitos como apoio ao tratamento e cuidado, com incentivo à participação em conselhos e redes e a organização de comissões locais de saúde.

#### **Garantir o acesso a informações indispensáveis em atenção para o exercício dos direitos sociais da pessoa com tuberculose**

- >> Disponibilizar, de modo visível, informações sobre os direitos socioassistenciais existentes e as diferentes formas de acesso na perspectiva do território;
- >> Disseminar as informações sobre vias de transmissão, sintomas e cuidados, de modo interdisciplinar, nas abordagens individuais e atividades coletivas, no espaço físico das unidades de saúde tais como salas de espera, além de demais espaços existentes no território, explorando diferentes equipamentos locais como escolas, igrejas, bares, salões de beleza, ruas, dentre outros.

#### **Aplicar metodologias participativas para construção de conhecimento e ação no território (PARKER, 2015)**

- >> Incorporar metodologias participativas (FREIRE, 2003) para melhorar a compreensão sobre as percepções e informações dos usuários em relação à TB;
- >> Planejar e implementar ações em conjunto com grupos populacionais que possam reduzir a desinformação e combater o estigma e preconceito existentes visando à qualidade da atenção à pessoa com TB, com ênfase em educação em saúde e informação sobre sintomas, direitos e solidariedade.

O profissional de enfermagem deve incentivar a disseminação de conhecimentos corretos, com diversidade de materiais e de linguagem. São importantes as informações sobre sintomas e cuidados, mas também sobre moradia e ambiente como um fator de proteção e/ou vulnerabilidade, além da adoção de uma atitude solidária frente às pessoas afetadas e suas famílias.

Pessoas que já tiveram TB, seus familiares e interessados em geral na comunidade podem e devem ser mobilizados e qualificados tecnicamente, sempre que necessário, respeitando-se o saber vivencial e popular (FREIRE, 2003), para atuarem como

multiplicadores da informação, gerando uma linguagem e uma postura de maior proximidade com as pessoas mais afetadas e suas redes primárias de relações. A educação entre pares, aquela realizada entre pessoas que convivem em um mesmo universo sociocultural, garante maior capilaridade e efetividade à educação em saúde (FALKENBERG, 2014; FEUERWERKER, 2007).

Ofertar cursos para a formação de multiplicadores de cuidados à pessoa com tuberculose deve ser considerada uma boa prática, que amplifica a atuação dos serviços de saúde para além das pessoas e suas famílias, concorrendo diretamente para a construção de um território mais saudável e capaz de enfrentar efetivamente a TB e demais patologias associadas.

O profissional da enfermagem deve valorizar o uso de estratégias diversificadas e o estímulo à criação de novas metodologias; também essencial é o reconhecimento e o registro de boas práticas das equipes de APS e dos parceiros comunitários.

#### Quadro 6 – Exemplos de estratégias comunitárias da Rede Nacional de Comunidades Saudáveis

Estratégia	Objetivos	Como fazer
Camelô Educativo	Aproximar a população da informação segura e correta, indo ao seu encontro em locais estratégicos dos territórios	Informações e materiais educativos expostos em uma mesa/banca, de modo a atrair a atenção da população em diferentes espaços comunitários. #FalesobreTuberculose
Vídeo e Debate no quintal	Disseminar informações e discutir temas mais sensíveis frente à tuberculose	Com recursos audiovisuais é possível projetar vídeos informativos e estimular o debate. Usar também filmes comerciais para atrair a atenção e o interesse.
Bicicleta informativa	“Circular” novas ideias e informações para a prevenção e o autocuidado	Divulgar informações e materiais de prevenção e promoção à saúde por meio de passeios ciclísticos mobilizando os territórios. #DeBikeseVaiLonge

continua

conclusão

Estratégia	Objetivos	Como fazer
Programas de rádio	Difundir informações e mensagens para a reflexão e adoção de comportamentos mais saudáveis	Fazer parcerias e usar a criatividade no desenvolvimento de programas a serem veiculados em rádios web/comunitárias/podcasts. Trata-se de um importante meio de reflexão sobre o estigma e o preconceito.
Caixinha de dúvidas	Reconhecer os interesses e as dúvidas dos moradores e usuários por meio de estratégias que favoreçam a participação de modo mais livre	Organizar uma "caixinha fechada" com uma abertura para inserção de perguntas/comentários de modo anônimo. Ao menos 1 vez por semana, é importante responder às questões apresentadas, colocando-as para visualização em locais públicos.

Fonte: CEDAPS, 2015.

A articulação de serviços públicos com a sociedade civil, por meio de organizações, redes e fóruns, guarda uma potencialidade na perspectiva da garantia do maior alcance de populações vulneráveis no que tange a mensagens, estratégias e demais aspectos do direito à participação social no SUS. Muitos caminhos colaborativos podem e devem ser construídos cotidianamente.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a política nacional de promoção da saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 68, 13 nov. 2014.

CARTA DE OTTAWA. **Promoção da saúde**. Ottawa: Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acesso em: 26 jan. 2022.

Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS). **Idéias d'agente**: catálogo de estratégias comunitárias de prevenção das DST, AIDS. Rio de Janeiro: Centro de Promoção da Saúde, 2015. Disponível em: <https://cedaps.org.br/antigo/wp-content/uploads/2022/02/Catalogo-Ideias-dAgente-2015.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2022.

CENTRO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE/UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ (CEDAPS/UNESA). **Ciclo Saúde**: construção compartilhada de conhecimentos e ações pelo fortalecimento da Atenção Básica em municípios brasileiros. Rio de Janeiro, RJ: Cedaps/Unesa/Fundação Vale, 2017.

FALKENBERG, Mirian Benites *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 3, p. 847–852, mar. 2014.

FEUERWERKER, Laura C. M. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 31, n. 1, p. 3–4, abr. 2007.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 2003.

PARKER, R. (org). **Pedagogia da prevenção**: Reinventando a prevenção do HIV no século XXI. Rio de Janeiro, RJ: ABIA, 2015. Disponível em: [http://abiids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/PolicyBrief\\_portugues\\_jan2016.pdf](http://abiids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/PolicyBrief_portugues_jan2016.pdf). Acesso em: 26 jan. 2022.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

## 5.2 A avaliação da qualidade dos serviços de enfermagem às pessoas com tuberculose na Atenção Primária à Saúde

A gestão ou gerência em saúde é uma prática complexa, que visa alcançar a eficiência (relação entre produtos e recursos empregados), a eficácia (atingir os objetivos estabelecidos) e a efetividade (resolver os problemas identificados) dos serviços disponibilizados à população (TANAKA; MELO, 2000). Nesse processo, a avaliação se constitui em um instrumento essencial de apoio à gestão, com vistas a melhorar a qualidade da tomada de decisão (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010; BRASIL, 2005).

A definição de avaliação em saúde não tem um consenso literal; por isso, foi conceituada por diversos autores, entre os quais Patton (1990), como uma coleta sistemática de informações sobre as atividades, características e resultados dos programas. O propósito da avaliação é fazer julgamentos sobre os programas e/ou subsidiar o processo de tomada de decisões sobre futuras intervenções ou qualquer um de seus componentes (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997; UNIFESP, 2016).

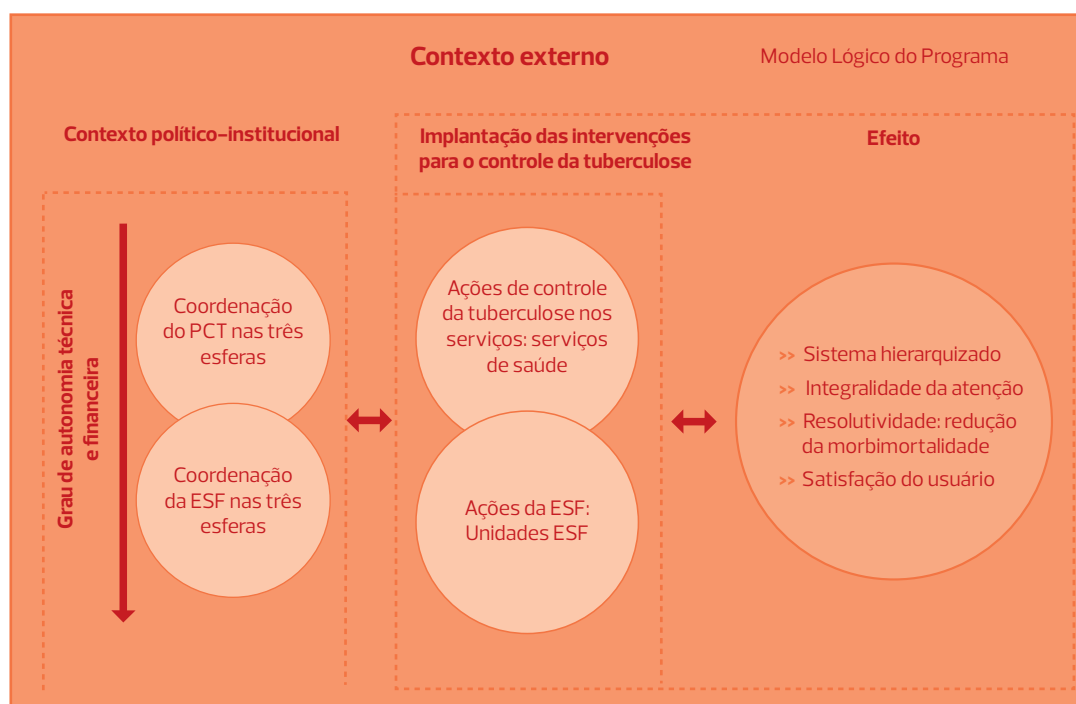
Nas diversas definições sobre o conceito de avaliação em saúde, notam-se três elementos semelhantes: a) a avaliação gera uma intervenção para modificar a realidade de uma comunidade ou serviço; b) a avaliação implica desenvolver uma forma ordenada e sistemática de coleta de dados e informações; c) a avaliação é uma ferramenta da gestão em saúde, pois oferece ao gestor informações para a tomada de decisão (SERAPIONI, 2015).

Donabedian (1990) desenvolveu um quadro conceitual para uma avaliação de qualidade em saúde, dividido em três conceitos: estrutura, processos e resultados, sendo que essa tríade corresponde a noção de teoria geral dos sistemas: *input*, processo e *output* (HARTZ; SILVA, 2005).

O objeto desta seção é propor um modelo simplificado de avaliação dos serviços de atenção à TB, de forma a possibilitar a melhoria contínua do acesso da população aos serviços de diagnóstico, tratamento, prevenção e educação em saúde. Nesse sentido, trata-se de uma proposta de avaliação das intervenções em saúde, entendida como um conjunto de atividades pelas quais se pretende que os objetivos de um programa ou intervenção, tidos como desejáveis, sejam alcançados (OLIVEIRA *et al.*, 2010; UNIFESP,

2016; BRASIL, 2005). Essa é uma proposta que fornece indicadores, métodos de registro e análise de informações para as ações de controle da TB nos níveis local e municipal, conforme demonstrado na Figura 12, extraída de Oliveira *et al.*, (2010).

**Figura 12** – Modelo teórico de avaliação do programa de controle da tuberculose



Fonte: Oliveira *et al.*, 2010.

Legenda: PCT – Programa de Controle da Tuberculose; ESF – Estratégia Saúde da Família.

Ou seja, propõe-se uma metodologia de fácil aplicação nos serviços de saúde pelos enfermeiros, no seu processo de trabalho. O intuito é possibilitar a identificação rápida das dificuldades cotidianas e de médio prazo, de forma a subsidiar melhorias na assistência às pessoas com TB, de forma contínua.

Assim, apresenta-se uma lista preliminar de problemas já conhecidos, sugerindo-se atividades para solucioná-las e indicadores para avaliar seus efeitos.

### 5.2.1 Entraves identificados

- >> Dificuldade do serviço de saúde em conhecer as rotinas e a dinâmica do programa de TB dentro da UBS;
- >> Falta de conhecimento sobre a articulação das UBS e dos serviços de apoio diagnóstico que favoreça a organização da rede de atenção à TB;
- >> Falta de planejamento e avaliação das ações de TB empregadas na unidade de saúde;



- >> Ausência de processos avaliativos que subsidiem as estratégias de apoio aos serviços de enfermagem, à pessoa com TB e a sua família;
- >> Desconhecimento da satisfação/vínculo/responsabilização da equipe em relação às pessoas com TB;
- >> Dificuldade na avaliação e monitoramento de indicadores de estrutura, processo, resultado e satisfação do usuário, para subsidiar a melhoria dos serviços de tuberculose.

### 5.2.2 Como realizar as atividades para resolução dos entraves?

A proposta prevê o uso de uma matriz avaliativa da assistência de enfermagem à pessoa com TB na APS, baseada na tríade de Donabedian (1990), de aplicação semestral, com adaptação de Oliveira *et al.* (2010). Sugere-se que a equipe aprimore os sistemas de registro dos atendimentos e dos dados que alimentarão cada indicador, para facilitar a autoavaliação semestral e o planejamento das atividades a serem melhoradas pela equipe. A matriz possui um sistema de pontuação que permite ao enfermeiro obter parâmetro de avaliação da totalidade da assistência prestada à pessoa, a família e à comunidade pelo serviço de TB.

### 5.2.3 Proposta da atividade a ser realizada

A seguir, apresenta-se a matriz avaliativa em cada dimensão, contemplando o processo de trabalho do enfermeiro, relacionado às questões gerencial (planejamento, organização e qualidade do serviço ofertado à população) e assistencial (organização e realização das ações do cuidado diretamente ligadas à busca de pessoas com SR, ao tratamento da TB ativa e da ILTB e à avaliação dos contatos de pessoas com diagnóstico de tuberculose, incluindo a satisfação dos usuários).

Essa matriz se encontra dividida em três dimensões, a saber: dimensão estrutura do serviço (30 pontos); processo ou atividades específicas de detecção, diagnóstico e tratamento (40 pontos); resultados ou efeitos dos programas (30 pontos).

**Quadro 7 – Matriz avaliativa do serviço de atenção à tuberculose**

DIMENSÃO ESTRUTURA DO SERVIÇO (30 PONTOS)					
CATEGORIAS	CRITÉRIOS/INDICADORES	FONTES DE INFORMAÇÃO	TIPO DE COLETA	PONTOS	SOMATÓRIO
Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico disponíveis (6 pontos)	Resultados dos exames estão disponíveis antes do início do tratamento	Registros nos prontuários		Os resultados de todos os exames estão disponíveis antes do início do tratamento entre 90% e 100% dos casos – 6	Os resultados de todos os exames estão disponíveis antes do início do tratamento entre 70% e 89% dos casos – 5 Os resultados de todos os exames estão disponíveis antes do início do tratamento entre 50% e 69% dos casos – 4 Os resultados de todos os exames estão disponíveis antes do início do tratamento entre 25% e 49% dos casos – 3 Os resultados de todos os exames estão disponíveis antes do início do tratamento entre 10% e 24% dos casos – 2 Os resultados de todos os exames estão disponíveis antes do início do tratamento em menos de 10% dos casos – 1
	Baciloscopia disponível antes do início do tratamento e registrado	Registro nos livros da US e no laboratório	Dados secundários a serem coletados		
	Cultura de escarro e TS disponíveis, quando indicados	Usuário			
	Teste rápido para HIV	Profissional de saúde			
	Raio-X de tórax				
Tratamento e assistência farmacêutica (6 pontos)	Disponibilidade dos medicamentos de TB	Registro da farmácia	Dados secundários a serem coletados	Todos os medicamentos foram entregues para 51% a 100% dos casos neste semestre – 2 Todos medicamentos foram entregues para até 50% dos casos neste semestre – 1	
	Referência/contrarreferência para complicações e pessoa com TBDR	Prontuário Usuário Livros de registros da US	Dados secundários a serem coletados	Houve ou não casos com complicações de tratamento neste semestre, mas existe referência para atendimento dos casos – 2 Houve casos de complicações e foram encaminhados neste semestre, mas ainda não foram atendidos na unidade de referência – 1	
	Realização de TDO	Fichas de acompanhamento do TDO	Dados secundários coletados nos livros de registros de atendimentos	Todas as pessoas em tratamento para TB realizaram TDO neste semestre – 2 Todas as pessoas em tratamento para TB realizaram TDO menos de três dias por semana neste semestre – 1	

continua

CATEGORIAS	CRITÉRIOS/INDICADORES	FONTES DE INFORMAÇÃO	TIPO DE COLETA	PONTOS	SOMATÓRIO
Equipe de enfermagem capacitada (6 pontos)	Protocolos clínicos (ILT, PT, TDO, Vigilância em Saúde), Manual de recomendações para TB disponíveis na UBS Capacitação como atividade de rotina, com cronograma e ações conjuntas entre PCT e unidade de atendimento da TB (1x ao ano)	Entrevista Listas de presenças ou certificados	Dados secundários Observação dos participantes	A US tem equipe de enfermagem completa, capacitada (1x ao ano), e dispõe dos protocolos atualizados e disponíveis para consulta – 6 A US tem equipe de enfermagem incompleta, mas capacitada (1x ao ano), e dispõe dos protocolos disponíveis para consulta – 5 A US tem equipe de enfermagem incompleta, não realiza capacitações (1x ao ano), mas conta com os protocolos disponíveis para consulta – 4 A US tem equipe de enfermagem incompleta, não realiza capacitações (1x ao ano) e dispõe de alguns protocolos para consulta – 3	
Sistemas ou livros de registro disponíveis (6 pontos)	Livros de registros de SR e de casos confirmados disponíveis Dados da ficha atualizados no Sistema de Informação oficial ou do próprio município Fichas de Acompanhamento do TDO Boletim de Acompanhamento Notificação Sinan e IL- TB	Registros nos prontuários Registros nos livros de TB e laboratório Sinan ou sistemas de informação próprios de registro de notificação de TB	Dados secundários coletados nos registros de atendimentos	A US registra no prontuário a notificação da pessoa e todas as notificações estão no sistema de informação de registro de notificação; além disso, 100% das informações da ficha estão atualizadas – 6 A US registra no prontuário a notificação da pessoa e 80% das pessoas em tratamento de TB estão notificadas no sistema de informação de registro de notificação; além disso, 80% das informações da ficha estão atualizadas – 5 A US registra os casos de TB no livro de registro e no prontuário, mas somente 60% dos casos de TB estão notificados no sistema de informação de registro de notificação – 4 A US registra 50% os casos no livro de registro e no prontuário da maioria dos casos de TB, mas consegue manter 50% atualizado o sistema de informação de registro de notificação – 3 A US registra somente 30% dos casos no livro de registro, não atualiza as informações do prontuário da maioria dos casos de TB e mantém 30% atualizado o sistema de informação de registro de notificação – 2 A Unidade de Saúde registra os casos somente no livro de registro, mas em 100% dos casos não consegue manter atualizados o prontuário e o sistema de informação de registro de notificação – 1	

continuação

CATEGORIAS	CRITÉRIOS/INDICADORES	FONTES DE INFORMAÇÃO	TIPO DE COLETA	PONTOS	SOMATÓRIO
Equipamentos de proteção individual (EPI) disponíveis (3 pontos)	Máscaras (N-95 ou PFF2 para profissionais e cirúrgica para pacientes) Luvas de procedimentos Óculos de proteção	Planilha de registro do almoxarifado da US	Dados secundários do estoque de EPI	A US dispunha, no semestre, de máscaras, óculos e luvas de procedimentos suficientes para os atendimentos da pessoa com TB – 3 A US dispunha, no semestre, de máscaras, óculos e luvas de procedimentos, mas esse quantitativo não foi suficiente para todos os atendimentos da pessoa com TB – 2 A US teve desabastecimento de máscaras, óculos e luvas de procedimentos neste semestre – 1	
Demais insumos (3 pontos)	Potes para coleta de escarro Seringas e agulhas (PPD) Régua para leitura (PPD)	Planilha de registro do almoxarifado da US	Dados secundários do estoque	A US dispunha, no semestre, de potes para coleta de escarro, seringas e agulhas suficientes para os atendimentos – 3 A US dispunha, no semestre, de potes para coleta de escarro, seringas e agulhas, mas esse quantitativo não foi suficiente para todos os atendimentos – 2 A US teve desabastecimento de potes para coleta de escarro, seringas e agulhas neste semestre – 1	
<b>PROCESSOS OU ATIVIDADES ESPECÍFICAS DE DETECÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO (40 pontos)</b>					
Acolhimento e oportunidade de atendimento (10 pontos)	Oportunidade da atenção Atendimento integral*; quando não, agendado e providenciado	Entrevista com usuário em tratamento da TB** Autoavaliação do profissional de Saúde Observação participativa	Dados secundários coletados nos registros de atendimentos e das entrevistas	A US acolheu todos os casos agendados e de procura espontâneos – 8 a 10 A US acolheu em 80% dos casos agendados e espontâneos – 5 a 7 A US só atendeu 60% dos casos agendados e agendou os casos espontâneos – 3 a 4 A US só atendeu 40% dos casos agendados e remarcou os casos espontâneos – 1 a 2	

continua

continuação

CATEGORIAS	CRITÉRIOS /INDICADORES	FONTES DE INFORMAÇÃO	TIPO DE COLETA	PONTOS	SOMATÓRIO
Diagnóstico e assistência clínica, laboratorial e radiológica (17 pontos)	<p>Busca de SR</p> <p>Registro e exame de contatos</p> <p>Resultados da baciloscopia e TRM- TB disponíveis e registrados antes do início do tratamento</p> <p>Cultura de escarro e TS, quando indicados</p> <p>Teste rápido para HIV (após confirmação do caso de TB)</p> <p>Raio- X de tórax</p>	<p>Registros dos prontuários</p> <p>Registros dos livros de TB na US e no laboratório</p> <p>Sinan</p> <p>GAL ou outro sistema próprio</p>	<p>Dados secundários coletados nos registros de atendimentos</p>	<p>Neste semestre, a US realizou busca ativa, exames de contatos, baciloscopia/TRM- TB, cultura de escarro, TS, raio-X e teste rápido de HIV em 90% a 100% dos casos – 17</p> <p>Neste semestre, a US realizou busca ativa, exames de contatos, baciloscopia/TRM- TB, cultura de escarro, TS, raio-X e teste rápido de HIV em 70% a 89% dos casos – 12</p> <p>Neste semestre, a US realizou busca ativa, exames de contatos, baciloscopia/TRM- TB, cultura de escarro, TS, raio-X e teste rápido de HIV em 50% a 69% dos casos – 8</p> <p>Neste semestre, a US realizou busca ativa, exames de contatos, baciloscopia/TRM- TB, cultura de escarro, TS, raio-X e teste rápido de HIV em 25% a 49% dos casos – 4</p> <p>Neste semestre, a US realizou busca ativa, exames de contatos, baciloscopia/TRM- TB, cultura de escarro, TS, raio-X e teste rápido de HIV em menos de 25% dos casos – 1</p>	
Diagnóstico de ILTB (3 pontos)	<p>Registro e exame de contatos</p> <p>Resultados da baciloscopia, TRM- TB, prova tuberculínica/IGRA, raio-X de tórax, disponíveis e registrados antes do início do tratamento da ILTB</p>	<p>Registros dos prontuários</p> <p>Registros dos livros de Sintomático Respiratório, registro de TB na US e no laboratório</p> <p>Registro do IL- TB</p>	<p>Dados secundários coletados nos registros de atendimentos</p>	<p>Os resultados de todos os exames estão disponíveis antes do início do tratamento entre 90% e 100% dos casos – 3</p> <p>Os resultados de todos os exames estão disponíveis antes do início do tratamento entre 50% e 89% dos casos – 2</p> <p>Os resultados de todos os exames estão disponíveis antes do início do tratamento em menos de 49% dos casos – 1</p>	

continua

continuação

CATEGORIAS	CRITÉRIOS/INDICADORES	FONTES DE INFORMAÇÃO	TIPO DE COLETA	PONTOS	SOMATÓRIO
Integralidade do cuidado (10 pontos)	Assistência adequada aos problemas de saúde relacionados ou não à TB Orientação para prevenção e a promoção da saúde	Entrevista com usuário	Dados colhidos em instrumento/ entrevista com usuários em tratamento	Neste semestre, a US conseguiu atender a todos os problemas de saúde relacionados ou não à TB em 90% a 100% dos casos – 9 a 10 Neste semestre, a US conseguiu atender a todos os problemas de saúde relacionados ou não à TB em 70% a 89% dos casos – 7 a 8 Neste semestre, a US conseguiu atender a todos os problemas de saúde relacionados ou não à TB em 50% a 69% dos casos – 5 a 6 Neste semestre, a US conseguiu atender a todos os problemas de saúde relacionados ou não à TB em 25% a 49% dos casos – 3 a 4 Neste semestre, a US conseguiu atender a todos os problemas de saúde relacionados ou não à TB em menos de 24% dos casos – 1 a 2	
<b>RESULTADOS OU EFEITOS DOS PROGRAMAS (30 pontos)</b>					
Resultados do tratamento (20 pontos)	Proporção de cura (acima de 85%) Proporção de abandono de tratamento (<5%) Mortalidade por TB (<2%)	Registros de prontuários, livro de registro de casos da US, Sinan e SIM	Dados secundários coletados nos registros de atendimentos	Proporção de cura >85%, abandono de tratamento <5,0% e mortalidade por TB <2,0% no semestre – 5 Proporção de cura de 60% a 84%, abandono de tratamento de 5% a 7% e mortalidade por TB de 2% a 3% no semestre – 4 Proporção de cura entre 40% e 59%, abandono de tratamento de 5% a 10% e mortalidade por TB de 3% a 5% no semestre – 3 Proporção de cura <40%, abandono >10% e mortalidade por TB >5% no semestre – 2 Nenhuma cura; todos os casos abandonaram o tratamento e ou foram a óbito no semestre – 1	

continua

conclusão

CATEGORIAS	CRITÉRIOS/INDICADORES	FONTES DE INFORMAÇÃO	TIPO DE COLETA	PONTOS	SOMATÓRIO
Satisfação do usuário (10 pontos)	Satisfação do usuário quanto ao atendimento global do serviço de saúde Satisfação do usuário quanto à assistência prestada à pessoa com TB na US	Entrevista com o usuário: acolhimento, agenda aberta, apoio social, aconselhamento, visita domiciliar, PTS e TDO Consulta aos dados de abandono e de transferência	Dados colhidos em instrumento com usuários no final do tratamento	A US atende a todas as demandas de acolhimento, agenda aberta, apoio social, aconselhamento, visita domiciliar, assistência em PTS e TDO, e a satisfação referida pela pessoa atendida foi de 80% a 100% – 8 a 10 A US atende à maioria das demandas acolhimento, agenda aberta, apoio social, aconselhamento, visita domiciliar, assistência em PTS e TDO, e a satisfação referida pela pessoa atendida foi de 50% a 79% – 5 a 7 A US atende somente metade das demandas de acolhimento, agenda aberta, apoio social, aconselhamento, visita domiciliar, assistência em PTS e TDO, e a satisfação referida pela pessoa atendida foi de 25% a 49% – 2 a 4 A US não atende às demandas de acolhimento, agenda aberta, apoio social, aconselhamento, visita domiciliar, assistência em PTS e TDO, e a satisfação referida pela pessoa atendida foi abaixo de 24% – 1	
<b>Total</b>					<b>Σ dos pontos acima</b>

Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

Legenda: US – unidade de saúde; TDO – tratamento diretamente observado; PTS – projeto terapêutico singular; EPI – equipamentos de proteção individual; TS – teste de sensibilidade; TRM-TB – teste rápido molecular para tuberculose; ILTB – infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*; SR – sintomático respiratório; PC T – Programa de Controle da Tuberculose; PPD – derivado proteico purificado.

\*Atendimento em que o enfermeiro busca resolutividade nas ações a serem realizadas, oferecendo respostas abrangentes e adequadas ao usuário e valorizando-o enquanto cidadão, de modo a apreender as suas necessidades e levando em conta o seu contexto (FONTOURA; MAYER, 2006).

\*\*Nesse caso, a UBS/serviço de saúde poderá utilizar um instrumento que avalie junto ao usuário a sua satisfação durante o acompanhamento do tratamento de TB, ou optar por realizar esse levantamento por meio de entrevista informal.

### **Critério para a classificação da avaliação:**

Ao final, é realizada a soma de todos os itens, considerando-se:

1. De **Ótimo** a **Excelente** o serviço que atingiu de 80 a 100 pontos;
2. De **Bom** a **Ótimo** o serviço que atingiu de 60 a 80 pontos;
3. De **Regular** a **Bom** o serviço que atingiu de 40 a 60 pontos;
4. De **Ruim** a **Regular** o serviço que atingiu de 20 a 40 pontos;
5. De **Péssimo** a **Ruim** o serviço que atingiu menos que 20 pontos.

A partir da avaliação e classificação do serviço de saúde, seguem algumas sugestões para organização e gestão da assistência para o manejo e controle da TB pela enfermagem.

#### *5.2.4 Orientações gerais aos enfermeiros gestores e assistenciais do programa de tuberculose na Unidade Básica de Saúde*

##### **Na dimensão da estrutura:**

- >> Existência de equipe de enfermagem capacitada para a realização das atividades inerentes à assistência dos casos de TB: é importante dimensionar a necessidade de horas de enfermagem de acordo com o número de casos em atendimento na unidade, bem como negociar a manutenção de equipe adequada conforme a demanda de pacientes da área de abrangência;
- >> Realização do diagnóstico situacional da doença no local, com base nos indicadores epidemiológicos e operacionais da TB: nesse caso, levantar dados sobre condições socioeconômicas e de trabalho; de habitação e saneamento; como é feita a locomoção da população até o serviço de saúde; e a incidência e prevalência das demais doenças da comunidade;
- >> Ampliação da oferta de serviços, com acesso e equidade da atenção aos doentes com TB e seus contatos: para isso, minimizar as dificuldades enfrentadas pela pessoa com TB nas unidades de atendimento; reduzir filas e tempo de espera; priorizar as situações de risco; e estimular o agendamento aberto, com vistas à oportuna assistência;
- >> Garantia da referência e contrarreferência a todas as pessoas com TB: os serviços de referência e contrarreferência deverão integrar a rede de assistência, de modo a atender às demandas e encaminhamentos advindos dos doentes. Deve-se dar suporte a uma sequência de atos e procedimentos que fazem parte do processo de trabalho e de atendimento às necessidades do usuário (espirometria, lavado gástrico e/ou brônquico, biópsia, medicação para multirresistentes, leitos para internação), definindo onde, quando e como ele será referenciado, além de como será realizada a contrarreferência;



- >> Garantia de insumos, equipamentos e recursos humanos: deverá ser assegurado o acesso das pessoas com TB às consultas médicas e de enfermagem; o apoio diagnóstico (exames laboratoriais, imunológicos, histopatológicos e radiológicos); insumos (potes, reagentes, entre outros); computadores, internet e impressora; medicamentos especiais; consultas com especialistas, caso necessário;
- >> Disponibilidade de protocolos assistenciais atualizados para consulta dos profissionais.

**Na dimensão do processo:**

- >> Elaboração de protocolos operacionais contendo as rotinas a serem implantadas na assistência às pessoas com TB nas unidades de saúde: esse instrumento permite, de forma clara, padronizar as rotinas que sistematizam o trabalho, os fluxos e as condutas específicas da atenção da enfermagem no âmbito da APS;
- >> Organização de fluxos de atendimento para a assistência à pessoa com TB, bem como à sua família e comunidade: esse fluxo de atendimento deve ser estabelecido pela organização da sequência de atos e demandas requeridos pelo usuário para a continuidade do cuidado e do processo de trabalho na unidade, a fim de garantir o acompanhamento, o retorno e o encaminhamento das necessidades do usuário. Assim, considerar a demanda espontânea; a estimulação de pacientes por outra atividade (campanhas, dias comemorativos, e outros); os contatos dos usuários; os pacientes encaminhados de outros serviços e/ou aqueles identificados na demanda do mesmo serviço;
- >> Melhoria do acolhimento da pessoa com SR ou diagnóstico de TB durante o atendimento: o estabelecimento do vínculo é fundamental entre o enfermeiro, a família, a comunidade, a pessoa com diagnóstico de tuberculose e seu(s) contato(s);
- >> Educação permanente (EP) em serviço: as estratégias de EP devem compor o processo de trabalho do enfermeiro, incluindo os aspectos técnicos do diagnóstico e tratamento, mas também os fatores sociais e relacionais, como o estabelecimento de vínculo, o acolhimento, a busca ativa, a atenção às pessoas com TB e seus contatos e a identificação e tratamento da ILTB. Ademais, deve fazer parte da EP a qualidade dos registros das informações, a fim de possibilitar a análise de indicadores para qualificar a tomada de decisão clínica e de gestão, bem como os processos de avaliação e monitoramento dos serviços de atenção à TB;
- >> Aconselhamento pré e pós teste de HIV: o aconselhamento nos serviços de tuberculose inclui o apoio emocional, em que se estabelece o acolhimento das necessidades do usuário. Esse é o momento de garantir a relação de confiança mútua e, uma vez acolhida, a pessoa terá segurança para explicitar suas práticas de risco e avaliar os possíveis resultados dos testes (para HIV, sífilis e hepatites B e C). Com o apoio educativo, se dará a troca de informações sobre infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV, hepatites virais (HV) e suas formas de transmissão, prevenção e tratamento, com esclarecimento de

dúvidas mediante consultas individuais. Quanto à avaliação de riscos, trata-se de refletir sobre valores, atitudes e condutas, incluindo estratégias de redução de risco. A conversa sobre estilo de vida possibilita a identificação das situações de risco, como as infecções relacionadas às práticas sexuais e ao uso de drogas, auxiliando o usuário a perceber seus comportamentos e possibilidades de exposição a IST, HIV e HV. Deve-se incluir o planejamento cuidadoso de estratégias para a redução de riscos, buscando reduzir danos quanto a práticas sexuais, uso de drogas, tatuagens, piercings e instrumentos de beleza, entre outros, promovendo a saúde e a qualidade de vida. O aconselhamento deve ser realizado por profissionais de saúde treinados;

- >> Orientação antitabagismo: organização e articulação dos serviços de TB nas unidades de saúde com o programa de controle do tabagismo, auxiliando o usuário a abandonar o fumo – consultar o documento “Como abordar o controle do tabagismo articulado ao programa de tuberculose no Sistema Único de Saúde?” (BRASIL, 2019a). Ao mesmo tempo, estimular e apoiar o doente com TB na cessação do tabagismo, por meio da educação em saúde.
- >> Identificação de vulnerabilidades: algumas populações têm maior risco de adoecimento por tuberculose e são consideradas vulneráveis (PSR, PPL, PVHIV, gestantes, diabéticos, indígenas, idosos, entre outros); daí a necessidade, durante o acolhimento, de questionar os suspeitos, doentes e/ou contatos sobre tais situações a fim de mapear riscos, uma vez que pode se fazer necessária a modificação de esquemas terapêuticos, a inclusão de medicamentos (terapia antirretroviral, hipoglicemiantes orais e/ou insulino terapia) e a ampliação no tempo de tratamento;
- >> Rapidez na execução/resultados dos exames laboratoriais, radiológicos e histopatológicos: garantida a solicitação dos exames, a outra etapa é viabilizar a sua entrega ao usuário; por isso, é necessária a organização do fluxo de recebimento desses exames de forma rápida (PCR, baciloscopia, cultura), seguida da marcação de consultas de retorno. Definir também como serão encaminhados os laudos dos exames radiológicos, das biópsias e de outros espécimes clínicos utilizados na investigação;
- >> Análise de satisfação da assistência de enfermagem no programa de tuberculose: é importante conhecer diretamente o grau de satisfação das pessoas que utilizaram os serviços de tuberculose no SUS e permitir sugestões dos usuários para otimizar os serviços de TB. Essa pesquisa pode ser realizada por meio de encaminhamento de cartas, entrevistas após a consulta ou durante a entrega de exames laboratoriais, contato por telefone ou por meio eletrônico, sem custos para os usuários, contendo questões simples e padronizadas (múltipla escolha), inclusive de avaliação subjetiva, a fim de entender a percepção do usuário sobre a assistência e os procedimentos realizados na unidade de saúde. Outra alternativa de fácil execução é criar urnas e formulários padronizados, a serem preenchidos pelo usuário e inseridos na urna de forma anônima. Enfim, ao identificar as opiniões das pessoas, suas percepções quanto às condições da unidade (acomodações), as atitudes dos profissionais, o tempo de espera para a realização do procedimento, o controle de contatos e a humanização da assistência de enfermagem, permite-se auxiliar o aperfeiçoamento da gestão

pública da saúde na capacidade de tomada de decisões dos gerentes e gestores públicos e, assim, melhorar o atendimento prestado aos cidadãos (MASSUIA; MENDES; CECÍLIO, 2010);

- >> Regularidade no tratamento de TB por meio do TDO, realização dos exames e acompanhamento dos casos: o controle do tratamento diretamente observado deve ser feito pela equipe, sempre com duas pessoas monitorando a tomada diária dos medicamentos pela pessoa. Isso permite verificar, por meio de entrevista, a realização mensal da baciloscopia de controle, o exame de contatos, o controle de peso mensal e a coleta de escarro (caso a pessoa tenha pouca secreção ou não consiga coletar o escarro, auxiliá-la ou encaminhá-la ao exame induzido), além de acompanhar os registros diários do TDO e analisar a evolução clínica do caso, estabelecendo ao mesmo tempo uma relação de confiança que apoie o acompanhamento dos casos até a cura.

#### **Na dimensão dos resultados:**

- >> O melhor resultado de um serviço de atenção à tuberculose é a obtenção da cura acima de 85% dos casos, o que gera um impacto importante na redução da incidência da doença no território. Quanto mais consistente e contínuo for esse indicador de 85% de cura no tempo (por exemplo, acima de dez anos), maior será a queda da incidência da tuberculose local;
- >> Um resultado inadequado é o abandono de tratamento acima de 5%. A baixa adesão ao tratamento devida ao abandono pode levar a um desfecho de redução da cura, particularmente envolvendo a monorresistência e a multirresistência aos medicamentos. Ou seja, o alcance de altas taxas de cura está relacionado à adequação dos serviços para acolher, diagnosticar e tratar doentes e todos os seus comunicantes;
- >> A aplicação dos indicadores gera um diagnóstico da situação do serviço e deve nortear um novo planejamento de intervenções para a resolução de dificuldades e a melhoria dos serviços. Cada indicador sinaliza os aspectos que merecem a atenção da equipe, de forma a reestruturar as atividades planejadas para alterar o perfil dos indicadores;
- >> A discussão da equipe a partir dos resultados obtidos estimula a percepção das dificuldades enfrentadas pelo serviço, ao tempo em que permite a visualização dos avanços.

#### **Na dimensão da satisfação do usuário com o atendimento**

Entende-se que a satisfação do usuário é um dos aspectos mais importantes a ser contemplado pelos serviços de saúde, o qual permeia necessariamente a oferta de um acolhimento adequado à pessoa com TB.

- >> **Acolhimento:** entende-se por acolhimento a capacidade de atenção e disponibilidade para receber bem o usuário, ouvir o motivo que o levou ao serviço e dar respostas às suas demandas, em todos os níveis (recepção, segurança, porteiro, triagem, sala de espera etc.). Com a melhoria no acolhimento, espera-

se deslocar o processo de trabalho do médico para a equipe multiprofissional e incluir parâmetros humanitários, solidários e de cidadania na assistência a ser ofertada. Ou seja, esse acolhimento será dado a partir da diversidade, da tolerância e da inclusão social, com escuta solidária e negociação, a fim de responder adequadamente às demandas do usuário (SCHIMITH; LIMA, 2004). Ver item 2.2.

- >> **Agendamento aberto:** em geral, a tuberculose carrega sofrimento e muitas dificuldades no acesso ao diagnóstico, além da carga de estigma e preconceito. A agenda aberta é uma oportunidade que pode reduzir ou eliminar as diferenças advindas de fatores considerados evitáveis e injustos, criando iguais oportunidades em saúde e reduzindo as diferenças no acesso, por meio de remoção de barreiras no diagnóstico, tratamento e avaliação dos contatos. Enfim, o agendamento aberto faz valer o direito da população aos cuidados de saúde pelos doentes de TB, o que deve ser facilitado na porta de entrada, e, portanto, gera na melhoria da qualidade da assistência e na resolutividade da atenção prestada. Nesse caso, quanto mais graves e duradouros os sintomas da TB, maior a disseminação da doença, o que requer esforços na conscientização de todos os atores envolvidos na abordagem da TB, esperando-se reduzir a transmissão na coletividade e o sofrimento da pessoa.
- >> **Visita domiciliar:** é importante realizar visita domiciliar à pessoa com TB, particularmente quando ela se encontra na iminência de abandonar o tratamento, seja acompanhada nas unidades de pronto atendimento (UPA), ambulatorios ou ESF. Nessa visita, o profissional da equipe deve realizar uma escuta solidária, analisar as condições do doente e sua família e levantar suas dificuldades e problemas, a fim de estabelecer estratégias para resolução de tais dificuldades. O apoio ao paciente, sua família e contatos é importante para conduzir o tratamento até a cura. A pessoa com TB também passa a confiar na assistência do profissional de saúde e nos medicamentos, o que minimiza os casos de abandono do tratamento e o surgimento de multirresistência. Outro aspecto relevante é a criação de um vínculo de confiança do doente e sua família com o profissional de saúde e o serviço de TB;
- >> **Aconselhamento em HIV/aids:** para realizar o aconselhamento sobre a infecção pelo HIV, o enfermeiro da equipe de controle da TB deve promover o empoderamento da pessoa doente, em vista da possibilidade de associação das duas infecções. Trata-se de uma abordagem que permite ao usuário expressar o que sabe, pensa e sente acerca das IST e da aids, ao tempo em que o profissional de saúde, ao escutá-lo, pode contribuir para avaliação de suas vulnerabilidades e para a identificação de medidas preventivas viáveis, segundo as possibilidades e limites de cada pessoa em atendimento (BRASIL, 2011). Aos portadores da comorbidade ofertam-se os benefícios do diagnóstico precoce e do tratamento da infecção pela HIV (terapia antirretroviral), associado ao tratamento de TB. Apesar de o tratamento da TB em PVHIV seguir as mesmas recomendações para os não infectados, tanto na utilização dos fármacos quanto na duração total do tratamento, devem-se observar as interações medicamentosas entre os fármacos anti-TB e os antirretrovirais, bem como a maior possibilidade de formas atípicas e graves da TB (BRASIL, 2019b).

- >> **Projeto terapêutico singular:** indicado para situações mais complexas e que buscam o cuidado integral à pessoa. O PTS é construído entre a equipe multidisciplinar de saúde e o usuário, com atribuição de responsabilidades. Algumas vezes, a equipe precisa acionar uma rede de ajuda ampliada. Uma vez que a situação e as relações estão em constante transformação, o projeto deve ser revisado periodicamente. O PTS visa essencialmente valorizar a história de vida do indivíduo e trazê-lo para o centro do cuidado, podendo ser oferecido a pessoas com problemas de adesão em qualquer momento do tratamento (BRASIL, 2019b). O projeto inclui: 1) o diagnóstico situacional da pessoa, com identificação de necessidades, demandas, vulnerabilidades e potencialidades do usuário, além das intervenções já realizadas e seus resultados; 2) a definição de metas e de questões sobre as quais se pretende intervir, norteadas pela inserção social, a ampliação da autonomia e o apoio da rede de suporte social da pessoa, família, grupo ou coletivo, com propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o usuário e a equipe de saúde ou o profissional de referência que tiver melhor vínculo com o paciente; 3) divisão de responsabilidades: define-se um profissional da equipe, em geral aquele com o qual o usuário tem melhor vínculo, o qual servirá de referência para o caso; é ele quem coordena o PTS, suas tarefas, metas, prazos e reavaliação do processo, tanto com o usuário quanto com seus familiares, equipe e outros parceiros envolvidos; 4) reavaliação: conduzida pelo profissional de referência, a reavaliação envolve encontros com os envolvidos no processo e deve ser feita em diversos momentos; nela, são revistos prazos, expectativas, tarefas, objetivos, metas e resultados e realizadas as devidas intervenções e direcionamentos.
- >> **Tratamento diretamente observado:** o TDO se caracteriza como uma ação de apoio no tratamento das pessoas com TB e pressupõe uma atuação comprometida e humanizada dos profissionais de saúde. Além da construção do vínculo, o TDO inclui a observação, pelo profissional de saúde, da ingestão dos medicamentos pela pessoa em tratamento, e deve ser realizada, idealmente, todos os dias úteis da semana. Será considerada TDO a observação da tomada dos medicamentos no mínimo três vezes por semana, durante todo tratamento (24 doses na fase intensiva e 48 doses na fase de manutenção em casos de tratamento padronizado por seis meses). O TDO deve ser conduzido por profissionais de saúde ou outros profissionais capacitados (como profissionais da assistência social, entre outros), desde que supervisionados por profissionais de saúde. Também se admite o TDO compartilhado, ou seja, aquele em que a pessoa com TB é acompanhada por um serviço, mas toma a medicação diária em outra unidade de saúde.

## Referências

- BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PONTES, Ricardo José Soares; VASCONCELOS, Suziana Martins de. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 44, n. 2, p. 318–324, abr. 2010.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Como abordar o controle do tabagismo articulado ao programa de tuberculose no Sistema Único de Saúde?** Rio de Janeiro, RJ: Inca, 2019, 52 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. et al. HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 1997.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, [s. l.], v. 114, p. 1115–1118, 1990.
- FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 59, n. 4, p. 532–536, ago. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/x4pBbGbCnnXVjr7ZfqzDXBJ/?lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2020.
- HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2005, p. 14–39.
- MASSUIA, Dalva Regina; MENDES, José Dinio Vaz; CECÍLIO, Mônica Aparecida Marcondes. **Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS/SP**. São Paulo, SP: SES, 2010.
- OLIVEIRA, Luisa Gonçalves Dutra de; NATAL, Sônia; FELISBERTO, Eronildo et al. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, supl. 1, p. 997–1008, 2010.
- PATTON, M. Q. **Avaliação qualitativa e métodos de pesquisa**. 2. ed. Newbury Park: Sage Publications, 1990.
- SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487–1494, nov./dez. 2004.
- SERAPIONI, Mauro. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas. **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, Porto, p. 59–80, nov. 2015.
- TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MELO, Cristina. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 113–118, ago. 2000.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). **Avaliação de projetos, programas e serviços de saúde: uma introdução**. Unidade 1. São Paulo, SP: Unasus, jan. 2016, p. 1–5



# ANEXOS

Anexo A – Ficha de Solicitação de Exames – Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL Requisição de Exame - Tuberculose	
<b>REQUISIÇÃO</b>	1 N° Requisição:	2 Unidade Saúde (ou outra fonte):*	
	3 CNES:*	4 Município Atendimento:	5 Código BGE:*
	6 UF:	7 Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Profissional de Saúde:º	8 Nome do Profissional de Saúde:º
	9 Número Conselho/Matricula:*	10 Rubrica:	11 Data de Solicitação:*
12 Finalidade:*	13 Descrição da Finalidade:	14 Tipo Paciente:	15 CPF do paciente:*
16 Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Paciente:º	17 Nome do Paciente:º	18 Data de Nascimento:º	19 Idade:º
20 Sexo:º	21 Nacionalidade:º	22 Raça/Cor:º	23 Etnia:º
24 Nome da Mãe:º	25 Documento 1:	26 Documento 2:	27 Logradouro: (Rua, Avenida...)
28 Número:	29 Complemento do Logradouro:	30 Ponto de Referência:	31 Bairro:
32 Município de Residência:º	33 Código BGE:º	34 UF:º	35 CEP:
36 DDD / Telefone:	37 Zona:	38 País (Se reside fora do Brasil):º	39 Agravo/Doença Suspeito:*
40 Data dos Primeiros Sintomas:	41 Idade Gestacional:	<b>TUBERCULOSE</b>	42 Finalidade do Exame:*
43 Tratamento:*	44 Período do Tratamento:*	45 População de Risco:*	46 Contato TBDR (TB Droga Resistente):*
47 Notificado ao SINAN: 1 - Sim	48 CID10:*	49 N° Notificação do SINAN:*	50 Data de Notificação:*
51 Unidade Saúde Notificante:	52 CNES:*	53 Município de Notificação:	54 Código BGE:*
55 UF:	56 Pesquisas (s) / Exame(s) Solicitados (s):*	57 Material Biológico:*	58 Localização:
59 Amostra: (1ª, 2ª, 3ª, Única)	60 Met. Clínico: 1 - IN 2 - B 3 - LM 4 - MTB 5 - MTV 6 - FF 7 - FA 8 - FO 9 - BF 10 - PF	61 Data da coleta:*	62 Hora da coleta:
63 Usou medicamento antes da data da coleta?	64 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	65 Data início do uso:	66 Especifique:
67 Observações Gerais:	68 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	69 Data início do uso:	70 Especifique:
69 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	70 Data início do uso:	71 Especifique:	72 Observações Gerais:

Banco de Computadores

\*Campo de preenchimento obrigatório      °Preenchimento automático com informações do Cartão Nacional de Saúde (CNS)



# TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

SISTEMA GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL (GAL)  
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA REQUISIÇÃO DE EXAME - TUBERCULOSE

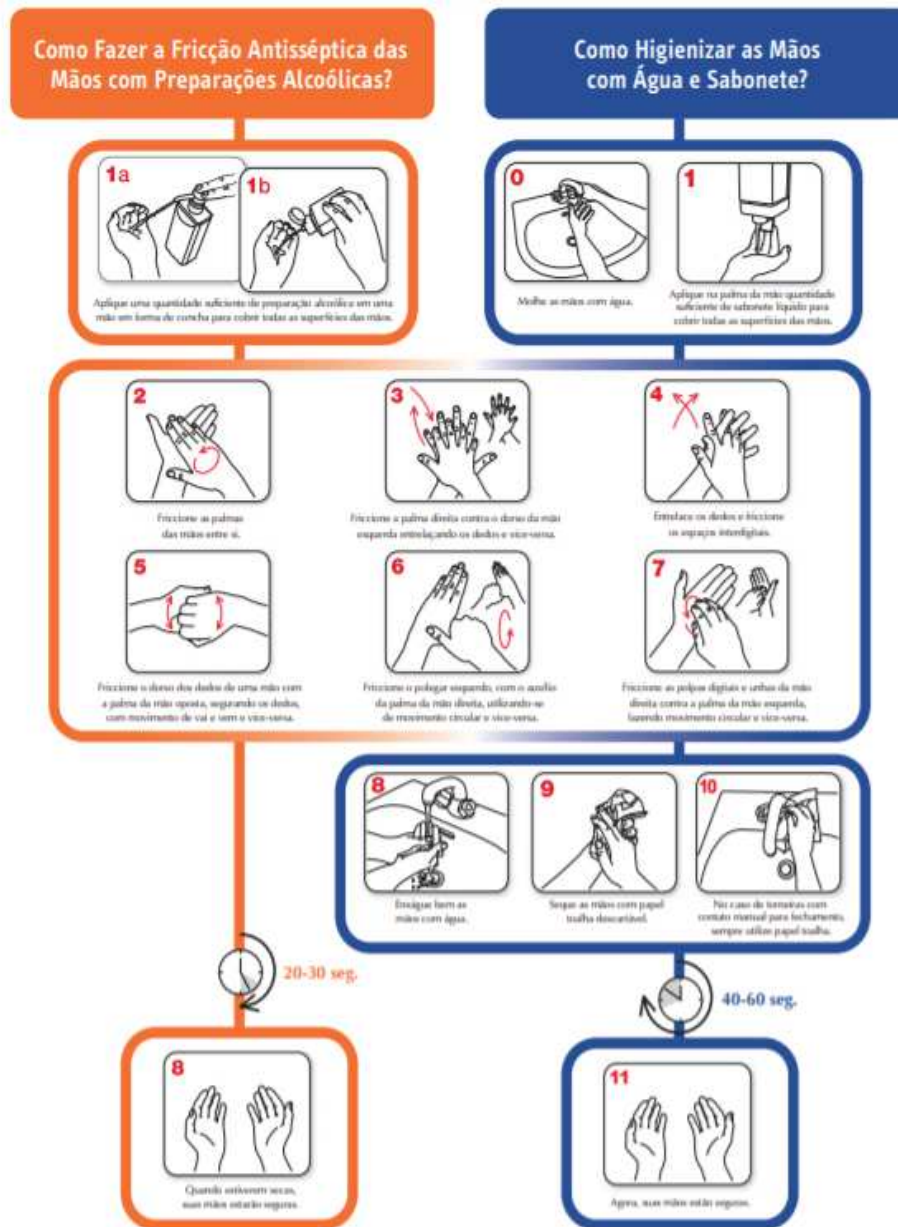
Revisada em Junho/2020

CGLAB/SVS/MS.

Ordem	Descrição dos Campos
01	<b>Número da requisição:</b> gerado pelo sistema após o cadastro da requisição de exame. <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
02	<b>Unidade de Saúde:</b> nome completo e sem abreviaturas da unidade de saúde que solicita exame (s) da rede de laboratórios.
03	<b>CNES</b> (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) com o número correspondente. <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
04	<b>Município de atendimento:</b> município da Unidade de Saúde onde foi realizada a solicitação de exame(s).
05	<b>Código do IBGE:</b> correspondente ao Município de atendimento. <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
06	UF: sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde responsável pela solicitação de exame(s).
07	<b>CNS</b> (Cartão Nacional de Saúde) do profissional de saúde. <b>(AUTO-PREENCHIMENTO)</b> .
08	<b>Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s)</b> sem abreviaturas. <b>(OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO)</b> .
09	<b>Número do conselho ou matrícula (abreviatura) do profissional de saúde</b> <b>(OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO)</b> . Ex: CRM/RJ 1234.
10	<b>Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s)</b> .
11	<b>Data da solicitação</b> do exame (s) no formato dd/mm/aaaa. <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
12 e 13	<b>Finalidade da requisição de exame:</b> 1 – <i>Campanha</i> (evento investigatório com período definido para doença/agravo específico); 2 – <i>Inquérito</i> (investigação contínua ao longo do tempo para doença/agravo específico); 3 – <i>Investigação</i> (aplicável a doenças/agravs em período e área definidos, em eventos inesperados ou programados, como surtos ou sentinela); 4 – <i>Programa</i> (eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais); 5 – <i>Protocolo</i> (investigação diagnóstica definida por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligado à doença/agravo principal); 6 – <i>Projeto</i> (investigação de doença/agravo ligado a pesquisa) e 9 – <i>Ignorado</i> . Especificar a finalidade da requisição do exame a nível: Nacional ou Estadual. <b>Descrição:</b> descrição da finalidade. Ex: Inquérito de Sarampo, Programa Mãe Paranaense.
14	<b>Tipo Paciente:</b> 1 - Brasileiro; 2 - Estrangeiro; 3 - Indígena; 4 - Vulnerável
15	<b>CPF Paciente:</b> Se a opção for "Brasileiro", informar o número do CPF.
16	<b>CNS</b> (Cartão Nacional de Saúde) do Paciente – <b>CNS</b> <b>(AUTO-PREENCHIMENTO)</b> .
17	<b>Paciente:</b> nome completo e sem abreviatura. <b>(OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO)</b> .
18	<b>Data de nascimento do paciente.</b> No formato dd/mm/aaaa. <b>(AUTO-PREENCHIMENTO)</b> .
19	<b>Idade do paciente:</b> campo deve ser preenchido somente se a data de nascimento for desconhecida. (Ex: 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10" e na segunda lacuna o item correspondente à opção "2", que significa dia). 1 – <i>Horas</i> (s); 2 – <i>Dias</i> (s); 3 – <i>Mês</i> (s) e 4 – <i>Anos</i> . <b>(OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO)</b> .
20	<b>Sexo do paciente.</b> F – <i>Feminino</i> ; M – <i>Masculino</i> e 1 – <i>Ignorado</i> . <b>(OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO)</b> .
21	<b>Nacionalidade:</b> país de origem do paciente.
22	<b>Raça/Cor:</b> 1 – <i>Branca</i> ; 2 – <i>Preta</i> ; 3 – <i>Parda</i> ; 4 – <i>Amarela</i> ; 5 – <i>Indígena</i> e 99 – <i>Sem informação</i> . <b>(AUTO-PREENCHIMENTO)</b> .
23	<b>Etnia:</b> Caso o campo 20 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia. <b>(AUTO-PREENCHIMENTO)</b> .
24	<b>Nome da mãe:</b> Informar o nome completo e sem abreviações. <b>(OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO)</b> .
25/26	<b>Documento:</b> este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número. 1 – <i>RG - Carteira de Identidade</i> ; 2 – <i>CNH - Carteira Nacional de Habilitação</i> ; 3 – <i>CNS - Cartão Nacional de Saúde</i> ; 4 – <i>CNAS - Certidão de Nascimento</i> ; 5 – <i>PRONT - Prontuário</i> e 6 – <i>INFOPEN - Sistema de Informações Penitenciárias</i> .
27	<b>Logradouro:</b> endereço do paciente. Ex: Rua, avenida... <b>(AUTO-PREENCHIMENTO)</b> .
28	<b>Número do logradouro</b> do paciente. Ex: apartamento, casa... <b>(AUTO-PREENCHIMENTO)</b> .
29	<b>Complemento do logradouro:</b> Dados complementares do logradouro do paciente. <b>(AUTO-PREENCHIMENTO)</b> .
30	<b>Ponto de referência:</b> auxilia na localização do logradouro do paciente.
31	<b>Bairro do logradouro do paciente.</b> <b>(AUTO-PREENCHIMENTO)</b> .
32	<b>Município do logradouro do paciente.</b> <b>(AUTO-PREENCHIMENTO)</b> .
33	<b>Código do IBGE</b> correspondente ao município de residência do paciente <b>(OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO)</b> .
34	UF: Sigla da Unidade de Federação do logradouro do paciente. <b>(AUTO-PREENCHIMENTO)</b> .
35	<b>CEP</b> (Código de endereçamento postal) do logradouro do paciente. Ex: 71860-800. <b>(AUTO-PREENCHIMENTO)</b> . <b>(AUTO-PREENCHIMENTO)</b> .
36	<b>Código da localidade</b> e o telefone para contato do paciente. (DDD e número do telefone). Ex: 61-33213-8000.
37	<b>Zona:</b> classificação da do logradouro do paciente. 1 – <i>Urbana</i> ; 2 – <i>Periurbana</i> ; 3 – <i>Rural</i> ; 4 – <i>Silvestre</i> e 9 – <i>Ignorado</i> .
38	<b>País</b> do logradouro do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. <b>(OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO)</b> .
39	<b>Informações Clínicas do Agravo/doença:</b> TUBERCULOSE informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente <b>(OBRIGATÓRIO)</b> pelo profissional de saúde.
40	<b>Data dos primeiros sintomas:</b> data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato dd/mm/aaaa.
41	<b>Idade Gestacional:</b> paciente do sexo feminino, informar o período gestacional no momento da ocorrência do agravo/doença. O paciente do <b>sexo masculino, informar a opção 6 – não se aplica</b> .
42	<b>Finalidade do Exame:</b> 1 – <i>Diagnóstico</i> (paciente para confirmação da doença/agravo); 2 – <i>Controle</i> (controle de tratamento de doença/agravo finalizado); 9 – <i>Ignorado</i>
43	<b>Tratamento:</b> 1 - <i>Nunca Tratou Tuberculose</i> ; 2 – <i>Realizou Tratamento de Tuberculose</i>
44	<b>Período de Tratamento:</b> informar o período de tratamento do paciente de acordo com a data da solicitação do exame (s). Exemplo: 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10", e na segunda lacuna o item correspondente à opção "1", que significa dia.
45	<b>População de Risco:</b> (indivíduos sem oportunidades, sociais, econômicas e culturais, com incapacidade de proteger os próprios interesses e possui uma qualidade de vida inferior) 1 – <i>População Prisional</i> ; 2 – <i>População em Situação de Rua</i> ; 3 – <i>Internato/Institucionalizado</i> ; 4 – <i>Profissional de Saúde/Sistema Penitenciário</i> ; 5 – <i>HIV ou Outra Imunodepressão</i> ; 6 – <i>Indígena</i> ; 7 – <i>Imigrante</i> ; 8 – <i>Usuário de Drogas</i> ; 9 – <i>Diabético</i> ; 10 – <i>Tabagista</i> ; 11 – <i>Ignorado</i> Exemplos: população carcerária, morador de rua, usuários de drogas, doentes terminais, e etc.
46	<b>Contato TBDR</b> (Tuberculose Droga Resistente): 1 – <i>Sim</i> ; 2 – <i>Não</i> .
47	<b>Agravo/doença com o número de Notificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação.</b>
48	<b>CID 10</b> (Classificação Internacional de Doenças) informar o código correspondente agravo/doença do SINAN, de acordo com o campo 45 <b>(OBRIGATÓRIO PARA QUANDO A FINALIDADE - CONTROLE)</b> .
49	<b>Número de Notificação do SINAN (07 dígitos):</b> especificar o número de notificação do Sistema nacional de Agravos de Notificação <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS)</b> .
50	<b>Data da Notificação:</b> de acordo com ficha de notificação SINAN no formato dd/mm/aaaa. <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS)</b> .
51	<b>Unidade de Saúde Notificante:</b> unidade que realizou a notificação do SINAN.
52	<b>CNES</b> (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) informar o número. <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE SOLICITANTE)</b> .
53	<b>Município de Notificação:</b> Município que realizou a notificação do SINAN.
54	<b>Código do IBGE</b> <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO)</b> .
55	<b>Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde,</b> que realizou a notificação no SINAN.
57	<b>Material Biológico</b> (amostra enviada). Informar o(s) tipo(s) de material (is) biológico(s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s). <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
58	<b>Localização:</b> localização do material biológico, caso tenha sido especificado, da amostra foi coletada. Ex.: raspado da cabeça, nódulo na face ...
59	<b>Amostra:</b> informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. 1ª – 1ª amostra; 2ª – 2ª amostra; ...; U – Única <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
60	<b>Material Clínico:</b> modo como a amostra foi enviada: 1 - <i>IN – Amostra in Natura</i> ; 2 - <i>IB – Isolado Bacteriano</i> ; 3 - <i>LM – Lâmina</i> ; 4 - <i>MTB – Meio de Transporte Bacteriano</i> ; 5 - <i>MTV – Meio Transporte Viral</i> ; 6 - <i>FF – Fixado em Formol</i> ; 7 - <i>FA – Fixado em Álcool</i> ; 8 - <i>FO – Fixado em Outros</i> ; 9 - <i>BP – Bloco de Parafina</i> e 10 - <i>PF – Em Papel de Filtro</i> .
61	<b>Data da Coleta:</b> data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato dd/mm/aaaa. <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
62	<b>Hora da Coleta:</b> informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato hh:mm Ex. 12h 54min.
63, 64, 65	<b>Usou medicamento</b> na data da coleta: 1 – <i>Sim</i> ; 2 – <i>Não</i> e 9 – <i>Ignorado</i> Caso a informação seja 1 - <i>Sim</i> , Especifique e inserir a data de início do uso do medicamento.
56	<b>Pesquisa (s) / Exame (s) Solicitado (s):</b> conjunto de exame (s) e metodologia (s) relacionada (s) e associado (s) ao Número (s) da (s) Amostra (s) que foi (am) coletada (s).
66	<b>Observações Gerais:</b> informações que auxiliam no diagnóstico laboratorial.

**Anexo B – Antissepsia de mãos**

Figura 1 – Como fazer a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica e como higienizar as mãos com água e sabonete líquido



Fonte: adaptado de Opas/OMS, 2020<sup>1</sup>; Brasil, 2020<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). Prevenção e controle de infecção na atenção à saúde quando houver suspeita de COVID-19: Orientação provisória. [S. l.]: Opas/OMS, 19 mar. 2020c. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51971>. Acesso em: 26 jan. 2022.

<sup>2</sup> BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N° 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de Infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, DF: Anvisa, 2020e. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt->

## Momentos para higiene das mãos

Além de higienizar as mãos antes e depois das refeições, após ir ao banheiro e depois de tossir e espirrar, a higiene das mãos deve ser feita em **cinco momentos** para prevenir infecções em serviços de saúde<sup>3,4</sup>:

- >> **Momento 1: antes de tocar o paciente:** cumprimentos, ajuda na locomoção, ajuda no banho etc.;
- >> **Momento 2: antes da realização de procedimento limpo/asséptico:** aplicação de injeção, inserção de cateter venoso, sondagem vesical, realização de curativos;
- >> **Momento 3: após risco de exposição a fluidos corporais:** esvaziamento de bolsa contendo urina, aspiração traqueal, retirada de cateteres;
- >> **Momento 4: após tocar o paciente:** cumprimentos, ajuda na locomoção, ajuda no banho etc.; e
- >> **Momento 5: após tocar objetos e superfícies próximas ao paciente:** cama, mesa de cabeceira, prontuários etc.

Figura 2 – Os cinco momentos para higiene das mãos



Fonte: adaptado de Opas/OMS, 2020<sup>5</sup>; OMS, 2014<sup>6</sup>.

[br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota\\_tecnica\\_gvims\\_ggtes\\_anvisa\\_04\\_2020\\_revisao\\_27-10-2020.pdf](https://centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota_tecnica_gvims_ggtes_anvisa_04_2020_revisao_27-10-2020.pdf). Acesso em: 26 jan. 2022.

<sup>3</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care. Geneva: WHO Press, 2009. 262p.

<sup>4</sup> BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das Mãos. Brasília, DF: Anvisa, 2009.

<sup>5</sup> ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). Prevenção e controle de infecção na atenção à saúde quando houver suspeita de COVID-19: Orientação provisória. [S. l.]: Opas/OMS, 19 mar. 2020c. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51971>. Acesso em: 26 jan. 2022.

<sup>6</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Salve Vidas – Higienize suas Mãos. Higiene das Mãos na Assistência à Saúde Extra-hospitalar e Domiciliar e nas Instituições de Longa Permanência: Um Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos e da Abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos” Brasília, DF: Opas/Anvisa, 2014. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Manual%20HM%20OMS%20extra%20hospitalar%202014.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2022.

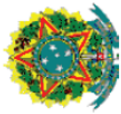
**Notas:**

- ✓ Não há necessidade de complementar a higiene das mãos com preparação alcoólica para as mãos após tê-las higienizado com sabonete líquido;
- ✓ Se possível, manter consigo frasco de bolso contendo preparação alcoólica a 70% para facilitar a prática da higiene das mãos;
- ✓ Todos os produtos destinados à higiene das mãos devem estar regularizados junto à Anvisa.

Anexo C – Ficha de Notificação/Investigação da Tuberculose

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº					
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO		TUBERCULOSE							
<p><b>CRITÉRIO LABORATORIAL</b> - é todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia, ou de cultura, ou de teste rápido molecular para tuberculose.  <b>CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO</b> - é todo caso que não preenche o critério de confirmação laboratorial acima descrito, mas que recebeu o diagnóstico de tuberculose ativa. Essa definição leva em consideração dados clínico-epidemiológicos associados à avaliação de outros exames complementares (como os de imagem, histológicos, entre outros).</p>									
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual					
	2	Agravo/doença	<b>TUBERCULOSE</b>	Código (CID10) A 16.9					
	3	Data da Notificação							
Dados Gerais	4	UF	5	Município de Notificação					
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código					
Notificação Individual	7	Data do Diagnóstico							
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento				
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante	13	Raça/Cor	
	14	Escolaridade							
	15	Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe			
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito		
	20	Bairro		21		Logradouro (rua, avenida,...)	Código		
	22	Número		23		Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26		Ponto de Referência	27	CEP	
	28	(DDD) Telefone		29		Zona	30		Pais (se residente fora do Brasil)
	<b>Dados Complementares do Caso</b>								
	Dados complementares	31	Nº do Prontuário		32		Tipo de Entrada		
		33		Populações Especiais		34		Beneficiário de programa de transferência de renda do governo	
35		Forma		36		Se Extrapulmonar			
37 Doenças e Agravos Associados									
38		Baciloscopia de Escarro (diagnóstico)		39		Radiografia do Tórax			
40		HIV		41		Terapia Antirretroviral Durante o Tratamento para a TB			
42		Histopatologia		43		Cultura			
44		Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB)		45		Teste de Sensibilidade			
46		Data de Início do Tratamento Atual		47		Total de Contatos Identificados			
Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde					
Nome		Função		Assinatura					
Tuberculose		Sinan NET		SVS		02/10/2014			

**Anexo D** — Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose

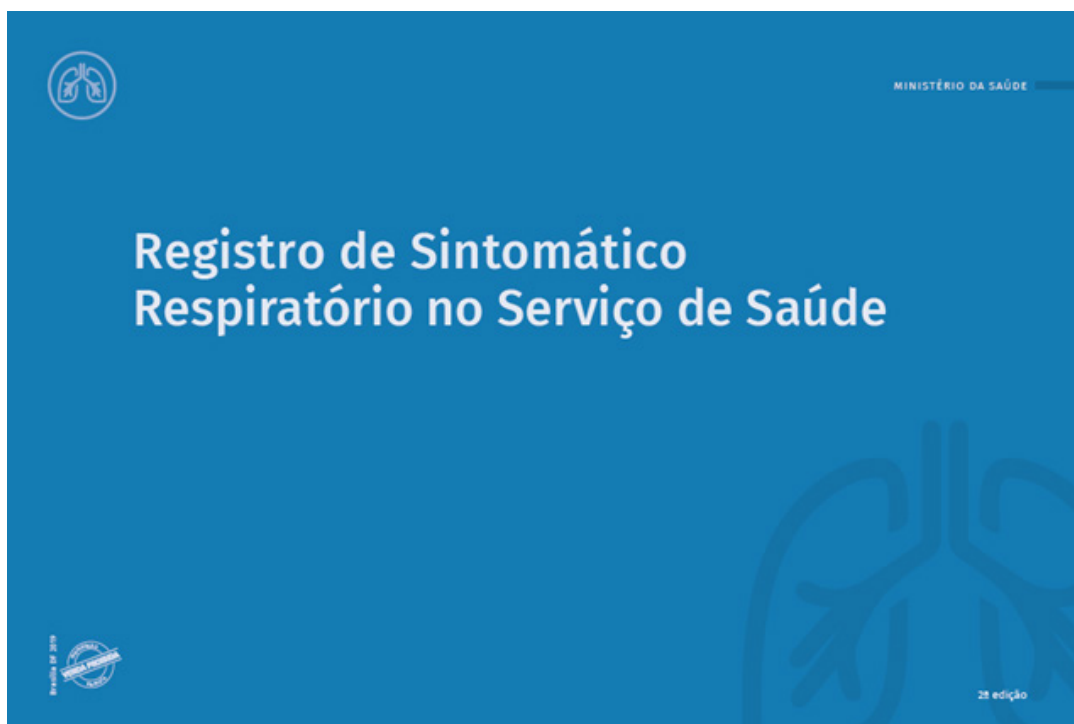


República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

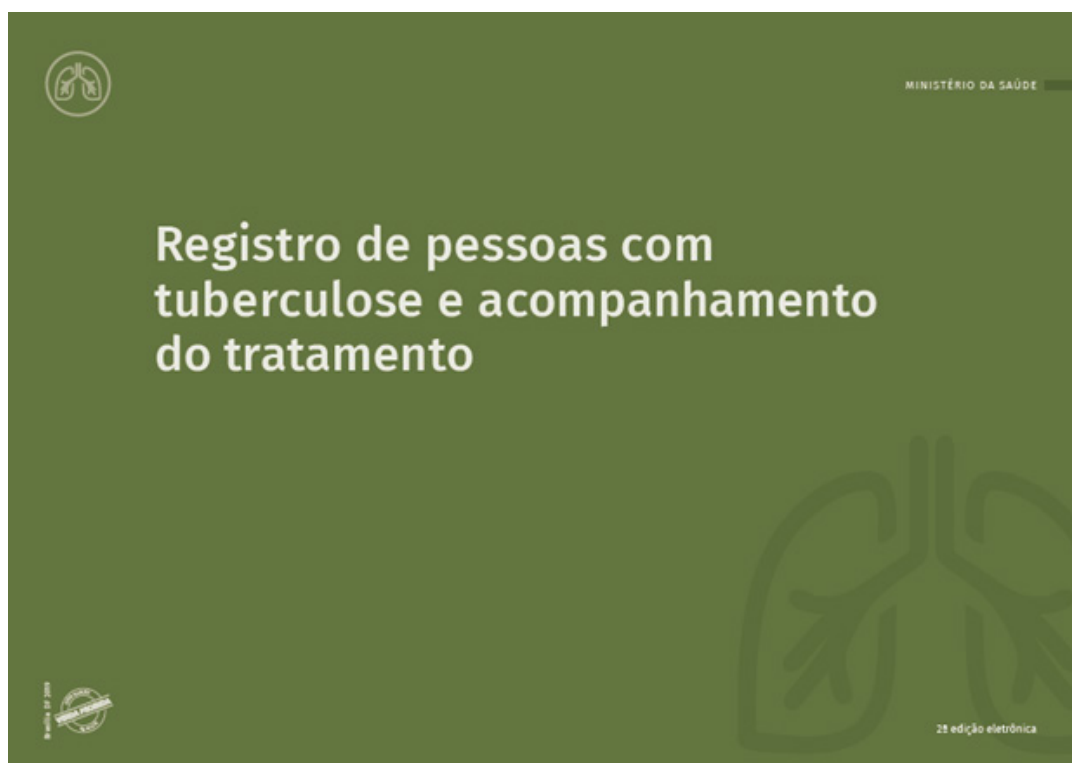
Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
Boletim de Acompanhamento de Tuberculose

Nº da Notificação Atual	Data da Notificação Atual	Nome	Forma Bac Bac Bac Bac Bac Bac Bac Bac Bac Bac Bac Bac										Total após 6º Mês 6º Mês 6º Mês	Total contat exam	HIV TARV	Cultura TRM-TB	Histopat	TS Realizado TDO?	Situação Encerra	Se Transf (Mun/UF)	Local de Transf (Mun/UF)	Data de encerramento
			1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês										
<p>UF: Município de Notificação Atual:</p> <p>Unidade:</p>																						
<p>Tópicos 1 a 4; preenchimento automático</p> <p>Total de contatos identificados: Número total de contatos identificados (preenchimento automático)</p> <p>HIV 1- Positiva; 2- Negativa; 3- Em andamento; 4- Não Realizada</p> <p>Cultura: 1- Positiva; 2- Negativa; 3- Em andamento; 4- Não Realizada</p> <p>Histopatologia 1 - Baar Positivo 2 - Suggestivo de TB 3 - Não Suggestivo de TB 4 - Em Andamento 5 - Não Realizado</p> <p>Teste de Sensibilidade: 1-resistente somente a Isoniazida; 2-resistente somente a Rifampicina; 3-resistente a Isoniazida e Rifampicina; 4-resistente a outros drogas de 1ª linha; 5-sensível; 6-em andamento; 7-não realizado</p> <p>Situação de Encerramento: 1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por outras causas 5- Transferência 6- Mudança de esquema 7- TBDR 8 - Mudança de esquema 9 - Falência 10 - Abandono Primário</p> <p>Se transferência: 1-mesmo município; 2-município diferente (Mesma UF); 3-UF diferente; 4-país diferente</p> <p>Data do encerramento: Data de encerramento do caso na unidade de saúde que está acompanhando</p>																						

**Anexo E** – Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde



**Anexo F** – Registro de Pessoas com Tuberculose e Acompanhamento do Tratamento



**Anexo G – Ficha de Notificação das Pessoas em Tratamento da ILTB**

**É FUNDAMENTAL QUE HAJA A EXCLUSÃO DA TUBERCULOSE ATIVA PREVIAMENTE.**

DADOS DE NOTIFICAÇÃO		
1) Tipo de entrada*: ( ) Caso novo ( ) Reentrada após mudança de esquema ( ) Reingresso após abandono ( ) Reexposição		2) Data da notificação*: ____/____/____
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		
3) Nome de registro*:		4) Nome social:
5) Data de nascimento*: ____/____/____	6) Sexo*: ( ) Masculino ( ) Feminino	7) Gestante***: ( ) Sim ( ) Não sabe ( ) Não ( ) Ignorado
8) Raça/cor*: ( ) Branca ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Preta ( ) Parda ( ) Ignorado		
9) Cartão Nacional de Saúde: _____	10) Nome da mãe*:	
DADOS DE RESIDÊNCIA		
11) UF*:	12) Município de residência*:	13) Regional de Saúde:
14) Logradouro*:	15) Nº*:	16) Bairro*:
17) Complemento (apto., casa,...):	18) CEP: _____	19) (DDD) Telefone: _____
INVESTIGAÇÃO		
20) Descartado TB ativa*: ( ) Sim ( ) Não	21) Caso a TB ativa não tenha sido descartada, justifique a realização do tratamento de ILTB**:	
22) BCG*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	23) Radiografia do Tórax*: ( ) Normal ( ) Alteração sugestiva de TB ativa ( ) Alteração não sugestiva de TB ativa ( ) Não realizada	
24) HIV*: ( ) Positivo ( ) Em andamento ( ) Negativo ( ) Não realizado	25) IGRA*: ( ) Positivo ( ) Indeterminado ( ) Negativo ( ) Não realizado	26) Data da coleta do IGRA: ____/____/____
27) Prova Tuberculínica (PT)*: ( ) Sim ( ) Não	28) Data da aplicação da última PT: ____/____/____	29) Resultado da última PT***: _____ mm
30) Contato de TB*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( ) Ignorado	31) Nome do caso fonte:	32) Número do Sinan: _____
TRATAMENTO		
33) UF*:	34) Município de tratamento*:	35) Regional de Saúde:
36) Unidade de saúde de tratamento*:		37) Código CNES: _____
<p><b>38) Principal indicação para tratamento da ILTB*:</b></p> <p><b>Sem PT e sem IGRA realizados</b></p> <p>(1) Recém-nascidos coabitantes de caso fonte confirmado por critério laboratorial</p> <p>(2) Pessoas vivendo com HIV contatos de TB pulmonar com confirmação laboratorial</p> <p>(3) Pessoas vivendo com HIV com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 cel/µl</p> <p>(4) Pessoas vivendo com HIV com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião</p> <p>(5) Pessoas vivendo com HIV com Radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB.</p> <p><b>PT ≥ 5mm ou IGRA positivo</b></p> <p>(6) Contatos adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG</p> <p>(7) Pessoas vivendo com HIV com CD4+ maior que 350 cel/µl</p> <p>(8) Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB</p> <p>(9) Indivíduos em uso de inibidores do TNF-α ou corticosteroides (&gt;15mg de Prednisona por mais de um mês)</p> <p>(10) Indivíduos em pré-transplante em terapia imunossupressora</p> <p><b>PT ≥ 10mm ou IGRA positivo</b></p> <p>(11) Silicose</p> <p>(12) Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas</p> <p>(13) Neoplasias em terapia imunossupressora</p> <p>(14) Insuficiência renal em diálise</p> <p>(15) Diabetes mellitus</p> <p>(16) Indivíduos baixo peso (&lt; 85% do peso ideal)</p> <p>(17) Indivíduos tabagistas (&gt;1 maço/dia)</p> <p>(18) Indivíduos com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia</p> <p><b>Conversão (segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT)</b></p> <p>(19) Indivíduos contatos de TB confirmada por critério laboratorial</p> <p>(20) Profissionais de saúde</p> <p>(21) Trabalhadores de instituições de longa permanência</p> <p>(22) Outra: _____</p>		
39) Se houver, registre o código da indicação secundária para tratamento da ILTB: _____	40) Medicamento*: ( ) Isoniazida ( ) Rifampicina	41) Data de início do tratamento*: ____/____/____
PREENCHA ATÉ ESSE PONTO, ASSINE E NOTIFIQUE O CASO NO IL-TB. APÓS O ENCERRAMENTO, TERMINE DE PREENCHER A FICHA E ENCERRE O CASO NO SISTEMA.		
ENCERRAMENTO		
42) Nº de doses tomadas: _____	43) Data do término do tratamento*: ____/____/____	
44) Situação de encerramento*: ( ) Tratamento completo ( ) Suspenso por reação adversa ( ) Tuberculose ativa ( ) Óbito ( ) Abandono ( ) Suspenso por PT < 5mm em quimioprofilaxia primária ( ) Transferido para outro país		
Observações:		
Nome do investigador*:	Função do Investigador:	Assinatura do Investigador:

\* Campo obrigatório \*\* Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior





**Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. Responda a pesquisa disponível por meio do QR Code abaixo:**







# DISQUE SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[bvsm.sau.gov.br](http://bvsm.sau.gov.br)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

Governo  
Federal