



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

INGRID DA SILVA MENDONÇA

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E O CONTROLE DA TUBERCULOSE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

FORTALEZA

2023

INGRID DA SILVA MENDONÇA

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E O CONTROLE DA TUBERCULOSE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia. Linha de concentração: Epidemiologia. Linha: Epidemiologia, prevenção e controle de doenças infecciosas e parasitárias.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Cardoso Façanha.

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M495i Mendonça, Ingrid da Silva.
Integração ensino-serviço e o controle da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde / Ingrid da Silva
Mendonça. – 2023.
61 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2023.
Orientação: Prof. Dr. Mônica Cardoso Façanha.

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

CDD 610

INGRID DA SILVA MENDONÇA

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E O CONTROLE DA TUBERCULOSE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia. Linha: Epidemiologia, prevenção e controle de doenças infecciosas e parasitárias.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.^a Mônica Cardoso Façanha (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr.^a Maria do Socorro de Sousa
Universidade Federal do Ceará (UECE)

Prof. Dr. Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. George Jó Bezerra Sousa
Secretaria de Saúde do Ceará (SESA)

Àqueles que lutam contra as adversidades do viver com tuberculose ou outras doenças negligenciadas.

AGRADECIMENTOS

À Deus, agradeço por trilhar meu caminho, dando forças e renovando a esperança de concluir mais esta etapa na minha vida profissional e pessoal.

À minha mãe, Maria Vera da Silva, por ser minha base e por todo o esforço para subsidiar meus estudos, todo o meu amor e gratidão.

Ao meu pai, Francisco Átila Mendonça, que sempre me incentivou a lutar pelos meus sonhos.

À Universidade Federal do Ceará e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (professores, coordenadoras e secretários). Vivenciar essa etapa com vocês, mesmo em meio à pandemia de covid-19, foi maravilhoso. Obrigada por não medirem esforços para garantir nosso aprendizado.

À minha orientadora, Profa. Dra. Mônica Cardoso Façanha, por sua dedicação, tranquilidade, empatia, reflexões nos fins de tarde e esperança na melhoria da assistência, aprendi muito com a senhora e levo seus ensinamentos comigo, meus sinceros agradecimentos.

À minha colega da turma do Mestrado em Saúde Pública, que se tornou grande amiga, Marília Pernambuco, obrigada por todos os momentos, inquietações, esperanças, risadas e partilhas, você está no meu coração.

À minha amiga Monalisa Rodrigues, que compartilha o amor por populações vulneráveis comigo desde a Residência Multiprofissional em Infectologia. Minha parceira de hoje e sempre, me inspiro em você como pessoa e profissional todos os dias.

Aos meus amigos Yorrana Martins e Marcelo Muniz que me fortaleceram por diversas vezes a não desistir nos momentos mais difíceis. Amo vocês.

A todos que cruzaram meu caminho e contribuíram para a realização deste trabalho, os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

O internato oportuniza grande aprendizado na formação do médico, podendo subsidiar o conhecimento que será aplicado no atendimento da pessoa com TB. Objetivo: Descrever o fluxo de atendimento e o conhecimento do estudante de Medicina sobre a conduta adotada para a pessoa com TB em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Fortaleza. Materiais e métodos: Estudo transversal, recorte do projeto de intervenção “Operacionalização do Controle da Tuberculose na Unidade Básica de Saúde”. Foi realizado nas 17 UBS de Fortaleza onde estagiam estudantes entre o 9º e o 12º semestre do curso de medicina (interno). A amostra foi composta por 82 estudantes de medicina e 17 profissionais de saúde que atendem pessoas com TB. O conhecimento adquirido pelo interno durante estágio na UBS, foi verificado por meio de um questionário na Plataforma *Google Forms*. Para a intervenção educativa, foram agendados encontros via Plataforma *Google Meet*. Para identificar os fluxos de atendimento ao usuário sintomático respiratório e com TB, foram realizadas visitas nas unidades básicas de saúde e aplicado um formulário. Os dados foram tabulados e organizados em planilha do Microsoft Excel 2016, importada para o programa SPSS versão 23. As variáveis foram analisadas por meio de estatística descritiva com uso de frequências simples e relativas. Resultados: Dos 82 internos, 35,4% (29) tinham visto algum caso de TB; 51,2% (42) desconheciam se a unidade fazia Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB) e 51,3% (42) desconheciam se a UBS disponibiliza PPD. 59,8% (49) desconheciam quem recebe as amostras de escarro, 80,5% (66) não sabiam onde é feito o registro de amostras de escarro e 53,7% (44) não sabiam como o resultado da baciloscopia retorna para a UBS. Sobre o Tratamento Diretamente Observado (TDO), 42,7% (35) não sabem onde ele é realizado. Quanto aos profissionais, 88,2% (15) dos participantes eram enfermeiros e 94,1% (16) disseram não haver local para coleta do escarro na unidade. Além disso, 88,2% (15) apontaram que a UBS não faz TRM-TB e que não realiza o PPD, mas encaminha para outra unidade (70,6%; n=12). Por fim, 47% (8) afirmam que raramente realizam atividades de educação em saúde sobre a TB. Conclusão: Concluiu-se que existem fragilidades na integração do interno de medicina nas atividades de TB das UBS e conseqüentemente na aquisição de conhecimento sobre o fluxo de atendimento, diagnóstico e acompanhamento do paciente com TB nas UBS. Os profissionais que trabalham nas UBS necessitam ter um fluxo bem definido e infraestrutura necessária ao diagnóstico do paciente com TB.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; ensino; tuberculose.

ABSTRACT

The internship provides a great deal of learning in the doctor's education, and can subsidize the knowledge that will be applied in the care of the person with TB. Objective: To describe the flow of care and knowledge of medical students about the behavior adopted for people with TB in Basic Health Units (UBS) in Fortaleza. Materials and methods: Cross-sectional study, part of the intervention project "Operationalization of Tuberculosis Control in the Basic Health Unit". It was carried out at the 17 UBS in Fortaleza where students between the 9th and 12th semester of the medical course (internal) are interned. The sample consisted of 82 medical students and 17 health professionals who care for people with TB. The knowledge acquired by the intern during the internship at UBS was verified through a questionnaire on the Google Forms Platform. For the educational intervention, meetings were scheduled via the Google Meet Platform. To identify the care flows for users with respiratory symptoms and those with TB, visits were made to basic health units and a form was applied. Data were tabulated and organized in a Microsoft Excel 2016 spreadsheet, imported into the SPSS version 23 program. The variables were analyzed using descriptive statistics using simple and relative frequencies. Results: Of the 82 inmates, 35.4% (29) had seen a case of TB; 51.2% (42) were unaware of whether the unit performed the Rapid Molecular Test for Tuberculosis (TRM-TB) and 51.3% (42) were unaware of whether the UBS provides PPD. 59.8% (49) did not know who receives the sputum samples, 80.5% (66) did not know where the registration of sputum samples is done and 53.7% (44) did not know how the sputum smear result returns to the UBS. Regarding Directly Observed Treatment (DOT), 42.7% (n=35) do not know where it is performed. As for professionals, 88.2% (15) of participants were nurses and 94.1% (16) said there was no place for sputum collection in the unit. In addition, 88.2% (15) pointed out that the UBS does not perform MRT-TB and that it does not perform PPD, but forwards to another unit (70.6%; n=12). Finally, 47% (8) state that they rarely carry out health education activities about TB. Conclusion: It was concluded that there are weaknesses in the integration of medical interns in the activities of TB in the UBS and, consequently, in the acquisition of knowledge about the flow of care, diagnosis and follow-up of patients with TB in the UBS. Professionals working at the UBS need to have a well-defined flow and the necessary infrastructure for diagnosing patients with TB.

Keywords: primary health care; teaching; tuberculosis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos internos de medicina. Fortaleza-Ceará - 2023.....	30
Tabela 2 - Profissionais que precisariam ser mais sensibilizados na busca do paciente suspeito de TB de acordo com os internos de medicina. Fortaleza, Ceará, 2023.	32
Tabela 3 - Características dos profissionais. Fortaleza-Ceará, 2023.....	33

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Estrutura do Curso de Medicina conforme ciclos de aprendizagem.....	22
Figura 2 - Divisão das secretarias executivas regionais de Fortaleza-CE.	26
Figura 3 - Fluxograma de atendimento ao sintomático respiratório nas UAPS.	36
Figura 4 - Fluxograma de Atendimento da pessoa com TB diagnosticada nas UAPS.	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - UAPS de Fortaleza que recebem Internato em Medicina da Família e Comunidade da UFC de acordo com as Secretarias Executivas Regionais.....	26
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
BCG	Bacilo de Calmette-Guerin
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública do Ceará
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPD	Derivado proteico purificado
PPL	Pessoas privadas de liberdade
PVHIV	Pessoas que vivem com HIV/aids
PSR	Pessoas em situação de rua
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TB-MDR	Tuberculose Multirresistente
TB-RR	Tuberculose resistente à rifampicina
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TRM-TB	Teste Rápido Molecular para Tuberculose
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Tuberculose	13
1.2	Epidemiologia da tuberculose	14
1.3	Controle da tuberculose na atenção primária à saúde (APS)	19
1.4	A importância da integração ensino-serviço na formação de estudantes de medicina	20
2	OBJETIVOS	24
2.1	Geral	24
2.2	Específicos	24
3	METODOLOGIA	25
3.1	Tipo de Estudo	25
3.2	Local e período	25
3.3	População e amostra	26
3.4	Técnicas, instrumentos e coleta de dados	27
3.5	Análise dos dados	27
3.6	Aspectos Éticos e legais	28
4	RESULTADOS	29
5	DISCUSSÃO	38
6	RECOMENDAÇÕES	44
7	CONCLUSÃO	45
	REFERÊNCIAS	46
	ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA	50
	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	51
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO – CONHECIMENTO DO INTERNO SOBRE A OPERACIONALIZAÇÃO DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	53
	APÊNDICE B–FORMULÁRIO - OPERACIONALIZAÇÃO DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SOB A ÓTICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	56
	APÊNDICE C–TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	59

1 INTRODUÇÃO

1.1 Tuberculose

A Tuberculose (TB), também conhecida como peste cinzenta, tísica pulmonar ou doença do peito, é uma doença infecciosa que ainda permanece como importante problema de saúde pública mundialmente. Seu agente etiológico principal é *Mycobacterium tuberculosis*, também chamado de bacilo de Koch (BK) em homenagem ao alemão Robert Koch, que o descobriu no ano de 1882. A TB pode ser causada por outras seis espécies que também integram o complexo *Mycobacterium tuberculosis*: *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. microti*, *M. pinnipedie*, *M. caprae*, entretanto, do ponto de vista sanitário, *M. tuberculosis* é o agente etiológico mais importante (BRASIL, 2019a).

M. tuberculosis é transmitido principalmente por meio de aerossóis respiratórios, produzidos quando um infectado tosse ou espirra, assim como acontece com outros patógenos respiratórios. Além disso, é possível a transmissão por aerossóis em pessoas submetidas a procedimentos de vias aéreas, como o escarro induzido, a espirometria, a intubação orotraqueal ou aspiração de vias aéreas. A forma pulmonar da doença é a mais frequente e de maior relevância para a Saúde Pública, responsável pela sua transmissão. Ressalte-se que crianças com TB pulmonar, em geral, têm baciloscopia negativa e, por isso, possuem pouca importância na cadeia de transmissão da doença (CEARÁ, 2022; BRASIL, 2021c).

O principal sintoma da TB é a tosse, que pode vir acompanhada de febre ao final da tarde, suor noturno e emagrecimento. Nos casos de TB extrapulmonar, os sintomas podem variar de acordo com o órgão afetado. Recomenda-se que todo indivíduo com tosse de duração de três ou mais semanas seja investigado para a tuberculose. Para isso, deve-se procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua residência (CEARÁ, 2022).

A infecção e o desenvolvimento da doença podem se dar por diversas formas, a depender de alguns fatores, como a imunidade. A TB primária, a que ocorre logo após a infecção, é mais comum em crianças e em pacientes imunodeprimidos. Em outros casos, o sistema imunológico é capaz de conter a infecção, ao menos temporariamente. Os bacilos podem permanecer latentes, condição chamada de infecção latente por *M. Tuberculosis* (ILTb) por anos até que ocorra a reativação, originando a chamada TB pós-Primária (ou secundária). A infecção prévia por *M. Tuberculosis* não confere imunidade e recidivas podem ocorrer após nova exposição, sendo mais comum em áreas onde a prevalência da doença é alta (BRASIL, 2019a).

O maior risco de adoecimento se concentra nos primeiros dois anos após a primo-infecção, mas o período de latência pode se estender por muitos anos. Cerca de 5% das pessoas não conseguem impedir a multiplicação dos bacilos e adoecem na sequência de primo-infecção. Outros 5%, apesar de bloquear a infecção nessa fase, adoecem posteriormente por reativação desses bacilos ou em consequência de exposição a uma nova fonte de infecção. Fatores relacionados à perda de competência do sistema imunológico podem aumentar o risco de adoecimento, entre os quais se destaca a infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV). Outros fatores de risco são as doenças e tratamentos imunossupressores, idade menor que dois anos ou maior que 60 anos, diabetes mellitus e desnutrição, dentre outros (BRASIL, 2022a).

Algumas pessoas apresentam maior chance de desenvolver a tuberculose. São elas: pessoas com doenças imunossupressoras, ou seja, que enfraquecem o sistema de defesa (imunológico), como o HIV; pessoas que fazem uso de medicamentos que também atuam nesse sistema (medicamentos imunossupressores), tais como quimioterápicos, corticosteroides, inibidores de TNF-alfa, entre outros; pessoas com baixo peso; idosos e tabagistas, além daqueles que tiveram contato recente com pessoas com TB (principalmente nos primeiros dois anos após o contato) (BRASIL, 2022b).

Além disso, a TB tem forte relação com os determinantes sociais. Situações como falta de emprego e renda, insegurança alimentar, más condições de moradia e falta de acesso aos serviços de saúde podem influenciar o adoecimento por tuberculose. Alguns grupos populacionais, como pessoas que vivem com HIV/aids (PVHIV), indígenas, pessoas em situação de rua (PSR) e pessoas privadas de liberdade (PPL), possuem maior vulnerabilidade para adoecer por TB devido às suas condições sociais e de saúde. A vacina BCG (bacilo de Calmette-Guerin) não evita o adoecimento, mas previne as formas mais graves da doença (miliar e meníngea) em crianças menores de cinco anos de idade. É uma das mais utilizadas em todo mundo e sua incorporação nos programas de imunização teve impacto na redução da mortalidade infantil por TB em países endêmicos (BRASIL, 2022c; BRASIL, 2019a).

1.2 Epidemiologia da tuberculose

A TB permanece sendo um desafio à saúde pública mundial. 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 (BRASIL, 2022d).

Estima-se que 10,6 milhões de pessoas adoeceram com TB em 2021, um aumento de 4,5% em relação a 10,1 milhões em 2020. A taxa de incidência de TB aumentou 3,6% entre 2020 e 2021, revertendo declínios de cerca de 2% ao ano durante a maior parte das últimas duas décadas. Estima-se também que a carga de TB multirresistente (TB-MDR) também tenha aumentado entre 2020 e 2021, com 450.000 novos casos de TB resistente à rifampicina em 2021. Mundialmente, o número estimado de mortes por TB aumentou entre 2019 e 2021, revertendo anos de declínio entre 2005 e 2019. Em 2021, houve um número estimado de 1,4 milhão de mortes entre pessoas que não tem HIV e 187.000 mortes entre pessoas que vivem com HIV, com um total combinado de 1,6 milhões (WHO, 2022).

A emergência da pandemia de covid-19 culminou na reorganização de ações, serviços e sistemas de saúde em todo o mundo. Estima-se que, em 2020, a TB tenha acometido cerca de 9,9 milhões de pessoas no mundo, sendo responsável por 1,3 milhão de óbitos entre pessoas sem a infecção pelo HIV. Até 2019, a doença era a primeira causa de óbito por um único agente infeccioso, tendo sido, desde 2020, ultrapassada pela covid-19 (WHO, 2021).

A OMS relata que a pandemia de covid-19 reverteu anos de progresso global no combate à TB, visto que as mortes pela doença aumentaram, indicando que é a doença infecciosa que mais mata jovens e adultos, ultrapassando a aids. Os serviços de atendimento foram, entre muitos outros, interrompidos pela pandemia de covid-19 em 2020, mas o impacto sobre essa doença foi particularmente grave (CEARÁ, 2022).

O impacto mais óbvio para a TB no período da pandemia de covid-19 foi uma substancial redução (comparada a 2019) no número registrado de pessoas recém-diagnosticadas com tuberculose em 2020 e 2021, sugerindo um aumento no número de pessoas com TB não diagnosticadas e não tratadas. A mais grave consequência foi um aumento estimado no número de óbitos. Em 2021, a estimativa do número de mortes causadas por *M. tuberculosis* foi mais que o dobro do número causado por HIV/aids. Num futuro próximo, é possível que a TB volte a ser a principal causa de morte por um agente infeccioso em todo o mundo, substituindo a covid-19 (WHO, 2022).

Esforços precisam ser intensificados e financiamentos aumentados de modo urgente para os serviços essenciais de TB, bem como para pesquisas, a fim de mitigar e reverter os impactos negativos da pandemia de covid-19 no controle da TB. A prioridade máxima deve ser restaurar o acesso e a prestação de serviços essenciais de TB, para que os níveis de detecção e tratamento de casos de TB possam recuperar-se minimamente para os níveis encontrados em 2019. A necessidade de ação tornou-se ainda mais urgente diante o contexto da guerra na Ucrânia, dos conflitos em curso em outras partes do mundo, de crise global de energia e de

riscos à segurança alimentar. Estes fatores podem agravar alguns dos determinantes mais amplos da TB, como níveis de renda e desnutrição nas populações mais vulneráveis (WHO, 2022).

No panorama internacional, o Brasil tem um papel importante por ser um país de alta carga de TB com um sistema de acesso universal, assim como pelo histórico no desenvolvimento de planos de controle da doença, que integra o conjunto de doenças negligenciadas (BRASIL, 2021b; BRASIL, 2019; BRASIL, 2021a).

A OMS considera três listas de países prioritários, para o período de 2021 a 2025, indicando os 30 países com maior carga de TB, TB-HIV e TB-MDR/TB-RR. Essas listas incluem os 20 países com maior número absoluto de casos conforme as estimativas da OMS, e, adicionalmente, os 10 países com maior coeficiente de incidência por 100.000 habitantes por ano e com mínimo de 10.000 casos novos de TB, 1.000 casos de coinfeção TB-HIV e 1.000 casos novos de TB-MDR/TB-RR, para cada uma das listas, respectivamente. O Brasil está presente em duas listas, compondo o grupo de 20 países com maior número estimado de casos de TB e de coinfeção TB-HIV (BRASIL, 2021c).

Atualmente existem em âmbito global, a Estratégia pelo Fim da TB pós-2015 e o detalhamento de uma meta que inclui a tuberculose entre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, a fim de nortear as estratégias de enfrentamento da TB e estabelecer metas que reforcem a importância do enfrentamento da doença.

Em âmbito nacional, como forma de enfrentamento da TB no país e visando o fim da TB como problema de saúde pública, foi publicado em 2017 o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como problema de saúde pública: Brasil Livre da Tuberculose, que tem como metas alcançar redução de 90% do coeficiente de incidência da TB e redução de 95% no número de mortes pela doença no País até 2035, em comparação com os dados de 2015. Deste modo, é necessário reduzir o coeficiente de incidência para menos de dez casos por 100 mil habitantes e limitar o número de óbitos pela doença a menos de 230 ao ano, até 2035 (BRASIL, 2022e).

Ademais, o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose estrutura estratégias baseadas em três pilares: 1- Prevenção e cuidado integrado e centrado na pessoa; 2 - Políticas arrojadas e sistemas de apoio, e 3 - Intensificação da pesquisa e inovação. Esse Plano tem como objetivo estimular o diagnóstico precoce e tratar corretamente e de modo oportuno as pessoas diagnosticadas com TB, favorecendo a integralidade do cuidado, a intensificação de ações voltadas à coinfeção TB-HIV e estratégias de prevenção e desenvolvimento da TB. Essas publicações norteadoras incluem objetivos e estratégias voltados a fortalecer a participação da sociedade civil nas medidas de enfrentamento da doença, assim como ampliar as articulações

intersetoriais nas ações de controle da TB (BRASIL, 2017; BRASÍLIA, 2019; BRASIL, 2022d).

No Brasil, em 2021, foram notificados 68.271 casos novos de TB, o que equivale a um coeficiente de incidência de 32,0 casos por 100 mil habitantes. Em 2020, o Brasil havia registrado 66.819 casos novos de tuberculose, com coeficiente de incidência de 31,6 casos por 100 mil habitantes. Em 2020, o Brasil, junto com outros 15 países, foi responsável por 93% da redução das notificações da TB no mundo. Essa variação negativa pode ser justificada pelos impactos causados pela pandemia de covid-19 nos serviços e sistemas de saúde (WHO, 2021; CEARÁ, 2022).

Durante a pandemia de covid-19, foi observada redução de notificações de TB nos três níveis de atenção, além de redução no consumo de teste rápido molecular para TB em comparação com 2019. Além disso, embora tenha sido observada uma constante tendência de queda entre os anos de 2011 e 2016, o coeficiente de incidência de TB no país aumentou entre os anos de 2017 e 2019. Todavia, em 2020, em momento de pandemia pela covid-19, observou-se queda acentuada da incidência em comparação com o ano anterior. Em 2020, observou-se queda de 16% na notificação de casos novos de TB em comparação com 2019 (BRASIL, 2021a).

Em 2021, evidenciou-se uma importante heterogeneidade no país quanto ao número de notificações por estado, sendo os maiores coeficientes de incidência de tuberculose registrados no Amazonas (71,3 casos de TB por 100 mil habitantes), Rio de Janeiro (67,4 casos de TB por 100 mil habitantes) e Roraima (54,6 casos de TB por 100 mil habitantes), seguidos do Acre (50,3 casos de TB por 100 mil habitantes), Pernambuco (45,9 casos de TB por 100 mil habitantes) e Pará (42,6 casos de TB por 100 mil habitantes).

Dos 59.735 casos novos de TB pulmonar notificados em 2021, 41.904 (70,1%) ocorreram em pessoas do sexo masculino. Há predomínio do sexo masculino em quase todas as faixas etárias, com exceção do grupo de dez a 14 anos. Homens de 20 a 34 anos apresentam 2,8 vezes mais risco de adoecimento por TB pulmonar do que mulheres na mesma faixa etária, seguidos do grupo de 50 a 64 anos, cujo risco de adoecimento por TB pulmonar é 2,6 vezes maior. A diferença do risco de adoecimento por TB pulmonar entre os sexos é menor entre aqueles com menos de 15 anos. A maior parte dos casos novos de TB pulmonar concentrou-se em pessoas autodeclaradas pretas ou pardas, distribuição que apresentou um crescimento ao longo dos anos, variando de 61,9% a 69,0%, entre 2012 e 2021, respectivamente (BRASIL, 2022f).

O número de óbitos registrados em 2020 foi de 4.543, o que corresponde a um coeficiente de mortalidade de 2,1 óbitos por 100 mil habitantes e segue a tendência dos últimos anos da série histórica de análise de óbitos por TB no país. Embora a mortalidade por TB tenha permanecido inalterada na última década, estima-se que a diminuição da detecção de casos de TB e a redução da qualidade do seguimento das pessoas diagnosticadas, como já observado no Brasil, possa impactar severamente nas condições de saúde da população, refletindo-se em um possível aumento da mortalidade específica por essa doença nos próximos anos (BRASIL, 2022f).

Em 2020, 68,4% dos casos novos de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial encerraram o tratamento como cura, ainda abaixo da meta do Plano Nacional de Saúde (PNS) vigente, que preconiza o alcance de 77,5% de cura entre casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial até 2023. As regiões Centro-Oeste (60,3%), Sul (63,2%) e Nordeste (66,8%) apresentaram percentuais de cura inferiores ao valor nacional (68,4%). Também em 2020, entre casos novos de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial, 12,9% foram encerrados como abandono, o que significa uma proporção 2,6 vezes maior do que o percentual de 5% de abandono estabelecido pela OMS como o máximo tolerável. Nas capitais, os maiores percentuais de abandono do tratamento dos casos pulmonares com confirmação laboratorial no país foram observados em Porto Velho (31,0%), Porto Alegre (29,9%) e Fortaleza (22,5%). De 2019 para 2020, observou-se uma redução de 6,8% no percentual de cura (de 73,3% em 2019 para 68,4% em 2020) e um aumento de 4,0% na proporção de abandono (de 12,4% em 2019 para 12,9% em 2020) (BRASIL, 2021b; BRASIL, 2022f).

Evidenciou-se, também, a diminuição da proporção de cura entre os casos novos de TB. A mesma tendência foi observada entre as populações mais vulneráveis ao adoecimento (PPL, PSR, imigrantes e PS). Esses dados vão ao encontro das estimativas da OMS, que esperam consequências ainda maiores da pandemia de covid-19 para o manejo e controle da TB em 2021 e 2022, em comparação com 2020 (WHO, 2021).

No Ceará, entre os anos de 2019 e 2020, observou-se redução na incidência de casos novos diagnosticados, sendo 3.943 casos novos de TB em 2019 (coeficiente de incidência de 43,2 casos /100 mil habitantes) e em 2020 houve 3.287 casos (incidência de 36,0). Em 2021, foram diagnosticados 3.530 casos novos de tuberculose, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38,7 casos por 100 mil habitantes. Apesar do aumento no número de casos novos em relação a 2020, ainda estamos distantes da incidência de casos antes da pandemia. De 2017 a 2021, foram registrados 1.021 óbitos por tuberculose. Em 2017, ocorreram 207 óbitos, com

coeficiente de mortalidade de 2,3 óbitos por 100 mil habitantes e, no ano de 2021, ocorreram 191 óbitos, com coeficiente de mortalidade de 2,1 óbitos por 100 mil habitantes (CEARÁ, 2022).

De acordo com o Plano Estadual de Controle da Tuberculose publicado em 2021, as metas estaduais recomendadas são: detectar 70%; curar, pelo menos, 75% dos casos e obter um percentual abaixo de 5% no abandono. Vale ressaltar que o principal indicador para análise das ações de controle de tuberculose é o da cura. De 2015 a 2020, manteve-se média de apenas 65,5% dos contatos de casos novos de TB examinados, onde a meta do MS é 100% e manteve-se média de cura em torno de 65%, o que caracteriza grande entrave para o controle da doença no Estado (CEARÁ, 2021; CEARÁ, 2022).

Fortaleza encontra-se entre as capitais prioritárias para o controle da TB no Brasil, pois mantém altas taxas de incidência, associadas a níveis de abandono elevados e taxa de mortalidade elevada. Em Fortaleza, em 2021 foram diagnosticados 2.420 casos novos de TB, tendo coeficiente de incidência de 50,6 casos por cem mil habitantes, um leve aumento quando comparado ao ano de 2020, que teve 2.366 casos novos, com coeficiente de incidência de 49,5 (CEARÁ, 2022).

Em Fortaleza, entre os anos de 2019 e 2020, houve redução no número de casos novos diagnosticados, de contatos examinados, de testes para HIV realizados em pessoas com TB, além de diminuição também nos óbitos por TB e coeficientes de mortalidade, o que nos leva a refletir sobre as consequências da pandemia de covid-19 nas notificações e nos indicadores da doença tanto a níveis federal e estadual como municipal (CEARÁ, 2021).

1.3 Controle da tuberculose na atenção primária à saúde (APS)

Ao considerar o contexto nacional das políticas em TB, é importante destacar que o diagnóstico e o tratamento estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) e que as ações de vigilância e atenção à doença são desenvolvidas no âmbito da organização do SUS de maneira descentralizada, hierarquizada e regionalizada e de acordo com os princípios da universalidade, integralidade e equidade do cuidado (BRASIL, 2021b).

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) são a principal porta de entrada das pessoas no SUS, com o intuito de atender todas as necessidades básicas de saúde. Desenvolvem ações de promoção da saúde, como vacinação com BCG, busca de pessoas com suspeita de tuberculose, coleta de material para exame diagnóstico, solicitação de exames complementares, dispensação de medicamento e acompanhamento do tratamento da tuberculose sensível (que

utiliza o esquema básico), além de realizarem estratégias de adesão, como o tratamento diretamente observado (TDO) (BRASIL, 2022c).

Muitos desafios estão presentes para a superação de deficiências na capacidade organizacional e assistencial da APS para o controle da TB, uma vez que os serviços desse nível de atenção ainda apresentam resultados como altas taxas de abandono e óbito. As políticas e planos de controle da TB precisam considerar estratégias arrojadas para o fortalecimento da capacidade de resposta à doença, incluindo a organização das redes de atenção à saúde, a articulação intersetorial, o fomento à pesquisa e inovação, a incorporação de novas tecnologias e a participação social (VILLA *et al.*, 2018; QUINTERO *et al.*, 2018; BRASIL, 2021b).

Faz-se necessário uma reorganização dos serviços de atenção à TB, dando condições para efetivação da descentralização para a APS, com o intuito de fortalecer sua capacidade organizacional para promoção da resolutividade de suas ações, evitando o retorno constante do paciente aos serviços de saúde sem a realização do diagnóstico ou o seu deslocamento para os níveis de maior complexidade. Ainda, diante do cenário apresentado, sugere-se a ampliação da cobertura da APS; a capacitação contínua das equipes de saúde da atenção básica na suspeita clínica, priorizando as ações de prevenção na perspectiva de fortalecer a atenção básica para a ampliação da busca ativa dos casos e detecção precoce dos sintomáticos respiratórios, o que reduz o tempo para a realização do diagnóstico e o seguimento no itinerário terapêutico do doente (TERRA *et al.*, 2022).

1.4 A importância da integração ensino-serviço na formação de estudantes de medicina

O desenvolvimento de ações e intervenções em saúde fortalece a formação de médicos críticos, possibilitando que estes sejam sujeitos do próprio percurso pedagógico, aprendendo a desempenhar tarefas e com protagonismo no enfrentamento dos desafios do SUS dentro da UBS. Deste modo, os alunos conseguem se capacitar quanto às políticas públicas de saúde, na organização e no funcionamento do SUS, valorizando a APS no atendimento às necessidades de saúde da população. Portanto, a capacitação de estudantes de medicina e de profissionais da UBS pode promover melhoria dos resultados esperados tanto da formação médica quanto do controle da TB (SAVASSI; DIAS; GONTIJO, 2018).

O conhecimento insuficiente dos estudantes e profissionais de saúde acerca do controle da doença pode afetar a forma de conduzir o tratamento, podendo potencializar o abandono ou a irregularidade do tratamento por parte do paciente. Bertoque *et al.* (2019) encontraram vulnerabilidade relacionada ao conhecimento sobre a TB em seu estudo com 182

estudantes de medicina, principalmente em relação aos aspectos da prevenção da doença, busca ativa de sintomáticos respiratórios e eficácia do tratamento, o que permite identificar a existência de lacunas no processo de formação médica.

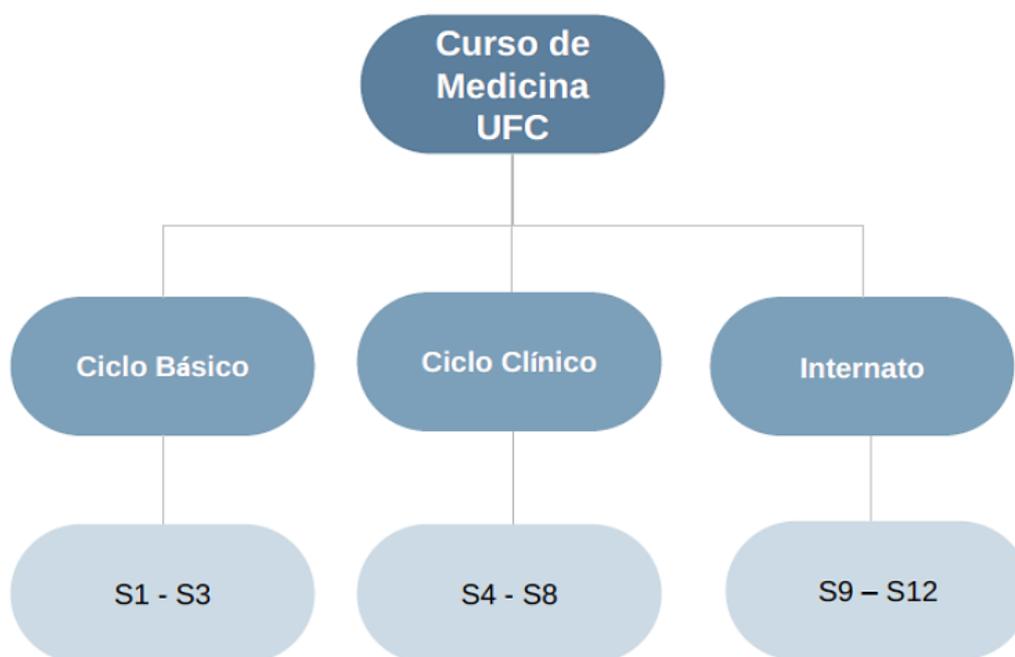
Deste modo, evidencia-se a necessidade de adotar treinamentos sobre TB para graduandos e profissionais de saúde, bem como a realização de capacitações em serviço que estejam contextualizadas à realidade epidemiológica e organizacional dos profissionais. Há necessidade de um método de ensino que possibilite melhor abordagem do conteúdo teórico aos estudantes, enfatizando a necessidade de buscarem, na prática, métodos para vivenciar o que foi visto na teoria (CARVALHO *et al.*, 2019).

O período de estágio dos estudantes de graduação nas UBS pode oportunizar grande aprendizado para a formação do médico, sendo fundamental para subsidiar o conhecimento que será aplicado no atendimento da pessoa com TB. Deste modo, a etapa do internato que ocorre nas unidades básicas de saúde, como o Internato em Medicina de Família e Comunidade, tem o potencial de impactar de maneira significativa a formação profissional e pessoal dos alunos. Ademais, o aprendizado vai além dos aspectos clínicos, proporcionando vivência do dia a dia em tempo integral, contato com a comunidade e conhecimento das suas demandas, possibilitando colocar em prática o conhecimento teórico, aumentando a experiência, a autonomia, a integração à equipe, a interdisciplinaridade e a aprendizagem sobre o funcionamento do SUS e a resolutividade da APS (TISEO; SANTOS; SMIDERLE, 2022).

O curso de medicina no Ceará iniciou-se em 1948 na Faculdade de Medicina do Ceará. Em dezembro de 1954, foi criada a "Universidade do Ceará", unindo os cursos de ensino superior de Fortaleza. Assim, a Faculdade de Medicina passou a integrar a Universidade Federal do Ceará (UFC). Nos quatro primeiros anos (ciclos básico e clínico), as atividades são desenvolvidas em módulos (componentes curriculares), cujos conteúdos são integrados. É nesse período que os estudantes têm o primeiro contato com a temática da Tuberculose, tendo maior foco dentro das disciplinas de Pneumologia e de Doenças Infecciosas. Os dois últimos anos do curso de medicina da UFC estão prioritariamente destinados à aprendizagem da prática profissional, com estágio curricular obrigatório de formação em serviço denominado Internato, que possui estrutura curricular que prevê que as diversas modalidades de cuidado sejam consideradas sob uma perspectiva de integralidade da atenção. Os conteúdos abordados nesse período buscam garantir uma formação geral para o estudante com ajuda de um preceptor, possibilitando a aquisição de conhecimento e habilidades para resolver ou encaminhar os problemas de saúde identificados na comunidade (UFC, 2018).

No internato do curso de medicina na UFC está inserido o Internato em Medicina de Família e Comunidade, onde os alunos realizam atividades práticas nas UBS e têm a oportunidade de se apropriar das rotinas do serviço, bem como consolidar o conhecimento adquirido, sendo o momento que possibilitará nova aproximação com a temática da TB sob a perspectiva da APS. A divisão do curso de Medicina da UFC em ciclos e semestres está ilustrada na Figura 1 (UFC, 2018).

Figura 1 - Estrutura do Curso de Medicina conforme ciclos de aprendizagem.



Fonte: UFC, 2018.

Considerando que as metas para o controle da TB não têm sido alcançadas no país, impõe-se a pergunta se as UBS em que os estudantes de medicina estagiam estão trabalhando com fluxos internos organizados para o controle de TB, com busca ativa e correto manejo de sintomáticos respiratórios, de modo que os estudantes vivenciem um bom modelo e tenham referência nessa área do conhecimento para fundamentar suas práticas como futuros profissionais.

Ademais, faz-se necessário saber se o estudante está se integrando de forma a viver a experiência do controle da TB nos diversos aspectos previstos no Plano Nacional de Controle da TB e se tem consolidado aprendizado para sua prática futura como profissional.

Havendo maior integração do interno nas atividades da UBS, há estímulo para que ele se comprometa com o controle da TB, desenvolvendo competência para realizar esse trabalho de forma consciente e competente quando for o profissional responsável por esta ação.

Além disso, melhorias no controle da TB na UBS realizadas por internos e profissionais, podem influenciar na identificação de casos, nas taxas de detecção de sintomáticos respiratórios, na busca ativa de faltosos e de contactantes na comunidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever o fluxo de atendimento e o conhecimento do estudante de Medicina sobre a conduta adotada para a pessoa com TB em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Fortaleza.

2.2 Específicos

- a) Verificar o conhecimento sobre operacionalização do controle da TB adquirido pelo interno de medicina durante seu período na UBS;
- b) Realizar intervenção educativa com os internos de medicina durante o Internato de Medicina de Família e Comunidade;
- c) Identificar os fluxos de atendimento ao usuário sintomático respiratório e à pessoa com tuberculose nas UBS sob a ótica do profissional de saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

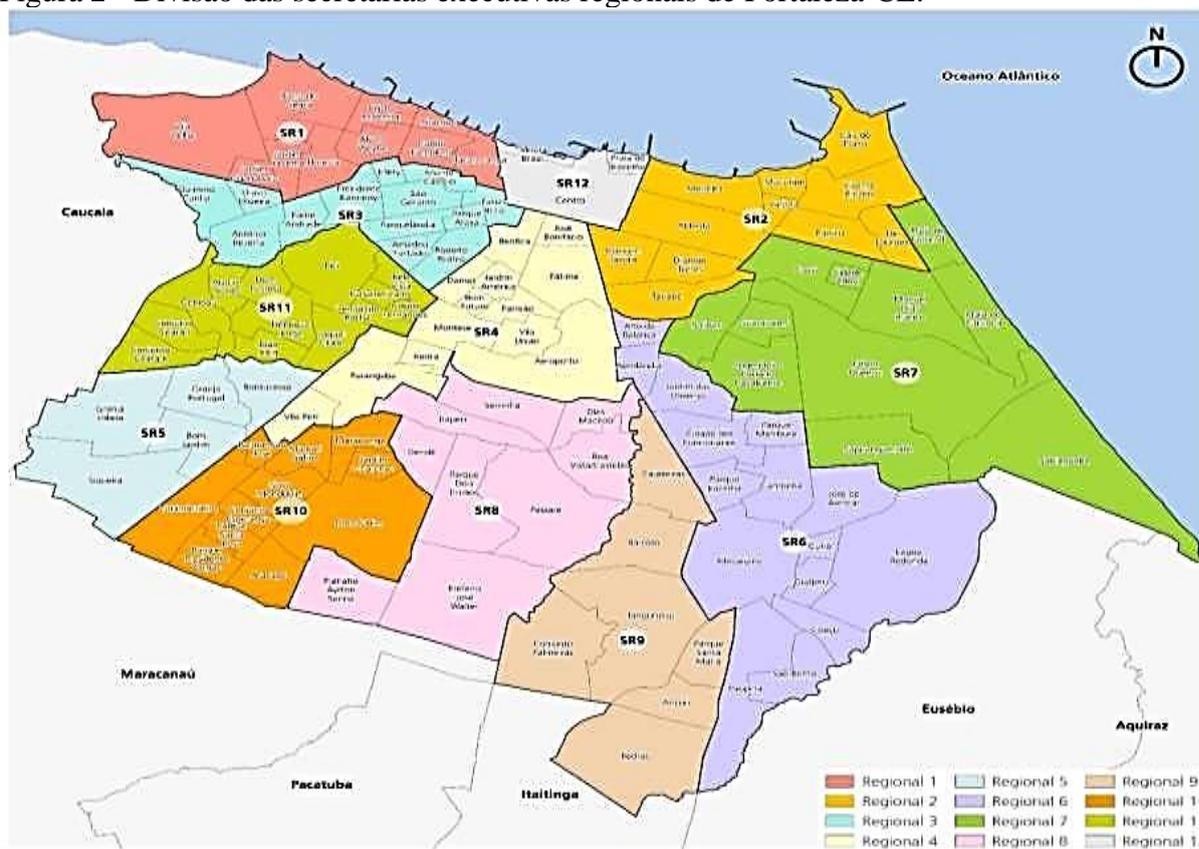
Trata-se de um estudo de transversal, recorte do projeto de intervenção intitulado “Operacionalização do Controle da Tuberculose na Unidade Básica de Saúde”, realizado com internos de medicina da UFC e profissionais das UBS que recebem os estudantes do Internato de Medicina de Família e Comunidade da UFC.

3.2 Local e período

O estudo foi realizado nas 17 (dezesete) UAPS da cidade de Fortaleza que recebem internos do curso de medicina para o período de Internato em Medicina de Família e Comunidade da UFC. O período de coleta de dados foi de agosto de 2021 a maio de 2022.

A cidade de Fortaleza é a capital do Estado do Ceará e a 5ª maior do País. Fortaleza possui 312.441 km² de área total e está dividida administrativamente em 12 Secretarias Executivas Regionais, identificadas pelos numerais de 1 a 12. Essas regionais abrigam atualmente 121 bairros. O município de Fortaleza conta com 115 UAPS, dez unidades hospitalares, entre prontos socorros e maternidades, que compõem os serviços públicos e da Rede Municipal, além de outros serviços de saúde (FORTALEZA, 2023).

Figura 2 - Divisão das secretarias executivas regionais de Fortaleza-CE.



Fonte: Instituto de Planejamento de Fortaleza.

Quadro 1 - UAPS de Fortaleza que recebem Internato em Medicina da Família e Comunidade da UFC de acordo com as Secretarias Executivas Regionais.

Secretaria Executiva Regional	UAPS
1	UAPS 4 Varas UAPS Carlos Ribeiro UAPS Dr. Zenirton Pereira da Silva UAPS Casemiro Filho UAPS Francisco Domingos da Silva UAPS Lineu Jucá UAPS Guiomar Arruda
2	UAPS Aída Santos e Silva UAPS Irmã Hercília Aragão
3	UAPS Anastácio Magalhães
5	UAPS Argeu Herbster
8	UAPS João Hipólito
10	UAPS João Elísio Holanda
11	UAPS César Cals de Oliveira Filho UAPS Abel Pinto Coordenadoria de Desenvolvimento Familiar da UFC (CEDEFAM)
12	UAPS Maria Cirino Souza

Fonte: Elaborada pela Autora.

3.3 População e amostra

A amostra do estudo foi composta por estudantes de medicina matriculados no Internato em Medicina de Família e Comunidade da UFC no período da coleta, que

responderam os formulários e participaram dos treinamentos realizados, o que correspondeu a 82 internos. Também participaram da pesquisa 17 (dezessete) profissionais de saúde, sendo 02 (dois) médicos e 15 (quinze) enfermeiros, que atendem pessoas com TB (informantes-chave) que foram referência para o preenchimento do formulário nas UAPS visitadas.

3.4 Técnicas, instrumentos e coleta de dados

Para verificar o grau de conhecimento sobre o controle da tuberculose adquirido pelo interno de medicina com ênfase no período de seu estágio na UBS, foi aplicado um questionário (APÊNDICE A), com um total de 21(vinte e uma) questões, onde a temática era específica sobre a operacionalização do controle da TB na UBS na qual o interno estava inserido. Os questionários foram disponibilizados na Plataforma *Google Forms*.

Para a realização de intervenção educativa com os internos de medicina, foram agendados encontros com a turma e professor responsável, durante os momentos teóricos do Internato em Medicina de Família e Comunidade, via Plataforma *Google Meet*. O treinamento buscou esclarecer dúvidas, responder às questões levantadas no formulário e discutir sobre a importância do correto manejo dos casos de TB nas UAPS. Abordou-se a epidemiologia da doença, transmissão, importância da busca de contatos e de faltosos e como alcançar as metas do Plano Nacional de Controle da Tuberculose.

Para identificar os fluxos de atendimento ao usuário sintomático respiratório ou com tuberculose, foram realizadas visitas nas UAPS, previamente agendadas com o coordenador da UBS, onde foi realizada observação direta do ambiente de trabalho e aplicado um formulário (APÊNDICE C), contendo 24 (vinte e quatro) questões sobre primeiro atendimento, coleta de amostras, entrega de resultados, organização de registros, avaliação de contactantes e manejo do tratamento pela equipe.

3.5 Análise dos dados

Os dados foram tabulados e organizados em planilha do Microsoft Excel 2016, sendo posteriormente importada para o programa SPSS versão 23. As variáveis foram analisadas por meio de estatística descritiva com uso de frequências simples e relativas. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas.

3.6 Aspectos Éticos e legais

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob parecer de nº 3.834.503 e CAAE: 24204819.7.0000.5054 em 12 de fevereiro de 2020. A pesquisa seguiu as determinações éticas da Res. Nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2013). Trouxe riscos mínimos aos participantes, sendo mantido o sigilo de informações pessoais e como benefícios, os estudantes tiveram a oportunidade de ter contato com temática de operacionalização do controle da TB e desenvolver habilidades para sua prática no internato e em sua vida profissional. Os profissionais poderão identificar fragilidades no fluxo de atendimentos do sintomático respiratório e do usuário com TB e assim, realizar melhorias nos processos de trabalho em suas unidades de saúde.

Foi esclarecido aos participantes sobre a participação ser espontânea, sendo dado o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento, além de que as informações colhidas têm objetivos acadêmicos. Os sujeitos autorizaram sua participação na pesquisa, pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

4 RESULTADOS

Fizeram parte do estudo 82 internos do curso de medicina que estavam alocados, principalmente, na UBS Anastácio Magalhães (24,4%; n=20) e Dr. Zenirton Pereira da Silva (12,2%; n=10). A maior parte dos estudantes teve contato com a UBS durante seu nono semestre de curso (41,5%; n=34). Observou-se que apenas 35,4% (n=29) dos internos tinham visto algum caso de TB durante o internato em Medicina de Família e Comunidade (Tabela 1).

Quando questionados sobre como é feita a suspeita de TB na UBS do internato, 69,5% (n=57) dos internos apontaram que os pacientes procuram a UBS com tosse e expectoração por iniciativa própria e 13,4% (n=11) não sabiam informar como era feita. Quanto à primeira consulta com paciente suspeito de TB, 32,9% (n=27) dos internos responderam que ela é realizada pelo enfermeiro, mesma porcentagem apresentada pelos que marcaram a opção médico (Tabela 1).

Ademais, 32,9% (n=27) dos internos não sabem se a solicitação de cultura de escarro faz parte da rotina junto a primeira baciloscopia, 51,2% (n=42) não sabiam se a UBS fazia TRM-TB para detecção da bactéria, 59,8% (n=49) não sabiam quem recebe as amostras de escarro que irão para o laboratório, 80,5% (n=66) não sabiam onde feito o registro de amostras de escarros, 53,7% (n=44) não sabem como o resultado da baciloscopia retorna para a UBS (Tabela 1).

Quando questionados acerca do TDO, 31,7% (n=26) dos internos afirmaram que as equipes fazem dos pacientes que apresentam maior risco de abandonar o tratamento, 31,7% (n=26) afirmaram que o TDO é realizado na própria UBS, mas 42,7% (n=35) não sabem o local que é realizado. Quanto a busca de casos entre contatos, 34,1% (n=28) dos internos afirmaram que é realizada de todos, mas 28,1% (n=23) não sabem como é feita. Já em relação ao PPD, 51,3% (n=42) não sabem se a unidade o disponibiliza (Tabela 1).

Ademais, 69,5% (n=57) afirmaram que vivenciaram atividade relacionada a TB durante o internato apenas dentro da UBS, 54,9% (n=45) sabiam da existência de metas para a eliminação da TB até 2035. Por fim, 40,2% (n=33) afirmaram que os agentes comunitários de saúde (ACS) precisam ser mais sensibilizados quanto a TB (Tabela 1).

Tabela 1 - Características dos internos de medicina. Fortaleza-Ceará - 2023.		(continua)	
	N	%	
UBS			
UAPS Anastácio Magalhães	20	24,4	
UAPS Dr. Zenirton Pereira da Silva	10	12,2	
UAPS Casemiro Filho	7	8,5	
UAPS Cesar Cals	5	6,1	
Outras	40	48,8	
Semestre em internato/estágio UBS			
9º	34	41,5	
10º	14	17,1	
11º	7	8,5	
12º	27	32,9	
Durante seu estágio na UBS você viu algum caso de TB?			
Sim	29	35,4	
Não	53	64,6	
Como é feita a suspeita de TB na UBS do seu internato/estágio?			
Paciente procura a UBS com tosse e expectoração por iniciativa própria	57	69,5	
Busca ativa na comunidade	7	8,5	
Em geral, a suspeita é feita em outro local e o paciente encaminhado a UBS.	6	7,3	
Em geral, a suspeita é feita em outro local e o paciente encaminhado a UBS.	1	1,2	
Paciente procura a UBS com tosse e expectoração por iniciativa própria.			
Busca ativa na comunidade.			
Não sei	11	13,4	
Quem faz a primeira consulta do paciente com suspeita de TB?			
Enfermeiro	27	32,9	
Médico	27	32,9	
Médico ou enfermeiro	20	24,4	
Não sei	6	7,4	
Sem resposta	2	2,4	
Se o paciente com suspeita de TB for atendido à tarde, a primeira amostra de escarro pode(ria) ser entregue na mesma tarde?			
Sim, a UBS tem geladeira para a conservação da amostra	16	19,5	
Sim, o exame é feito na própria UBS	25	30,5	
Não, o exame é feito noutro local, o transporte da amostra é feito pela manhã e a UBS não tem geladeira	23	28,0	
Não sei.	13	13,4	
Outro: Não, é realizado em outro momento	1	1,2	
S/resposta	4	5,0	
Faz parte da rotina a solicitação de cultura do escarro, junto com a baciloscopia da 1º amostra para o diagnóstico			
Sim, de todos os pacientes	38	46,3	
Sim, apenas dos pacientes em retratamento	6	7,3	
Não	11	13,5	
Não sei	27	32,9	
A UBS em que você está(va) faz TRM-TB para <i>Mycobacterium tuberculosis</i>?			
Sim	8	9,8	
Não	32	39,0	
Não sei	42	51,2	
Na UBS, quem recebe as amostras de escarro que irão para o laboratório?			
O enfermeiro da Equipe de Saúde da Família	12	14,6	
Há um profissional responsável por receber e organizar as amostras clínicas que são encaminhadas para o laboratório fora da UBS	11	13,4	
Técnico responsável pelo laboratório da UBS	10	12,2	
Não sei	49	59,8	
Onde é feito o registro das amostras de escarro recebidas e encaminhadas para exame?			
Livro branco de Sintomático Respiratório do Ministério da Saúde	8	9,8	
Livro de registro geral de amostras a serem encaminhadas para o Laboratório	4	4,9	
Livro preto, tipo ata	3	3,7	
Não são feitos registros	1	1,2	
Não sei	66	80,5	

	N	%
Em média, quantos dias leva para o resultado retornar para a UBS?		
Até 5 dias	28	34,1
6 a 10 dias	31	37,8
11 a 15 dias	5	6,1
>15 dias	8	9,8
Não sei	2	2,4
S/resposta	8	9,8
Como esse resultado da baciloscopia retorna para a UBS?		
O resultado é entregue na UBS ao profissional que recebeu e enviou a amostra para o laboratório	16	19,5
O paciente vai pegar o resultado no laboratório	12	14,6
Chegam direto para a enfermeira da ESF	6	7,3
Chega direto para o médico	2	2,5
Outro: chegam na coordenação da unidade	1	1,2
Outro: Fica salvo no sistema e a coordenadora tem acesso	1	1,2
Não sei	44	53,7
Quando o resultado é positivo, qual a conduta da Equipe de Saúde da Família		
Faz a busca ativa do paciente, para iniciar o tratamento	56	68,3
Aguarda que o paciente retorne para consulta	11	13,4
Não sei	15	18,3
As equipes fazem tratamento diretamente observado (TDO)?		
Sim dos pacientes com maior risco de abandonar o tratamento	27	32,9
Sim, de todos os pacientes	22	26,8
Não	4	4,9
Não sei	29	35,4
Quando o TDO é feito, onde é realizado?		
Na UBS	26	31,7
Na residência	18	22,0
Outro: Depende do paciente. Geralmente na UBS. Em alguns casos pode ser feito na residência.	1	1,2
Não se aplica	1	1,2
Sim, em outro local	1	1,2
Não sei	35	42,7
A ESF faz busca de casos de TB doença e de TB infecção entre os contatos de pacientes com TB?		
Sim, de todos	28	34,1
Sim, de mais da metade	7	8,6
Sim, de menos da metade	2	2,4
Sim, mas não sei de que proporção	20	24,4
Não	2	2,4
Não sei	23	28,1
A UBS tem PPD para fazer o diagnóstico de TB infecção?		
Sim	17	20,7
Não, mas encaminha para outra unidade	16	19,5
Não e não há encaminhamento para outra unidade	2	2,4
S/resposta	5	6,1
Não sei	42	51,3
Quais destas atividades você teve oportunidade de participar durante seu estágio na UBS?		
Apenas atividades dentro da UBS	57	69,5
Busca de contatos de casos de tuberculose	5	6,2
Busca de faltosos do tratamento	1	1,2
Busca de Sintomáticos na comunidade	2	2,4
Nenhuma	6	7,3
Outro: tratamento e acompanhamento	1	1,2
S/resposta	10	12,2
Você sabia que existem metas para eliminação de TB como problema de saúde pública até 2035?		
Sim	45	54,9
Não	27	32,9
S/resposta	10	12,2
Você sabia que existe uma proporção ideal de sintomáticos respiratórios detectados (%) na UBS?		
Sim	22	26,8

	N	%
Não	50	61,0
S/resposta	10	12,2
Qual destes profissionais você considera que precisaria ser mais sensibilizado(s) na busca do paciente suspeito de TB na UBS do seu estágio?		
Médico, enfermeiro, ACS	24	29,3
ACS	33	40,2
Enfermeiro e ACS	4	4,9
Médico	4	4,9
Médico e ACS	3	3,7
Enfermeiro	1	1,2
Médico e enfermeiro	1	1,2
Nenhum	1	1,2
Outro: o interno	1	1,2
S/resposta	10	12,2

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao serem questionados sobre quais profissionais precisariam ser mais sensibilizados na busca do paciente suspeito de TB, observou-se que 46,7% (n=64) do total de citações de categorias profissionais incluíram na resposta o agente comunitário de saúde (ACS), 23,3% (n=32) incluíram o médico e 21,9% (n=30) incluíram o enfermeiro, o que evidencia a importância desses profissionais no controle da TB no entendimento dos internos (Tabela 2).

Tabela 2 - Profissionais que precisariam ser mais sensibilizados na busca do paciente suspeito de TB de acordo com os internos de medicina. Fortaleza, Ceará, 2023.

	N	%
Categoria Profissional		
Agente Comunitário de Saúde	64	46,7
Médico	32	23,3
Enfermeiro	30	21,9
Outro: interno	1	7,3
S/resposta	10	0,8

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto aos profissionais, 17 participaram do estudo onde 88,2% (n=15) eram enfermeiros e 11,8% (n=2) eram médicos. Observou-se que 88,2% (n=15) afirmaram que o sintomático respiratório é direcionado ao enfermeiro da demanda espontânea/acolhimento, 94,1% (n=16) dos profissionais disseram não haver local para coleta do escarro na unidade, 52,9% (n=9) apontaram que as amostras são encaminhadas para o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), 64,7% (n=11) relatam que não há horário ou dia específico para recebimento de amostras de escarro (Tabela 3).

Ademais, 64,7% (n=11) dos profissionais afirmam que orientações sobre coleta são feitas pelo profissional que primeiro realizar o atendimento, 70,5% (n=12) relataram que o resultado da baciloscopia chega na unidade e posteriormente é direcionado para a equipe adscrita. Quanto à primeira consulta, 52,9% (n=9) dos profissionais apontaram que o

enfermeiro ou médico a realiza e 58,8% (n=10) afirmam que a notificação é feita pelo profissional que realiza o primeiro atendimento (Tabela 2).

Quanto o controle dos faltosos, 64,6% (n=11) dos participantes relataram que é feita busca ativa pelos ACS. Além disso, 88,2% (n=15) dos profissionais apontaram que a UBS não faz TRM-TB para *Mycobacterium tuberculosis*. Ressalta-se que 70,5% (n=12) dos profissionais apontaram que o técnico de enfermagem da sala de preparo recebe as amostras de escarro que irão para o laboratório (Tabela 3).

Além disso, 76,4% (n=13) dos profissionais afirmaram que o TDO é feito dos pacientes com maior chance de abandonar o tratamento e 41,1% (n=7) afirmaram que ele é realizado na residência. A maioria dos profissionais afirmou que a sua UBS não realiza o PPD, mas encaminha para outra unidade (70,6%; n=12). Por fim, 47% (n=8) dos profissionais afirmam que raramente realizam atividades de educação em saúde sobre a TB (Tabela 3).

Tabela 3 - Características dos profissionais. Fortaleza-Ceará, 2023

(continua)

	N	%
UBS		
UAPS Irmã Hercília Aragão	1	5,9
UAPS Lineu Jucá	1	5,9
CEDEFAM	1	5,9
UAPS 4 Varas	1	5,9
UAPS Abel Pinto	1	5,9
UAPS Aída Santos e Silva	1	5,9
UAPS Anastácio Magalhães	1	5,9
UAPS Argeu Herbster	1	5,9
UAPS Carlos Ribeiro	1	5,9
UAPS Casemiro Filho	1	5,9
UAPS Cesar Cals de Oliveira Filho	1	5,9
UAPS Dr.Zenirton Pereira da Silva	1	5,9
UAPS Francisco Domingos da Silva	1	5,9
UAPS Guimar Arruda	1	5,9
UAPS João Elísio Holanda	1	5,9
UAPS João Hipólito	1	5,9
UAPS Maria Cirino Souza	1	5,9
Categoria Profissional		
Enfermeiro	15	88,2
Médico	2	11,8
Para qual profissional ou local o paciente sintomático respiratório é direcionado ao buscar a UBS?		
Demanda espontânea/acolhimento com enfermeiro	15	88,2
Profissional de sua área adscrita	2	11,8
Existe local específico para a coleta de escarro na unidade?		
Sim	1	5,9
Não	16	94,1
Para qual laboratório são encaminhadas as amostras de escarro?		
É levado pelo laboratório da Unidade e enviado para outro	1	5,9
Laboratório da rede/ISGH	4	23,5
LACEN	9	52,9
Não sei	2	11,8
S/resposta	1	5,9

	N	%
Existe horário ou dia da semana específico para o recebimento das amostras de escarro?		
Sim	6	35,3
Não	11	64,7
Quem realiza as orientações sobre coleta de escarro na sua UBS?		
Profissional que realizar o primeiro atendimento	11	64,7
Apenas o enfermeiro	2	11,7
Apenas o técnico de enfermagem	1	5,9
Outro: A priori o Técnico de Enfermagem, mas outras pessoas fazem quando necessário	1	5,9
Outro: Enfermeiro e técnico de enfermagem	1	5,9
Outro: Enfermeiro quando solicita e técnico de enfermagem ao entregar o recipiente coletor	1	5,9
Como esse resultado da baciloscopia retorna para a UBS?		
Chega na Coordenação e depois é direcionado para a equipe adscrita	12	70,5
O resultado é entregue ao profissional que recebeu e enviou a amostra para o laboratório.	2	11,8
Outro: Chega no NAC e o BK positivo é encaminhado para a equipe	1	5,9
Outro: Não sei. Isso é uma dificuldade. Houve uma época que tínhamos acesso via um sistema, mas não mais.	1	5,9
Outro: Chega e fica na sala de preparo, os técnicos de enfermagem direcionam pro enfermeiro da área	1	5,9
Quem realiza a primeira consulta ao paciente diagnosticado com Tuberculose?		
Enfermeiro	1	5,9
Médico	7	41,2
Médico ou enfermeiro	9	52,9
Quem faz notificação de TB na sua UBS?		
Enfermeiro	5	29,4
Médico	2	11,8
Profissional que realizar o primeiro atendimento	10	58,8
Com que frequência são agendadas as consultas de retorno dos pacientes?		
Mensal	17	100,0
Como é feito o controle dos faltosos das consultas?		
Busca ativa pelos ACS	11	64,6
Através de busca ativa pelo ACS ou enfermeira	1	5,9
Busca ativa através do ACS, quando a microárea o tem.	1	5,9
Busca ativa pelo ACS e contato telefônico	1	5,9
Busca ativa por visita domiciliar	1	5,9
Cada equipe segue sua rotina. Na minha, uma vez identificado, solicitamos a ACS responsável que busque a pessoa.	1	5,9
Revisão dos agendamentos no sistema eletrônico e busca ativa	1	5,9
Quem faz a busca ativa e acompanha os contactantes de TB?		
ACS	5	29,4
ACS e enfermeiro	7	41,2
Enfermeiro	1	5,9
Equipe de saúde	4	23,5
Onde são feitos os registros de sintomáticos respiratórios e casos de TB da UBS?		
Livro de coletas de escarro	1	5,9
Livro de coletas de escarro/Prontuário eletrônico/planilha de controle específica	1	5,9
Livro de coletas de escarro/Livro verde de pacientes com TB	1	5,9
Livro de coletas de escarro/Livro verde de pacientes com TB/Livro de sintomáticos respiratórios/Prontuário eletrônico	1	5,9
Livro de sintomáticos respiratórios	2	11,8
Livro de sintomáticos respiratórios/Prontuário eletrônico	4	23,5
Livro verde de pacientes com TB/Livro de sintomáticos respiratórios	2	11,8
Livro verde de pacientes com TB/Livro de sintomáticos respiratórios/Prontuário eletrônico	2	11,8
Livro verde de pacientes com TB/Prontuário eletrônico	3	17,5
A UBS faz TRM-TB para <i>Mycobacterium tuberculosis</i>?		
Sim	2	11,8
Não	15	88,2
Na UBS, quem recebe as amostras de escarro que irão para o laboratório?		
Técnico de enfermagem na sala de preparo	12	70,5
Profissional responsável por receber e organizar as amostras clínicas	2	11,8
Outro: enfermeiro e técnico de enfermagem	1	5,9
Outro: técnico do laboratório	1	5,9

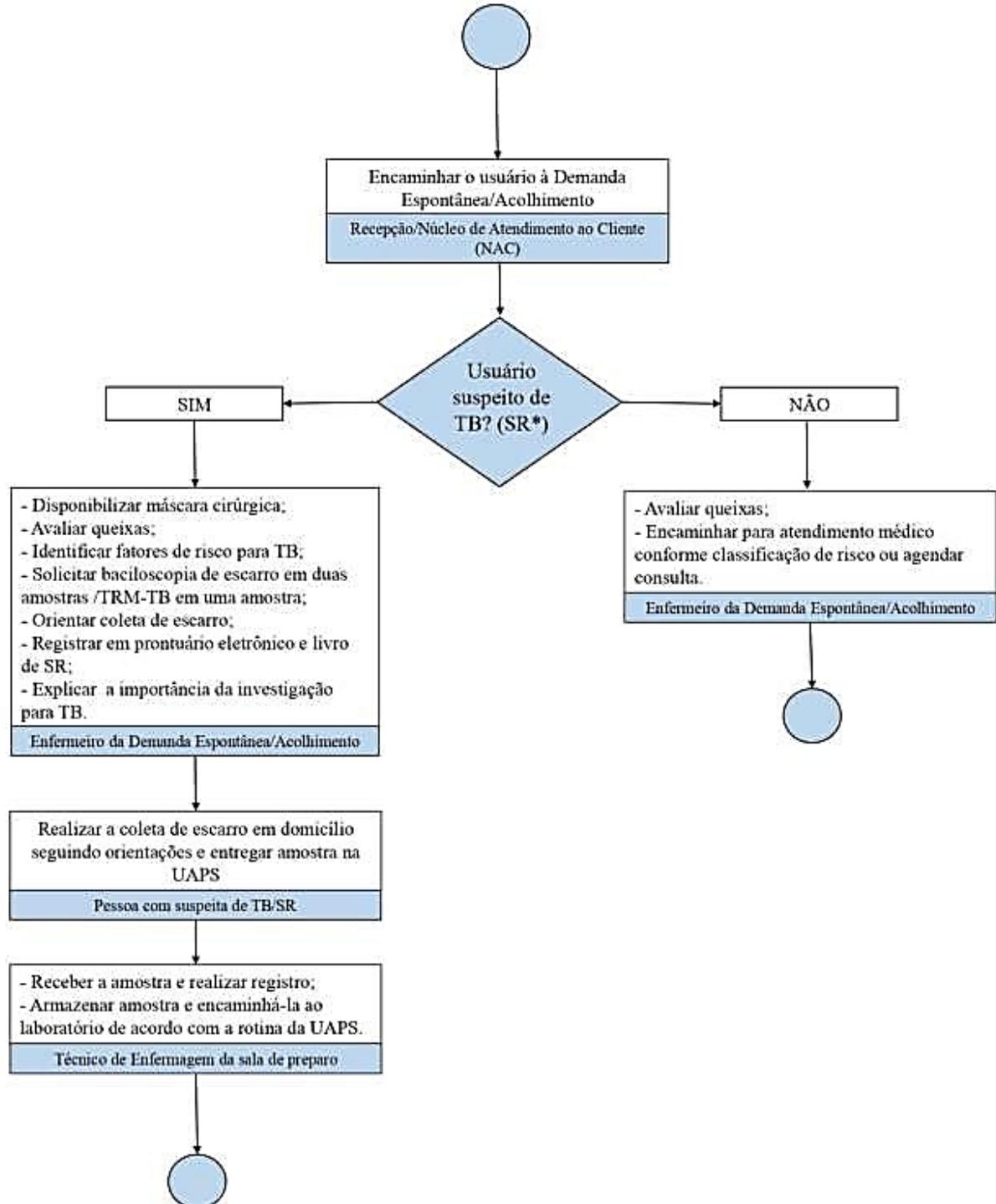
	N	%
Outro: O profissional que se encontra na recepção	1	5,9
Onde é feito o registro das amostras de escarro recebida se encaminhadas para exame?		
Livro de Registro geral de amostras a serem encaminhadas para o Laboratório	7	41,1
Livro Preto, tipo livro Ata	3	17,6
Livro branco de Sintomático Respiratório do Ministério da Saúde	2	11,8
Livro branco de Sintomático Respiratório do Ministério da Saúde.	2	11,8
Livro de Registro geral de amostras a serem encaminhadas para o Laboratório		
Outro: livro verde	2	11,8
Outro: através de protocolo	1	5,9
Em média, quanto dias leva para o resultado retornar para a UBS?		
Até 5 dias	3	17,6
6 a 10 dias	3	17,6
11 a 15 dias	2	11,8
>15 dias	9	52,8
Quando o resultado é positivo, qual a conduta da Equipe de Saúde da Família (ESF)?		
Faz a busca ativa do paciente, para iniciar o tratamento	17	100,0
As equipes fazem tratamento diretamente observado (TDO)?		
Sim, dos pacientes com maior risco de abandonar o tratamento	13	76,4
Sim, de todos os pacientes	2	11,8
Não	2	11,8
Quando o TDO é feito, onde é realizado?		
Na residência	7	41,1
Na UBS	6	35,3
Não se aplica	2	11,8
UAPS e residência	2	11,8
A ESF faz a busca de casos de tuberculose doença e de tuberculose infecção entre os contatos de pacientes com TB?		
Sim, de mais da metade	6	35,3
Sim, mas não sei de que proporção	6	35,3
Sim, de todos	5	29,4
A UBS tem PPD para fazer o diagnóstico de TB infecção?		
Sim	5	29,4
Não, mas encaminha para outra unidade	12	70,6
A UBS realiza atividades de educação em saúde sobre Tuberculose?		
Sempre	2	11,8
Muitas vezes	1	5,9
As vezes	6	35,3
Raramente	8	47,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Após visitas nas UAPS e com base nas respostas dos profissionais de saúde, foram identificados os fluxos de atendimento ao sintomático respiratório e à pessoa com tuberculose a seguir (Figuras 3 e 4).

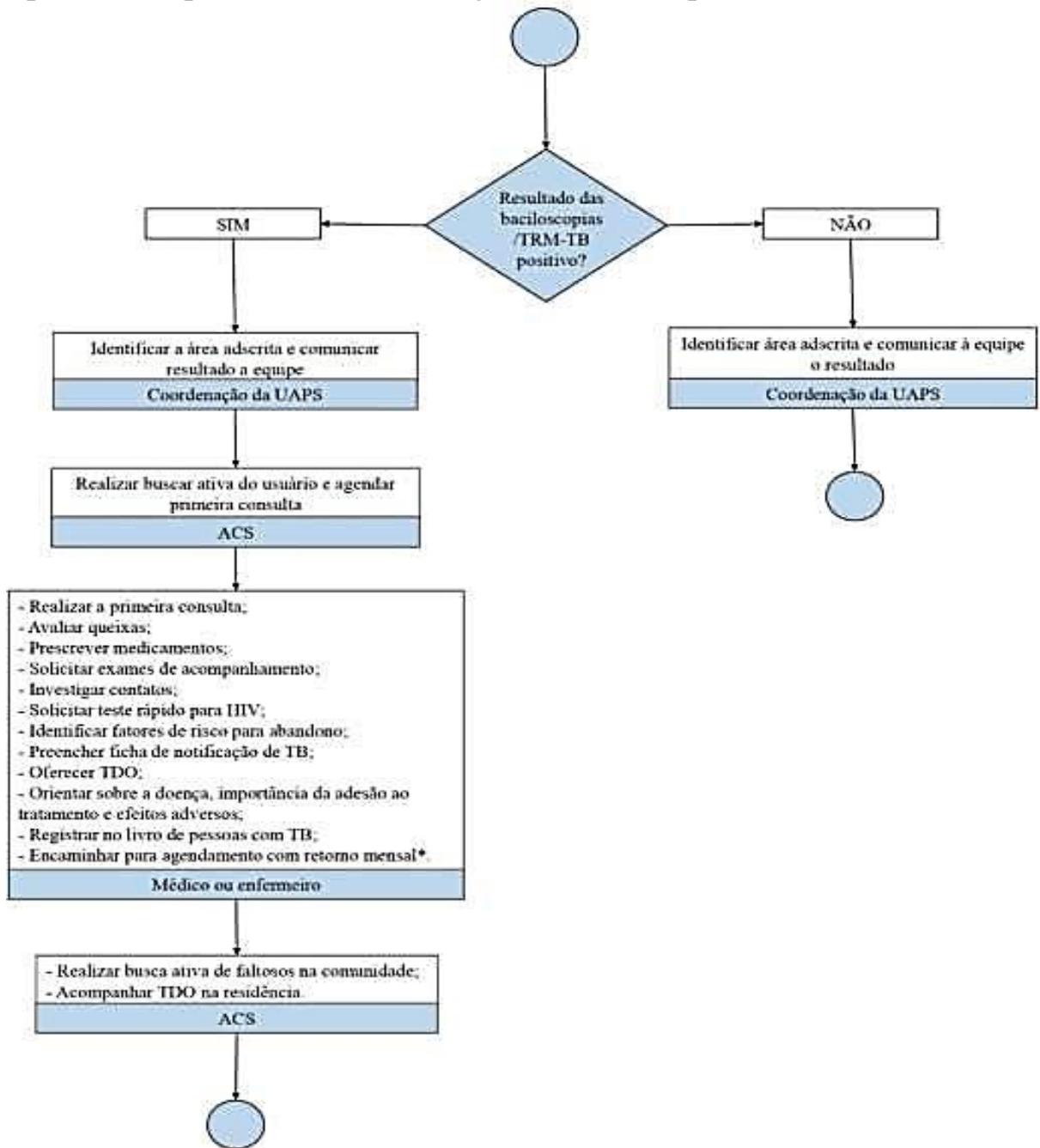
Figura 3 - Fluxograma de atendimento ao sintomático respiratório nas UAPS.

Sintomático Respiratório (SR)*: Pessoa que apresenta tosse por um período maior ou igual a duas semanas quando identificado no serviço de saúde; período maior ou igual a três semanas quando identificado na comunidade ou com tosse independente da duração em PPL, PSR, PVHIV ou indígenas.



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 4 - Fluxograma de Atendimento da pessoa com TB diagnosticada nas UAPS.



* Nas consultas seguintes é importante identificar contatos não examinados, identificar faltosos acompanhar e fortalecer TDO além do acompanhamento de exames, terapia medicamentosa e queixas clínicas.

Fonte: Elaborado pela autora.

5 DISCUSSÃO

Neste estudo, houve predominância da categoria enfermeiro como profissional de referência para o controle da TB nas unidades básicas de saúde visitadas, o que enfatiza a atuação fundamental desse profissional na APS e na luta pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. O enfermeiro tem papel de destaque no trabalho das equipes multiprofissionais de saúde e sua prática clínica necessita de conhecimento técnico-científico e político para a realização de um efetivo cuidado ampliado aos pacientes com tuberculose (BRASIL, 2022d).

Em pesquisa realizada com enfermeiros em um município do interior do Ceará, percebeu-se a condição de sobre carga de trabalho em detrimento de uma categoria profissional, trazendo as dimensões da atuação do enfermeiro no acompanhamento à pessoa com TB. Na dimensão gerencial o enfermeiro realiza atividades de planejamento, organização e avaliação de serviço, gerenciamento de recursos humanos e a integração entre os programas; e na dimensão assistencial, organiza e realiza ações do cuidado direto, como consultas e acompanhamento do tratamento. Deste modo, faz-se necessária maior interação das atividades destes com os demais membros da equipe, com o objetivo de compartilhar o cuidado do paciente com TB entre toda a equipe (MELO *et al.*, 2020).

Em outro estudo realizado com enfermeiros no Pará, percebeu-se a centralização das ações de controle da tuberculose nos profissionais enfermeiros, onde 22 (75,9%) afirmaram a pouca adesão dos demais profissionais de saúde no acompanhamento dos pacientes com TB, em especial do médico, além da recusa de atendimento por alguns, devido à falta de conhecimento, estigma e medo em relação à doença. Situações como essas, muitas vezes, são agravadas pela baixa frequência ou não realização de capacitações sobre TB, que quando acontecem, têm pouca adesão de profissionais de outras categorias. Estudos mostram que em algumas UBS não havia periodicidade nas capacitações e atualizações sobre TB desde que ingressaram no serviço, assim como havia dificuldade de se afastar das atividades da unidade de saúde quando convocados, uma vez que existia uma alta demanda de atendimento (SILVA *et al.*, 2022; SIQUEIRA *et al.*, 2020a).

A execução de atividades de educação permanente em tuberculose, bem como de outras temáticas da saúde pública, é ferramenta estratégica para melhoria dos processos de trabalho e dos indicadores na atenção primária, pois o desenvolvimento em serviço dos profissionais de saúde possibilita transformação das práticas em saúde e subsidia a efetivação dos princípios do SUS na APS (MATOS; OLIVEIRA; RIBEIRO, 2020; BARROS *et al.*, 2020).

Atividades que debatam as recomendações e atualizações sobre o tema como cursos à distância ou presenciais, discussões de caso, palestras rápidas e com uso de metodologias ativas são ferramentas possíveis de se aplicar e adequar de acordo com estrutura das UBS e conformação das equipes. É importante que todos os profissionais participem, 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, dentre outros, priorizando categorias de acordo com os subtemas abordados (BRASIL, 2022d; BRASIL, 2021c).

Estudos no Brasil têm sido realizados sobre a temática de capacitações em tuberculose para os profissionais de saúde, que trazem que a maioria participa de capacitações de modo mais esporádico, o que pode contribuir para que ocorram fragilidades na atenção às pessoas com tuberculose e sintomáticos respiratórios. Diante disso, implementar a educação permanente nas unidades básicas de saúde é meio de desencadear novas práticas, pactuar estratégias e refletir sobre fragilidades e possibilidades de cuidar da pessoa com tuberculose e de sua família, possibilitando oferecer boa assistência e acompanhamento de qualidade aos usuários (BAUMGARTEN *et al.*, 2019; HARTER *et al.*, 2022; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Nesta pesquisa, a maioria dos profissionais respondeu que atividades de educação em saúde sobre tuberculose para os usuários são realizadas com pouca frequência. No entanto, muitas atividades nas UBS foram interrompidas ou reduzidas devido a pandemia de covid-19, o que pode ter interferido nessa avaliação dos profissionais. Essas atividades tem sido retomadas gradativamente nas rotinas das unidades.

Embora os profissionais reconheçam a importância das atividades educativas referentes à TB, percebe-se que o planejamento e execução de ações de educação em TB não são rotina nas unidades e na comunidade. Na maioria das vezes, essas atividades acontecem de modo pontual durante as campanhas em datas alusivas, quando os profissionais se estimulam e se sensibilizam para a temática, atribuindo um impacto intermitente nas ações de controle da doença (HARTER *et al.*, 2022; SIQUEIRA *et al.*, 2020b).

Atividades como promoção de filmes e palestras objetivas na sala de espera e corredores, orientações nos aparelhos de TV da UBS, distribuição de folders e sensibilização por meio de atividades lúdicas e interativas com a população são fundamentais e possíveis de serem incluídas na dinâmica da UBS, bem como a utilização de novas ferramentas de aprendizado e metodologias ativas para a disseminação do conhecimento nos serviços de saúde (BRASIL, 2022d).

Nesse estudo, a maioria das unidades básicas de saúde não tinham local específico para coleta de escarro, não realizavam o teste molecular rápido para a detecção de *M. tuberculosis* (TRM-TB) e não possuíam teste com derivado proteico de *M. tuberculosis* (PPD), embora encaminhassem para outra unidade. Essa falha abrange a dimensão estrutural e operacional das unidades básicas de saúde, resultando em risco de adoecimento para os contactantes, demora do diagnóstico e assim, no início do tratamento. Pereira (2016) já havia encontrado resultado semelhante no tocante a ausência de escarródromo em UBS de Fortaleza, o que dificulta a primeira coleta de escarro de modo a prevenir a transmissão dentro do serviço de saúde, visto que não há garantia de existência de um local isolado e adequado, permitindo que o paciente com suspeita de TB acabe fazendo a coleta em meio a outros usuários da UBS. Além disso, ter espaço adequado oportuniza a coleta da amostra para o diagnóstico no primeiro atendimento, facilitando o seguimento da investigação do caso suspeito de TB e evitando o abandono primário.

Em Manaus, uma pesquisa mostrou resultado semelhante, onde o acesso ao TMR-TB estava centralizado em apenas seis pontos na cidade: quatro laboratórios distritais, centro de referência estadual e Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. Apesar da tecnologia disponível, a logística para a entrega do material biológico não foi alterada em relação à baciloscopia de escarro, e requer o retorno do paciente para receber o resultado do exame (SACRAMENTO *et al.*, 2019).

Conforme o algoritmo recomendado pelo Ministério da Saúde, o diagnóstico de casos novos de TB pulmonar e laríngea deve ser feito, preferencialmente, com TRM-TB. Nos locais onde ele não está disponível, o diagnóstico deve ser realizado por meio da baciloscopia. Para isso, faz-se necessária coleta de duas amostras de escarro, uma no primeiro contato com o suspeito de TB e a outra no dia seguinte (BRASIL, 2021c).

A expansão da oferta de TRM-TB para todos os casos de TB faz parte das ações que podem impactar fortemente na redução da transmissão da TB e permitir que o Brasil avance no alcance dos objetivos globais de eliminação da doença como problema de saúde pública, visto que após sua implantação em 2014, houve melhora na detecção dos casos de TB-MDR (BRASIL, 2022f).

Os estudos sobre a realização de prova tuberculínica têm resultados semelhantes, mostrando a importância da disponibilização desse teste nas UBS. Estudo no Pará com contactantes de pessoas com TB ativa mostrou alto índice de infecção latente, evidenciando que se diagnosticada precocemente, essa infecção pode ser tratada e sua disseminação em meio social evitada (SIQUEIRA *et al.*, 2020a).

A maioria dos internos de medicina relatou não saber sobre a rotina de exames diagnósticos disponíveis na unidade, como o TRM-TB e PPD e outras etapas da operacionalização da TB na UBS, como recebimento e registro das amostras de escarro, local de realização do TDO e saber que há uma proporção de sintomáticos respiratórios esperados para a UBS. No entanto, em inquérito com 266 profissionais de saúde realizado na capital de Rondônia, os médicos foram os profissionais que mais tiveram disciplinas ou estágios que permitiram vivenciar a temática e treinamento específico no serviço para atuação em ações de controle da TB (MENDES *et al.*, 2018).

Não ter participado de atividades de busca ativa de sintomáticos respiratórios, busca de faltosos e mobilizações sobre o tema na comunidade, pode colaborar para a falta de conhecimentos sobre o controle da doença e distanciá-los da temática quando estiverem na prática profissional. É importante que o interno de medicina e profissional médico sejam envolvidos nas demais etapas além da consulta clínica, onde ele irá avaliar sintomas e exames, prescrever tratamento e realizar orientações sobre a doença. Compreender todo o fluxo que envolve o atendimento a esse paciente possibilita identificar os desafios do processo, ser agente ativo na identificação precoce de casos, contribuir para a adesão do paciente e responsabilizar-se na luta contra a TB junto a equipe multiprofissional.

A integração ensino-serviço no âmbito da saúde comunitária é ponto primordial durante o processo formativo da graduação de medicina e dos demais cursos da saúde, pois propicia vivências que embasarão a prática profissional, quer seja daqueles que seguirão na medicina da família e comunidade, quer seja daqueles que farão outras especialidades, pois fundamenta a compreensão do usuário em todos os seus aspectos e realidades.

Muitas experiências de integração ensino-serviço promoveram avanços na aproximação entre universidades e instituições de saúde, ainda assim, desafios de articulação dos serviços como ensino ainda persistem. A base curricular da formação em saúde deve ser a integração ensino-serviço, visto que os serviços de saúde precisam implementar na dinâmica e organização do seu trabalho o ensino em saúde em todos os níveis (ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018).

O internato do curso de medicina é o momento da formação em que o estudante aplica em seus aprendizados obtidos durante o ciclo teórico, sendo inserido nas equipes de saúde e participa das dinâmicas de cuidado do paciente, famílias e do território adscrito, estando à frente de situações não encontradas até então, que irão fornecer embasamento para lidar com situações futuras na prática profissional. Desse ponto de vista, é possível dizer que o Internato em Medicina de Família e Comunidade é útil ao gerar contato com outras realidades,

proporcionar questionamentos, reflexões e inquietações, oportunizando aos estudantes um novo olhar e comportamento diante das realidades do território (TISEO; SANTOS; SMIDERLE, 2022).

É essencial que todo médico saiba prestar um atendimento de prevenção e promoção de saúde, entenda os fluxos e linhas de cuidado no seu serviço de saúde, sistema de referência e contrarreferência e organização do sistema de saúde. Em estudo realizado com gestores e estudantes do curso de medicina de uma faculdade pública do interior do estado de São Paulo, a grande maioria dos entrevistados são a favor de alterações na formação médica para que um recém-formado possa atuar de forma adequada no Sistema Único de Saúde e acredita que no internato do curso de medicina devem ocorrer atividades na Atenção Primária (LACERDA; BRACCIELLI; LAZARINI, 2018).

Estudo de Bertoque *et al.* (2019) que identificou aspectos relacionados à vulnerabilidade do conhecimento sobre TB em estudantes de medicina, afirma que esse desconhecimento reflete as fragilidades e os desafios da formação médica, decorrente da valorização da clínica hospitalar, das especialidades e da hegemonia da prática curativista. Além de comprometer o desenvolvimento de ações resolutivas durante as atividades de interação ensino-serviço, a lacuna de conhecimento encontrada na graduação pode interferir na formação profissional, fragilizando a prática futura do profissional em ações de controle da TB nos serviços de saúde. Deste modo, é importante ressaltar que o sucesso das ações de controle da TB depende, entre outros fatores, da adequada atuação dos profissionais da saúde em toda as etapas da operacionalização do controle da TB. Por isso, a qualificação adequada dos profissionais da saúde é apontada como aspecto central para a qualidade e resolutividade das ações de controle da TB (BERTOQUE *et al.*, 2019).

Percebe-se, então, que mesmo com a implementação de currículos interdisciplinares na graduação de medicina, metodologias ativas, integração ensino-serviço e incorporação de tecnologias pedagógicas ao ensino, persistem falhas no processo de formação que comprometem a resolutividade de ações no que desrespeita ao controle da TB. Persiste o desafio de implementar currículos que formem profissionais aptos para lidar com as situações existentes na comunidade e que tenham capacidade de reflexão crítica sobre o cenário sócio, político, econômico e cultural no qual a pessoa que tem tuberculose está inserida (BERTOQUE *et al.*, 2019).

Faz-se necessário mais ações que supram as lacunas no processo de formação, pois o contato do interno de medicina junto à realidade dos serviços de saúde e comunidade propicia

uma visão mais ampliada das fragilidades e potencialidades que perpassam o cuidado à pessoa com TB.

Evidencia-se, também, a importância da participação da participação da equipe multiprofissional no acompanhamento dos casos e do empoderamento do profissional médico no controle da tuberculose, que ainda é muitas vezes, centrado na figura do profissional enfermeiro. A educação em saúde em tuberculose é imprescindível para que os profissionais adquiram conhecimento, mas essas atividades precisam ir além da abordagem sobre formas de transmissão, etiologia, prevenção e tratamento da doença, mas também tratar de pontos essenciais como epidemiologia e vigilância, fluxos internos, avanços e atualizações e medidas de controle da TB como problema de saúde pública, considerando a individualidade do sujeito usuário e as particularidades de seu território. Esse estudo teve como limitação a pandemia de covid-19, que dificultou a disponibilidade dos profissionais para a coleta de dados, onde as unidades básicas de saúde tiveram que adaptar a rotina das UBS para atender um novo perfil de pacientes e de demandas, além dos afastamentos por adoecimento e sobrecarga de trabalho.

Ressalta-se que este estudo significa um ponto de partida para novas pesquisas sobre a operacionalização do controle da tuberculose nos serviços de saúde da cidade de Fortaleza e espera-se que seja útil para profissionais de saúde da APS, professores, preceptores e estudantes de medicina e de outras categorias da saúde, que terão ciência dos principais pontos a serem vivenciados pelos estudantes durante o internato e nas principais barreiras a serem no fluxo de atendimento ao sintomático respiratório e às pessoas com TB nas UBS, fomentando ações que possam impulsionar estratégias assertivas no ensino e na assistência desse agravo de saúde.

6 RECOMENDAÇÕES

Sugerimos, diante os resultados deste estudo, a revisão das competências e habilidades específicas do processo de aprendizagem do interno sobre TB, junto à novas discussões entre os educadores que possam subsidiar a identificação dos aspectos falhos no conhecimento dos internos sobre TB, abrindo espaço para reorganizar as metodologias de ensino utilizadas, os espaços e temas trabalhados e assim, melhorar o processo formativo da integração entre o ensino e o serviço de saúde.

Ademais, a realização de intervenções educativas sobre TB com os internos de medicina com periodicidade estabelecida na grade curricular do internato pode contribuir consideravelmente para a identificação e preenchimento de lacunas no conhecimento sobre o controle da TB na APS.

No âmbito dos serviços de saúde da APS, os gestores poderão utilizar esses resultados para reestruturar seus fluxos de atendimento ao sintomático respiratório e à pessoa com TB, além de embasar a readequação dos serviços conforme os atendimentos esperados na APS, retomando as atividades existentes no período anterior à pandemia de covid-19, como busca ativa na comunidade e capacitações sobre TB para a equipe, o que contribuirá para um ensino adequado nos cenários de prática e preceptores mais preparados para contribuir na aprendizagem sobre tuberculose pelos internos.

7 CONCLUSÃO

Concluiu-se que existem fragilidades na integração do interno de medicina nas atividades de TB das UBS, onde a maioria dos internos de medicina relatou não ter tido vivências de acompanhamento de casos de TB no internato, além de ter acompanhado apenas atividades dentro da UBS. Faz-se necessário maior envolvimento dos estudantes de medicina na dinâmica do controle da TB, indo além dos conteúdos teóricos aprendidos e dos atendimentos práticos dentro do consultório da UBS.

Os internos de medicina necessitam adquirir maior conhecimento em algumas etapas da operacionalização do controle da tuberculose nas UBS, como disponibilidade de exames diagnósticos, registro e fluxo de entrega das amostras de escarro, recebimento do resultado de exames e acompanhamento do TDO para a organização do atendimento, dos retornos, identificação de faltosos e ter possibilidade de contribuir de forma mais efetiva para o controle da tuberculose.

Concluiu-se, também, que o fluxo de atendimento aos sintomáticos respiratórios e à pessoa com tuberculose realizado pelos profissionais de saúde das UBS segue as etapas recomendadas no Programa Nacional de Controle da Tuberculose, com necessidade de melhorias no que se refere à realização de atividades educativas para os usuários das UBS e à disponibilidade de exames diagnósticos como o TRM-TB e o PPD, que propiciam maior resolutividade dos diagnósticos de TB. Esforços contínuos e investimentos precisam ser realizados, haja vista que os profissionais necessitam de subsídios para que possam agir em consonância com as diretrizes preconizadas e alcançar as metas para o controle da TB.

REFERÊNCIAS

BARROS, R. C. et al. Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 3, 2020. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/1248282/atuacao-do-enfermeiro-na-atencao-primaria-a-saude-no-municipio_z8iXXKF.pdf. Acesso em: 20 maio 2023.

BAUMGARTEN, A. et al. Ações para o controle da tuberculose no Brasil: avaliação da atenção básica. **Rev Bras Epidemiol**, v. 22, e190031, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/vxsb6qy3Rw39TSsdnq9zDJF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2023.

BERTOQUE, A. C. et al. Vulnerabilidade de estudantes de medicina relacionada ao conhecimento sobre tuberculose. **Enferm. Foco**. Brasília, v. 10, n. 6, p. 149-156, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3016/665>. Acesso em: 15 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Departamento de Bioética. **Resolução Nº 466. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres vivos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose**. Brasília, DF, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-geral de desenvolvimento de epidemiologia em serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Volume único, 3ª edição. Brasília, DF, 2019.

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, 2019a. 2ª EDIÇÃO. 364p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo de vigilância da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil**, Brasília, DF, 2022a. 2ª EDIÇÃO. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Tudo que você precisa saber sobre Tuberculose: Álbum seriado da TB**, Brasília, DF, 2022b. 22p.

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. **Guia orientador: promoção da proteção social para as pessoas acometidas pela tuberculose**, Brasília, DF, 2022c. 60 p.

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**, Brasília, DF, 2022d. 168p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Rede brasileira de comitês para o controle da tuberculose no Brasil: passado, presente e futuro**, Brasília, DF, 2022e. 60p.

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, 2021b. 54p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Guia de orientações para prevenção e diagnóstico da tuberculose em profissionais de saúde**, Brasília, DF, 2021c. 36 p.

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, 2017. 52 p.

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. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose 2022**. 1ª EDIÇÃO. 2022f. 52p.

BRASÍLIA. **Instrução Operacional Conjunta nº 1, de 26 de setembro de 2019**. DOU - Imprensa Nacional. 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). Brasília, 2019.

CARVALHO, C. F. et al. Tuberculose: conhecimento entre alunos de graduação em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 5, p. 344-353, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vJwg3r9sGD8d86pkjfPhzBt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2023.

CEARÁ. Governo do Estado. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Saúde. **Boletim Epidemiológico Tuberculose**. Fortaleza, 2022. 17p.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. **Catálogo de serviços**. Disponível em: <https://catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br/>. Acesso em: 01 maio 2023.

HARTER, J. et al. Exiguidade nas estratégias de enfrentamento à tuberculose na atenção primária no sul do Brasil. **Rev Enferm AtualIn Derme**, v. 96, n. 37, 2022. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1275/1265>. Acesso em: 17 jun. 2023.

LACERDA, L. S.; BRACCIALLI, L. A. D.; LAZARINI, L. A. A integração entre a Formação médica e as reais necessidades do usuário do SUS. **Rev. Saúde Pública de Mato Grosso do Sul**, v. 1, n. 1, p. 11-18, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129982/artigo-no-01-a-intergracao-entre-a-formacao-medica.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2023.

MATOS, L. P.; RIBEIRO, A. F.; OLIVEIRA, L. A. T. Educação permanente como estratégia para busca ativa dos sintomáticos respiratórios no território de uma unidade de saúde da família em Guarulhos – SP. **Rev. APS**. out./dez., v. 23, n. 4, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/32464/23013>. Acesso em: 29 maio 2023.

MELO, L. S. O. et al. Passos e descompassos no processo de cuidado aos portadores de tuberculose na atenção primária. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 1, p. 136-141, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2917/718>. Acesso em: 28 jun. 2023.

MENDES, M. J. F. et al. O rendimento da prova tuberculínica entre comunicantes de portadores de tuberculose pulmonar em Belém-PA. **Enferm. Foco**, v. 9, n. 1, p. 19-24, 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1712/421>. Acesso em: 18 jun. 2023.

OLIVEIRA, G. S. et al. Capacitação de agentes comunitários de saúde para identificação de casos de tuberculose em uma unidade saúde da família. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n.48, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/download/3425/2043/>. Acesso em: 28 jun. 2023.

PEREIRA, R. S. **Estratégias discursivas na construção das identidades de profissionais de saúde e usuários do Programa de Saúde da Família: uma perspectiva etnográfico-discursiva**. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Programa de Pós-graduação em Linguística. Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará. Ceará, p. 153. 2016.

QUINTERO, M. C. F. et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em município brasileiro de médio porte. **Revista de Salud Pública**, v. 20, n. 1, p. 103-109, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2018.v20n1/103-109/pt>. Acesso em: 30 maio 2023.

SACRAMENTO, D. S. et al. Organização dos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose em Manaus, Amazonas, 2014. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 28, n. 2, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/hPgSXWBNZzpdJYRd7dX4tkR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2023.

SAVASSI, L. C. M.; DIAS, E. C.; GONTIJO, E. D. Formação médica, Atenção Primária e interdisciplinaridade: relato de experiência sobre articulações necessárias. **Revista Docência do Ensino Superior**, Belo Horizonte, v. 8, n. 1, p. 189–204, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/2339/1438>. Acesso em: 15 jun. 2023.

SILVA, F. O. et al. Percepções de enfermeiros sobre gestão do cuidado e seus fatores intervenientes para o controle da tuberculose. **Esc Anna Nery**, v. 26, e20210109, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/VYkNf4fHxSYLpNfnGSmSSzP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2023.

SIQUEIRA, T. C. et al. O tratamento da tuberculose sob a ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Rev. APS**, abr./jun., v. 23, n. 2, p. 391-409, 2020a. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/27602/23399>. Acesso em: 24 jun. 2023.

SIQUEIRA, T. C. et al. Percepção de enfermeiros: enfoque na família e orientação para a comunidade nas ações de tuberculose. **Cienc Cuid Saude**, 2020b. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/50175/751375150426>. Acesso em: 26 jun. 2023.

TERRA, A. A. A. et al. Magnitude entre a acessibilidade, espaço de tempo e o diagnóstico da tuberculose. **Acta Paul Enferm**, v. 35, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/vk4HnGCfKkGGLhdHZKjm7WR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2023.

TISEO, T. R.; SANTOS, M. C. L.; SMIDERLE, C. A. S. L. Estágio em Medicina de Família e Comunidade em unidades com residência médica no município do Rio de Janeiro: qual o seu impacto na formação dos acadêmicos? **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, jan-dez, v. 44, n. 17, 2022. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3101/1758>. Acesso em: 22 jun. 2023.

UFC. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Valeria Goes Ferreira Pinheiro (Organizadora). **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina 2018.1**. Fortaleza: Faculdade de Medicina/UFC, 2017.328p.

VILLA, T. C. S. et al. Capacidade gerencial da Atenção Primária à Saúde para o controle da tuberculose em diferentes regiões do Brasil. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 4, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/fn8s7B44TgrJHnckd5BrxXc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jun. 2023.

WORLDHEALTHORGANIZATION(WHO). **Global tuberculosis report 2021**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>. Acesso em: 10 fev. 2022. 57p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis report 2022**. Geneva:WHO,2022.Disponível em:<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>. Acesso em: 26 mar. 2023. 68 p.

ZARPELON, F. L. B.; TERCENIO, M. L.; BATISTA, N. A. Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4241-4248, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mjTZSWDSYdKzQVZCFXgXNhH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2023.

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA



Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que, ciente dos objetivos e dos procedimentos metodológicos do Projeto de Pesquisa "OPERACIONALIZAÇÃO DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE", sob a responsabilidade das pesquisadoras INGRID DA SILVA MENDONÇA E MARÍLIA LOPES PERNAMBUCO do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA - MESTRADO da UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, sob a orientação da Professora MÔNICA CARDOSO FAÇANHA concedemos a anuência para o seu desenvolvimento nas dependências da COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CORES I, II, III, IV E V da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Fortaleza, durante o período de SETEMBRO/2020 A NOVEMBRO/2021 não havendo qualquer despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento de todas as normas e requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, notadamente da Resolução CNS/MS nº: 466/2012, e das disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

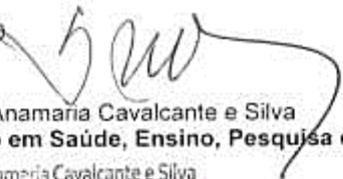
O (s) pesquisador (es) acima qualificado (s) se comprometem a obedecerem às disposições éticas de utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades; e a salvaguardarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição.

Informamos ainda que o projeto somente poderá ser iniciado nesta Instituição mediante apresentação do Parecer Consubstanciado, devidamente aprovado e emitido por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado pelo Sistema CEP/CONEP.

Após a defesa do estudo, o (s) pesquisador (es) deverá (ão) enviar a versão final da pesquisa (em PDF), para o e-mail: ceppes.sms@gmail.com, ficando ciente(s) de que a COEPP/SMS poderá solicitar a apresentação oral dos resultados para técnicos, gestores e/ou sujeitos da referida pesquisa.

No caso do não cumprimento, há liberdade para retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em penalização alguma.

Fortaleza, 03 de setembro de 2020.


Anamaria Cavalcante e Silva
Coordenadora de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

Anamaria Cavalcante e Silva
 Coord. de Pesquisas e
 Programas Especiais

Rua Barão do Rio Branco, 910 / 1º andar
 Fone: (85) 3105.1473 - Fortaleza - CE

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Operacionalização do Controle da Tuberculose na Unidade Básica de Saúde

Pesquisador: Mônica Cardoso Façanha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24204819.7.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.834.503

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, de interesse na área de doenças infecciosas e para cuidado no ambiente de estudo/trabalho. Refere-se à identificação de casos de tuberculose entre interno/estagiário do Curso de Medicina da UFC. Verificar-se-á também o grau de conhecimento adquirido pelo interno/estagiário da UBS sobre a operacionalização do controle da tuberculose, bem como dos outros profissionais da Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Contribuir para a integração do interno/estagiário dos cursos da área da saúde da UFC nas atividades do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (TB) implantado nas Unidades básicas de Saúde (UBS) em que estagiam.

Objetivo Secundário:

Identificar fluxos das atividades realizadas na UBS para o controle da TB;

Verificar o grau de conhecimento adquirido pelo interno/estagiário da UBS sobre a operacionalização do controle da tuberculose;

Averiguar o grau de comprometimento de profissionais de saúde da atenção básica com as atividades dirigidas ao controle da TB;

Examinar a proporção de sintomáticos respiratórios examinados, diagnósticos realizados, de cura;

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CONTINUAÇÃO)

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.834.503

de abandono e de óbito por UBS;

Propor intervenção educativa e de organização de processo de trabalho nas unidades que não estejam alcançando as metas esperadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco indicado foi classificado como mínimo:

O risco sintomático respiratório de adquirir a doença não será aumentado por participar do estudo. A coleta do escarro tem risco mínimo de causar dano à saúde, pois será obtido por tosse espontânea. O ato de tossir para eliminar escarro pode acarretar em algum desconforto. Existe a possibilidade de ser identificado na unidade de saúde como portador de tuberculose, por ser um tratamento prolongado. Entretanto, a equipe encaminhará os procedimentos necessários para manter o sigilo do diagnóstico.

Benefícios:

O diagnóstico precoce da doença facilitará sua cura, por introdução rápida do tratamento, reduzindo a possibilidade de sequelas. Diminuirá também a transmissão para os familiares e outros contatos sociais, contribuindo para o controle e eliminação da doença, que é uma meta do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de intervenção educativa de estudantes, estagiários e profissionais de saúde visando o conhecimento e o alinhamento do processo de trabalho para a melhoria das ações de controle da tuberculose em Fortaleza. A Metodologia compatível para os objetivos traçados, e é eticamente exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi inserido nos TCLEs o contato telefônico do pesquisador; bem como a informação acerca do local onde ocorrerá a abordagem dos participantes para assinatura do TCLE. A saber: Centro de Saúde da Família (C. S. F.) Floresta e Centro de Saúde (C.S.) Santa Liduína na SER I e C.S.F. Anastácio Magalhães na SER III.

Recomendações:

Encaminhar relatórios parciais e final ao CEP/UFC.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO – CONHECIMENTO DO INTERNO SOBRE A
OPERACIONALIZAÇÃO DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE**

QUESTIONÁRIO INTERNO Nº: _____.

<p>1. Unidade Básica de Saúde (UBS) em que você faz o internato?</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS Dr. Zenirton Pereira da Silva</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS Guiomar Arruda</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS Irmã Hercília Aragão</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS Aída Santos e Silva</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS Anastácio Magalhães</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS César Cals de Oliveira Filho</p> <p><input type="checkbox"/> Coordenadoria de Desenvolvimento Familiar da UFC – CEDEFAM</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS Santa Liduína</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS Argeu Hebster</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS João Elísio Holanda</p>
<p>2. Em que semestre do curso você passou pelo internato em UBS? _____</p>
<p>3. Durante seu estágio na UBS você viu algum caso de TB? ()Sim ()Não</p>
<p>4. Como é feita a suspeita de tuberculose (TB) na UBS do seu internato?</p> <p><input type="checkbox"/> Em geral, a suspeita é feita em outro local e o paciente encaminhado a UBS</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente procura a UBS com tosse e expectoração por iniciativa própria</p> <p><input type="checkbox"/> Busca ativa na comunidade</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>5. Quem faz a primeira consulta do paciente com suspeita de TB?</p> <p><input type="checkbox"/> Médico</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermeiro</p> <p><input type="checkbox"/> Médico ou enfermeiro</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>6. Se o paciente com suspeita de TB for atendido à tarde, a primeira amostra de escarro pode(ria) ser entregue na mesma tarde?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, o exame é feito na própria UBS</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, a UBS tem geladeira para a conservação da amostra</p> <p><input type="checkbox"/> Não, o exame é feito noutro local, o transporte da amostra é feito pela manhã e a UBS não tem geladeira</p> <p><input type="checkbox"/> Não, estava faltando copinho para a coleta ou outro insumo para fazer o exame</p>
<p>7. Faz parte da rotina a solicitação de cultura do escarro, junto com a baciloscopia da primeira amostra para o diagnóstico?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, de todos os pacientes</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, apenas dos pacientes em retratamento</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei</p>

<p>8. A unidade básica de saúde em que você está(va) faz TRM-TB para <i>Mycobacterium tuberculosis</i>?</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei</p>
<p>9. Na UBS, quem recebe as amostras de escarro que irão para o laboratório?</p> <p><input type="radio"/> Técnico responsável pelo laboratório da UBS <input type="radio"/> Há um profissional responsável por receber e organizar as amostras clínicas que são encaminhadas para o laboratório fora da UBS <input type="radio"/> O enfermeiro da Equipe de Saúde da Família <input type="radio"/> Não sei</p>
<p>10. Onde é feito o registro das amostras de escarro recebidas e encaminhadas para exame?</p> <p><input type="radio"/> Livro Branco de Sintomático Respiratório do Ministério da Saúde <input type="radio"/> Livro Preto, do tipo livro Ata <input type="radio"/> Livro de registro geral de amostras a serem encaminhadas para o laboratório <input type="radio"/> Não são feitos registros <input type="radio"/> Não sei</p>
<p>11. Em média, quanto dias leva para o resultado retornar para a UBS? _____</p>
<p>12. Como esse resultado da baciloscopia retorna para a UBS?</p> <p><input type="radio"/> O paciente vai pegar o resultado no laboratório <input type="radio"/> O resultado é entregue na UBS ao profissional que recebeu e enviou a amostra para o laboratório <input type="radio"/> Chegam direto para o enfermeiro da ESF <input type="radio"/> Chegam direto para o médico <input type="radio"/> Não sei</p>
<p>13. Quando o resultado é positivo, qual a conduta da Equipe de Saúde da Família (ESF)?</p> <p><input type="radio"/> Aguarda que o paciente retorne para consulta <input type="radio"/> Faz a busca ativa do paciente, para iniciar o tratamento <input type="radio"/> Não sei</p>
<p>14. As equipes fazem tratamento diretamente observado (TDO)?</p> <p><input type="radio"/> Sim, de todos os pacientes <input type="radio"/> Sim dos pacientes com maior risco de abandonar o tratamento <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei</p>
<p>15. Quando o TODO é feito, onde é realizado?</p> <p><input type="radio"/> Na UBS <input type="radio"/> Na residência <input type="radio"/> Em outro local <input type="radio"/> Não sei</p>
<p>16. A ESF faz a busca de casos de tuberculose doença e de tuberculose infecção entre os contatos de pacientes com TB?</p> <p><input type="radio"/> Sim, de todos <input type="radio"/> Sim, de mais da metade <input type="radio"/> Sim, de menos da metade <input type="radio"/> Sim, mas não sei a proporção <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei</p>

<p>17. A UBS tem PPD para fazer o diagnóstico de TB infecção?</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não, mas encaminha para outra unidade</p> <p><input type="radio"/> Não e não há encaminhamento para outra unidade.</p> <p><input type="radio"/> Não sei</p>
<p>18. Quais destas atividades você teve oportunidade de participar durante seu internato na UBS?</p> <p><input type="radio"/> Busca de Sintomáticos na comunidade</p> <p><input type="radio"/> Busca de contatos de casos de tuberculose</p> <p><input type="radio"/> Busca de faltosos do tratamento</p> <p><input type="radio"/> Apenas atividades dentro da UBS</p> <p><input type="radio"/> Outras: _____</p>
<p>19. Você sabia que existem metas para eliminação de TB como problema de saúde Pública até 2035?</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>
<p>20. Você sabia que existe uma proporção ideal de sintomáticos respiratórios detectados (%) na UBS?</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>
<p>21. Quais deste(s) profissional(is) você considera que precisaria ser mais sensibilizado(s) na busca do paciente suspeito de tuberculose na UBS do seu estágio?</p> <p><input type="radio"/> Médico</p> <p><input type="radio"/> Enfermeiro</p> <p><input type="radio"/> Agente Comunitário de Saúde (ACS)</p> <p><input type="radio"/> Outros: _____</p> <p><input type="radio"/> Nenhum</p>
<p>Observações e sugestões:</p>

**APÊNDICE B – FORMULÁRIO - OPERACIONALIZAÇÃO DO CONTROLE DA
TUBERCULOSE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SOB A ÓTICA DO
PROFISSIONAL DE SAÚDE**

FORMULÁRIO INTERNO Nº: _____

<p>1. Em qual Unidade Básica de Saúde (UBS) você trabalha?</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS Dr. Zenirton Pereira da Silva</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS Guiomar Arruda</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS Irmã Hercília Aragão</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS Aída Santos e Silva</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS Anastácio Magalhães</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS César Cals de Oliveira Filho</p> <p><input type="checkbox"/> Coordenadoria de Desenvolvimento Familiar da UFC – CEDEFAM</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS Abel Pinto</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS Argeu Hebster</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS João Elísio Holanda</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS Maria Cirino Souza</p> <p><input type="checkbox"/> C.S.F Lineu Jucá</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS 4 Varas</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS Francisco Domingos da Silva</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS João Hipólito</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS Carlos Ribeiro</p> <p><input type="checkbox"/> UAPS Casemiro Filho</p>
<p>2. A qual categoria profissional você pertence?</p> <p><input type="checkbox"/> Médico(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermeiro(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>
<p>3. Para qual profissional ou local o paciente sintomático respiratório é direcionado ao buscar a UBS?</p> <p><input type="checkbox"/> Agendamento de consulta/NAC</p> <p><input type="checkbox"/> Demanda espontânea/acolhimento com enfermeiro(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Profissional de sua área adscrita</p>
<p>4. Existe local específico para a coleta de escarro na unidade?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>5. Para qual laboratório são encaminhadas as amostras de escarro?</p>
<p>6. Existe horário ou dia da semana específico para o recebimento das amostras de escarro?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>

<p>7. Quem realiza as orientações sobre coleta de escarro na sua UBS?</p> <p><input type="checkbox"/> Apenas o enfermeiro(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Apenas o médico(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Agente Comunitário de saúde (ACS)</p> <p><input type="checkbox"/> Recepção/NAC</p> <p><input type="checkbox"/> Profissional que realizar o primeiro atendimento</p>
<p>8. Como esse resultado da baciloscopia retorna para a UBS?</p> <p><input type="checkbox"/> O resultado é entregue ao profissional que recebeu e enviou a amostra para o laboratório</p> <p><input type="checkbox"/> Chega diretamente para a enfermeira da ESF</p> <p><input type="checkbox"/> Chega diretamente para o médico</p> <p><input type="checkbox"/> Chega na Coordenação e depois é direcionado para a equipe adscrita</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. _____</p>
<p>9. Quem realiza a primeira consulta ao paciente diagnosticado com Tuberculose? (ACEITA MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA)</p> <p><input type="checkbox"/> Médico</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermeiro</p> <p><input type="checkbox"/> Outros</p>
<p>10. Quem faz notificação de TB na sua UBS?</p> <p><input type="checkbox"/> Médico</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermeiro</p> <p><input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> Profissional que realizar o primeiro atendimento</p>
<p>11. Com que frequência são agendadas as consultas de retorno dos pacientes?</p> <p><input type="checkbox"/> Quinzenal</p> <p><input type="checkbox"/> Mensal</p> <p><input type="checkbox"/> Trimestral</p> <p><input type="checkbox"/> Outro</p>
<p>12. Como é feito o controle dos faltosos das consultas?</p>
<p>13. Quem faz a busca ativa e acompanha os contactantes de TB?</p>
<p>14. Onde são feitos os registros de sintomáticos respiratórios e casos de TB da UBS?</p> <p><input type="checkbox"/> Livro de coletas de escarro</p> <p><input type="checkbox"/> Livro verde de pacientes com TB</p> <p><input type="checkbox"/> Livro de sintomáticos respiratórios</p> <p><input type="checkbox"/> Prontuário físico</p> <p><input type="checkbox"/> Prontuário eletrônico</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>
<p>15. A UBS faz TRM-TB para <i>Mycobacterium tuberculosis</i>?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>

<p>16. Na UBS, quem recebe as amostras de escarro que irão para o laboratório?</p> <p><input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem na sala de preparo</p> <p><input type="checkbox"/> Profissional responsável por receber e organizar as amostras clínicas</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermeiro da Equipe de Saúde da Família</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>
<p>17. Onde é feito o registro das amostras de escarro recebidas e encaminhadas para exame?</p> <p><input type="checkbox"/> Livro branco de Sintomático Respiratório do Ministério da Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Livro Preto, tipo livro Ata</p> <p><input type="checkbox"/> Livro de Registro geral de amostras a serem encaminhadas para o Laboratório</p> <p><input type="checkbox"/> Não são feitos registros</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>
<p>18. Em média, quanto dias leva para o resultado retornar para a UBS?</p>
<p>19. Quando o resultado é positivo, qual a conduta da Equipe de Saúde da Família (ESF)?</p> <p><input type="checkbox"/> Aguarda que o paciente retorne para consulta</p> <p><input type="checkbox"/> Faz a busca ativa do paciente, para iniciar o tratamento</p>
<p>20. As equipes fazem tratamento diretamente observado (TDO)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, de todos os pacientes</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, dos pacientes com maior risco de abandonar o tratamento</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>21. Quando o TDO é feito, onde é realizado?</p> <p><input type="checkbox"/> Na UBS</p> <p><input type="checkbox"/> Na residência</p> <p><input type="checkbox"/> Em outro local</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p>
<p>22. A ESF faz a busca de casos de tuberculose doença e de tuberculose infecção entre os contatos de pacientes com TB?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, de todos</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, de mais da metade</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, de menos da metade</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, mas não sei de que proporção</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>23. A UBS tem PPD para fazer o diagnóstico de TB infecção?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não, mas encaminha para outra unidade.</p> <p><input type="checkbox"/> Não e não há encaminhamento para a outra unidade.</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>
<p>24. A UBS realiza atividades de educação em saúde sobre Tuberculose?</p> <p><input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> Às vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre</p>

APÊNDICE C–TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Integração ensino-serviço como instrumento no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde”, recorte do projeto “Operacionalização do Controle da Tuberculose na Unidade Básica de Saúde”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Você está sendo convidado porque é interno de medicina, acadêmico ou profissional de saúde de uma unidade de saúde que recebe o Internato de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Ceará. O objetivo desta pesquisa é contribuir para a integração do interno do curso de medicina da UFC nas atividades do Plano Nacional de Controle da Tuberculose implantado nas Unidades Básicas de Saúde. Estudantes, estagiários e profissionais em geral devem conhecer os processos de trabalho da unidade de saúde para colaborar com a redução da transmissão da tuberculose na comunidade onde estão inseridos. Você que é acadêmico de medicina, responderá um questionário via *Google Forms* sobre seus conhecimentos sobre a operacionalização do controle da tuberculose. Você, profissional da saúde, participará de uma entrevista com perguntas norteadoras. Risco: Existe a possibilidade de haver aumento do risco à medida que aumenta a quantidade de pessoas com tuberculose ainda não tratada na unidade de saúde. Benefício: Se o profissional sabe que está lidando com pacientes com suspeita de tuberculose, a chance de utilizar corretamente os equipamentos de proteção adequado se reduzir o risco de se infectar é maior. À medida que o paciente é tratado de forma adequada, deixa de transmitir a doença na comunidade, reduzindo o risco para todos, inclusive para os profissionais da saúde.

Alguns pacientes com tuberculose, residem nas microáreas de maior risco de violência e a busca por estes pacientes poderá acarretar esta exposição. Entretanto, a equipe de saúde da família já conhece estas áreas e já está apta a lidar com estes riscos, pois também é responsável por elas. As informações coletadas neste estudo serão utilizadas somente para esta pesquisa e a identidade de cada participante será mantida em sigilo. Os voluntários participantes não receberão nenhum pagamento por participar deste estudo a qualquer momento o participante poderá se recusar a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

O participante poderá ter acesso a informações referentes à pesquisa, pelos telefones/endereço dos pesquisadores: Ingrid da Silva Mendonça/Mônica Cardoso Façanha

Instituição: Universidade Federal do Ceará. Endereço: Rua Papi Júnior, 1223, 5º. Andar.
Telefones para contato: (85) 3366-8044.

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato como Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8346/44. (Horário: 08:00- 12:00 horas de segunda a sexta-feira). OCEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, RG: __, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via deste termo.

Fortaleza, ___/___/_____

Nome do participante da pesquisa,
data e assinatura

Nome do pesquisador principal,
data e assinatura

Nome do Responsável legal/testemunha,
data e assinatura
(se aplicável)

Nome do profissional que aplicou o TCLE,
data e assinatura