



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

LEANDRO BONFIM DE CASTRO

**TUBERCULOSE E SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA: ACESSO AO
DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO, AÇÕES DE CONTROLE E GRAU DE
CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

FORTALEZA

2012

LEANDRO BONFIM DE CASTRO

TUBERCULOSE E SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA:
ACESSO AO DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO, AÇÕES DE CONTROLE E
GRAU DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Epidemiologia das doenças transmissíveis e não transmissíveis.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Cardoso Façanha.

FORTALEZA

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

- C351t Castro, Leandro Bonfim de.
Tuberculose e saúde da família em Fortaleza: acesso ao diagnóstico e ao tratamento, ações de controle e grau de conhecimento dos profissionais de saúde / Leandro Bonfim de Castro. – 2012. 105 f. : il. color., enc.; 30 cm
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde Pública, Fortaleza, 2012.
Área de Concentração: Saúde Coletiva.
Orientação: Profa. Dra. Mônica Cardoso Façanha.
1. Tuberculose. 2. Programa Saúde da Família. 3. Pessoal de Saúde. 4. Acesso aos Serviços de Saúde. I. Título.

CDD 616.995

LEANDRO BONFIM DE CASTRO

TUBERCULOSE E SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA:
ACESSO AO DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO, AÇÕES DE CONTROLE E
GRAU DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: 29/05/2012.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Mônica Cardoso Façanha (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Elizabeth Clara Barroso
Universidade de Fortaleza (Unifor)

Prof. Dr. Luciano Lima Correia
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Jorge Luiz Nobre Rodrigues
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

Aos meus queridos filhos, Lara e Davi,
alegrias da vida.

Ao meu amor, Cristiane Fonsêca, mulher
presente e firme, mãe dedicada e amorosa,
harmonia e brilho da nossa família.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Elza e Paulo Castro, pelo exemplo de vida e dedicação.

À minha avó Alda Bonfim e às minhas tias, pelo afeto e cuidados comigo e com os pequenos.

À Cristina Fonsêca, pelo apoio incondicional à nossa família.

À Dra. Mônica Façanha, pelos incentivos nos momentos de orientação, pela disponibilidade e atenção dedicada em cada fase desse trabalho.

Ao professor Luciano Correia, pelas contribuições no desenvolvimento do estudo, antes mesmo da qualificação, e pela participação na banca de defesa.

Ao professor Roberto da Justa pelas sugestões e críticas na qualificação do estudo.

Ao professor Carlos Henrique Alencar, pelo imenso apoio à distância e esforços próximos no aperfeiçoamento desse trabalho.

Aos professores Elizabeth Clara Barroso e Jorge Luiz Nobre Rodrigues, por terem aceitado o convite para integrarem a banca examinadora de defesa, pelas críticas, informações e sugestões acrescidas à dissertação.

Ao professor Paulo César de Almeida, pelas sugestões na disposição do conteúdo.

Aos colegas e amigos de turma, pelos momentos que passamos juntos.

A todos os professores do Mestrado, por incitar novas possibilidades.

À Zenaide Queiroz e Dominik Fontes, pela disposição para ajudar.

Ao Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza, aos técnicos e funcionários dos Distritos de Saúde, aos coordenadores e funcionários dos Centros de Saúde, pela autorização ou mediação do processo para utilização dos locais como campo de pesquisa.

Aos usuários e profissionais de saúde, pelo tempo concedido nas entrevistas e destinado a responder os questionários.

Ao Dr. Pio Bizarria, amigo e chefe, pelos inúmeros esforços para facilitar meu crescimento profissional.

Aos familiares e amigos, por terem compreendido minhas ausências.

Aos colegas e amigos do Centro de Saúde Alarico Leite, que me ajudaram a conciliar a rotina diária na unidade às atividades de pesquisa do Mestrado.

Às companheiras da odontologia, Aila Pereira, Ana Lúcia Barbosa, Cristiane Fonsêca, Eliane Pereira, Germana Sá, Mirela Colares e Pauliana Alvino, que alteraram suas escalas de trabalho em prol do meu cronograma acadêmico.

À Cheila Oliveira, pelos conselhos e sugestões valorosas.

Ao Daniel Fonsêca, pela revisão cuidadosa do texto.

À Naires Alves, pela observação da normatização da Universidade.

À Imaculada Fonsêca, pelas contribuições na elaboração do projeto de investigação inicial na etapa de seleção do Mestrado.

À Eugênia Gadelha e ao Alexandre Lima Santos, membros da banca examinadora da especialização, pelos estímulos a concorrer ao Mestrado.

RESUMO

As ações de controle da tuberculose (TB) encontram-se no âmbito da Atenção Primária à Saúde e visam interromper a cadeia de transmissão e possíveis adoecimentos na comunidade. O objetivo desse trabalho foi dimensionar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da tuberculose, as ações de controle desenvolvidas pelas equipes da Saúde da Família (SF) em Fortaleza e o grau de conhecimento dos profissionais de saúde. Trata-se de um estudo transversal descritivo. Foram selecionados oito Centros de Saúde da Família entre os que mais atenderam casos de tuberculose no primeiro trimestre de 2011. A população de estudo foi constituída de enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde (ACS) e usuários portadores de TB em tratamento. Foram realizadas entrevistas com os usuários e os profissionais enfermeiros e médicos. Um questionário de conhecimento acerca da transmissão, diagnóstico, prevenção, tratamento e acompanhamento da tuberculose foi aplicado com ACS, enfermeiros e médicos. Os profissionais de nível superior eram formados por 31 enfermeiros e 17 médicos, sendo 39 do sexo feminino. A idade média foi de 38,4 anos. A maioria (n= 135) dos ACS, 81,8%, possuía o ensino médio completo. Trabalhar na função há três anos ou mais foi significativo para participação em treinamentos ($p= 0,0001$). O atendimento inicial do tratamento de TB foi conseguido em até uma semana. A consulta de acompanhamento do médico e do enfermeiro foi classificada, pelos doentes, como boa, clara e esclarecedora acerca da doença, do tratamento, das medicações e seus efeitos adversos. A oferta de vale transporte era irregular e não havia cesta básica. Houve discordância das respostas dos usuários e profissionais nas ações de exame e investigação de contatos domiciliares. Entretanto, eles concordaram quanto à não realização de busca ativa de sintomáticos respiratórios e trabalhos educativos na comunidade. Enfermeiros, médicos e ACS apresentaram proporção de acerto superior a 70% do questionário acerca da tuberculose. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre enfermeiros e médicos no número total de acertos, por questão ou bloco temático. Os ACS que atuavam há três anos ou mais apresentaram maior média de acertos ($p= 0,0414$). As fragilidades no controle da tuberculose na área das equipes estudadas envolvem as ações voltadas às famílias e à comunidade, como a investigação de contatos, trabalhos educativos na comunidade, busca de sintomáticos respiratórios, prejudicando o acesso ao diagnóstico precoce da doença.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Tuberculose. Acesso aos Serviços de Saúde. Profissionais da Saúde.

ABSTRACT

Actions to control this disease lie within the Primary Care/ Family Health Program and aim to break the chain of transmission and possible illnesses in the community. The aim of this study was to measure the access to diagnosis and treatment of tuberculosis, the control measures developed by Family Health teams in Fortaleza and the degree of knowledge of health professionals. This was a cross-sectional study. Eight Family Health Centers that served more cases of tuberculosis in the first quarter of 2011 were selected. The study population consisted of nurses, physicians, community health worker and TB patients on treatment. Interviews were conducted with TB patients and nurses and doctors. Moreover, nurses, doctors and community health workers answered a survey of knowledge about transmission, diagnosis, prevention, treatment and monitoring of tuberculosis. High level professionals were composed of 31 nurses and 17 doctors. There were 39 women. Mean age was 38.4 years. The most (81.8%) of community health workers had completed high school. Working in the service for three years or more was significant for participation in trainings ($p= 0,0001$). The initial care of TB treatment was achieved within one week. The follow-up care by doctor or nurse was classified by patients as good, clear and informative about the disease, treatment, medications and their adverse effects. The provision of bus passes was irregular and there was no food aid. There were disagreement responses of users and professionals in the actions of examination and investigation of household contacts. However, they agreed not to perform an active search for respiratory symptoms and educational work in the community. Nurses, doctors and community health workers had ratio of greater than 70% correct answers in tuberculosis. There were no statistically significant differences between nurses and physicians in the total number of correct answers, per question or thematic group. The community health workers who had work up to three years or more had a higher average ($p= 0,0414$). The weaknesses in tuberculosis control in the teams studied area occurred in actions aimed to involve families and the community, such as research of contacts, educational work in the community, search for respiratory symptoms, hampering access to early diagnosis.

Key-words: Family Health Program. Tuberculosis. Health Services Accessibility. Health Personnel.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Incidência estimada de tuberculose por países em 2010	18
Figura 2 –	Fortaleza dividida em seis Secretarias Executivas Regionais (SER)	32
Figura 3 –	Fluxograma do processo de amostragem dos CSF de Fortaleza	35
Figura 4 –	Os Centros de Saúde da Família de Fortaleza (CE) selecionados para amostra	36
Figura 5 –	Distribuição dos profissionais de saúde participantes do estudo no município de Fortaleza de agosto a novembro de 2011	38

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de incidência e de mortalidade por tuberculose no Brasil no período de 2001 a 2009	20
Gráfico 2 – Taxa de incidência e de mortalidade por tuberculose no Ceará no período de 2001 a 2009	20
Gráfico 3 – Taxa de incidência e de mortalidade por tuberculose em Fortaleza no período de 2001 a 2009	21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Metas das ações prioritárias no Controle da Tuberculose para 2011	26
Tabela 2 – Distribuição dos Centros de Saúde da Família (CSF) do município de Fortaleza por Secretaria Executiva Regional (SER)	33
Tabela 3 – Ordem dos Centros de Saúde da Família estabelecida por sorteio e número de equipes existentes por local, Fortaleza, 2011	36
Tabela 4 – Acesso e acompanhamento do tratamento de tuberculose nos Centros de Saúde da Família segundo os usuários portadores de TB em tratamento em Fortaleza, 2011	47
Tabela 5 – Aspectos do tratamento da tuberculose nos Centros de Saúde da Família de acordo com os usuários portadores de TB em tratamento e profissionais de saúde que os atendiam. Fortaleza, 2011	48
Tabela 6 – Frequência da oferta de insumos ou ações relacionadas ao acompanhamento dos usuários portadores de TB em tratamento nos Centros de Saúde da Família em Fortaleza, 2011	49
Tabela 7 – Frequência das ações de controle da tuberculose (TB) desenvolvidas junto às famílias dos usuários em tratamento, segundo usuários portadores de TB em tratamento e os profissionais de saúde que os atendiam nos Centros de Saúde da Família em Fortaleza, 2011	50
Tabela 8 – Frequência das ações de controle da tuberculose (TB) desenvolvidas junto à comunidade, segundo usuários portadores de TB em tratamento e os profissionais de saúde que os atendiam nos Centros de Saúde da Família em Fortaleza, 2011	51
Tabela 9 – Frequência de acertos nas questões acerca da transmissão da tuberculose dos profissionais enfermeiros e médicos que atuavam na Saúde da Família no município de Fortaleza, 2011	52
Tabela 10 – Frequência de acertos nas questões do bloco temático sobre diagnóstico da tuberculose dos profissionais enfermeiros e médicos que atuavam na Saúde da Família no município de Fortaleza, 2011	53
Tabela 11 – Frequência de acertos nas questões acerca da prevenção da tuberculose dos profissionais enfermeiros e médicos que atuavam na Saúde da Família no município de Fortaleza, 2011	54

Tabela 12 – Frequência de acertos nas questões em relação ao tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose dos profissionais enfermeiros e médicos que atuavam na Saúde da Família no município de Fortaleza, 2011	55
Tabela 13 – Distribuição dos participantes enfermeiros e médicos de acordo com o número de questões julgadas corretamente em cada um dos quatro blocos temáticos do questionário de conhecimentos sobre tuberculose, Fortaleza, 2011	56
Tabela 14 – Frequência de acertos nas questões em relação à transmissão da tuberculose dos agentes comunitários de saúde que atuavam na Saúde da Família no município de Fortaleza, 2011	57
Tabela 15 – Frequência de acertos nas afirmativas em relação ao diagnóstico da tuberculose dos agentes comunitários de saúde que atuavam na Saúde da Família no município de Fortaleza, 2011	58
Tabela 16 – Frequência de acertos nas afirmativas a cerca da prevenção da tuberculose dos agentes comunitários de saúde que atuavam na Saúde da Família no município de Fortaleza, 2011	59
Tabela 17 – Frequência de acertos nas afirmativas acerca do tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose dos agentes comunitários de saúde que atuavam na Saúde da Família no município de Fortaleza, 2011	60
Tabela 18 – Frequência de acertos dos agentes comunitários de saúde que atuavam na Saúde da Família por bloco temático de acordo com o tempo de atuação profissional, Fortaleza, 2011	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ART	<i>Antiretroviral Therapy</i>
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BASR	Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios
CAB	Célula de Atenção Básica
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
COPROM	Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde
CPT	Terapia preventiva com cotrimoxazol
CSF	Centro de Saúde da Família
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short course</i>
E	Etambutol
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EACSSBMI	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde com Saúde Bucal Modalidade I
EACSSBMII	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde com Saúde Bucal Modalidade II
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESFSB	Equipe Saúde da Família com Saúde Bucal
ESFSBMI	Equipe Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade I
ESFSBMII	Equipe Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade II
H	Isoniazida
hab.	Habitantes
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ILTB	Infecção latente por <i>M. tuberculosis</i>
MDR – TB	<i>Multidrug-resistant Tuberculosis</i>
NUPREV	Núcleo de Prevenção e Controle de Doenças
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PPD	Derivado Purificado da Proteína do bacilo da tuberculose
PT	Prova Tuberculínica
R	Rifampicina
RHZE	Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol
SER	Secretaria Executiva Regional
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSE	Sistema Municipal de Saúde Escola
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TPI	Terapia Preventiva com Isoniazida
TS	Tratamento Supervisionado
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
WHO	<i>World Health Organization</i>
Z	Pirazinamida

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Tuberculose	17
1.1.1	<i>Epidemiologia da doença</i>	18
1.1.2	<i>Controle da doença</i>	21
1.2	Saúde da Família e Controle da tuberculose	23
1.3	Conhecimento de profissionais de saúde acerca da tuberculose	29
1.4	Justificativas	30
2	OBJETIVOS	31
3	METODOLOGIA	32
3.1	Tipo de estudo	32
3.2	Local do estudo	32
3.3	Processo de seleção e amostragem	34
3.4	População do estudo	37
3.5	Coleta de dados e instrumentos utilizados	38
3.5.1	<i>Coleta de dados da população de enfermeiros e médicos</i>	39
3.5.2	<i>Coleta de dados da população de agentes comunitários de saúde</i>	41
3.5.3	<i>População de doentes de tuberculose</i>	41
3.6	Aspectos Éticos	43
3.7	Análise Estatística	43
4	RESULTADOS	45
4.1	Caracterização dos profissionais da Saúde da Família	45
4.2	Acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose	45
4.3	Ações de controle da tuberculose	48
4.4	Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da tuberculose	51
4.4.1	<i>Enfermeiros e médicos da Saúde da Família</i>	51
4.4.2	<i>Agentes comunitários de Saúde</i>	56
4.5	Potencialidades e fragilidades no controle da tuberculose	61
5	DISCUSSÃO	64
6	CONCLUSÕES	75
7	RECOMENDAÇÕES	76
	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICES	83

ANEXOS 99

1 INTRODUÇÃO

1.1 Tuberculose

A tuberculose continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. Ainda obedece a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública, ou seja, grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade (BRASIL, 2010a).

A doença causada por *Mycobacterium tuberculosis* pode acometer vários órgãos ou sistemas. A apresentação na forma pulmonar é a mais frequente, e também a mais relevante para a Atenção Primária à Saúde (APS), pois é esta forma, especialmente a bacilífera, que mantém a transmissão da doença (BRASIL, 2010a). Grande parte das ações de controle deste agravo encontra-se no âmbito da Atenção Primária/Saúde da Família e estão relacionadas ao diagnóstico e tratamento das pessoas doentes, visando à interrupção da cadeia de transmissão e possíveis adoecimentos na comunidade (BRASIL, 2008a; MOREIRA et al., 2010).

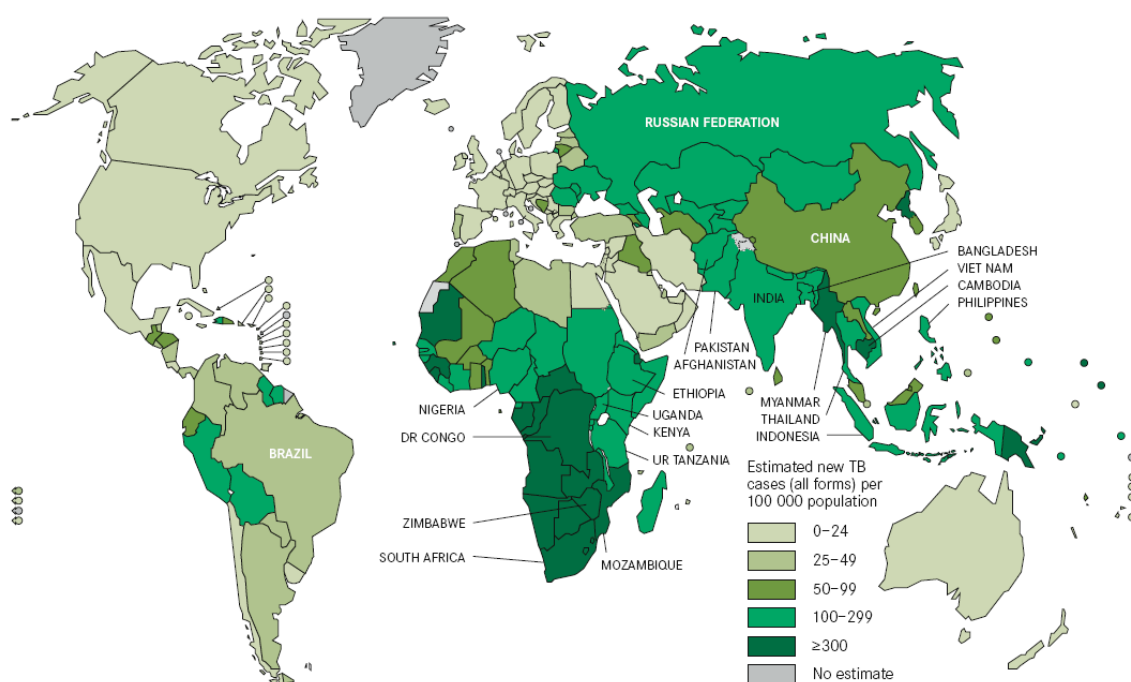
Doentes de tuberculose pulmonar com baciloscopia negativa, mesmo que tenham resultado positivo à cultura, são muito menos eficientes como fontes de transmissão, embora isso possa ocorrer (BRASIL, 2010a). Já uma pessoa com tuberculose pulmonar, paciente bacilífero, lança os bacilos no ar através da tosse, do espirro e da fala; e uma pessoa precisa inalar apenas uns poucos bacilos para ser infectada. Um portador de tuberculose pulmonar ativa, se não for tratado, infectará, em média, de dez a quinze pessoas por ano. Um terço da população mundial está infectada com o bacilo que causa a tuberculose (WHO, 2008; TORRES, 2010).

A tuberculose (TB) tem um diagnóstico laboratorial simples e tratamento que cura quase a totalidade dos casos novos sensíveis aos medicamentos antiTB, desde que obedecidos os princípios básicos da terapia medicamentosa e a adequada operacionalização do tratamento (BRASIL, 2010a). Atinge principalmente os cidadãos mais frágeis socialmente na idade mais produtiva (BRASIL, 2002). Está intimamente ligada à pobreza, desnutrição, más condições sanitárias, alta densidade populacional e à má distribuição de renda, além do estigma que implica na não adesão dos portadores e/ou familiares/contactantes. O surgimento da epidemia de aids e o aparecimento de focos de tuberculose multirresistente agravaram ainda mais o problema da TB no mundo. A negligência de alguns programas de controle da doença e falta de investimentos na área também contribuíram para a situação atual.

1.1.1 Epidemiologia da doença

As estimativas da carga global de doenças causadas por TB, em 2010, foram de 8,8 milhões de casos incidentes (equivalente a 128 casos por 100.000 habitantes), 12 milhões de casos prevalentes, 1,1 milhões de mortes entre as pessoas HIV negativas e 0,35 milhão de mortes entre os casos incidentes de TB que eram HIV positivos. Um percentual de 13% dos casos incidentes estimados eram HIV positivos e o continente africano contém 82% dos casos de TB entre as pessoas que vivem com HIV. Pessoas vivendo com HIV têm 21-34 vezes mais probabilidade de desenvolver TB doença durante suas vidas do que pessoas não infectadas pelo HIV (WHO, 2011).

Figura 1 – Incidência estimada de tuberculose por países em 2010.



Fonte: Global Tuberculosis Control: WHO report 2011.

Foram 5,7 milhões os casos notificados de tuberculose em 2010, equivalente a uma taxa de detecção de casos (definida como a proporção de casos incidentes que foram notificados) de 65% (WHO, 2011). Dos pacientes com tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva nas coorte de 2008 e 2009, 86% foram tratados com sucesso. Entretanto, apenas 26% tinham sido avaliados quanto à sorologia para HIV. Entre os pacientes de TB notificados, estima-se que 250.000 tinham TB multirresistente (MDR-TB). No entanto, pouco

mais de 30.000 (12%) foram diagnosticados com TB multirresistente e notificados. Em julho de 2010, em 58 países existia pelo menos um caso de tuberculose extensivamente resistente (WHO, 2010a).

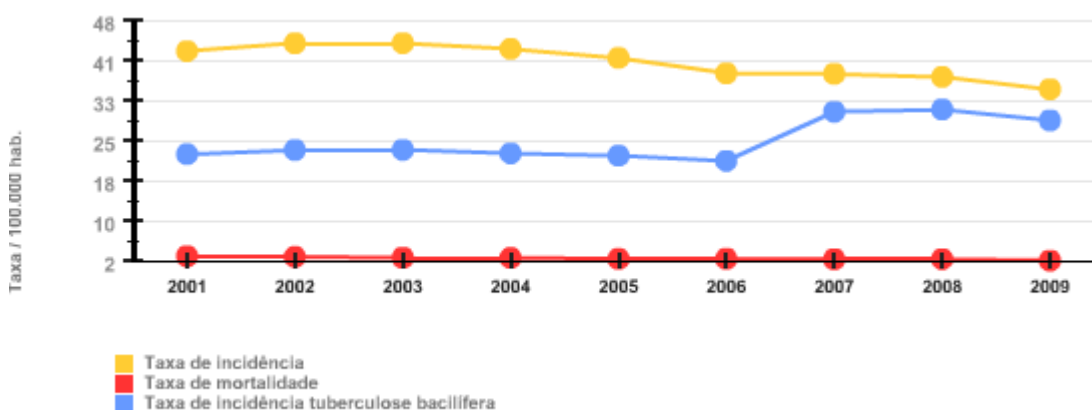
O número absoluto de casos continua a aumentar anualmente, com lentas reduções nas taxas de incidência que continuam a ser compensadas pelo aumento da população. A taxa de mortalidade no mundo caiu cerca de 35% entre 1990 e 2009, e a meta de uma redução de 50% até 2015, em relação aos registros de 1990, conforme previsto nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), poderá ser alcançada se o atual ritmo de declínio for sustentado (WHO, 2010a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que a tuberculose tem sua incidência concentrada em 22 países de baixo ou médio nível de desenvolvimento, países esses que abrigam 82% da população mundial doente (WHO, 2006; WHO, 2011). A taxa de incidência mundial estimada de TB foi de 43/100.000 hab. Atualmente, o Brasil ocupa o 19º lugar no *ranking* desses 22 países, já tendo ocupado o 14º lugar em 2004. Nesta lista, quanto mais elevada é a posição ocupada pelo país, pior é a situação. Com relação à incidência, o Brasil é o 108º colocado (BRASIL, 2011b).

O Brasil reduziu de 73.673 para 70.601 o número de casos novos de tuberculose entre 2008 e 2010. Assim, a taxa de incidência (número de pacientes por 100 mil habitantes) baixou de 38,8 para 38,0. Há duas décadas, em 1990, a incidência da doença era de 56 casos por 100 mil habitantes e a mortalidade, de 3,6 por 100 mil. Até 2015, os indicadores devem chegar a 28/100 mil e 1,8/100 mil, respectivamente, alcançando a meta de reduzir em 50% a taxa de incidência e mortalidade, em relação a 1990. A tuberculose é a quarta causa de óbitos por doenças infecciosas e a primeira entre pessoas que vivem com HIV/aids (BRASIL, 2011b).

Em 315 dos 5.565 municípios brasileiros estão concentrados 70% dos casos (WHO, 2009). A incidência entre os homens (cerca de 50 por 100 mil) é o dobro daquela entre as mulheres. As populações mais vulneráveis são compostas por indígenas (incidência quatro vezes maior do que a média nacional); portadores de HIV (30 vezes maior); presidiários (40 vezes maior); e moradores de rua (60 vezes maior). No entanto, há ocorrências em todos os segmentos da sociedade, independentemente da renda ou da escolaridade (BRASIL, 2009).

Gráfico 1 - Taxa de incidência e de mortalidade por tuberculose no Brasil no período de 2001 a 2009.

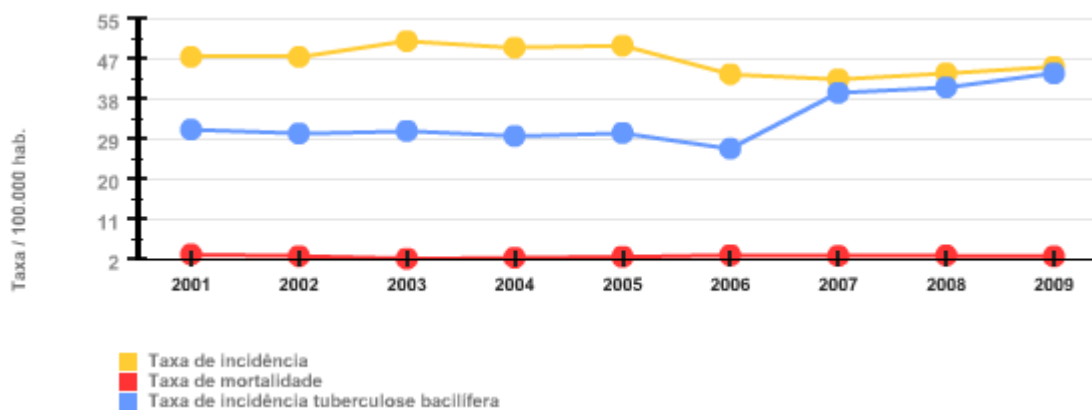


Fonte: SINAN/SIM/IBGE – junho/2010.

Em 2008, o percentual de cura foi de aproximadamente 73%. A meta do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), da Secretaria de Vigilância em Saúde, é atingir 85%, como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Entre 2002 e 2009, houve aumento do percentual de pacientes com tuberculose que fizeram testes de detecção do HIV, vírus causador da aids, de 26% para 50,8% (BRASIL, 2011b).

No Ceará, segundo dados do Programa Estadual de Controle da Tuberculose/NUPREV/COPROM da SESA/CE, no ano de 2009, a taxa de incidência foi de 45,6 casos/100.000 hab., com 3.804 casos novos de tuberculose. Obteve-se uma proporção de cura de 70%, de abandono de 7,6% e uma taxa de mortalidade de 3,1 casos/100.000 hab.

Gráfico 2 - Taxa de incidência e de mortalidade por tuberculose no Ceará no período de 2001 a 2009.

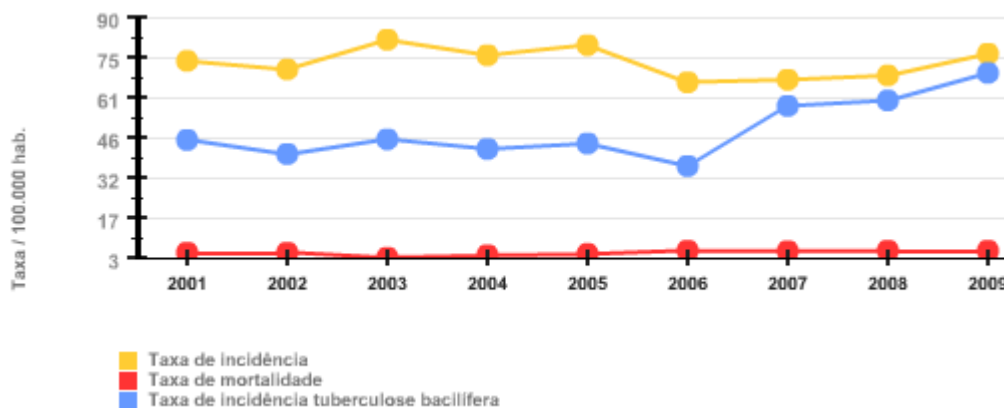


Fonte: SINAN/SIM/IBGE – junho/2010.

No ano de 2010 foram notificados 3.628 casos novos de tuberculose no estado do Ceará, dos quais 2.179 eram pulmonares bacilíferos. No encerramento, o percentual de cura foi de 63,4% dos casos de tuberculose, a taxa de abandono foi de 8,3%. Esses dados poderão sofrer alterações, considerando que 14,5% dos casos estão com evolução ignorada e 8,4% de transferência. Os municípios de Fortaleza, General Sampaio, Mucambo e Sobral apresentaram uma incidência maior ou igual a 70/100.000 (CEARÁ, 2012).

Em relação à doença tuberculose, o município de Fortaleza (CE) teve 2.364 casos notificados de tuberculose no ano de 2009 e uma média de notificação na última década de 2.106 casos/ano. No *ranking* dos casos confirmados por região metropolitana de notificação, de acordo com o SINAN, a grande Fortaleza ocupa a 6º posição. No ano de 2009, a taxa de incidência foi de 76,3 casos/100.000 hab. e a de mortalidade 5,03 casos/100.000 hab. (SINAN/SVS/MS, 2010). No ano de 2010, foram 1.772 casos novos e uma taxa de incidência de 72,3/100.000 (CEARÁ, 2012).

Gráfico 3 - Taxa de incidência e de mortalidade por tuberculose no município de Fortaleza no período de 2001 a 2009.



Fonte: SINAN/SIM/IBGE – junho/2010.

1.1.2 Controle da doença

Desde que a OMS, em 1993, declarou a TB um estado de emergência mundial e recomendou a estratégia DOTS, sigla inglesa para Tratamento Diretamente Observável de Curto Prazo, para controle da doença, o Brasil sinalizou sua posição frente às novas perspectivas do problema. Com o Plano Emergencial para Controle da Tuberculose, lançado pelo Ministério da Saúde, em 1994, 230 municípios prioritários que concentravam a maioria

dos casos do país, foram eleitos, segundo critérios epidemiológicos (incidência, mortalidade e associação com HIV) em combinação com dados operacionais do programa, como taxa de abandono (HIJJAR et al., 2007).

Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o “Plano Nacional de Mobilização para eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose em Municípios Prioritários por meio da Atenção Básica” e, em 2001, o “Plano Estratégico para Implementação do Plano de Controle da Tuberculose no Brasil, no Período de 2001-2005”. Esses planos tiveram como metas: implementar ações de controle da TB e hanseníase em 100% dos municípios prioritários, ao mesmo tempo em que reafirmavam as metas do plano emergencial, de diagnosticar, no mínimo, 90% dos casos esperados e tratar, com sucesso, pelo menos 85% deles (HIJJAR et al., 2007).

Em 2006, a OMS lançou o plano global da estratégia “*Stop TB*”, o critério internacionalmente recomendado para reduzir a carga de tuberculose em consonância com as metas globais estabelecidas para 2015 nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Dos componentes da estratégia destaca-se a expansão e a valorização do DOTS por meio do fortalecimento do sistema de saúde baseados na Atenção Primária à Saúde. Para definição das ações a serem executadas e financiadas na Estratégia *Stop TB* foi desenvolvido o Plano Global para Controle da Tuberculose 2006-2015, composto por metas e indicadores para cada um dos principais componentes de Controle da Tuberculose (WHO, 2006).

Em 2010, o plano original foi atualizado. A nova versão do plano, que abrange cinco anos, 2011-2015, inclui um novo conjunto de metas. As principais metas até 2015 foram definidas da seguinte forma:

- a) diagnóstico, notificação e tratamento de cerca de sete milhões de casos;
- b) taxa de 90% de sucesso de tratamento entre os casos bacilíferos;
- c) testagem do HIV em 100% dos pacientes com TB; inscrição de 100% dos pacientes com tuberculose HIV - positivos em terapia preventiva com cotrimoxazol (CPT) e da terapia antirretroviral (ART);
- d) disposição da terapia preventiva com isoniazida (TPI) para todas as pessoas vivendo com HIV que estão frequentando serviços de cuidados de HIV e são consideradas elegíveis para a TPI;
- e) teste de sensibilidade em 100% dos pacientes tratados anteriormente para tuberculose, bem como testes de quaisquer novos casos de TB considerados de alto risco de ter resistência (estimada globalmente em cerca de 20% de todos os novos casos de TB);

inscrição de todos os pacientes com diagnóstico confirmado de tuberculose multirresistente no tratamento consistente com as diretrizes internacionais;

f) mobilização de sete bilhões de dólares por ano para financiar a implementação da estratégia “*Stop TB*”, além de 1,3 bilhões dólares por ano para pesquisa e desenvolvimento relacionados a novos medicamentos, diagnósticos e vacinas (WHO, 2010b).

O controle da tuberculose é uma prioridade nacional, o que se reflete nas pactuações em vigência no Sistema Único de Saúde (SUS), com cuidados primários de saúde cada vez mais descentralizados (WHO, 2008, WHO, 2009). Essa perspectiva visa ampliar o acesso, garantir a integralidade e a resolutividade às ações de saúde. Atividades que abordam a coinfeção TB/HIV têm sido implementadas e ampliadas. Dos pacientes com tuberculose que são testados para infecção por HIV, 14% apresentam sorologia para HIV positiva. Apesar dos progressos e esforços realizados no controle da doença, as taxas de detecção de casos e o sucesso do tratamento ainda encontram-se abaixo das metas globais (WHO, 2009).

Um dos maiores desafios para o controle da tuberculose no Brasil são os casos de retratamento. Esse grupo, formado pelos casos de recidiva e reingressos após abandono, apresenta chance maior de desenvolver um desfecho desfavorável da doença como óbito, abandono e multirresistência às drogas de tratamento para a TB. No Brasil, 96% dos casos de resistência notificados são adquiridos, sendo que mais da metade tem um histórico de três ou mais tratamentos prévios para TB (BRASIL, 2010c).

Segundo o Fundo Global (2009), Tuberculose - Brasil, as metas internacionais estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo governo brasileiro são de descobrir 70% dos casos de tuberculose estimados e curá-los em 85%, com taxas de abandono de tratamento inferiores a 5%.

O controle da tuberculose requer uma ação permanente, sustentada e organizada, com um sistema em que a porta de entrada pode estar situada tanto em um nível mínimo como em um de alta complexidade, contanto que ao doente, quando necessário, seja assegurado o direito de fluir para os níveis de maior qualificação (BRASIL, 2002).

1.2 Saúde da Família e Controle da tuberculose

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser a principal porta de entrada do SUS, utilizando-se de tecnologias de saúde capazes de resolver os problemas de maior frequência e relevância em seu território, conforme Portaria GM Nº. 648 de 2006. Orienta-se pelos

princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006a).

Segundo STARFIELD (2002), a Atenção Primária à Saúde (APS) é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Essa definição de APS da autora é baseada em quatro atributos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

A atenção ao primeiro contato abrange acessibilidade (elemento estrutural) e uso do serviço (elemento processual) a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção reflete-se em fortes laços interpessoais, de cooperação mútua, entre as pessoas e os profissionais de saúde (STARFIELD, 2002).

A integralidade implica que as unidades de Atenção Primária devem se organizar para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários (STARFIELD, 2002).

A coordenação (integração) da atenção requer alguma forma de continuidade, além de reconhecimento de problemas nos outros níveis de atenção à saúde (STARFIELD, 2002). O nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados.

Todos os planos nacionais e consensos para o controle da tuberculose (TB) enfatizaram a sua integração à Atenção Primária à Saúde utilizando-se a Saúde da Família (SF) e, em específico, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como forma de ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da tuberculose em todo o Brasil (CASTELO-FILHO et al., 2004; FIGUEIREDO et al., 2009).

A Saúde da Família é a estratégia adotada para organização da APS no SUS. Propõe a reorganização das práticas de saúde que levem em conta a necessidade de adequar ações e serviços à realidade da população em cada unidade territorial, definida em função das

características sociais, epidemiológicas e sanitárias (BRASIL, 2008a). Seu funcionamento privilegia o atendimento integral, numa compreensão global do ser humano, cujas práticas de saúde estão no âmbito individual e coletivo, abrangendo a família e a comunidade através do desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, favorecendo o respeito à dignidade humana.

Uma das prioridades do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) 2001-2015 relaciona-se ao diagnóstico precoce da doença.

Com o intuito de detectar mais precocemente os casos de TB, os membros das equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Saúde da Família devem incorporar a Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios (BASR) e contatos à rotina dos serviços de saúde (BRASIL, 2000). Nas visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) está prevista a detecção de casos entre os sintomáticos respiratórios (SR) e contatos, principalmente, de casos bacilíferos e crianças.

Para prevenção e promoção à saúde da maioria das doenças prevalentes, deve-se direcionar o foco do trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS) para acompanhar o ciclo evolutivo dos eventos crônicos. Nesta perspectiva, tanto o trabalho externo como o trabalho interno dos serviços de saúde estariam atentos para as situações de risco, antes mesmo de se tornar uma condição aguda (MUNIZ et al., 2005), voltando o atendimento para as necessidades agudas e crônicas, que se manifestam durante o ciclo de vida de uma condição ou doença, realizando intervenções de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação, manutenção e suporte individual e familiar para o autocuidado (MENDES, 2002).

Aguardar que os pacientes venham até o serviço de saúde com queixas respiratórias é insuficiente para interromper a cadeia de transmissão da TB (OMS, 2000 apud FAÇANHA et al., 2009). O trabalho do ACS é ser o elo entre a comunidade e o serviço de saúde, entretanto, para continuidade da assistência, este trabalho desempenhado no domicílio deve ter continuidade no serviço de saúde, dispondo de insumos para exames e um fluxo ágil e organizado entre os diferentes pontos da atenção: ACS, Unidades Básicas de Saúde, laboratórios, entre outros, garantindo a integralidade da assistência iniciada no domicílio (NOGUEIRA et al., 2007).

Em fevereiro de 2006, foi assinado o compromisso do Pacto pela Vida pelos gestores das três esferas do SUS. Das seis prioridades pactuadas, uma delas consiste no fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, incluindo a tuberculose. As ações de prevenção e controle da tuberculose pelas equipes da Saúde da

Família foram destacadas no Pacto pela Saúde - 2006 como prioritárias (SCATENA et al., 2009).

Tabela 1 – Metas das ações prioritárias no Controle da Tuberculose para 2011.

Ações prioritárias no Controle da Tuberculose	Metas para 2011
Ampliar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados a cada ano.	85% dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera com situação de encerramento cura.
Ampliar o percentual dos casos novos pulmonares bacilíferos em Tratamento Diretamente Observado – TDO.	80% casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera em Tratamento Diretamente Observado – TDO.
Examinar os contatos dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera.	90% de contatos de tuberculose pulmonar bacilífera examinados.
Ampliar a realização de cultura para os casos de retratamento de tuberculose (recidiva e reingresso após abandono de tratamento).	60% dos casos de retratamento de tuberculose com o exame de cultura de escarro realizado.
Encerrar oportunamente os casos novos de tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.	95% de casos novos de tuberculose com situação de encerramento informada.

Fonte: Orientações acerca dos indicadores de monitoramento, avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010 – 2011/ Ministério da Saúde (2011).

O Ministério da Saúde priorizou indicadores da tuberculose em suas pactuações de vigilância e atenção à saúde como forma de melhorar o controle da doença no país.

Ao optar por este modelo de organização da APS, com uma equipe multiprofissional, cujos objetivos de trabalho transcendem e ultrapassam as fronteiras das Unidades de Saúde, há o reconhecimento da necessidade de mudança das práticas de saúde dirigidas à comunidade para acompanhar um caso de tuberculose, que exige outra forma de assistir, outro processo de trabalho, pois não se trata de apenas um indivíduo, mas de uma família que precisa ser assistida e acompanhada ao longo dos anos (MUNIZ et al., 2005; RUFFINO-NETTO, 2001).

Essa perspectiva de trabalho é urgente nos grandes centros urbanos que necessitam aumentar a detecção dos casos, diminuir a proporção de abandonos e aumentar a de curas (RUFFINO-NETTO, 2001), uma vez que a distribuição da doença é também determinada por processos sociais intrinsecamente relacionados às características do espaço onde ocorrem (SOUZA et al., 2000).

Para isso os profissionais de saúde devem buscar o envolvimento da comunidade de forma integral e contínua, construindo vínculos de corresponsabilidade entre eles e a população (BRASIL, 2002). A participação comunitária no controle deve ser fortemente estimulada, pois pode contribuir para redução do estigma e da discriminação, melhorar o acesso dos pacientes aos serviços de saúde e apoiar os pacientes para adesão ao tratamento.

Dentre as competências da Saúde da Família no Controle da Tuberculose no Brasil, para uma abordagem integral do paciente, segundo o Manual de Recomendações do Ministério da Saúde, 2010, destacam-se:

- a) realizar a “busca de sintomáticos respiratórios” - busca ativa permanente na unidade de saúde e/ou no domicílio (por meio da SF ou EACS), assim como em instituições fechadas na sua área de abrangência;
- b) realizar coleta de escarro e outros materiais para o exame de baciloscopia, cultura, identificação e teste de sensibilidade, cuidando para que o fluxo desses exames seja oportuno e que o resultado da baciloscopia esteja disponível para o médico no máximo em 24 horas na rede ambulatorial;
- c) oferecer o teste antiHIV a todos os doentes de tuberculose independente da idade, realizando o aconselhamento pré e pós-teste;
- d) realizar o controle diário de faltosos utilizando estratégias como visita domiciliar, contato telefônico e/ou pelo correio a fim de evitar a ocorrência de abandono;
- e) realizar a investigação e controle de contatos, tratando quando indicado, a infecção latente (quimioprofilaxia) e/ou doença;
- f) identificar precocemente a ocorrência de efeitos adversos às drogas do esquema de tratamento, orientando adequadamente os casos que apresentem efeitos considerados “menores”;
- g) indicar, realizar ou referenciar, quando necessário, contatos ou suspeitos de tuberculose para Prova Tuberculínica - PT;
- h) oferecer apoio aos doentes em relação às questões psicossociais e trabalhistas por meio de articulação com outros setores, procurando remover obstáculos que dificultem a adesão dos doentes ao tratamento.

As competências da Atenção Primária à Saúde se estendem desde o diagnóstico até o completo tratamento da tuberculose.

A Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios (BASR) é a atividade de saúde pública (conceito programático) orientada a identificar precocemente sintomáticos

respiratórios (SR) – indivíduos com tosse por tempo igual ou superior a três semanas - considerados suspeitos de tuberculose pulmonar.

Na Saúde da Família, a busca ativa deve ser estendida à comunidade com a inclusão da identificação de sintomático respiratório na visita mensal para todos os moradores do domicílio na população da área de abrangência de cada equipe (BRASIL, 2010a). Os pacientes que procuram a Unidade Básica de Saúde, independentemente do motivo da consulta, também devem ser interrogados sobre a presença e duração da tosse.

Por ser uma estratégia recomendada internacionalmente, a busca ativa de SR deve ser realizada permanentemente por todos os serviços de saúde - níveis primário, secundário e terciário (GOLUB et al., 2005; TOMAN, 1980; WHO, 2009; AMERICAN THORACIC SOCIETY; CDC; INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA, 2005 Apud in BRASIL, 2010a). A transmissão pode ser interrompida já a partir da segunda semana de tratamento efetivo, quando os casos bacilíferos descobertos precocemente por meio da busca ativa de SR são acompanhados de tratamento oportuno.

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é um elemento chave da estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment Short-Course*), que visa o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e a prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura. Taxas de cura inferiores à meta preconizada de 85% e de abandono superiores a 5% demonstram a necessidade de aumentar a qualidade na cobertura do Tratamento Diretamente Observado no país.

Todo caso de tuberculose (novos e retratamentos) deve realizar o Tratamento Diretamente Observado, pois não é possível prever os casos que irão aderir ao tratamento. Para operacionalização do TDO é necessário construir um vínculo entre o doente e o profissional de saúde, bem como entre o doente e o serviço de saúde.

É desejável que a tomada observada seja diária, de segunda a sexta-feira. O doente pode ir ao serviço para receber a medicação, ou o profissional do serviço pode ir ao domicílio. Para fins operacionais, ao final do tratamento, para a definição se o tratamento foi observado, convencionou-se que este doente tenha tido no mínimo 24 tomadas observadas na fase de ataque e 48 na fase de manutenção (BRASIL, 2010a).

O controle de contato deve ser realizado fundamentalmente pela Atenção Primária. Contato é definido como toda pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso índice no momento do diagnóstico da TB. Esse convívio pode ocorrer em casa e/ou em ambientes de trabalho, instituições de longa permanência, escola ou pré-escola. A avaliação

do grau de exposição do contato deve ser individualizada considerando-se a forma da doença, o ambiente e o tempo de exposição. Contatos menores de cinco anos, pessoas vivendo com HIV/aids e portadores de condições consideradas de alto risco devem ser prioritários no processo de avaliação de contatos e tratamento de Infecção Latente por *Mycobacterium tuberculosis* – ILTB (BRASIL, 2010a).

A TB ativa foi diagnosticada em 1% dos contatos dentro de 4 anos após a exposição. Estudo mostrou que os contatos que completaram a quimioprofilaxia e aqueles que iniciaram, mas não a concluíram, tiveram riscos significativamente mais baixos para o desenvolvimento de TB ativa (razão de risco ajustado, 0,16 e 0,24, respectivamente) do que aqueles que nunca começaram (ANGER, 2012).

1.3 Conhecimento de profissionais de saúde acerca da tuberculose

A Saúde da Família é um modelo com grande potencial para diagnosticar precocemente os casos de TB. A presença do agente comunitário de saúde (ACS) em sua conformação, profissional residente na área, membro da comunidade, favorece a abordagem e a receptividade das pessoas com tuberculose (CARDOZO-GONZALES, 2011). Além do trabalho do ACS produzir uma união entre o uso de tecnologia/conhecimento em saúde e as crenças locais (MACIEL, 2008), o que favorece a adesão do usuário ao tratamento.

A Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios (BASR) é uma atividade complexa que se caracteriza como uma sequência de atividades que vão desde o contato no domicílio, a orientação sobre a doença, sinais e sintomas, modo de transmissão, identificação dos sintomáticos respiratórios, orientação sobre a coleta de escarro, encaminhamento e recebimento do material pela Unidade Básica de Saúde (UBS), fluxo do exame ao laboratório de análise, recebimento do resultado pela unidade e usuário, até ao encaminhamento para o tratamento dos casos diagnosticados (NOGUEIRA et al., 2007).

A presença de uma equipe de Saúde da Família treinada, atualizada e estimulada para a detecção precoce e acompanhamento de casos pode contribuir muito para o controle da doença (FAÇANHA et al., 2009).

Para melhorar a qualidade da atenção prestada, uma capacitação em TB que garanta a compreensão da doença e seus condicionantes, bem como de instrumentos e tecnologias utilizadas para sua prevenção e controle, dentre elas a Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios (BASR) e o Tratamento Supervisionado (TS) é importante (MONROE et al., 2008).

A construção de um sistema municipal de saúde mais responsável e com ampla participação da APS no efetivo controle da TB exige um padrão de gestão comprometido com a doença e com as estratégias difundidas para seu controle, como o DOTS; a organização de uma rede de serviços integrada, resolutiva e humanizada e a elaboração/implementação de uma política de recursos humanos capaz de garantir formação e capacitação contínua das equipes de saúde (MONROE, 2007).

Avaliar o conhecimento dos profissionais da SF de Fortaleza em relação à transmissão, diagnóstico, prevenção, tratamento e acompanhamento da tuberculose é uma etapa fundamental para identificar potencialidades e fragilidades das equipes de Saúde da Família no controle da tuberculose na capital cearense.

1.4 Justificativas

A opção por este estudo surgiu a partir do trabalho do pesquisador no Centro de Saúde da Família Alarico Leite, Unidade de Saúde da Atenção Primária, no Passaré, em Fortaleza (CE). Neste cenário, a tuberculose foi identificada como um dos problemas mais preocupantes observados na área, pela sua alta taxa de incidência. Em 2008, a partir de dados locais, este Centro de Saúde teve 19 casos notificados, resultando em uma taxa de incidência de 122,8/100.000 habitantes (CASTRO, 2009).

Posteriormente, no curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Ceará, realizado em parceria com o Sistema Municipal de Saúde Escola, observou-se que as ações de controle da tuberculose não estavam integradas à rotina das equipes em seus territórios. Por conseguinte, surgiu a necessidade de investigar os aspectos organizacionais que seriam obstáculos à efetiva incorporação e sustentabilidade das ações de controle da TB neste Centro de Saúde da Família, bem como nas demais equipes de Saúde da Família do município de Fortaleza.

A pesquisa operacional em tuberculose é crucial para identificar como o acesso ao diagnóstico preciso e ao tratamento eficaz da doença pode ser aumentado. Além de que uma análise das atividades locais desenvolvidas no controle da TB permite uma crítica ao desempenho do programa e o surgimento de proposições para integração dessas ações às rotinas das equipes e à dinâmica do território.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral: Dimensionar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da tuberculose, as ações de controle desenvolvidas pelas equipes da Saúde da Família em Fortaleza (CE), segundo os usuários portadores de tuberculose em tratamento e os profissionais que atuam na assistência, e o grau de conhecimento dos profissionais de saúde.

2.2 Objetivos específicos:

1. Caracterizar os profissionais de saúde de acordo com a formação e atuação profissional.
2. Descrever elementos que compõem o acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose nos Centros de Saúde da Família, segundo os usuários portadores de TB em tratamento e os profissionais enfermeiros e médicos das equipes de Saúde da Família.
3. Identificar as ações de controle da TB desenvolvidas junto aos usuários em tratamento, às famílias e à comunidade, de acordo com os doentes de TB em tratamento e os profissionais enfermeiros e médicos integrantes da Saúde da Família.
4. Medir o grau de conhecimento dos profissionais da Saúde da Família (ACS, enfermeiros e médicos) em relação à transmissão, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento e acompanhamento da tuberculose.
5. Identificar potencialidades e fragilidades no controle da tuberculose realizado pelas equipes da Saúde da Família.

3 METODOLOGIA

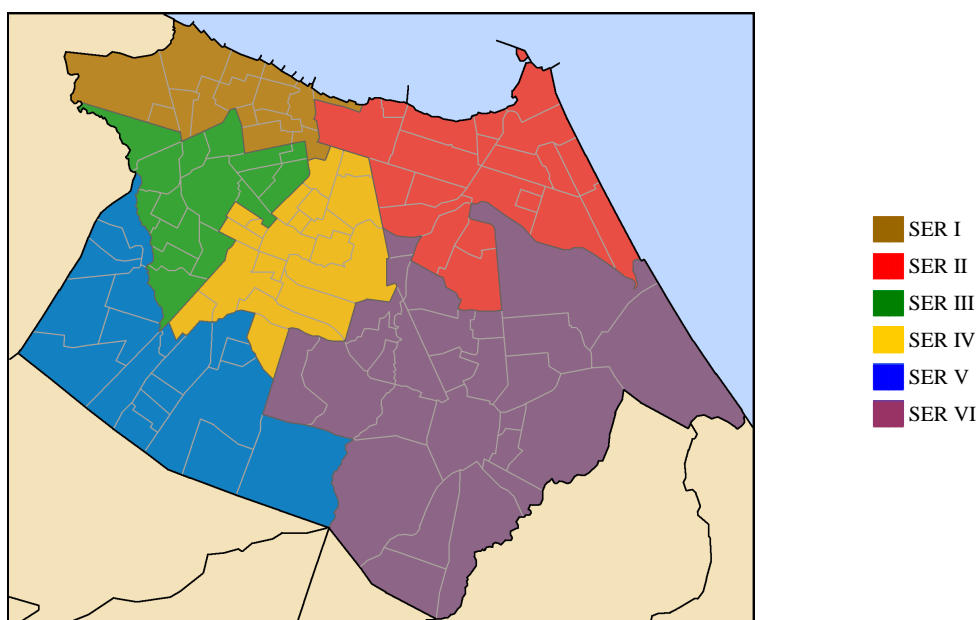
3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, de uma abordagem quantitativa, utilizando um desenho descritivo e um enfoque exploratório. As fontes de dados foram primárias. Os instrumentos de coleta utilizados foram padronizados e estruturados a partir de perguntas objetivas, com a finalidade de garantir a uniformidade de entendimento dos participantes.

3.2 Local do estudo

O município de Fortaleza, capital do Ceará, quinto município mais populoso do país, possui 2.447.409 habitantes, com área de 315 km² segundo dados do Censo de 2010 do IBGE (BRASIL, 2010b). Fortaleza possui IDH de 0,786 e um valor do PIB per capita de R\$ 10.066,00. Administrativamente, a cidade é dividida em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), que se referem a subprefeituras localizadas na cidade.

Figura 2 - Fortaleza dividida em seis Secretarias Executivas Regionais (SER).



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (2010).

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza organiza os serviços na Atenção Primária à Saúde por meio da Saúde da Família, com equipes de Saúde da Família (SF) e da

Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) distribuídas nos 91 Centros de Saúde da Família (CSF), nas seis Secretarias Executivas Regionais (SER) conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos Centros de Saúde da Família (CSF) do município de Fortaleza por Secretaria Executiva Regional (SER).

Distribuição dos Centros de Saúde da Família		
SER I (12 CSF)		
CSF Floresta	CSF Rebouças Macambira	CSF Paulo de Melo
CSF Lineu Jucá	CSF Virgílio Távora	CSF João Medeiros de
CSF Fernando Façanha	CSF Guiomar Arruda	CSF Casemiro Lima
CSF Carlos Ribeiro	CSF Francisco Domingos da Silva	CSF Quatro Varas
SER II (11 CSF)		
CSF Aída Santos e Silva	CSF Flávio Marcílio	CSF Pio XII
CSF Frei Tito	CSF Odorico de Moraes	CSF Paulo Marcelo
CSF Célio Brasil Girão	CSF Irmã Hercília Aragão	CSF Rigoberto
CSF Miriam Porto Mota	CSF Benedito Artur de Carvalho	
SER III (16 CSF)		
CSF Eliézer Studart	CSF Francisco P.de Almeida	CSF Santa Liduína
CSF Clodoaldo Pinto	CSF Humberto Bezerra	CSF Fernandes Távora
CSF César Cals	CSF Anastácio Magalhães	CSF José Sobreira
CSF Meton de Alencar	CSF Ivana de Sousa Paes	CSF George
CSF Hermínia Leitão	CSF Luis Recamond Capelo	CSF Waldemar de
CSF João XXIII		
SER IV (12 CSF)		
CSF de Parangaba	CSF Luís Albuquerque Mendes	CSF Projeto Nascente
CSF Ocelo Pinheiro	CSF José Valdevino de Carvalho	CSF Gutemberg Braun
CSF Oliveira Pombo	CSF Maria José Turbay Barreira	CSF Luis Costa
CSF Abel Pinto	CSF Roberto da Silva Bruno	CSF Filgueiras Lima
SER V (20 CSF)		
CSF Galba Araújo	CSF Fernando Diógenes	CSF Luiza Távora
CSF Zélia Correia	CSF Abner Cavalcante Brasil	CSF Pedro Celestino
CSF José Paracampos	CSF Viviane Benevides	CSF Jurandir Picanço
CSF Dom Lustosa	CSF Guarany Mont'alverne	CSF Argeu Herbster
CSF José Walter	CSF Edmilson Pinheiro	CSF Graciliano Muniz
CSF Maciel de Brito	CSF Luciano Torres de Melo	CSF João Elísio Holanda
CSF Siqueira	CSF Parque São José	
SER VI (20 CSF)		
CSF João Hipólito	CSF Alarico Leite	CSF Galba de Araújo
CSF Terezinha Parente	CSF Hélio Goes Ferreira	CSF César Cals
CSF Janival de Almeida	CSF Maria Lourdes Jereissati	CSF Monteiro de
CSF Vicentina Campos	CSF Manoel Carlos Gouveia	CSF Mattos Dourado
CSF Pedro Sampaio	CSF Evandro Ayres de Moura	CSF de Messejana
CSF Edmar Fujita	CSF Francisco Melo Jaborandi	CSF Anísio Teixeira
CSF Waldo Pessoa	CSF José Barros de Alencar	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (2012).

Os Centros de Saúde da Família possuem área de abrangência definida e população adscrita às equipes de Saúde da Família (SF) ou EACS.

Conforme Portaria nº. 154, de 15 de maio de 2009, as equipes da Saúde da Família podem ser de três tipos: Equipe de Saúde da Família (ESF), Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal (ESFSB) e Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

A composição das equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) é de enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Já as equipes de Saúde da Família são compostas por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Já para as ESFSB (Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal) são obrigatórios os mesmos profissionais da ESF, acrescentando na modalidade I, cirurgião-dentista e auxiliar de Saúde Bucal (ASB), e na modalidade II, cirurgião-dentista, ASB e técnico de Saúde Bucal (TSB).

As equipes da Saúde da Família poderão ser alteradas para os tipos EACS, quando não houver a substituição do profissional médico de Saúde da Família vencido o prazo de 90 (noventa) dias estabelecidos na legislação em vigor.

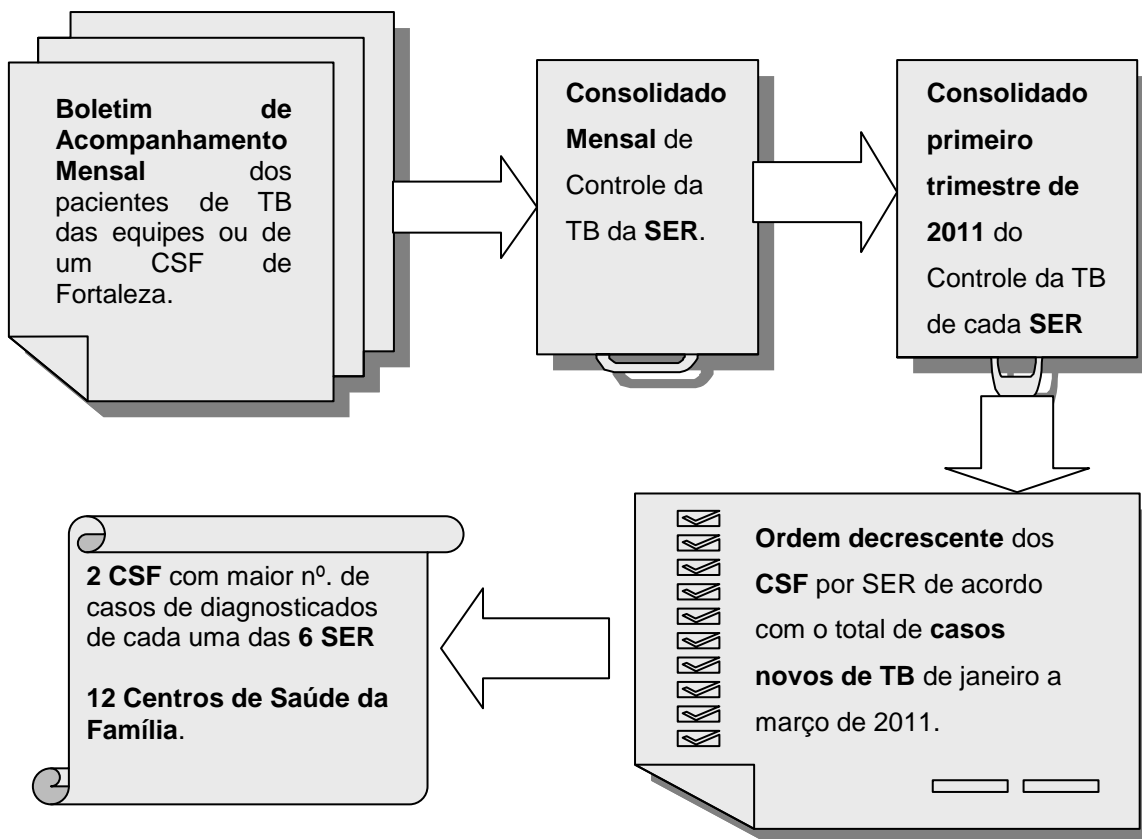
Nos Centros de Saúde da Família de Fortaleza existiam 328 equipes cadastradas, com 219 equipes de Saúde Bucal Modalidade I inseridas e 2.529 agentes comunitários de saúde (ACS).

3.3 Processo de seleção e amostragem

Cada profissional que atende um paciente com tuberculose informa o caso para notificação oficial às autoridades de Saúde Pública. Cada equipe de Saúde da Família ou EACS preenche o Boletim de Acompanhamento Mensal dos Pacientes de Tuberculose. Esse relatório é enviado ao Distrito de Saúde por Centro de Saúde da Família (CSF) ou por equipe de Saúde da Família ou EACS. Na área técnica de Tuberculose de cada Distrito de Saúde é elaborado um Consolidado Mensal de Controle da Tuberculose daquela SER.

Para seleção dos Centros de Saúde da Família, todos os seis Distritos de Saúde das SER foram visitados e o número de casos de tuberculose diagnosticados (casos novos) de todos os Centros de Saúde dos meses de janeiro, fevereiro e março de 2011 foi somado. A seguir, os Centros de Saúde, por SER, foram dispostos em ordem decrescente e os dois locais com maior número de casos em cada SER foram relacionados para o estudo. Nos casos de empate, foi incluído o Centro de Saúde com maior número no último mês do período, março de 2011.

Figura 3 – Fluxograma do processo de amostragem dos CSF de Fortaleza.



Fonte: Própria autoria.

Em 2011, havia 258 equipes da ESF e 70 da EACS, totalizando 328 equipes de saúde que poderiam realizar ações de controle da tuberculose. Para um nível de significância de 5%, com erro amostral de 10% e considerando que 90% das equipes realizam ações de controle da tuberculose, obteve-se um quantitativo de 31 equipes para compor a amostra do estudo. Considerando a possibilidade de 20% de perda, o tamanho da amostra foi aumentado para 37 equipes. Para os cálculos, utilizou-se o programa *Epi-Info versão 3.5.1*TM, produzido para ambiente *Windows*, desenvolvido pelo CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), em Atlanta.

Nos 12 CSF previamente selecionados, a partir dos Consolidados Regionais dos Boletins Mensais de Controle da TB no primeiro trimestre de 2011, existiam 55 equipes que poderiam participar do estudo. Assim, a seleção das equipes participantes da pesquisa foi feita por sorteio dos Centros de Saúde. Todas as equipes vinculadas aos CSF sorteados foram incluídas na pesquisa.

Para iniciar o sorteio, o total de equipes de cada unidade foi disposto ao lado do nome do Centro de Saúde, para que, à medida que os locais fossem sorteados, fosse

contabilizado o número de equipes na amostra, até atingir o quantitativo mínimo de 37 equipes.

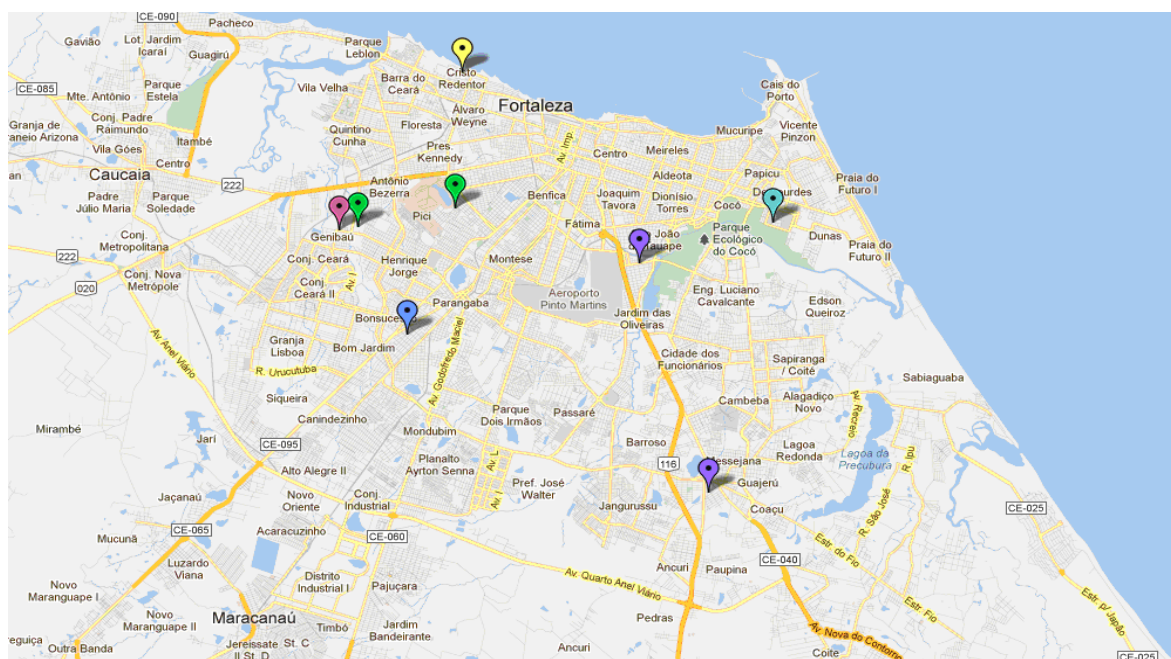
O número mínimo de equipes foi atingido com a inclusão do 8º participante, conforme Tabela 3. Os outros quatro CSF com suas 16 equipes foram excluídos da amostra. Todas as Secretarias Executivas Regionais ficaram representadas no estudo, conforme Figura 4. Os CSF foram designados por letras de “A” a “H” para preservar a identidade.

Tabela 3 – Ordem dos Centros de Saúde da Família estabelecida por sorteio e número de equipes existentes por local. Fortaleza (2011).

Ordem de sorteio	CSF	Nº. equipes	Subtotal
1º.	A	3	3
2º.	B	4	7
3º.	C	7	14
4º.	D	5	19
5º.	E	5	24
6º.	F	5	29
7º.	G	5	34
8º.	H	5	39

Fonte: Pesquisa direta pelo autor.

Figura 4 – Os Centros de Saúde da Família de Fortaleza (CE) selecionados para amostra.



Fonte: Google maps (2011).

3.4 População de estudo

A população do estudo foi constituída por enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde das equipes de Saúde da Família (ESF) e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), além dos usuários portadores de tuberculose em tratamento.

Foram incluídos 25 médicos das 28 equipes de Saúde da Família, pois três estavam incompletas; 39 enfermeiros, sendo 28 das ESF e 11 das EACS; e 314 agentes comunitários de saúde. Ressalta-se que o número de ACS é variável nas equipes e que a participação deles ocorreu espontaneamente, não houve indicação de nenhum profissional. Não foi considerada a espécie de vínculo que os profissionais tinham com o município.

A pesquisa incluiu também doentes de tuberculose, maiores de 14 anos, de ambos os sexos, que, na data da coleta, estivessem em tratamento há mais de 30 dias e ainda não finalizado.

À época da coleta de dados, agosto a novembro de 2011, 39 profissionais encontravam-se afastados de suas funções, por férias ou licença. Outros quatro recusaram participar da pesquisa, alegando pouca proximidade com a temática ou falta de tempo. Havia três enfermeiros e dois médicos que não acompanhavam os casos de tuberculose de sua área, encaminhavam para outra equipe do mesmo Centro de Saúde.

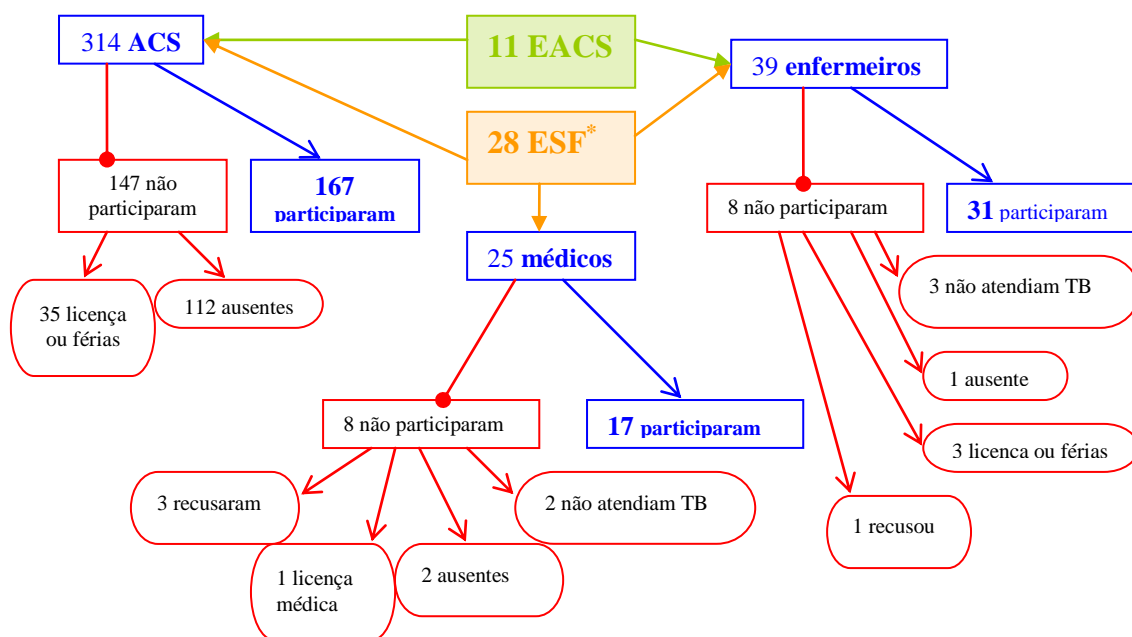
Embora tenha sido solicitado ao coordenador local um encontro de todos os ACS com o pesquisador, a frequência foi abaixo da esperada. A seleção dos Centros de Saúde foi aleatória, entretanto a dos ACS foi por conveniência.

Na Figura 5, consta a distribuição dos profissionais de saúde das 39 equipes de Saúde da Família de acordo com a participação nesse estudo.

A seleção dos usuários portadores de TB em tratamento nos CSF pesquisados foi por conveniência, conforme a proximidade da data da consulta de retorno e o dia de início da coleta de dados naquele CSF.

As consultas de retorno eram marcadas para um determinado dia da semana, destinado ao atendimento desse programa, em três dos oito CSF, concentrando os casos acompanhados pelas equipes, ao passo que, nos outros cinco CSF, a data era definida pelo início do tratamento antiTB, com aprazamento de acordo com a quantidade de medicação entregue. Dessa maneira, o número de doentes que compuseram o estudo por local de coleta foi variável. Houve a participação de 32 usuários portadores de TB em tratamento.

Figura 5 – Distribuição dos profissionais de saúde participantes do estudo no município de Fortaleza de agosto a novembro de 2011.



* Três ESF incompletas (sem médico)

Fonte: Pesquisa direta pelo autor.

3.5 Coleta de dados e instrumentos utilizados

Na segunda quinzena de agosto de 2011, as Células de Atenção Básica dos seis Distritos de Saúde foram visitadas para que o pesquisador informasse quais CSF haviam sido sorteados para coleta. Nesse setor, havia um técnico da Educação Permanente responsável por receber pesquisadores.

Mediante entrega da cópia do projeto de pesquisa, do ofício do Comitê de Ética (ANEXO A) autorizando a pesquisa, e dos ofícios de encaminhamento do Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) (ANEXOS B, C, D, E, F, G), as chefes das Células de Atenção Básica (CAB) permitiram o início da coleta.

As visitas aos Centros de Saúde da Família ocorreram do final de agosto a novembro de 2011, obedecendo à ordem de sorteio. Em cada local, foi procurado o coordenador do CSF e o projeto de pesquisa apresentado, explicitando a finalidade da pesquisa e a metodologia a ser adotada. Nesse momento, era solicitado ao chefe local, um momento com todos os ACS da unidade a fim aplicar o questionário simultaneamente.

Em quatro unidades, havia um enfermeiro de uma das equipes que consolidava os dados sobre tuberculose daquele CSF e era considerado “responsável” pelo programa local.

Nas outras quatro, essa atividade se dava por equipe. Independentemente da forma de organização, solicitava-se aos profissionais enfermeiros a quantidade de pacientes em tratamento, as datas das próximas consultas de retorno e os horários disponíveis no cronograma dos enfermeiros e médicos para realização do estudo. Assim, as visitas subsequentes seguiram esse cronograma inicialmente estabelecido em cada unidade.

3.5.1 Coleta de dados da população de enfermeiros e médicos

Nessa população utilizaram-se dois instrumentos de coleta de dados com objetivos e metodologias distintos.

No presente trabalho, os referenciais teóricos adotados para descrever os elementos estruturais e processuais que compõem o acesso ao diagnóstico e ao tratamento dos usuários portadores de tuberculose nos Centros de Saúde da Família de Fortaleza (CE) foram as definições de dois atributos da APS: atenção ao primeiro contato e longitudinalidade.

De acordo com STARFIELD (2002), acesso é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde. Enquanto que a longitudinalidade, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde ou no território de abrangência.

Para identificar como ocorreu o acesso dos usuários portadores de TB ao diagnóstico e ao tratamento, e o cumprimento das atribuições das equipes de Saúde da Família em relação ao controle da tuberculose na área, foi realizada uma entrevista estruturada por um formulário (APÊNDICE A). Nesse instrumento, utilizou-se a Escala do tipo *Likert* de cinco pontos, com as seguintes opções de resposta: **1= nunca; 2= quase nunca; 3= às vezes; 4= quase sempre; 5= sempre; 0= não se aplica e 99= não sabe**, além de questões de resposta: sim ou não. O formulário foi elaborado a partir dos questionários utilizados em uma dissertação de Mestrado em Ciências apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 2009, e em uma dissertação de Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo no mesmo ano (BATAIERO, 2009; CURTO, 2009), ampliados para contemplar a investigação do cumprimento das atribuições das equipes em relação ao controle da tuberculose. O formulário era composto por 35 questões específicas relacionadas ao acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose, à prevenção da tuberculose infecção, às ações de Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios (BASR), ao Tratamento Diretamente Observado (TDO), ao exame e investigação de contatos.

Para verificar se as ações desenvolvidas pelos enfermeiros e médicos entrevistados eram identificadas pelos pacientes em tratamento, 25 dessas 35 questões foram confrontadas, quando foi feita a entrevista com os pacientes de tuberculose em tratamento nos Centros de Saúde.

Após a entrevista, enfermeiros e médicos recebiam um questionário (APÊNDICE B), autoaplicável, composto por um pequeno cabeçalho, com itens para identificação de categoria profissional, sexo, idade, tempo de formação e de atuação na SF, participação em treinamento sobre tuberculose. O corpo do instrumento era composto de 20 afirmativas, distribuídas em quatro blocos temáticos (transmissão, diagnóstico, prevenção e tratamento/acompanhamento) de cinco itens cada. No enunciado, solicitava-se aos participantes que as classificassem em verdadeiras ou falsas, de acordo com seus conhecimentos prévios. O conteúdo dessas sentenças foi elaborado a partir do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (BRASIL, 2010a), com o objetivo de medir o grau de conhecimento dos profissionais que atuam na Saúde da Família em relação à transmissão, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento e acompanhamento da tuberculose.

Os profissionais participaram do estudo no horário do expediente, antes ou após o atendimento. Inicialmente foram explicados o objetivo e a metodologia do estudo, e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), que solicitava a colaboração voluntária, garantia o anonimato e o sigilo das informações, dava-lhes o direito de retirar o seu consentimento em qualquer fase do estudo, e também esclarecia sobre a condução da pesquisa.

Com os profissionais enfermeiros e médicos que concordaram participar, começava-se com a entrevista estruturada. Após o preenchimento pelo pesquisador das 35 questões do formulário, era entregue o segundo instrumento, um questionário autoaplicável. Solicitava-se aos participantes que, ao final, entregassem o questionário dentro de um envelope onde constava apenas a identificação do CSF pesquisado. Concluída a coleta, perguntava-se aos profissionais se tinham casos de TB em tratamento na área e o dia da próxima consulta de retorno. Em caso afirmativo, solicitava-se um momento no turno da consulta, antes do atendimento do profissional, para entrevistar os usuários portadores de TB em tratamento.

3.5.2 Coleta de dados da população de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

No momento marcado pelo coordenador de cada um dos oito Centros de Saúde, foi apresentada aos ACS presentes a finalidade da pesquisa, destacando a importância do trabalho desses profissionais para o controle da tuberculose. A seguir, foi entregue a cada profissional o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), que solicitava a colaboração voluntária, garantia o anonimato e o sigilo das informações, dando-lhes o direito de retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Todos os 167 ACS presentes nos oito locais de estudo assinaram o termo, concordando em participar da pesquisa. Para essa categoria profissional foi utilizado um questionário (APÊNDICE E), semelhante ao empregado para enfermeiros e médicos, para medir o grau de conhecimento em relação à tuberculose. O instrumento possuía itens para identificação de sexo, idade, nível de escolaridade, local de residência, tempo de atuação na SF e na microárea atual, além da participação em treinamentos sobre tuberculose. A seguir, eram 20 enunciados, distribuídos em quatro blocos temáticos (transmissão, diagnóstico, prevenção e tratamento/acompanhamento) de cinco itens cada. Os participantes deveriam classificá-los em verdadeiros ou falsos, de acordo com seus conhecimentos prévios. O conteúdo foi extraído do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (BRASIL, 2010a), adaptando a linguagem à formação profissional. O questionário foi lido pelo pesquisador antes que eles iniciassem, explicitando os itens do cabeçalho. Optou-se pela entrega desse instrumento a todos os participantes presentes simultaneamente. O recolhimento do questionário se dava à medida que eles concluía. Um participante foi excluído na análise, pois entregou o questionário sem respostas.

3.5.3 População dos doentes de tuberculose

Foi considerado caso de TB todo indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura e aquele em que o médico firmou o diagnóstico de TB, com base nos dados clínicos e epidemiológicos e no resultado de exames complementares (OMS, 1999; BRASIL, 2010a) e encaminhado para tratamento.

Nas datas das consultas previamente agendadas de acompanhamento do tratamento, informadas pelos enfermeiros e médicos, retornou-se às unidades a fim de encontrar os usuários portadores de TB. Houve um número considerado de faltosos, apesar de

terem sido realizadas, no mínimo, quatro visitas às unidades com objetivo de encontrar esses pacientes em tratamento. No total, participaram 32 doentes de TB em tratamento.

Os objetivos e métodos da pesquisa foram explicados a todos. A seguir, foi entregue a cada usuário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F), que solicitava a colaboração voluntária, garantia o anonimato e o sigilo das informações, dando-lhe o direito de retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Obteve-se o consentimento do responsável dos usuários menores de 18 e maiores de 14 anos. Todos assinaram o TCLE concordando em participar da entrevista.

Utilizou-se um formulário estruturado (APÊNDICE G), composto por 88 itens. A primeira parte, com 17 itens, era destinada a: identificação do paciente; unidade notificadora; n.º. do SINAN; grau de instrução; data de nascimento; sexo; raça/cor; escolaridade; nome da mãe; identificação do endereço; ocupação; tipo de entrada; forma clínica; agravos associados; tratamento. A segunda parte, com 19 itens, tinha objetivo de coletar dados sociodemográficos. Os questionários básico e da amostra do Censo 2010 do IBGE foram referência.

As demais questões da entrevista se referiam ao acesso ao diagnóstico e tratamento, à condução do tratamento por parte da equipe que o acompanhava, às ações e insumos relacionados ao diagnóstico e tratamento da tuberculose, à atenção à família do paciente e às ações desenvolvidas na comunidade para promoção, prevenção e controle da tuberculose. Essas questões eram de sim ou não ou utilizavam a Escala do tipo *Likert* de 5 pontos, com as seguintes opções de resposta: **1= nunca; 2= quase nunca; 3= às vezes; 4= quase sempre; 5= sempre; 0= não se aplica e 99= não sabe**, onde os números indicam a posição e/ou quanto às respostas diferem entre si em determinadas características ou elementos. O conteúdo dessas perguntas foi elaborado a partir do material utilizado em uma dissertação de Mestrado em Ciências apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 2009, e em uma dissertação de Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo no mesmo ano (BATAIERO, 2009; CURTO, 2009), ampliada para contemplar as atribuições das equipes em relação ao acompanhamento dos casos de tuberculose, de suas famílias e da comunidade da área adscrita da equipe. As respostas de 25 questões foram confrontadas com as dos enfermeiros e médicos que participaram desse estudo.

3.6 Aspectos Éticos

A postura ética, explicitada através da garantia do sigilo e do anonimato, a interação de confiança e respeito – entre entrevistador e entrevistado – foram compromissos assumidos publicamente.

O projeto de estudo foi submetido ao Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (CE) a fim de obter autorização para utilizar os Centros de Saúde da Família como campo de estudo e, em seguida, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador. Todos os voluntários foram informados sobre os aspectos científicos da pesquisa de forma clara e simples e assinaram o TCLE.

Este estudo atendeu às exigências estabelecidas pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as normas e as diretrizes regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos.

Ressalta-se que o estudo teve início somente após a apreciação e autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, obtendo aprovação em 16/06/2011, sob o protocolo de nº. 122/11 (ANEXO A).

Uma cópia dessa autorização e do projeto foi entregue a cada um dos técnicos da Educação Permanente de cada Distrito de Saúde. A Célula de Atenção Básica (CAB) de cada Distrito de Saúde emitiu ofícios aos Centros de Saúde da Família daquela Secretaria Executiva Regional autorizando essa pesquisa.

3.7 Análise Estatística

Para a análise foram criados três bancos de dados com todas as informações dos formulários e dos questionários aplicados. Os dados foram armazenados e analisados no programa *Epi-Info versão 3.5.1*TM, produzido para ambiente *Windows*, desenvolvido pelo CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*). O nível de 5% de significância foi adotado em todos os testes estatísticos, representando um valor de $p < 0,05$.

As respostas dos questionários foram tabuladas de acordo com o percentual de acerto por questão e por tema, segundo a categoria profissional e o tempo (em anos) de exercício profissional. Na comparação das medianas, utilizou-se o teste Kruskal Wallis para avaliar a significância ou não de suas diferenças. Na comparação de variáveis categóricas

empregou-se o teste de qui-quadrado (χ^2). Essas análises estatísticas foram realizadas por meio do programa Stata SE 10.1.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos profissionais da Saúde da Família

Participaram do estudo 31 enfermeiros e 17 médicos da Saúde da Família. A idade média desses profissionais foi de $38,4 \pm 9,5$ anos, sendo a maioria representante do sexo feminino ($n= 39$). O tempo de formado de 22 (45,8%) dos pesquisados era de até dez anos. Os profissionais atuavam na Saúde da Família em média há oito anos (desvio padrão de 3,8 anos). No município de Fortaleza, a média e mediana do tempo de atuação foram de cinco anos, com desvio padrão de 2,7 anos. A maioria dos pesquisados (77,1%) já havia participado de treinamento sobre tuberculose, com duração média de $23,4 \pm 14,9$ horas, sendo que 43,2% frequentaram nos últimos três anos.

Na participação de 166 ACS, havia 122 representantes do sexo feminino. A idade média foi de $40,1 \pm 15,0$ anos. Havia 135 (81,8%) participantes com ensino médio completo e 20 (12,1%) com nível superior concluído com ou sem pós graduação.

O tempo de atuação como ACS variou de um a 19 anos, com mediana de três anos. A maioria ($n= 135$) residia na microárea em que atuava. O tempo médio de permanência na microárea atual foi de $2,5 \pm 2,3$ anos. O tempo na função foi significativo ($p= 0,0001$) para participação em treinamentos sobre tuberculose, pois 57/85 já haviam participado entre os que atuam há três anos ou mais, ao passo que somente 30/82 receberam algum treinamento entre os que atuam há menos de três anos. Desses 87 ACS (52,1%) que já haviam participado de algum treinamento em TB, 74 fizeram referência ao ano de treinamento, sendo que 31/74 (41,9%) realizaram no ano da coleta de dados. Apenas 58, dois terços dos que participaram, informaram a carga horária do treinamento que variou de duas a 80 horas, com mediana de oito horas.

4.2 Acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose

Participaram da pesquisa 32 usuários portadores de TB em tratamento, sendo 17 do sexo feminino. A idade média dos participantes foi de $45,0 \pm 19,8$ anos. As profissões mais frequentes foram pedreiro ($n= cinco$), aposentado ou pensionista ($n= quatro$), costureira ($n= quatro$), do lar ($n= quatro$) e estudante ($n= quatro$). O rendimento médio mensal familiar foi de $1,9 \pm 1,4$ salários mínimos (salário mínimo de R\$ 622,00).

A apresentação da tuberculose na forma pulmonar ocorreu em 28 (87,5%) casos. A proporção de casos novos também atingiu 87,5% do total.

O tempo decorrido entre os primeiros sintomas da tuberculose (tosse e febre) e a procura por atendimento no CSF variou de dois dias a um ano, segundo os doentes de tuberculose em tratamento entrevistados. A procura por atendimento foi espontânea para 25 (78,1%) deles. A maioria (62,5%) informou ter conseguido consulta no mesmo dia em que procurou por atendimento, 15,6% no dia seguinte e 18,8% na mesma semana. O número de atendimentos realizados até a informação do diagnóstico de TB variou de um a dez, sendo que 83,3% dos entrevistados passaram por até duas consultas para ter o diagnóstico apresentado. O tempo médio gasto no deslocamento do doente para consulta de tuberculose foi de 15,4 minutos. Já os dias de trabalho perdidos da primeira consulta com sintomas de TB até receber o diagnóstico e iniciar tratamento foram de até 90, sendo que 20 usuários (62,5%) perderam até dois dias, quatro (12,5%) até uma semana, três (9,4%) de 10 a 15 dias, e seis (18,8%) mais de 15 dias.

Todos os participantes pertenciam à área adscrita de alguma equipe de Saúde da Família dos CSF selecionados. Antes do diagnóstico de TB, seis (18,8%) entrevistados afirmaram que alguém já havia perguntado se apresentavam tosse quando procuraram a unidade de saúde para uma consulta qualquer. Segundo os usuários portadores de TB, apenas 17 (53,1%) deles eram visitados pelos ACS antes do diagnóstico de TB e somente 4/17 (23,5%) foram indagados por esses profissionais sobre a presença de alguma pessoa da casa com tosse.

A maioria dos doentes fazia tratamento auto administrado. Somente três (9,4%) tinham acompanhamento da ingestão da medicação, que era supervisionada pelo ACS no domicílio de uma a duas vezes por semana.

Na Tabela 4, os usuários informaram como era o acompanhamento pelos profissionais de saúde no domicílio e no Centro de Saúde.

Tabela 4 – Acesso e acompanhamento do tratamento de tuberculose nos Centros de Saúde da Família segundo os usuários portadores de TB em tratamento. Fortaleza, 2011.

Acesso e acompanhamento do tratamento de tuberculose	Nunca ou quase nunca n (%)	Às vezes n (%)	Quase sempre ou sempre n (%)
Recebimento de medicação antiTB	0 (0,0)	0 (0,0)	32 (100,0)
Visita pelos menos mensal do ACS	11 (34,4)	2 (6,3)	19 (59,4)
O ACS perguntava sobre o tratamento	15 (46,9)	2 (6,3)	15 (46,9)
O ACS perguntava sobre a saúde dos familiares	18 (56,3)	1 (3,1)	13 (40,6)
Era atendido pelos mesmos profissionais	0 (0,0)	1 (3,1)	31 (96,9)
Era bem atendido	0 (0,0)	0 (0,0)	32 (100,0)
Conseguia falar com os mesmos profissionais de saúde se tinha alguma dúvida sobre o tratamento	0 (0,0)	0 (0,0)	32 (100,0)
Os profissionais de saúde respondiam às suas perguntas de forma clara	0 (0,0)	1 (3,1)	31 (96,9)

Fonte: Pesquisa direta pelo autor.

Dentre os profissionais enfermeiros e médicos da Saúde da Família, 28 (58,3%) conversavam com os doentes sobre a ocorrência de efeitos adversos às drogas do esquema de tratamento, orientando os casos que apresentassem efeitos colaterais considerados “menores”, não havendo diferenças significantes entre as categorias profissionais.

No preenchimento dos instrumentos de vigilância preconizados pelo Programa Nacional de Controle da TB (ficha de notificação de caso, livros de registro de sintomáticos respiratórios e de tratamento e acompanhamento dos casos), apenas 30 (62,5%) o faziam com regularidade. O controle diário de faltosos era realizado por 23 (47,9%), sendo que 19/23 (82,6%) utilizavam a medida de convocação pelo ACS. Houve diferenças estatisticamente significantes entre as categorias enfermeiros e médicos, com maior proporção daqueles na realização dessas duas tarefas.

Na tabela 5, há um confronto das respostas às questões relacionadas às consultas de acompanhamento do tratamento da tuberculose fornecidas pelos usuários e profissionais que os atendiam.

Tabela 5 – Aspectos do tratamento da tuberculose nos Centros de Saúde da Família de acordo com os usuários portadores de TB em tratamento e profissionais de saúde que os atendiam. Fortaleza, 2011.

Aspectos do tratamento da tuberculose abordados pelos profissionais de saúde	Usuários portadores de TB em tratamento (n= 32)			Profissionais de saúde (n= 48)		
	Nunca ou quase nunca n (%)	Às vezes n (%)	Quase sempre ou sempre n (%)	Nunca ou quase nunca n (%)	Às vezes n (%)	Quase sempre ou sempre n (%)
Orienta em relação a outros problemas de saúde	6 (18,8)	1 (3,1)	25 (78,1)	9 (18,8)	5(10,4)	34 (70,8)
Orienta sobre medicamentos utilizados no tratamento de TB	3 (9,4)	1 (3,1)	28 (87,5)	0 (0,0)	1 (2,1)	45 (93,8)
Orienta a tomada da medicação antiTB	0 (0,0)	0 (0,0)	32 (100,0)	2 (4,2)	1 (2,1)	45 (93,8)

Fonte: Pesquisa direta pelo autor.

O fornecimento regular de pote para exame de escarro foi mencionado por 29 (90,6%) dos usuários entrevistados e 45 (93,8%) dos enfermeiros e médicos participantes. A solicitação do exame HIV/aids foi confirmada por 29 (90,6%) usuários participantes e, 16 (55,2%) tinham recebido o resultado. A maioria, 44 (91,7%), dos enfermeiros e médicos afirmou que quase sempre ou sempre solicitava a sorologia para HIV.

4.3 Ações de controle da tuberculose

A maioria dos enfermeiros e médicos, 33 (68,8%), afirmou que os agentes comunitários de saúde receberam treinamento do próprio profissional ou de outro membro da equipe sobre tuberculose. E 43 (89,6%) concordaram que era rotina dos ACS de suas equipes realizar Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios nas visitas domiciliares.

Para 20 (41,7%) enfermeiros e médicos entrevistados, fazia parte da anamnese interrogar sobre tosse, mesmo quando este sintoma não era o motivo da consulta. Em todos os Centros de Saúde selecionados, os profissionais enfermeiros e

médicos informaram que não havia ninguém responsável por observar e/ou perguntar se os clientes apresentavam tosse na sala de espera.

Todos os usuários afirmaram que quase sempre ou sempre receberam informações sobre sintomas, transmissão e tratamento da doença. Sobre outros temas de saúde, apenas 21 (65,6%) manifestaram ter recebido informações. A maioria (89,6%) dos enfermeiros e médicos declarou que quase sempre ou sempre repassava informações sobre sintomas e transmissão da tuberculose. Sobre o tratamento da doença, a proporção subiu para 93,8%. Já em temas de saúde diversos, cerca de metade dos profissionais afirmou ter repassado informações para os usuários.

Na Tabela 6, há um confronto das repostas dos usuários em tratamento de tuberculose e dos profissionais enfermeiros e médicos sobre os insumos e ações oferecidos nos Centros de Saúde.

Tabela 6 – Frequência da oferta de insumos e ações relacionados ao acompanhamento do tratamento dos usuários portadores de TB em tratamento nos Centros de saúde da Família. Fortaleza, 2011.

Insumos e ações oferecidos aos usuários em tratamento de tuberculose	Usuários portadores de TB em tratamento (n= 32)			Profissionais de saúde (n= 48)		
	Nunca ou quase nunca n (%)	Às vezes n (%)	Quase sempre ou sempre n (%)	Nunca ou quase nunca n (%)	Às vezes n (%)	Quase sempre ou sempre n (%)
Pote para exame de escarro para controle de TB mensal	5 (15,6)	1 (3,1)	24 (75,0)	1 (2,1)	4 (8,3)	42(87,5)
Cesta básica	32(100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	39(81,3)	1 (2,1)	2 (4,2)
Vale transporte	24 (75,0)	1 (3,1)	7 (21,9)	24(50,0)	2 (4,2)	14(29,2)
Consulta mensal de controle para o tratamento da TB	0 (0,0)	0 (0,0)	32(100,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	47(97,9)
Disponibilidade de profissional na Unidade de Saúde sempre que procura o Centro de Saúde	0 (0,0)	1 (3,1)	31 (96,9)	0 (0,0)	3 (6,3)	45(93,8)
Grupo de doentes de TB na unidade de saúde	31 (96,9)	0 (0,0)	1 (3,1)	44(91,7)	1 (2,1)	1 (2,1)

Fonte: Pesquisa direta pelo autor.

Na Tabela 7, foram dispostas as respostas dos usuários e dos enfermeiros e médicos da Saúde da Família sobre as ações desenvolvidas juntos às famílias dos usuários na prevenção da disseminação da tuberculose no domicílio, interrompendo a cadeia de transmissão.

Tabela 7 – Frequência das ações de controle da tuberculose (TB) desenvolvidas junto às famílias dos usuários em tratamento, segundo usuários portadores de TB em tratamento e os profissionais de saúde que os atendiam nos Centros de Saúde da Família. Fortaleza, 2011.

Ações de controle da TB desenvolvidas junto às famílias dos usuários em tratamento	Usuários portadores de TB em tratamento (n= 32)			Profissionais de saúde (n= 48)		
	Nunca ou quase nunca n (%)	Às vezes n (%)	Quase sempre ou sempre n (%)	Nunca ou quase nunca n (%)	Às vezes n (%)	Quase sempre ou sempre n (%)
Perguntar sobre as condições de vida dos doentes de TB e família	8 (25,0)	6(18,8)	18(56,3)	18(37,5)	6(12,5)	24(50,0)
Conhecer os contatos domiciliares	17(53,1)	1 (3,1)	10(31,3)	19(39,6)	13(27,1)	16(33,3)
Pedir informações das enfermidades dos contatos domiciliares	5 (15,6)	3 (9,4)	20(62,5)	9 (18,8)	6 (12,5)	33(68,8)
Convocar os contatos domiciliares para uma consulta	14(43,8)	0 (0,0)	18(56,3)	2 (4,2)	5 (10,4)	41(85,4)
Realizar exames para investigação da doença nos contatos domiciliares	20(62,5)	0 (0,0)	12(37,5)	10(20,8)	0 (0,0)	38(79,2)
Falar com a família dos doentes de TB sobre a doença	17(53,1)	1 (3,1)	10(31,3)	10(20,8)	6 (12,5)	32(66,7)
Conversar com a família dos doentes de TB sobre o tratamento da doença	17(53,1)	1 (3,1)	10(31,3)	10(20,8)	6 (12,5)	32(66,7)
Conversar com a família dos doentes de TB sobre outros problemas de saúde	19(59,4)	1 (3,1)	8(25,0)	13(27,1)	6 (12,5)	29(60,4)

Fonte: Pesquisa direta pelo autor.

A atenção à tuberculose na comunidade foi medida segundo as atividades de informação e Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios na área, conforme Tabela 8.

Tabela 8 – Frequência das ações de controle da tuberculose (TB) desenvolvidas junto à comunidade, segundo usuários portadores de TB em tratamento e os profissionais de saúde que os atendiam nos Centros de Saúde da Família. Fortaleza, 2011.

Ações de controle da TB desenvolvidas junto aos usuários em tratamento, às famílias e à comunidade	Usuários portadores de TB em tratamento (n= 32)			Profissionais de saúde (n= 48)		
	Nunca ou quase nunca n (%)	Às vezes n (%)	Quase sempre ou sempre n (%)	Nunca ou quase nunca n (%)	Às vezes n (%)	Quase sempre ou sempre n (%)
Realizar propagandas, campanhas, trabalhos educativos para informar a comunidade sobre a TB	30 (93,8)	0 (0,0)	2 (6,3)	36(75,0)	5 (10,4)	7 (14,6)
Trabalhar com instituições (Igrejas, Associações de Bairro, abrigos ...) para identificar sintomáticos respiratórios (SR)	32 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	42(87,5)	2 (4,2)	4 (8,3)
Realizar busca de sintomáticos respiratórios (SR) na comunidade (entrega do pote para coleta de escarro)	32 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	35(72,9)	6 (12,5)	7 (14,6)

Fonte: Pesquisa direta pelo autor.

4.4 Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da tuberculose

4.4.1 Enfermeiros e médicos da Saúde da Família

A maioria (87,5%) acertou a forma de transmissão da doença e (85,1%) identificou o período de maior risco de transmissão e de incubação, entretanto, a proporção de acerto no reconhecimento de medidas administrativas e ambientais para reduzir a transmissão da TB pulmonar e laríngea foi de apenas 64,6%,

independentemente da categoria. A média de acertos das categorias enfermeiro e médico foi, respectivamente, $3,8 \pm 0,9$ e $4,3 \pm 0,8$ nesse bloco temático. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre as duas categorias profissionais, como demonstrado na Tabela 9 abaixo.

Tabela 9 – Frequência de acertos nas questões acerca da transmissão da tuberculose dos profissionais enfermeiros e médicos que atuavam na Saúde da Família. Fortaleza, 2011.

Transmissão da tuberculose	Categoria profissional		
	Enfermeiros (n= 31)	Médicos (n= 17)	p
	n (%)	n (%)	
A transmissão da tuberculose se faz por via respiratória, pela inalação de aerossóis produzidos pela tosse, fala ou espirro de um doente com tuberculose ativa de vias aéreas, salvo raríssimas exceções. (V)	26 (83,9)	16 (94,1)	0,305
Doentes de tuberculose pulmonar com baciloscopia negativa, mas que tenham resultado positivo a cultura, são muito mais eficientes como fontes de transmissão. (F)	22 (71,0)	14 (82,4)	0,267
Pacientes com imunocomprometimento grave tem maior risco de adoecerem de TB após a transmissão dos bacilos e a ocorrência de apresentações extrapulmonares da TB nesse grupo é maior. (V)	25 (80,6)	16 (94,1)	0,287
A TB pulmonar e laríngea são classificadas como doenças de transmissão aérea, mas somente a primeira requer medidas administrativas e ambientais que diminuam o risco de transmissão da doença na comunidade. (F)	19 (61,3)	12 (70,6)	0,614
O maior risco de adoecimento se concentra nos primeiros dois anos após a primoinfecção, mas o período de incubação pode se estender por muitos anos e mesmo décadas. (V)	25 (80,7)	15 (88,2)	0,650

Fonte: Pesquisa direta pelo autor.

Todos identificaram a Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios (BASR) como a principal medida para controle da TB, bem como tiveram um nível de acerto maior que 85% nos demais itens do tema diagnóstico da tuberculose, independentemente da categoria profissional. Exceto, na interpretação Prova Tuberculínica (PT) como sugestiva de infecção por *M. tuberculosis*, em crianças

vacinadas há menos de dois anos, 51,1% julgaram erradamente. Na Tabela 10, observa-se que nesse tema também não houve diferenças estatisticamente significantes entre as categorias profissionais, obtendo-se uma média de acertos de enfermeiros e médicos, respectivamente, $4,1 \pm 0,8$ e $4,2 \pm 0,7$.

Tabela 10 – Frequência de acertos nas questões do bloco temático sobre diagnóstico da tuberculose dos profissionais enfermeiros e médicos que atuavam na Saúde da Família. Fortaleza, 2011.

Diagnóstico da tuberculose	Categoria profissional		
	Enfermeiros (n= 31)	Médicos (n= 17)	p
	n (%)	n (%)	
A busca ativa de sintomático respiratório é a principal estratégia para o controle da TB, uma vez que permite a detecção e tratamento precoce das formas pulmonares bacilíferas, interrompendo a cadeia de transmissão. (V)	31 (100,0)	17 (100,0)	-
Em casos com suspeita clínica e/ou radiológica de TB com baciloscopia repetidamente negativa, a cultura para micobactéria é indicada. (V)	30 (96,8)	15 (88,2)	0,242
A prova tuberculínica (PT) é utilizada apenas em crianças para o diagnóstico de infecção latente pelo <i>M. tuberculosis</i> (ILTB). (F)	26 (83,9)	15 (88,2)	0,682
Em crianças vacinadas com BCG há menos de dois anos, consideramos sugestivo de infecção prova tuberculínica (PT) ≥ 10 mm. (V)	13 (41,9)	10 (58,8)	0,307
Necessita-se que seja ampliada a solicitação de antiHIV nos casos de tuberculose, pois é a maior causa de morte entre pessoas que vivem com HIV, sendo a taxa de óbito na coinfeccao de 20%. (V)	28 (90,3)	14 (82,4)	0,504

Fonte: Pesquisa direta pelo autor.

Apesar de 100% de acerto sobre a importância do Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios e 95,8% na identificação dos grupos prioritários na avaliação de contatos e tratamento da Infecção Latente por *M. tuberculosis* (ILTB), menos de um terço (31,3%) assinalou corretamente sobre a prevenção da ILTB em recém nascidos e TB pós-natal. Embora tivessem diferentes proporções de acerto entre as categorias profissionais, elas não foram estatisticamente significantes conforme Tabela 11. A média de acertos de enfermeiros e médicos foi, respectivamente, $3,4 \pm 0,8$ e $3,2 \pm 0,8$ nas questões sobre prevenção da tuberculose.

Tabela 11 – Frequência de acertos nas questões acerca da prevenção da tuberculose dos profissionais enfermeiros e médicos que atuavam na Saúde da Família. Fortaleza, 2011.

Prevenção da tuberculose	Categoria profissional		
	Enfermeiros (n= 31)	Médicos (n= 17)	P
	n (%)	n (%)	
O Livro de Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde permite verificar o tempo decorrido entre a identificação do caso e o diagnóstico e ainda o índice de positividade em cada serviço. (V)	31 (100,0)	17 (100,0)	-
Contatos menores de cinco anos, pessoas vivendo com HIV-aids e portadores de condições consideradas de alto risco devem ser considerados prioritários no processo de avaliação de contatos e tratamento de ILTB. (V)	30 (96,8)	16 (94,1)	0,468
Recomenda-se a prevenção da infecção tuberculosa em recém-nascidos coabitantes de caso índice bacilífero com a vacinação com BCG ao nascer, desde que tenham peso igual ou superior a 2 kg e sem intercorrências clínicas, e a administração de isoniazida por três meses. (F)	11 (35,5)	4 (23,5)	0,421
A forma de se evitar a seleção de bacilos resistentes é a utilização de esquemas terapêuticos com diferentes fármacos antiTB simultaneamente. uma vez que bacilos naturalmente resistentes a um medicamento podem ser sensíveis a outro. (V)	23 (74,2)	16 (94,1)	0,126
A prevenção da tuberculose congênita e pós-natal são realizadas pelo diagnóstico precoce e a administração oportuna do tratamento da TB na mãe grávida, para diminuir o risco de transmissão ao feto e ao recém-nato na amamentação. (F)	10 (32,3)	4 (23,5)	0,649

Fonte: Pesquisa direta pelo autor.

A média de acertos das categorias enfermeiro e médico foi, respectivamente, $3,2 \pm 0,8$ e $3,2 \pm 1,1$ no bloco temático tratamento e acompanhamento da tuberculose. Como exposto na Tabela 12, não houve diferenças estatisticamente significantes entre as categorias.

Tabela 12 – Frequência de acertos nas questões em relação ao tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose dos profissionais enfermeiros e médicos que atuavam na Saúde da Família. Fortaleza, 2011.

Tratamento e acompanhamento da tuberculose	Categoria profissional		
	Enfermeiros (n= 31)	Médicos (n= 17)	p
	n (%)	n (%)	
Na maioria dos países, o esquema básico em comprimidos de doses fixas combinadas dos quatro medicamentos (RHZE) é utilizado para adultos e crianças maiores de cinco anos. (F)	8 (25,8)	5 (29,4)	0,795
Para os casos de retratamento não se deve iniciar o tratamento com o Esquema básico. Deve-se solicitar cultura, identificação e teste de sensibilidade e encaminhar para a referência secundária. (F)	19 (61,3)	8 (47,1)	0,342
Um caso de TB com positividade inicial seguida de negatificação, e nova positividade por dois meses consecutivos, a partir do 4º mês de tratamento é considerado falência. (V)	22 (71,0)	15 (88,2)	0,173
O monitoramento laboratorial com hemograma e bioquímica (função renal e hepática) deve ser realizado mensalmente somente em pacientes de retratamento. (F)	28 (90,3)	14 (82,4)	0,425
O tratamento da tuberculose em pessoas infectadas pelo HIV segue as mesmas recomendações para os não infectados tanto nos esquemas quanto na duração total do tratamento. (V)	22 (71,0)	13 (76,5)	0,425

Fonte: Pesquisa direta pelo autor.

A média de todas as 20 questões do questionário de conhecimentos foi de $14,5 \pm 1,8$ para os profissionais enfermeiros e $15 \pm 2,2$ para os médicos. A distribuição dos participantes, por categoria profissional, de acordo com o número de questões julgadas corretamente em cada um dos quatro blocos temáticos segue abaixo na Tabela 13. Não houve diferenças estatisticamente no número total de acertos.

Tabela 13 - Distribuição dos participantes enfermeiros e médicos de acordo com o número de questões julgadas corretamente em cada um dos quatro blocos temáticos do questionário de conhecimentos sobre tuberculose. Fortaleza, 2011.

Bloco temático	Categoria profissional	Nº de acertos por bloco temático					p
		1	2	3	4	5	
TRANSMISSÃO	Enfermeiro	-	2	11	10	8	0,282
	Médico	-	0	3	6	8	
DIAGNÓSTICO	Enfermeiro	-	1	4	16	10	0,851
	Médico	-	0	3	8	6	
PREVENÇÃO	Enfermeiro	0	3	15	11	2	0,523
	Médico	1	1	8	7	0	
TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO	Enfermeiro	0	6	15	8	2	0,186
	Médico	1	4	3	8	1	

Fonte: Pesquisa direta pelo autor.

4.4.2 Agentes comunitários de saúde

No tema transmissão da tuberculose, a maioria (80,7%) acertou todas as cinco questões e todos assinalaram corretamente a questão sobre a via de transmissão da doença. Na Tabela 14, observa-se que não houve diferenças estatisticamente significantes entre os participantes segundo o tempo de atuação profissional.

Tabela 14 – Frequência de acertos nas questões em relação à transmissão da tuberculose dos agentes comunitários de saúde que atuavam na Saúde da Família no município de Fortaleza, 2011.

Transmissão da tuberculose	Tempo de atuação como agente comunitário de saúde		
	Menos de três anos (n= 82)	Três anos ou mais (n= 84)	p
	n (%)	n (%)	
A tuberculose (TB) é transmitida por aerossóis e acomete somente o pulmão. (F)	76 (92,7)	76 (90,5)	0,790
A transmissão da tuberculose se dá pela fala, pelo espirro e, principalmente, pela tosse de um doente de TB pulmonar que lança no ar gotículas contaminadas. (V)	82 (100,0)	84 (100,0)	-
A transmissibilidade da tuberculose pulmonar cai rapidamente após o início de tratamento efetivo. (V)	74 (90,2)	79 (94,1)	0,328
Ocorrendo infecção pelo bacilo da tuberculose, as pessoas com maior risco de adoecer são aquelas com a imunidade comprometida. (V)	77 (93,9)	80 (95,2)	0,458
Quanto maior a intensidade da tosse e a concentração de bacilos em um ambiente e, quanto menor a ventilação, maior será a probabilidade de infectar as pessoas presentes naquele ambiente. (V)	81 (98,8)	84 (100,0)	0,310

Fonte: Pesquisa direta pelo autor.

Na Tabela 15, há uma comparação dos acertos entre os dois grupos de ACS no tema diagnóstico da tuberculose. Nesse bloco, 135 (81,3%) participantes acertaram quatro ou cinco questões. A maioria (99,4%) respondeu que era atribuição do ACS identificar sintomáticos respiratórios na visita domiciliar, entretanto apenas 22 (13,3%) acreditaram que os contatos domiciliares sintomáticos ou não deveriam ir à unidade de saúde para avaliação.

Além disso, mais de um quarto (n= 43) dos participantes não soube identificar o local e as condições para coleta de escarro. Nessa questão, houve diferença, estatisticamente significativa entre os ACS, com maior proporção de acerto entre os que atuam há três anos ou mais na função. Já 46/164 (28,1%) não reconheceram a baciloscopia de escarro mensal como imprescindível no tratamento.

Houve acerto de todas as cinco questões acerca da prevenção da tuberculose por 123 dos profissionais. No item sobre a função da BASR no diagnóstico precoce da

doença na área, os que atuam há menos de três anos tiveram uma proporção de acerto superior ao outro grupo e estatisticamente significante, conforme Tabela 16.

Tabela 15 – Frequência de acertos nas afirmativas em relação ao diagnóstico da tuberculose dos agentes comunitários de saúde que atuavam na Saúde da Família. Fortaleza, 2011.

Diagnóstico da tuberculose	Tempo de atuação como agente comunitário de saúde		
	Menos de três anos (n= 82)	Três anos ou mais (n= 84)	p
	n (%)	n (%)	
Os sintomas clássicos da TB pulmonar são: tosse persistente, com expectoração ou não, febre, suor à noite e perda de peso. (V)	78 (95,1)	82 (97,6)	0,300
Na visita domiciliar mensal, o ACS deve identificar os sintomáticos respiratórios, perguntando se algum membro da família apresenta tosse há mais de três semanas e os sintomas além da tosse. (V)	81 (98,8)	84 (100,0)	0,310
As amostras de escarro para baciloscopia devem ser coletadas em local aberto, de preferência ao ar livre, em área externa do serviço de saúde ou em sala bem arejada com condições adequadas de biossegurança. (V)	54 (65,9)	68 (81,0)	0,019
O exame de escarro só é necessário no diagnóstico da doença, nos outros meses a consulta com o profissional médico é suficiente. (F)	58 (70,7)	60 (71,4)	0,922
Na visita domiciliar do ACS para convocação dos contatos do doente de TB, somente as pessoas que apresentem tosse, febre e/ou perda de peso devem ser avaliadas pelo médico e/ou enfermeiro. (F)	13 (15,9)	9 (10,7)	0,344

Fonte: Pesquisa direta pelo autor.

Tabela 16 – Frequência de acertos nas afirmativas a acerca da prevenção da tuberculose dos agentes comunitários de saúde que atuavam na Saúde da Família. Fortaleza, 2011.

Prevenção da tuberculose	Tempo de atuação como agente comunitário de saúde		
	Menos de três anos (n= 82)	Três anos ou mais (n= 84)	p
	n (%)	n (%)	
Na instituição das ações preventivas deve ser dada prioridade aos pacientes em tratamento efetivo há mais de 30 dias por apresentarem maior risco de transmissibilidade se comparados aos não diagnosticados (sintomático respiratório) ou aqueles nos primeiros dias de tratamento. (F)	65 (79,3)	71 (84,5)	0,199
A busca ativa de sintomático respiratório é uma medida que pode ser utilizada para descobrir casos de tuberculose pulmonar da área precocemente. (V)	82 (100,0)	79 (94,1)	0,044
A informação ao paciente sobre sua doença, a duração do tratamento, o uso diário dos medicamentos, a importância do acompanhamento do tratamento são atividades de educação importantes. (V)	82 (100,0)	82 (97,6)	0,319
É necessário perguntar sobre a presença de efeitos adversos ao tratamento antiTB (náusea, vômito, dor abdominal, urina de cor avermelhada, dor articular, dor de cabeça) nas visitas domiciliares. (V)	78 (95,1)	77 (91,7)	0,986
Na visita domiciliar do ACS, a todos os pacientes com TB deve ser perguntado se fumam ou não e àqueles que fumam devem ser aconselhados parar. (V)	79 (96,3)	79 (94,1)	1,000

Fonte: Pesquisa direta pelo autor.

Apenas 55 (33,1%) ACS acertaram quatro ou cinco questões no bloco tratamento e acompanhamento dos casos de TB. A questão de menor acerto (18,7%) tratava sobre a ficha do SIAB designada ao ACS para acompanhamento e registro mensal dos casos de tuberculose na área. Pouco mais da metade (93/164) reconheceu a recomendação de fazer a observação da tomada dos medicamentos (TDO) em local bem ventilado principalmente no primeiro mês de tratamento (ex. porta da casa, varanda...). Na Tabela 17, há a proporção de acertos dos ACS por tempo de atuação na função.

Tabela 17 – Frequência de acertos nas afirmativas acerca do tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose dos agentes comunitários de saúde que atuavam na Saúde da Família. Fortaleza, 2011.

TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO	Tempo de atuação como agente comunitário de saúde		
	Menos de três anos (n= 82)	Três anos ou mais (n= 84)	P
	n (%)	n (%)	
No tratamento da TB, a medicação é de uso diário e deverá ser administrada em uma única tomada. (V)	48 (58,5)	60 (71,4)	0,075
Com o início do tratamento adequado e uso correto de medicamentos antiTB, a transmissibilidade diminui após o 3º mês. (F)	60 (73,2)	60 (71,4)	0,896
A Ficha B-TB do SIAB serve para o cadastramento e acompanhamento mensal de pessoas com tuberculose pelo enfermeiro. (F)	15 (18,3)	16 (19,1)	0,871
Gestantes e lactantes devem utilizar medicação para o tratamento da TB, mas especial atenção deve-se ter aos efeitos adversos das drogas.(V)	69 (84,2)	75 (89,3)	0,152
Fazer a observação da tomada dos medicamentos (TDO) em local bem ventilado principalmente no primeiro mês de tratamento (ex. porta da casa, varanda) é recomendado.(V)	41 (50,0)	52 (61,9)	0,118

Fonte: Pesquisa direta pelo autor.

A média de acertos entre os participantes do estudo foi de 16,6 questões. Se fossem atribuídas notas aos acertos, a média e mediana seriam, respectivamente, 8,3 e 8,5. Houve diferenças entre as médias de acerto por tempo de atuação ($p= 0,041$), com maior média entre os que atuavam há três anos ou mais. No geral, menos de 5% (7/166) dos ACS participantes não atingiria nota sete, isto é, um percentual de 70% de acertos.

Abaixo, segue a Tabela 18 com o número de acertos por bloco temático de acordo com o tempo de atuação profissional. Utilizou-se o teste Kruskal-Wallis para comparação da média de acertos por blocos temáticos entre os grupos de ACS.

Tabela 18 – Frequência de acertos dos agentes comunitários de saúde que atuavam na Saúde da Família por bloco temático de acordo com o tempo de atuação profissional. Fortaleza, 2011.

Bloco temático	Tempo de atuação como ACS	Nº. acertos por bloco					p	
		0	1	2	3	4		5
TRANSMISSÃO	Menor que três anos	-	-	-	3	14	65	0,847
	Três anos ou mais	-	-	-	2	13	69	
DIAGNÓSTICO	Menor que três anos	-	-	1	19	29	33	0,227
	Três anos ou mais	-	-	1	10	29	44	
PREVENÇÃO	Menor que três anos	-	-	-	1	22	59	0,103
	Três anos ou mais	-	1	-	5	13	64	
TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO	Menor que três anos	2	3	27	25	24	1	0,077
	Três anos ou mais	-	2	18	34	22	7	

Fonte: Pesquisa direta pelo autor.

4.5 Potencialidades e fragilidades no controle da tuberculose

A análise da atenção à tuberculose nas equipes de Saúde da Família em Fortaleza, quanto ao acesso dos usuários ao diagnóstico e ao tratamento, às ações de controle da TB e ao grau de conhecimento dos profissionais de saúde, permitiu identificar as seguintes potencialidades:

- a) os Centros de Saúde da Família contavam com suprimento adequado de medicamentos para o tratamento da TB;
- b) os Centros de Saúde da Família dispunham de insumos (potes de escarro) para a realização das baciloscopias de controle;
- c) os usuários portadores de TB conseguiam falar com os mesmos profissionais de saúde se tinham alguma dúvida sobre o tratamento;
- d) os usuários eram bem atendidos e os profissionais de saúde respondiam as perguntas dos usuários de forma clara;
- e) havia disponibilidade dos profissionais nas unidades de saúde sempre que eram procurados pelos usuários;
- f) o exame HIV/aids era solicitado por cerca de 90% dos profissionais;

- g) os usuários afirmaram receber informações sobre sintomas, transmissão e tratamento da doença;
- h) a proporção de acerto das questões sobre tuberculose por parte dos enfermeiros e médicos foi em média superior a 70%;
- i) a maioria (159/166) dos ACS atingiu um percentual de acerto superior a 70% nos temas abordados sobre tuberculose.

Quanto às fragilidades, foi possível identificar que:

- a) as equipes não contavam com cesta básica ou auxílio alimentação como incentivos à adesão dos pacientes ao tratamento;
- b) existia heterogeneidade no fornecimento de vale transporte entre as ESF;
- c) o tratamento supervisionado não era prática das ESF;
- d) o intervalo entre os primeiros sintomas da tuberculose (tosse e febre) e a procura por atendimento no CSF variou de dois dias a um ano;
- e) a procura por atendimento era espontânea;
- f) nas visitas dos ACS antes do diagnóstico de TB o questionamento sobre a presença de alguma pessoa da casa com tosse não era rotina;
- g) o controle diário de faltosos e o preenchimento dos instrumentos de vigilância preconizados pelo Programa Nacional de Controle da TB (ficha de notificação de caso, livros de registro de sintomáticos respiratórios e de tratamento e acompanhamento dos casos) são atividades mais desenvolvidas pela categoria de enfermeiros;
- h) Menos da metade dos enfermeiros e médicos entrevistados interrogava sobre tosse na anamnese, quando este sintoma não era o motivo da consulta;
- i) não havia alguém responsável na sala de espera por observar e/ou perguntar se os clientes apresentavam tosse;
- j) não havia grupos de doentes de TB nas unidades de saúde;
- k) poucos enfermeiros e médicos conheciam as pessoas que moravam com os doentes de TB;
- l) poucos enfermeiros e médicos conversavam sobre a doença, o tratamento e outros problemas de saúde com os familiares dos doentes;
- m) baixa realização de exames para investigação da doença nas pessoas que moram com os doentes de TB (exame de escarro e/ou raio X e/ou PPD);

- n) poucas propagandas, campanhas, trabalhos educativos para informar a comunidade sobre a TB ou trabalhos com instituições (Igrejas, Associações de Bairro, abrigos ...) para identificar sintomáticos respiratórios (SR);
- o) baixa prática de busca de sintomáticos respiratórios (SR) na comunidade (entrega do pote para coleta de escarro);
- p) conhecimento insatisfatório de enfermeiros e médicos em duas das cinco questões acerca do tratamento e acompanhamento da tuberculose;
- q) mais de 80% dos ACS assinalaram que na visita domiciliar desse profissional para convocação de contatos, somente as pessoas que apresentassem tosse, febre e/ou perda de peso deveriam ser encaminhados aos enfermeiros e médicos;
- r) a proporção de ACS que acertou a função da ficha B – TB foi inferior a 20%;
- s) pouco mais de metade (93/166) dos ACS assinalou corretamente a recomendação de um local adequado do domicílio do doente para acompanhamento da ingestão da medicação durante o primeiro mês de tratamento.

5 DISCUSSÃO

O processo de atenção à tuberculose deve estar em consonância com os atributos da Atenção Primária à Saúde. Tanto a operacionalização das ações por parte dos profissionais de saúde, como o recebimento dos serviços pela população relacionam-se com o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.

A maioria (78,1%) dos usuários entrevistados em Fortaleza afirmou conseguir uma consulta relacionada ao diagnóstico da TB em até 24 horas, valor próximo (69,8%) ao encontrado por Bataiero (2009) na Subprefeitura da Sé, em São Paulo. A origem de boa parte da demanda foi espontânea e 83,3% passaram por até duas consultas para ter o diagnóstico. No estudo de Bataiero (2009), 54,7% dos usuários foram diagnosticados no mesmo dia em que procuraram o serviço e a mesma proporção procurou o serviço em até uma semana após o início dos sintomas. Em Fortaleza, a média de tempo entre os primeiros sintomas da tuberculose (tosse e febre) e a procura por atendimento no CSF foi de nove semanas. Isso significa agravamento da doença, piora do prognóstico e maiores oportunidades de transmissão, dificultando o controle.

A distância geográfica não representou uma barreira ao acesso dos doentes aos Centros de Saúde da Família, mas houve perdas importantes nos dias de trabalho. A demora em buscar os serviços de saúde ou a não identificação de sintomáticos respiratórios pelas equipes foram obstáculos ao diagnóstico precoce da doença.

Todos os 32 usuários entrevistados pertenciam à área adscrita de alguma equipe dos CSF selecionados e, dos 17 (53,1%) pacientes que eram visitados pelos ACS antes do diagnóstico de TB, somente 4/17 (23,5%) foram indagados por esses profissionais sobre a presença de alguma pessoa da casa com tosse. É preconizado que o ACS realize pelo menos uma visita por mês para cada família. Não foi realizada a identificação de sintomáticos respiratórios (SR) nos domicílios visitados. Entretanto, 89,6% dos profissionais enfermeiros e médicos acreditavam que os ACS de suas equipes realizavam busca ativa de SR na visita domiciliar de rotina, interrogando sobre tosse e sua duração. A identificação do SR na visita domiciliar de rotina do ACS e seu encaminhamento à equipe são fundamentais para uma mudança de cenário da TB em Fortaleza.

Nas consultas de acompanhamento do tratamento, todos os usuários disseram que quase sempre ou sempre eram indagados sobre a tomada da medicação, 87,5% deles declararam que os profissionais perguntavam sobre os medicamentos

utilizados e 78,1% sobre outros problemas de saúde. Corroboram com esses dados a pesquisa de Bataiero (2009), em que 92,4% dos usuários receberam informações sobre os medicamentos utilizados no tratamento, 86,7% sobre a enfermidade e o tratamento e 39,5% sobre outros temas de saúde; de Arcêncio (2008), que evidenciou concordância entre doentes e profissionais na explicação sobre os medicamentos de TB e na investigação do uso; e de Curto (2009), em que teve o mesmo padrão de respostas entre doentes de TB e profissionais que avaliaram de maneira satisfatória o oferecimento de informações sobre TB, seu tratamento e até o diálogo sobre outras doenças.

O seguimento da adesão medicamentosa ao tratamento pela ESF deve ir além das consultas. O TDO deve ser implementado, na unidade de saúde ou domicílio, pois não há como prever até quando a adesão do paciente irá durar.

A entrega da medicação antiTB durante o tratamento foi considerada constante pelos usuários. Na pesquisa de Marcolino (2007), em um município da Paraíba, apenas 64,6% dos profissionais da ESF entrevistados mencionaram ter suprimento e oferta adequada de medicamentos para o tratamento da TB.

Quase todos (96,9%) os doentes de TB eram atendidos pelos mesmos profissionais enfermeiros e/ou médicos e consideravam que eles respondiam às suas dúvidas sobre o tratamento. Entretanto, 11 (34,4%) dos usuários nunca ou quase nunca receberam visita pelo menos mensal do ACS, não garantindo a comunicação do serviço de saúde na área. Em pesquisa realizada em um Centro de Saúde de Fortaleza há uma década, os usuários apontaram filas e preenchimento de formulários como fatores que inviabilizavam um atendimento fluente e de qualidade (LIMA, 2001). No estudo atual, realizado em 2011, observou-se uma melhoria do acesso ao tratamento do caso índice nas Unidades de Saúde, apesar do acompanhamento domiciliar pelo ACS, uma atribuição de sua função, ter ficado aquém do recomendado.

É importante informar que não houve disparidade nas respostas entre enfermeiros e médicos da mesma equipe, demonstrando concordância e uniformidade da prática nos locais de trabalho.

Na análise da Tabela 6, nota-se que a oferta de coletores para exame de baciloscopia de escarro para o acompanhamento mensal do tratamento, de acordo com usuários e profissionais, foi, respectivamente, de 75% e 87,5%. Em comparação com a frequência na Subprefeitura da Sé, obteve-se respectivamente 92,4% e 90% (BATAIERO, 2009). Em Ribeirão Preto, também houve concordância entre os doentes e os trabalhadores dos Centros de Referência com a realização da baciloscopia de

controle com nível satisfatório (ARCÊNCIO, 2008). O estudo de Marcolino (2007) corrobora com os resultados apresentados, 73,3% dos entrevistados mencionaram que sempre dispõem de coletores. Os insumos para monitorar a adesão ao tratamento estavam disponíveis nos CSF pesquisados.

Quando perguntados sobre o recebimento de cesta básica e vale transporte, respectivamente, 100% e 75% dos usuários, nunca ou quase nunca receberam. Apenas sete (21,9%) referiram fornecimento regular de vale transporte. As proporções das respostas dos profissionais de saúde sobre o fornecimento desses incentivos foram, respectivamente, de 81,3% e 50%, isto é, menos profissionais estavam cientes de que o CSF não estava fornecendo cestas básicas e vale transporte. Esse distanciamento pode estar relacionado a não participação direta na entrega desses insumos. O fornecimento irregular desses incentivos também ocorreu entre os usuários da Subprefeitura da Sé, quase metade (49%) dos usuários referiu recebê-los (BATAIERO, 2009). Em Bayeux (PB), 76,8% dos profissionais da ESF entrevistados referiram que não existe nenhum tipo de auxílio deslocamento para o doente realizar consultas e 85,3% que o município não dispõe de cestas básicas ou vale alimentação para incentivar a adesão terapêutica (MARCOLINO, 2007). Em um estudo realizado em Ribeiro Preto, foi observada divergência entre os entrevistados na oferta de vale transporte, em que os profissionais categorizaram como satisfatório, enquanto os doentes referiram como insatisfatório (ARCÊNCIO, 2008). A falta de apoio para o deslocamento pode inviabilizar o tratamento supervisionado na unidade de saúde e/ou a realização de consultas ou exames complementares necessários para o tratamento da doença, pois, em geral, o paciente não dispõe de recursos para esse transporte.

Um fator importante a considerar é o aporte nutricional ao portador de TB, fato extremamente relevante para o sucesso do tratamento. Deve-se ter um cuidado especial com a alimentação nutritiva, de modo a preservar a imunidade do paciente, pois caso este aporte seja deficiente, a recuperação torna-se lenta e árdua, favorecendo a exacerbação das reações medicamentosas (ARCÊNCIO, 2006). Por este ângulo, a cesta básica não é apenas um incentivo, mas também insumo para promover a melhora e cura do paciente em tratamento.

Houve concordância entre usuários e profissionais quanto ao acompanhamento nos Centros de Saúde. Eles afirmaram que era oferecida consulta regular mensal de controle da tuberculose e que havia disponibilidade dos profissionais sempre que os usuários os procuravam na unidade de saúde, bem como nunca ou quase

nunca ocorreram grupos de doentes de TB nesses locais. No estudo realizado na Subprefeitura da Sé, 64,1% dos usuários nunca participaram de grupos com portadores de TB (BATAIERO, 2009). Nas equipes de Saúde da Família, havia oferta de consulta mensal pelos profissionais. No entanto, a estratégia de grupo de doentes de TB, para abordar temas comuns aos pacientes em tratamento, trocar experiências entre eles e proporcionar momentos de convivência, poderia contribuir para redução do estigma da doença e fortalecer a adesão ao tratamento.

A maioria dos usuários afirmou que quase sempre ou sempre os profissionais de saúde pediam informações sobre as condições de vida e as enfermidades dos familiares dos pacientes. Entretanto, quando indagados se os enfermeiros e médicos conheciam os familiares dos doentes, usuários e profissionais (respectivamente 53,1% e 39,6%) disseram que nunca ou quase nunca eles os tinham visto. Houve divergência também sobre a abordagem da doença e do tratamento com os familiares dos usuários, pois 53,1% dos usuários informaram que nunca ou quase nunca os profissionais conversavam sobre esses temas, ao passo que 66,7% dos profissionais participantes asseguraram que realizavam tais ações. Em Ribeiro Preto, os doentes atribuíram escores insatisfatórios à abordagem das condições de vida da família pelos profissionais dos Centros de Referência, bem como no diálogo com a família sobre outros problemas (ARCÊNCIO, 2008). Já no trabalho realizado por Curto (2009), na mesma cidade, nas unidades de saúde com equipes especializadas do PCT, tanto os doentes como os profissionais de saúde avaliaram como satisfatório o controle de comunicantes e a busca de sintomáticos respiratórios, apesar da divergência no conhecimento dos contatos domiciliares pelos profissionais. A realização de visitas aos domicílios dos pacientes diagnosticados pelos profissionais enfermeiros e/ou médicos é uma oportunidade de conhecer o modo de vida daquela família, aproximar-se da realidade social e econômica e de fatores que poderão influenciar no sucesso do tratamento, e avaliar os contatos. Essa atitude constrói vínculo com as famílias adscritas, um atributo da Saúde da Família/ Atenção Primária à Saúde.

Na investigação dos contatos intradomiciliares, os grupos apresentaram discordância. Embora, 62,5% dos usuários afirmaram que nunca ou quase nunca eram realizados exames de investigação nos contatos (escarro e/ou raio-x e/ou PPD), 79,2% dos profissionais declararam que quase sempre ou sempre eram feitos. Os achados nesta pesquisa divergem dos encontrados por Bataiero (2009), em que a maioria dos usuários e profissionais afirmou, respectivamente, que eles sempre (75,4% e 82,5%) realizavam

ações de investigação de contatos, como visitas, consultas e exames. No estudo do mesmo autor, houve discordância na realização da prova tuberculínica e controle de comunicantes, em que os trabalhadores dos Centros de Referência referiram níveis satisfatórios às ações de controle, todavia na avaliação dos doentes houve insatisfatório acesso. Em São José do Rio Preto, um trabalho demonstrou que as ações de controle de comunicantes de doentes de tuberculose não eram incorporadas pelos profissionais de saúde, como uma atividade de vigilância à saúde (GAZETTA, 2004). Hartwig et al. (2008) evidenciaram, em Mato Grosso, que a normatização do exame de contatos de pacientes com TB não foi suficiente para garantir que esse grupo fosse priorizado pelos serviços de saúde. No estudo de Hashim et al. (2003), foram estudadas atitudes e práticas de trabalhadores de saúde estudados, escores elevados de conhecimento sobre a tuberculose (TB) foram significativos na atitude de investigação de contatos. O tratamento completo do caso índice não representa controle da tuberculose naquele domicílio. Há que ser excluída a possibilidade de tuberculose infecção naquele família com a investigação de contatos, pois pode ter havido transmissão antes do início do tratamento do paciente índice, uma vez que foi identificado nesse estudo um intervalo grande entre o início dos sintomas e o diagnóstico de TB.

Na atenção à comunidade, a maioria dos usuários (93,8%) e dos profissionais (75,0%) afirma que nunca ou quase nunca havia propagandas, trabalhos educativos realizados pelos profissionais de saúde para informar a comunidade sobre a TB. Tais atividades podem favorecer o acesso ao diagnóstico precoce da TB na área dos Centros de Saúde da Família. A atividade de Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios na comunidade ou em parceria com outras instituições, segundo todos os usuários, nunca ou quase nunca era realizada. A maioria dos profissionais (72,9%) concordou que eles não a realizavam. Menos que 15% dos trabalhadores entrevistados informaram que quase sempre ou sempre realizavam esta atividade que favorece o diagnóstico da tuberculose ativa. Em um município de médio porte do sul do país, as ações de busca de casos de TB eram desenvolvidas por meio das visitas domiciliares realizadas predominantemente pelos ACS (CARDOZO-GONZALES et al., 2011). Monroe et al. (2008) relacionaram dificuldade em realizar a busca de sintomáticos respiratórios a algumas equipes que não estavam sensibilizadas e preparadas para detectar sinais e sintomas da TB.

No trabalho de Curto (2009), foi observada divergência na realização de atividades extra muro para controle da tuberculose, sendo que os doentes avaliaram

como insatisfatório e os profissionais do PCT entre regular e satisfatório. Esses dados corroboram com os achados de Muniz et al. (2005) e Gazetta (2004) de detrimento das práticas preventivas e de diagnóstico precoce da TB. A detecção de casos entre os sintomáticos respiratórios (SR) e contatos, principalmente, de casos bacilíferos e crianças ainda não é uma atitude permanente do cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (NOGUEIRA et al., 2007). Arcêncio (2008) revelou reduzido investimento nas atividades preventivas, uma vez que a busca ativa de SR não era realizada de forma sistemática. Em um estudo, em 2005, em Guarulhos (SP), sobre Busca Ativa de TB na demanda dos serviços de saúde, concluiu-se que a organização dos serviços priorizava a consulta médica e as atividades dela decorrentes (SANTOS, 2007). Constatando-se, deste modo, que o trabalho organizava-se sob a lógica das condições agudas (MENDES, 2002). Para Campinas e Almeida (2004), a SF está em construção e apresenta dificuldades para atender à demanda que chega à sua porta e ainda longe de tornar factível a busca ativa da tuberculose no território. As equipes de SF para alcançar os objetivos de controle da tuberculose devem ampliar as ações voltadas à comunidade. Para isso é necessário conhecer a realidade da população adscrita, elaborar um plano local de saúde, iniciando o trabalho nas áreas cobertas por ACS com a identificação de sintomáticos respiratórios.

A vigilância dos agravos na área das equipes de Saúde da Família é essencial para o controle e mudança do perfil epidemiológico. Em Recife, o simples mapeamento de casos de retratamento e de domicílios com ocorrência de casos repetidos permitiu direcionar a atenção à tuberculose a microáreas prioritárias e carentes de intervenções intensivas, como forma de enfrentar o problema da tuberculose com emprego racional de recursos (SOUZA et al., 2005).

A descentralização das ações de controle da TB para o âmbito das ESF vem se estabelecendo, porém permanecem lacunas que inviabilizam a atenção continuada dos pacientes e seus familiares (MARCOLINO, 2007; CAVALCANTE, 2006).

A idade média de enfermeiros e médicos nesse estudo foi de $38,4 \pm 9,5$ anos. Os profissionais atuavam na Saúde da Família em média há oito anos, com desvio padrão de 3,8 anos. Dados semelhantes foram encontrados em Vitória (MACIEL et al., 2009). Em Fortaleza, havia relação estável de vínculo empregatício. Isso possibilita a construção de vínculo com a comunidade e conhecimento dos problemas mais prevalentes, elaboração de planos de intervenção, a partir da situação de saúde a fim de interromper a transmissão da tuberculose, para mudança do cenário local.

O grau de conhecimento de enfermeiros e médicos sobre transmissão, diagnóstico, prevenção, tratamento e acompanhamento da tuberculose atingiram médias, respectivamente, de $14,5 \pm 1,8$ e $15 \pm 2,2$ em 20 questões. Entretanto, houve alguns temas importantes com níveis de acerto insatisfatórios. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre as duas categorias profissionais. O estudo de Maciel et al. (2009), em Vitória, sobre o conhecimento de enfermeiros e médicos acerca da prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose demonstrou que ambas as categorias possuíam conhecimento adequado. Um estudo realizado na Etiópia mostrou que, além da formação dos profissionais, a supervisão do tratamento foi uma intervenção importante para melhorar a qualidade da prestação do cuidado e a adesão do paciente ao tratamento (MENGISTE et al., 2009). Os profissionais possuem conhecimento para operacionalizar as ações de controle da tuberculose no âmbito da APS. No entanto, a supervisão do processo de trabalho é necessária para implementação ou ampliação das ações desenvolvidas pelos profissionais nas áreas adscritas.

Não houve diferenças estatisticamente significantes por idade, tempo de atuação e duração de treinamento no grau de conhecimento entre os pesquisados. No Iraque, em um estudo realizado com 500 trabalhadores de saúde, o conhecimento sobre tuberculose esteve associado com a idade (maior de 30 anos), tempo de serviço (mais de 10 anos) e à escolaridade (nível superior) (HASHIM et al., 2003).

A maioria (87,5%) acertou a forma de transmissão da doença e (85,1%) identificou o período de maior risco de transmissão e de incubação. Proporções semelhantes foram observadas por Maciel et al. (2009) e Hashim et al. (2003). Entretanto apenas 64,6% marcaram corretamente que a TB pulmonar e laríngea são classificadas como doenças de transmissão aérea e requerem medidas administrativas e ambientais que diminuam o risco de transmissão da doença. O erro nessa questão pode estar relacionado ao não reconhecimento da TB laríngea como de transmissão aérea. Um estudo realizado em hospital terciário de Fortaleza envolvendo profissionais de saúde responsáveis pela assistência, evidenciou que 107/159 (67,2%) desconheciam a transmissão da TB pulmonar e laríngea por aerossóis e 109/159 (68,5%) desconheciam as formas clínicas da doença que requerem isolamento respiratório (PIRES NETO, 2010).

A maioria dos participantes (95,8%) marcou corretamente que crianças de até cinco anos fazem parte do grupo prioritário no processo de avaliação e tratamento de ILTB. Além do resultado da PT, a sua correta interpretação é importante para a tomada

de decisões a respeito das indicações do tratamento da ILTB. A indicação do uso da isoniazida para tratamento da ILTB depende de três fatores: a idade, a probabilidade de ILTB e o risco de adoecimento (BRASIL, 2010a). Menos da metade (49,0%) assinalou corretamente que em crianças vacinadas há menos de dois anos considera-se sugestivo de infecção PT igual ou superior a 10 mm. Esse desconhecimento deve estar relacionado com a não realização da investigação de contatos na rotina dos profissionais.

O tratamento da ILTB com isoniazida (H) reduz em 60 a 90% o risco de adoecimento (BRASIL, 2010a). Houve duas questões com menos de um terço de acerto abordando a prevenção da infecção tuberculose em recém nascidos coabitantes de caso índice. No período pós-natal, a transmissão pode ocorrer por meio do contato intradomiciliar do recém-nascido com indivíduos com TB pulmonar bacilífera. Nesse caso, o recém nascido não é vacinado com BCG. A isoniazida é administrada por três meses e, após esse período, faz-se a prova tuberculínica (PT). Se o resultado da PT for igual ou maior que cinco mm, o tratamento deve ser mantido por mais três meses; caso contrário, interrompe-se o uso da isoniazida e vacina-se com BCG. Como a BCG é administrada nas maternidades, essa é uma prática mais difícil de ser implementada, pois necessita-se de intervenção em dois níveis diferentes de atendimento.

Em 2009, o PNCT, baseando-se nos resultados preliminares do II Inquérito Nacional de Resistência aos medicamentos antiTB, que mostrou aumento da resistência primária à isoniazida (de 4,4 para 6,0%), introduziu o Etambutol, como quarto fármaco, na fase intensiva de tratamento (dois primeiros meses) do Esquema Básico. Assim, seguiu-se a recomendação e a apresentação farmacológica preconizadas pela OMS e utilizadas na maioria dos países, em comprimidos de doses fixas combinadas dos quatro medicamentos (RHZE) – Rifampicina (R), Isoniazida (H), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E), nas seguintes dosagens: R 150 mg, H 75 mg, Z 400 mg e E 275 mg. Ressaltando-se que permanece o esquema RHZ para as crianças (abaixo de 10 anos). Apenas 13 (27,1%) dos participantes julgaram corretamente essa questão do bloco tratamento e acompanhamento. O erro pode ter sido induzido pelo enunciado que constava idade a partir de cinco anos para o esquema RHZE ou significar que poucos casos de TB em crianças são tratados no âmbito da APS de Fortaleza.

Um pouco mais da metade (56,3%) assinalou corretamente a questão sobre a conduta em casos de retratamento. Para todos eles deve ser solicitada cultura, identificação e teste de sensibilidade, iniciando-se o tratamento com o Esquema Básico,

até o resultado desses. O paciente que retorna ao sistema após abandono deve ter sua doença confirmada por nova investigação diagnóstica por baciloscopia, devendo ser solicitada, como todo caso de retratamento, cultura, identificação e teste de sensibilidade, antes da reintrodução do tratamento antiTB básico. Os casos que evoluem para falência do tratamento devem ser criteriosamente avaliados quanto ao histórico terapêutico, adesão aos tratamentos anteriores e comprovação de resistência aos medicamentos. Os casos com resistência comprovada receberão o Esquema Padronizado para Multirresistência ou Esquemas Especiais individualizados segundo a combinação de resistências apresentadas pelo teste de sensibilidade (BRASIL, 2010a).

O grau de conhecimento dos ACS acerca dos temas abordados sobre tuberculose foi satisfatório. A média do total de questões corretas foi maior e estatisticamente significativa dos ACS que atuavam há três anos ou mais em relação aos que tinham tempo de serviço menor. Maciel et al. (2008) observaram que o maior tempo na atividade de ACS estava relacionado à maior compreensão da tuberculose e à realização de atividades relacionadas ao controle da doença.

O tempo na função de ACS igual ou maior há três anos foi significativo na participação em treinamentos sobre tuberculose, embora a maioria dos treinamentos tenha ocorrido nos últimos dois anos de trabalho.

No tema transmissão da tuberculose, todos identificaram corretamente a via de transmissão da doença e a proporção de acerto de todas as questões do tema foi maior que 90%. Em Vitória, menos da metade dos agentes comunitários de saúde (47,6%; 50/105) possuíam conhecimento de que a veiculação de *M. tuberculosis* se dava através do ar, a partir da tosse, fala ou espirro de um indivíduo doente (MACIEL et al., 2008).

Sobre a visita mensal do ACS, 99,4% reconheceram sua atribuição na identificação de SR. Na entrevista com os doentes de TB, apenas 17 (53,1%) eram visitados pelo ACS antes do diagnóstico de TB e somente quatro (12,5%) foram indagados sobre tosse. Houve diferença significativa e menor acerto dos ACS que atuavam há menos de três anos na identificação das condições e locais para a coleta de escarro. Isso pode dificultar a atividade de BASR e oferecer risco à saúde do profissional. Fica nítida a diferença entre o conhecimento e aplicação prática na busca de sintomáticos respiratórios.

Na visita domiciliar para convocação de contatos para avaliação do enfermeiro e/ou médico, 86,7% dos ACS erraram os critérios. Apenas 18,7% deles

acertaram a questão que tratava sobre a Ficha B-TB, instrumento para registrar o monitoramento dos casos na microárea. Se o acompanhamento domiciliar dos casos de TB é realizado pelos ACS, a maioria não conhece o instrumento apropriado para registrá-lo.

Quanto ao local adequado para observar a tomada da medicação no domicílio, pouco mais da metade dos ACS o reconheceu. Quando os doentes da pesquisa foram perguntados sobre a forma de acompanhamento do tratamento, apenas 9,4% tinham acompanhamento da ingestão da medicação, que era supervisionada pelo ACS no domicílio. Entretanto não se classifica como tratamento supervisionado, já que era realizada de uma a duas vezes por semana. A observação da tomada de medicamentos deverá ser feita diariamente, de segunda a sexta-feira, mas, para fins operacionais, serão considerados em tratamento diretamente observado (TDO) aqueles doentes com 24 doses supervisionadas na primeira fase do tratamento e 48 doses supervisionadas na segunda fase (BRASIL, 2010a). Segundo Maciel et al. (2008), quanto à “supervisão do tratamento de tuberculose”, cerca da metade dos agentes comunitários de saúde (52/105; 49,5%) demonstrou conhecer esta atividade. A supervisão da ingestão da medicação e a preocupação do ACS com a saúde dos contatos são ações que ampliam o acesso ao tratamento da tuberculose na área de abrangência.

Nesse estudo, limitou-se ao conhecimento dos ACS acerca da tuberculose. Sugere-se avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS relacionadas às suas atribuições no controle da tuberculose para identificar possíveis falhas na atenção aos doentes, às famílias e à comunidade da área de abrangência por meio de um estudo da qualidade da atenção prestada na realização desta ação estratégica prioritária.

O presente trabalho apresentou algumas limitações em etapas distintas de seu desenvolvimento. Embora a seleção dos Centros de Saúde da Família (CSF) tenha sido aleatória, foram incluídos no sorteio somente os dois CSF com maior número de casos no primeiro trimestre de 2011, por existir maior probabilidade de encontrar doentes em tratamento. Por outro ângulo, esses CSF podem ter mais casos, pois realizam menos atividades preventivas. Já os profissionais pesquisados nestes CSF podem ser diferentes quanto ao nível de conhecimento acerca da tuberculose e à operacionalização das ações de controle da doença, por ser um problema mais frequente nesses locais.

A participação no estudo é outro fator importante. Os profissionais que não participaram (oito enfermeiros, oito médicos e 147 ACS) podem ter conhecimento

diferente dos que aqueles estudados, bem com as ações desenvolvidas no controle da TB serem distintas.

A amostra de usuários portadores de TB em tratamento atingiu apenas 32 participantes pela dificuldade em encontrar os doentes em tratamento. No período da coleta com essa população, algumas consultas mensais já haviam sido realizadas, mas a maior parte não foi encontrada nas datas previamente informadas pelos enfermeiros dos Centros de Saúde. Foram realizadas até quatro visitas por CSF para este fim. Havia cinco CSF em que não havia dia específico para o atendimento de TB. O aprazamento do retorno do usuário era conforme a quantidade de medicação entregue na consulta anterior. Segundo os próprios enfermeiros, eles faltavam na data, pois comparecendo posteriormente eram atendidos pelo profissional. Nos outros três CSF, ACS foram enviados aos domicílios e agendaram novas datas.

Existe um viés de seleção dos doentes, uma vez que os pacientes que participaram da pesquisa foram os que estavam em tratamento e compareceram às consultas agendadas, vieram até o serviço. Não foram entrevistados os usuários portadores de TB faltosos, que poderiam apresentar respostas diferentes dos incluídos no estudo.

Nos instrumentos de coleta utilizados para medir conhecimento acerca da tuberculose, nos temas abordados nos enunciados, utilizou-se as opções de verdadeiro ou falso, com probabilidade de acerto ao acaso de 50%. O conhecimento teórico é necessário, mas não suficiente para a prática profissional adequada.

6 CONCLUSÕES

Os profissionais de saúde eram predominantemente do sexo feminino e tinham, em média, 38,4 a 40,1 anos de idade.

O atendimento prestado pelos enfermeiros e médicos aos usuários portadores de TB foi considerado satisfatório, informativo e esclarecedor de questionamentos sobre a doença e o tratamento.

Inexistência de estímulos para aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento, como cesta básica, vale transporte e grupo de doentes.

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) não é realizado e, na visita domiciliar do ACS, a Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios (BASR) e a convocação de contatos para investigação não fazem parte da rotina.

Os profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família apresentaram bom nível de conhecimento acerca da tuberculose.

As fragilidades no controle da tuberculose na área das equipes estudadas envolvem as ações voltadas às famílias e à comunidade (como exame e investigação de contatos domiciliares, trabalhos educativos sobre TB, identificação de SR) e comprometem o acesso ao diagnóstico precoce da doença.

7 RECOMENDAÇÕES

Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios (BASR) nas visitas domiciliares dos ACS com supervisão regular da ESF e nas Unidades de Saúde.

Estimular ao uso da ficha B-TB pelo ACS para acompanhamento dos casos de TB, com supervisão pelo enfermeiro.

Tratamento Diretamente Observado (TDO) deve ser aplicado a todos os casos no território.

Organização do fluxo para realização da BASR (solicitação, coleta, entrega, armazenagem, laboratório, resultado, livro de registro).

Ações e insumos de incentivos à adesão ao tratamento devem ser assegurados, como auxílio alimentação, cesta básica, auxílio transporte, grupo de doentes e controle diário de faltosos.

Convocação e investigação da tuberculose (exame de escarro e/ou raio-X e/ou PPD) nos contatos domiciliares.

Realização de ações preventivas (trabalhos educativos para informar a comunidade sobre a TB ou para identificar SR, entrega do pote para coleta de escarro) para aumentar o acesso ao diagnóstico precoce da doença.

REFERÊNCIAS

ANGER, H.A. PROOPS, D. HARRIS, T.G. KREISWIRTH, B.N. SHASHKINA, E. AHUJA, S.D. Active case finding and prevention of tuberculosis among a cohort of contacts exposed to infectious tuberculosis cases in New York City. **Clin Infect Dis**, v. 54, n. 9, p. 1287-1295, maio, 2012.

ARCÊNCIO, R. A. **A organização do Tratamento Supervisionado nos municípios prioritários do Estado de São Paulo**. 2006. 140 f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

_____. **A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto (2007)**. 141 f. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

BATAIERO, M. O. **Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para a tuberculose: dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde**. 2009. 249 f. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria das Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano de controle da tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 5. ed. – Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002. 236 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 648**, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. **(2006a)** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 12 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Pneumologia Sanitária. **Manual de Normas para o controle da Tuberculose**. 7 ed., Brasília, 2006. **(2006b)**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: **Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 195 p. **(2008a)**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de informação de Agravos de Notificação. **Indicadores de morbidade e fatores de risco. Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. **(2008b)** Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2008/d0202.def>>. Acesso em: 06 out. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose: **Situação da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. [Slides de apresentação institucional].

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (2010a)

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Primeiros resultados do Censo 2010**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. (2010b) Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_ceara.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Eletrônico Epidemiológico. **Os casos de retratamento de tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (2010c)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool* - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (2010d)

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sala de Situação em Saúde. Ações em Saúde. Saúde da Família**. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 15 jan. 2011. (2011a)

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010 – 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (2011b)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Brasil reduz casos novos de tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (2011c) Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12351>. Acesso em: 24 mar. 2012.

CAMPINAS, L. L. S. L. ALAMEIDA, M. M. M. B. Agentes Comunitários de Saúde e o acolhimento aos doentes com tuberculose no Programa Saúde da Família. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 12, n. 3, p. 145-154, 2004.

CARDOZO-GONZALES, R. I. COSTA, L. M. PEREIRA, C. S. PINHO, L. B. LIMA, L. M. SOARES, D. M. D. RODRIGUES, K. M. R. KRONING, C. S. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família. **Revista de Enfermagem e Saúde**, Pelotas (RS), v. 1, n. 1, p. 24-32, jan./mar. 2011.

CASTELO-FILHO, A. KRITSKI, A. L. BARRETO, A. W. LEMOS, A. C. M. RUFFINO-NETTO, A. GUIMARÃES, C. A. et al. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: diretrizes brasileiras para tuberculose 2004. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, Suppl 1, p. S57-86, 2004.

CASTRO, L. B. **Perfil epidemiológico dos casos notificados de tuberculose em um Centro de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará, 2007-2008**. 2009. 50f. Monografia (Especialização em Saúde da Família e Comunidade), Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

CAVALCANTE, M. G. S. SAMICO, I. FRIAS, P. G. VIDAL, S. A. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 4, 2006.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Núcleo de Epidemiologia. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. **Informe Epidemiológico Tuberculose**. Ceará: Secretaria da saúde, fev. 2012. 8 p.

CURTO, M. **Atenção individual, enfoque familiar e orientação à comunidade nas ações de controle da tuberculose na percepção de diferentes atores – Ribeirão Preto, SP (2007)**. 2009. 95 f. Dissertação (Mestrado), Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

FAÇANHA, M. C. MELO, M. A. VASCONCELOS, F. F. SOUSA, J. R. P. PINHEIRO, A. S. PORTO, I. A. PARENTE, J. M. Treinamento da equipe de saúde e busca ativa na comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 449-454, maio, 2009.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. VILLA, T. C. S. SCATENA, L. M. GONZALES, R. I. C. RUFFINO-NETTO, A. NOGUEIRA, J. A. OLIVEIRA, A. R. ALMEIDA, S. A. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 825-883, 2009.

Fundo Global Tuberculose – Brasil. **Dados epidemiológicos**. Disponível em: <<http://www.fundoglobaltb.org.br>>. Acesso em: 15 set. 2009.

GAZETTA, C. E. **Controle dos comunicantes dos doentes de tuberculose: ações realizadas no Programa de Controle da Tuberculose, no município de São José do Rio Preto-SP, 2004**. 2004. 175 f. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

HARTWIG, S. V. IGNOTTI, E. OLIVEIRA, B. F. A. PEREIRA, H. C. O. SCATENA, J. H. Avaliação da vigilância de contatos de casos novos de tuberculose no Estado de Mato Grosso – Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 298-303, 2008.

HASHIM, D. S. AL KUBAISY, W. AL DULAYNE, A. Knowledge, attitudes and practices survey among health care workers and tuberculosis patients in Iraq. **East. Mediterr. Health J.**, v. 9, p. 718-731, 2003.

HIJJAR, M. A. GERHARDT, G. TEIXEIRA, G. M. PROCOPIO, M. J. Retrospecto do Controle Da Tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 50-58, 2007.

LIMA, M. B. MELLO, D. A. MORAIS, A. P. P. SILVA, W. C. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Ago. 2001.

MACIEL, E. L. N. VIEIRA, R. C. A. MILANI, E. C. BRASIL, M. FREGONA, G. DIETZE, R O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1377-1386, jun. 2008.

MACIEL, E. L. N. ARAUJO, W. K. GIACOMIN, S. S. JESUS, F. A. RODRIGUES, P. M. DIETZE, R. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, p. 1395-1402, 2009.

MARCOLINO, A. B. L. **Ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família no município de Bayeux – PB: avaliação dos componentes acesso e elenco de serviços.** 2007. 108 f. Dissertação (Mestrado), Centro de Ciências da saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS.** Ceará: Escola de Saúde Pública, Ceará, 2002.

MENGISTE, M. M. Quality of tuberculosis care and its association with patient adherence to treatment in eight Ethiopian districts. **Health Policy Plan**, v. 24, n. 6, p. 457-466, 2009.

MONROE, A. A. **O envolvimento de gestores e equipes de saúde com o controle da tuberculose em municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005).** 2007. 177 f. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MONROE, A. A. GONZÁLES, R. I. C. PALHA, P. F. SASSAKI, C. M. RUFFINO-NETTO, A. VENDRAMINI, S. H. F. VILLA, T. C. S. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 262-267, 2008.

MOREIRA, C. M. M. ZANDONADE, E. LACERDA, T. MACIEL, E. L. N. Sintomáticos respiratórios nas unidades de atenção primária no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1619-1626, ago. 2010.

MUNIZ, J. N. PALHA, P. F. MONROE, A. A. GONZALES, R. C. RUFFINO-NETTO, A. VILLA, T. C. S. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o

controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 315-321, abr./jun. 2005.

NOGUEIRA, J. A. RUFFINO-NETTO, A. MONROE, A. A. GONZALES, R. I. C. VILLA, T. C. S. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do agente de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 9, n. 1, p. 106-118, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a08.htm>>. Acesso em: 15 set. 2009.

PIRES NETO, R. J. COSTA, C. O. BASTOS FILHO, J. B. B. LINS, J. M. M. FEITOSA, R. G. F. LEITÃO, T. M. J. S. FAÇANHA, M. C. PINHEIRO, V. G. F. Tuberculose em ambiente hospitalar: Perfil clínico em hospital terciário do ceará e grau de conhecimento dos profissionais de saúde acerca das medidas de controle. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 23, n. 3, p. 260-267, jul./set., 2010.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: Situação Atual e Novas Perspectivas. **Inf. Epidemiol. SUS**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 129-138, set. 2001.

SANTOS, M. C. V. **Busca Ativa de casos de tuberculose na demanda de Serviços de Saúde: percepção do profissional de saúde**. 2007. 87 f. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SCATENA, L. M. VILLA, T. C. S. RUFFINO-NETTO, A. KRITSKI, A. L. FIGUEIREDO, T. M. R. M. VENDRAMINI, S. H. F. ASSIS, M. M. A. MOTTA, M. C. S. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 389-397, 2009.

SOUZA, W. V. XIMENES, R. ALBUQUERQUE, M. F. M. LAPA, T. M. PORTUGAL, J. L. LIMA, M. L. C. et al. *The use of socioeconomic factors in mapping tuberculosis risk areas in a city of northeastern Brazil*. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 8, p. 403-410, 2000.

SOUZA, W. V. ALBUQUERQUE, M. F. BARCELLOS, C. C. XIMENES, R. A. A. CARVALHO, M. S. Tuberculose no Brasil: construção de um sistema de vigilância de base territorial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 82-89, 2005.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TORRES, B. **Tuberculose: uma triste realidade nos nossos tempos**. Real Hospital Português de Beneficência. Pernambuco, 2010. 70p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Forty-fourth World Health Assembly, Resolutions and Decisions**. Geneva: World Health Organization; 1991.

_____. Fifty-third World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2000. In: FAÇANHA, M. C. MELO, M. A. VASCONCELOS, F. F. SOUSA, J. R. P. PINHEIRO, A. S. PORTO, I. A. PARENTE, J. M. Treinamento da equipe de saúde e

busca ativa na comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 449-454, maio, 2009.

_____. **The Stop TB Strategy: building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals**. Geneva: World Health Organization, 2006.

_____. **Global tuberculosis control surveillance, planning, financing**: WHO report 2008. Geneva: World Health Organization (WHO); 2008. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/global_report/2008/pdf/bra.pdf>. Acesso em: 18 set. 2010.

_____. **Global tuberculosis control surveillance, planning, financing**: WHO report 2009. Geneva: World Health Organization (WHO); 2009. p. 89-92. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/pdf/bra.pdf>. Acesso em: 18 set. 2010.

_____. **Global tuberculosis control 2010**. Geneva: World Health Organization, 2010. **(2010a)**

_____. **The Global Plan to Stop TB, 2011–2015**. Geneva: World Health Organization, 2010. **(2010b)**

_____. **Global tuberculosis control 2011**. Geneva: World Health Organization, 2011.

<http://maps.google.com.br/maps?hl=pt-BR&tab=ml> Acesso em: 30 ago. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário empregado na entrevista com enfermeiros e médicos da Saúde da Família

TUBERCULOSE E SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA: ACESSO AO DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO, AÇÕES DE CONTROLE DA DOENÇA E GRAU DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Formulário para médicos e enfermeiros da ESF (dados coletados por entrevista no CSF selecionado)

Nº. _____ CSF _____ Data ___/___/2011 () Médico(a) () Enfermeiro(a)

TRATAMENTO

Item	Questão	Códigos e categorias						
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	Não se aplica	Não sabe
	Com que frequência ...	1	2	3	4	5	0	99
01	Você conversa com os doentes de TB sobre outros problemas de saúde?							
02	Você conversa com os doentes de TB sobre os medicamentos utilizados no tratamento da doença?							
03	Você pergunta se o doente de TB está utilizando a medicação antiTB?							
04	Você conversa com os doentes de TB sobre a ocorrência de efeitos adversos às drogas do esquema de tratamento, orientando os casos que apresentem efeitos colaterais considerados “menores”?							
05	Você preenche os instrumentos de vigilância preconizados pelo Programa Nacional de Controle da TB (ficha de notificação de caso, livros de registro de sintomáticos respiratórios e de tratamento e acompanhamento dos casos)?							
06	Você faz controle diário dos faltosos?							
07	Se sim	Qual (is) medida (s) ou estratégia (s) utilizada (s)?						
AÇÕES E INSUMOS		Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pela equipe que acompanha os doentes de TB e suas famílias?						
08	Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB							

09	Exame HIV-AIDS							
10	Pote para exame de escarro mensalmente para controle de TB							
Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pela equipe que acompanha os doentes de TB e suas famílias?		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	Não se aplica	Não sabe
		1	2	3	4	5	0	99
11	Consulta mensal de controle para o tratamento da TB							
12	Cesta básica							
13	Vale transporte							
14	Informações sobre sintomas da TB							
15	Informações sobre transmissão da TB							
16	Informações sobre tratamento da TB							
17	Informações sobre outros temas de saúde							
18	Disponibilidade de profissional na unidade de saúde sempre que o doente de TB procura a unidade?							
19	Grupo de doentes de TB na unidade de saúde							

ATENÇÃO À FAMÍLIA E À COMUNIDADE

Item	Questão	Códigos e categorias						
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	Não se aplica	Não sabe
		1	2	3	4	5	0	99
20	Durante as consultas, você pergunta sobre as condições de vida dos doentes de TB e família (emprego, moradia, disponibilidade de água potável, saneamento básico)?							
21	Você conhece as pessoas que moram com os doentes de TB?							
22	Durante as consultas, você pede informações das enfermidades das pessoas que moram com os doentes de TB?							
23	Você convoca as pessoas que moram com os doentes de TB para uma consulta?							
24	Você realiza exames para investigação da doença nas pessoas que moram com os doentes de TB?							
25	Você fala com a família dos doentes de TB sobre a doença?							
26	Você conversa com a família dos doentes de TB sobre o tratamento da doença?							
27	Você conversa com a família dos doentes de TB sobre outros problemas de saúde?							
28	Você realiza propagandas, campanhas ou trabalhos educativos realizados pelos para informar a comunidade sobre a TB?							
29	Você trabalha com instituições (Igrejas, Associações de Bairro, abrigo ...) para identificar SR?							
30	Você realiza busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?							
31	Os ACS receberam algum treinamento da sua parte ou da sua equipe sobre TB?						1- Sim	2- Não
32	Os ACS da sua equipe realizam BASR?						1- Sim	2- Não
33	Na sala de espera há alguém responsável por interrogar se o cliente apresenta tosse, mesmo que este não seja o motivo da consulta?						1- Sim	2- Não
34	Na visita domiciliar de rotina do ACS, eles interrogam os moradores sobre tosse e sua duração?						1- Sim	2- Não
35	Em suas consultas, faz parte da anamnese interrogar sobre tosse, mesmo que seja o motivo da consulta?						1- Sim	2- Não

TUBERCULOSE E SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA: ACESSO AO DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO, AÇÕES DE CONTROLE DA DOENÇA E GRAU DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Questionário para Médicos e Enfermeiros da ESF

Nº. _____ CSF _____ Data ____/____/2011

Sexo: 1. Masculino 2. Feminino Categoria profissional: 1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a)

Idade: _____ Ano da formatura: _____

Tempo de atuação na SF: _____ E na SF em Fortaleza: _____

Já participou de algum treinamento sobre tuberculose? 1. Sim 2. Não

Se sim, em que ano ocorreu e qual a duração (horas)? Ano ____ Nº. _____

Julgue os itens abaixo como verdadeiros ou falsos, utilizando (V) ou (F).

TRANSMISSÃO

01) 1. (V) 2. (F) A transmissão da tuberculose se faz por via respiratória, pela inalação de aerossóis produzidos pela tosse, fala ou espirro de um doente com tuberculose ativa de vias aéreas, salvo raríssimas exceções.

02) 1. (V) 2. (F) Doentes de tuberculose pulmonar com baciloscopia negativa, mas que tenham resultado positivo à cultura, são muito mais eficientes como fontes de transmissão.

03) 1. (V) 2. (F) Pacientes com imunocomprometimento grave têm maior risco de adoecerem de TB após a transmissão dos bacilos e a ocorrência de apresentações extrapulmonares da TB nesse grupo é maior.

04) 1. (V) 2. (F) A TB pulmonar e laríngea são classificadas como doenças de transmissão aérea, mas somente a primeira requer medidas administrativas e ambientais que diminuam o risco de transmissão da doença na comunidade.

05) 1. (V) 2. (F) O maior risco de adoecimento se concentra nos primeiros dois anos após a primoinfecção, mas o período de incubação pode se estender por muitos anos e mesmo décadas.

DIAGNÓSTICO

06) 1. (V) 2. (F) A busca ativa de sintomático respiratório é a principal estratégia para o controle da TB, uma vez que permite a detecção e tratamento precoce das formas pulmonares bacilíferas, interrompendo a cadeia de transmissão.

07) 1. (V) 2. (F) Em casos com suspeita clínica e/ou radiológica de TB com baciloscopia repetidamente negativa, a cultura para micobactéria é indicada.

08) 1. (V) 2. (F) A prova tuberculínica (PT) é utilizada apenas em crianças para o diagnóstico de infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTb).

09) 1. (V) 2. (F) Em crianças vacinadas com BCG há menos de dois anos consideramos sugestivo de infecção prova tuberculínica (PT) ≥ 10 mm.

10) 1. (V) 2. (F) Necessita-se que seja ampliada a solicitação de antiHIV nos casos de tuberculose, pois é a maior causa de morte entre pessoas que vivem com HIV, sendo a taxa de óbito na coinfeção de 20%.

PREVENÇÃO

11) 1. (V) 2. (F) O Livro de Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde permite verificar o tempo decorrido entre a identificação do caso e o diagnóstico e ainda o índice de positividade em cada serviço.

12) 1. (V) 2. (F) Contatos menores de cinco anos, pessoas vivendo com HIV-aids e portadores de condições consideradas de alto risco devem ser considerados prioritários no processo de avaliação de contatos e tratamento de ILTB.

13) 1. (V) 2. (F) Recomenda-se a prevenção da infecção tuberculosa em recém-nascidos coabitantes de caso índice bacilífero com a vacinação com BCG ao nascer, desde que tenham peso igual ou superior a 2 kg e sem intercorrências clínicas, e a administração de isoniazida por três meses.

14) 1. (V) 2. (F) A forma de se evitar a seleção de bacilos resistentes é a utilização de esquemas terapêuticos com diferentes fármacos antiTB simultaneamente. uma vez que bacilos naturalmente resistentes a um medicamento podem ser sensíveis a outro.

15) 1. (V) 2. (F) A prevenção da tuberculose congênita e pós-natal é realizada pelo diagnóstico precoce e a administração oportuna do tratamento da TB na mãe grávida, para diminuir o risco de transmissão ao feto e ao recém-nato na amamentação.

TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO

16) 1. (V) 2. (F) Na maioria dos países, o esquema básico em comprimidos de doses fixas combinadas dos quatro medicamentos (RHZE) é utilizado para adultos e crianças maiores de cinco anos.

17) 1. (V) 2. (F) Para os casos de retratamento não se deve iniciar o tratamento com o Esquema básico. Deve-se solicitar cultura, identificação e teste de sensibilidade e encaminhar para a referência secundária.

18) 1. (V) 2. (F) Um caso de TB com positividade inicial seguida de negatificação, e nova positividade por dois meses consecutivos, a partir do 4º mês de tratamento é considerado falência.

19) 1. (V) 2. (F) O monitoramento laboratorial com hemograma e bioquímica (função renal e hepática) deve ser realizado mensalmente somente em pacientes de retratamento.

20) 1. (V) 2. (F) O tratamento da tuberculose em pessoas infectadas pelo HIV segue as mesmas recomendações para os não infectados tanto nos esquemas quanto na duração total do tratamento.

TRANSMISSÃO					DIAGNÓSTICO					PREVENÇÃO					TRATAMENTO				
V	F	V	F	V	V	V	F	V	V	V	V	F	V	F	F	F	V	F	V

TUBERCULOSE E SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA: ACESSO AO DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO, AÇÕES DE CONTROLE DA DOENÇA E GRAU DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado médico (a) ou enfermeiro (a) da Saúde da Família

Convido o (a) senhor (a) para participar da pesquisa que tem o objetivo de verificar as ações de controle da tuberculose desenvolvidas na Saúde da Família no município de Fortaleza e avaliar o grau de conhecimento dos profissionais de saúde. Este estudo será realizado por Leandro Bonfim de Castro, aluno do Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, sob a orientação da professora Dra. Mônica Cardoso Façanha.

Sua participação consistirá em participar de uma entrevista estruturada sobre ações de controle da tuberculose na SF que dura em média 10 minutos e, em seguida, responder um questionário, com itens sobre transmissão, diagnóstico, prevenção, tratamento e acompanhamento da doença, bem como sobre formação profissional, tempo de atuação, idade e sexo, que dura em média 15 minutos.

A sua participação é estritamente voluntária, isto é, de livre e espontânea vontade, não havendo nenhuma forma de compensação financeira, além de não acarretar risco para sua situação profissional e/ou de saúde. Enfatizo que o (a) senhor (a) poderá desistir de participar deste estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para sua situação nesta unidade. Além do seu consentimento, peço-lhe permissão para a divulgação dos resultados desta pesquisa, em eventos científicos, deixando claro que sua identidade será mantida em sigilo, respeitando a sua privacidade. O pesquisador estará a sua disposição para quaisquer esclarecimentos durante todo o desenvolvimento da pesquisa. Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) senhor (a).

Diante dos esclarecimentos recebidos pelo pesquisador, aceito participar do estudo.

Fortaleza, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do Participante/e N°. RG

Assinatura do Pesquisador

CONTATO: Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará - UFC

Rua Professor Costa Mendes, 1608. 5º andar. Rodolfo Teófilo. Fortaleza-CE. CEP: 60.430-140. Tel. (85) 3366-8045 e-mail: leandrobcastro@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da UFC

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127. Rodolfo Teófilo. Fortaleza - Ceará

CEP: 60.430-370. Tel. (85) 3366-8344

TUBERCULOSE E SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA: ACESSO AO DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO, AÇÕES DE CONTROLE DA DOENÇA E GRAU DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Agente Comunitário de Saúde

Convido o (a) senhor (a) para participar da pesquisa que tem o objetivo de verificar as ações de controle da tuberculose desenvolvidas na Saúde da Família no município de Fortaleza e avaliar o grau de conhecimento dos profissionais de saúde. Este estudo será realizado por Leandro Bonfim de Castro, aluno do Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, sob a orientação da professora Dra. Mônica Cardoso Façanha.

Sua participação consistirá em responder um questionário, com itens sobre transmissão, diagnóstico, prevenção, tratamento, acompanhamento da tuberculose, e itens sobre formação profissional, tempo de atuação, idade e sexo, que dura em média 15 minutos.

A sua participação é estritamente voluntária, isto é, de livre e espontânea vontade, não havendo nenhuma forma de compensação financeira, além de não acarretar risco para sua situação profissional e/ou de saúde. Enfatizo que o (a) senhor (a) poderá desistir de participar deste estudo em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para sua situação nesta unidade. Além do seu consentimento, peço-lhe permissão para a divulgação dos resultados desta pesquisa, em eventos científicos, deixando claro que sua identidade será mantida em sigilo, respeitando a sua privacidade. O pesquisador estará a sua disposição para quaisquer esclarecimentos durante todo o desenvolvimento da pesquisa. Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) senhor (a).

Diante dos esclarecimentos recebidos pelo pesquisador, aceito participar do estudo.

Fortaleza, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do Participante e N°. RG

Assinatura do Pesquisador

CONTATO: Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará - UFC

Rua Professor Costa Mendes, 1608. 5º andar. Rodolfo Teófilo. Fortaleza-CE. CEP: 60.430-140. Tel. (85) 3366-8045 e-mail: leandrocastro@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da UFC

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127. Rodolfo Teófilo. Fortaleza - Ceará

CEP: 60.430-370. Tel. (85) 3366-8344

APÊNDICE E – Questionário de conhecimento acerca da tuberculose empregado para os agentes comunitários de saúde

TUBERCULOSE E SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA: ACESSO AO DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO, AÇÕES DE CONTROLE DA DOENÇA E GRAU DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Questionário para Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Nº. _____ CSF _____ Data ____/____/2011

Sexo: 1. Masculino 2. Feminino Idade: _____

Última série completa que cursou: _____

Tempo de atuação: como ACS: _____ na microárea atual: _____

Reside na microárea em que trabalha? 1. Sim 2. Não

Já participou de treinamento sobre tuberculose para ACS? 1. Sim 2. Não

Se sim, em que ano ocorreu e qual a duração (horas)? Ano _____ Nº. _____

Julgue os itens abaixo como verdadeiros ou falsos, marcando (V) ou (F).

TRANSMISSÃO

01) 1. (V) 2. (F) A tuberculose (TB) é transmitida por aerossóis e acomete somente o pulmão.

02) 1. (V) 2. (F) A transmissão da tuberculose se dá pela fala, pelo espirro e, principalmente, pela tosse de um doente de TB pulmonar que lança no ar gotículas contaminadas.

03) 1. (V) 2. (F) A transmissibilidade da tuberculose pulmonar cai rapidamente após o início de tratamento efetivo.

04) 1. (V) 2. (F) Ocorrendo infecção pelo bacilo da tuberculose, as pessoas com maior risco de adoecer são aquelas com a imunidade comprometida.

05) 1. (V) 2. (F) Quanto maior a intensidade da tosse e a concentração de bacilos em um ambiente e, quanto menor a ventilação, maior será a probabilidade de infectar as pessoas presentes naquele ambiente.

DIAGNÓSTICO

06) 1. (V) 2. (F) Os sintomas clássicos da TB pulmonar são: tosse persistente, com expectoração ou não, febre, suor à noite e perda de peso.

7) 1. (V) 2. (F) Na visita domiciliar mensal, o ACS deve identificar os sintomáticos respiratórios, perguntando se algum membro da família apresenta tosse há mais de três semanas e os sintomas além da tosse.

08) 1. (V) 2. (F) As amostras de escarro para baciloscopia devem ser coletadas em local aberto, de preferência ao ar livre, em área externa do serviço de saúde ou em sala bem arejada com condições adequadas de biossegurança.

09) 1. (V) 2. (F) O exame de escarro só é necessário no diagnóstico da doença, nos outros meses a consulta com o profissional médico é suficiente.

10) 1. (V) 2. (F) Na visita domiciliar do ACS para convocação dos contatos do doente de TB, somente as pessoas que apresentem tosse, febre e/ou perda de peso deverão ir para avaliação do médico e/ou enfermeiro.

PREVENÇÃO

11) 1. (V) 2. (F) Na instituição das ações preventivas deve ser dada prioridade aos pacientes em tratamento efetivo há mais de 30 dias por apresentarem maior risco de transmissibilidade se comparados aos não diagnosticados (sintomático respiratório) ou aqueles nos primeiros dias de tratamento.

12) 1. (V) 2. (F) A busca ativa de sintomático respiratório é uma medida que pode ser utilizada para descobrir casos de tuberculose pulmonar da área precocemente.

13) 1. (V) 2. (F) A informação ao paciente sobre sua doença, a duração do tratamento, o uso diário dos medicamentos, a importância do acompanhamento do tratamento são atividades de educação importantes.

14) 1. (V) 2. (F) É necessário perguntar sobre a presença de efeitos adversos ao tratamento antiTB (náusea, vômito, dor abdominal, urina de cor avermelhada, dor articular, dor de cabeça) nas visitas domiciliares.

15) 1. (V) 2. (F) Na visita domiciliar do ACS, a todos os pacientes com TB deve ser perguntado se fumam ou não e àqueles que fumam devem ser aconselhados parar.

TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO

16) 1. (V) 2. (F) No tratamento da TB, a medicação é de uso diário e deverá ser administrada em uma única tomada.

17) 1. (V) 2. (F) Com o início do tratamento adequado e uso correto de medicamentos antiTB, a transmissibilidade diminui após o terceiro mês.

18) 1. (V) 2. (F) A Ficha B-TB do SIAB serve para o cadastramento e acompanhamento mensal de pessoas com tuberculose pelo enfermeiro.

19) 1. (V) 2. (F) Gestantes e lactantes devem utilizar medicação para o tratamento da TB, mas especial atenção deve-se ter aos efeitos adversos das drogas.

20) 1. (V) 2. (F) Fazer a observação da tomada dos medicamentos (TDO) em local bem ventilado principalmente no primeiro mês de tratamento (ex. porta da casa, varanda...) é recomendado.

TRANSMISSÃO					DIAGNÓSTICO					PREVENÇÃO					TRATAMENTO				
F	V	V	V	V	V	V	V	F	F	F	V	V	V	V	V	F	F	V	V

APÊNDICE F – TCLE utilizado com os usuários portadores de TB em tratamento

TUBERCULOSE E SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA: ACESSO AO DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO, AÇÕES DE CONTROLE DA DOENÇA E GRAU DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado senhor (a)

Convido o (a) senhor (a) para participar da pesquisa com o objetivo de verificar as ações de controle da tuberculose desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza. Este estudo será realizado por Leandro Bonfim de Castro, aluno do Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, sob a orientação da professora Dra. Mônica Cardoso Façanha.

Sua participação consistirá em responder uma entrevista que dura em média 20 minutos, e cujas respostas fornecidas servirão de subsídios para observar o desempenho dos profissionais na realização das tarefas de controle da tuberculose e identificar potencialidades e fragilidades.

A sua participação é voluntária, isto é, de livre e espontânea vontade, não havendo nenhuma forma de compensação financeira. Ressalta-se que sua participação não implica em risco à sua saúde. O (A) senhor (a) poderá desistir de participar deste estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o seu tratamento nesta unidade. Além do seu consentimento, peço-lhe permissão para a divulgação dos resultados desta pesquisa, em eventos científicos, deixando claro que sua identidade será mantida em sigilo, respeitando a sua privacidade. O pesquisador estará a sua disposição para quaisquer esclarecimentos durante todo o desenvolvimento da pesquisa.

Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) senhor (a).

Diante dos esclarecimentos recebidos pelo pesquisador, aceito participar do estudo.

Fortaleza, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do Participante/responsável e N°. RG

Assinatura do Pesquisador

CONTATO: Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará - UFC

Rua Professor Costa Mendes, 1608. 5º andar. Rodolfo Teófilo. Fortaleza-CE. CEP: 60.430-140. Tel. (85) 3366-8045 e-mail: leandrobcastro@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da UFC

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127. Rodolfo Teófilo. Fortaleza - Ceará

CEP: 60.430-370. Tel. (85) 3366-8344

APÊNDICE G - Formulário utilizado para entrevista com os usuários portadores de TB em tratamento

TUBERCULOSE E SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA: ACESSO AO DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO, AÇÕES DE CONTROLE DA DOENÇA E GRAU DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Formulário para doentes de TB (Coleta de dados por entrevista no CSF selecionado)

Nº. _____ CSF _____ Data ___/___/2011

1ª. PARTE

Item	Questão	Códigos e categorias	CAT	Variável
01	Nome do paciente			
02	Iniciais			
03	Data de nascimento			
04	Idade			
05	Sexo	1- Masculino 2-Feminino		
06	Raça/cor	1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- ignorado		
07	Ocupação			
08	Tipo de entrada	1 - CASO NOVO 2 – RECIDIVA 3 - REINGRESSO APÓS ABANDONO 4 - NÃO SABE 5 – TRANSF.		
09	Forma	1 – PULMONAR 2 - EXTRAPULMONAR 3 - PULMONAR + EXTRAPULMONAR		
10	SE EXTRAPULMONAR	1 - PLEURAL 2 - GANG. PERIF. 3 – GENITURINÁRIA 4 - ÓSSEA 5 – OCULAR 6 - MILIAR 7 – MENINGOENCEFÁLICO 8 – CULTÂNEA 9 – LARINGEA 10- OUTRA _____		
11	AGRAVOS ASSOCIADOS	1 – SIM 2 - NÃO 9 – IGNORADO AIDS ___ ALCOOLISMO ___ DIABETES ___ D. MENTAL ___ OUTROS _____		
12	BACILOSCOPIA DE ESCARRO DIAGNÓSTICO	1- POSITIVA 2 - NEGATIVA 3 – NÃO REALIZADA		

		1ª. AMOSTRA _____ 2ª. AMOSTRA _____		
13	HIV	1 – POSITIVO 2 – NEGATIVO 3 - EM ANDAMENTO 4 - NÃO REALIZADO		
14	DATA DO ÍNICIO DO TRAT. ATUAL			
15	INDICADO PARA TRATAMENTO SUPERVISIONADO (TS/DOTS)	1 - SIM 2 - NÃO 3 - IGNORADO		
16	Nº. DE CONTATOS REGISTRADOS			
17	FAZ PARTE DE ÁREA COBERTA POR ACS DESTES CSF?	1- SIM 2-NÃO		

2ª. PARTE - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Item	Questão	Códigos e categorias	CAT	Variável
18	Situação conjugal			
19	Ocupação			
20	Qual foi a última série que cursou? (anos de estudos)			
21	Qual é a renda mensal da família?			
22	Em relação ao hábito de fumar	1 - Jamais fumante 2 - Ex-fumante 3 - Fumante atual		
23	Se fumante, quantidade/dia?			
24	Fez uso de drogas (inalatórias/injetáveis) alguma vez na vida?			
25	Em relação à bebida alcoólica?	1 - Jamais bebeu 2 – Parou de beber 3 - Bebe atualmente		
26	Se bebe, o quê, a quantidade e o nº. de vezes/semana?			
27	Local onde o (a) Senhor (a) vive é	1 -Próprio (já quitado ou em aquisição) 2 – Alugado 3 – Cedido 4 - Instituição (asilo/abrigo) 5 - Não tem moradia 6 - Outro _____		
28	Tipo de moradia	1 - Alvenaria (tijolo) 2 – Taipa 3 – Madeira 4 - Material reciclável 5 - Outro _____		
29	Nº. de cômodos incluindo o banheiro			

30	Esgotamento sanitário	1-Rede coletora 3- Fossa séptica não ligada à rede coletora 5- Céu aberto tinha	2-Fossa séptica ligada à rede coletora 4- Fossa rudimentar 6- Outro _____ 8-Não sabe	7- Não 9-Ignorado		
31	Abastecimento de água	1-Rede geral sabe	2- Poço ou nascente 9-Ignorado	3-Outra _____ 8-Não		
32	Tratamento da água no domicílio	1-Filtragem tratamento	2-Fervura 8-Não sabe	3-Cloração 4-Engarrafada mineral 9-Ignorado	5-Sem	
33	Destino do lixo	1-Coletado 8-Não sabe	2-Queimado 3-Enterrado 9-Ignorado	4-Céu aberto 5-Outro _____		
34	Nº. de pessoas que residem em sua casa? (excluindo você)					
35	Destas, quantas são maiores de 60 anos?					
36	E menores de 5 anos?					

ACESSO AO DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO

37	Antes do diagnóstico de TB, quando procurava a unidade de saúde para uma consulta, alguém perguntava se apresentava tosse?		1- Sim	2- Não	
38	Sua casa faz parte da área de alguma equipe de Saúde da Família deste posto?		1- Sim	2- Não	
39	Se sim	Era visitado pelo ACS (Agente Comunitário de Saúde) antes do diagnóstico de TB?	1- Sim	2- Não	
40		Se sim	Ele perguntava se alguma pessoa da casa apresentava tosse?		
41	Quanto tempo se passou entre os primeiros sintomas (tosse e febre) e a procura por atendimento no CSF?				
42	Alguém o encaminhou para este atendimento?			1- Sim	2- Não
43	Se sim	Quem?			
44	Quando procurou por atendimento, devido aos sintomas da tuberculose, quanto tempo demorou para conseguir uma consulta no CSF?				
45	Quantos atendimentos realizou até ser informado do diagnóstico de TB?				
46	Quanto tempo gasta da sua casa para a unidade de saúde para a consulta da TB?				

47	Quantos turnos de trabalho perdeu da primeira consulta com sintomas de TB até receber o diagnóstico e iniciar tratamento?		
48	Alguém te procura para dar a medicação na sua casa ou em algum lugar que vocês combinaram?		Sim Não
49	Se sim	A tomada da medicação é vista/observada quantas vezes por semana?	
50		Em que local ocorre?	1- CSF 2- Domicílio Outro _____ 8- Não sabe 9- Ignorado
51		Por quem?	

TRATAMENTO

Item	Questão	Códigos e categorias						
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	Não se aplica	Não sabe
		1	2	3	4	5	0	99
52	Durante seu tratamento com que frequência recebeu remédios para TB na data marcada para entrega?							
53	Durante seu tratamento com que frequência recebeu visita pelo menos uma vez por mês do seu agente de saúde (ACS)?							
54	O agente de saúde (ACS) perguntava sobre seu tratamento?							
55	O agente de saúde (ACS) perguntava sobre a saúde de seus familiares?							
56	Quando vai à unidade de saúde para a consulta de TB é atendido pelos mesmos profissionais?							
57	É bem atendido pelos profissionais de saúde da unidade?							
58	Se tem alguma dúvida sobre seu tratamento, consegue falar com os mesmos profissionais de saúde que o atendem?							
59	Os profissionais de saúde que o atendem, respondem às suas perguntas de forma clara?							
60	Os profissionais de saúde que o atende, conversam sobre outros problemas de saúde?							
61	Os profissionais de saúde conversam sobre os medicamentos utilizados no tratamento de TB?							

62	Os profissionais de saúde perguntam se você está tomando a medicação?							
----	---	--	--	--	--	--	--	--

AÇÕES E INSUMOS

Item	Questão	Códigos e categorias							
63	Você recebeu pote (copo) para exame de escarro para diagnóstico de TB?	Sim	Não						
64	Exame HIV-AIDS foi pedido?	Sim	Não						
65	Se sim	Já recebeu o resultado?	Sim	Não					
COM QUE FREQUÊNCIA AS AÇÕES A SEGUIR SÃO OFERECIDAS PELA EQUIPE QUE ACOMPANHA O SEU PROBLEMA DE TB?									
			Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	Não se aplica	Não sabe
			1	2	3	4	5	0	99
66	Pote para exame de escarro mensalmente para controle de TB								
67	Consulta mensal de controle para o tratamento da TB								
68	Cesta básica								
69	Vale transporte								
70	Informações sobre sintomas da TB								
71	Informações sobre como se pega TB								
72	Informações sobre tratamento da TB								
73	Informações sobre outros temas de saúde								
74	Disponibilidade de profissional na unidade de saúde sempre que o Senhor (a) procura a unidade?								
75	Grupo de doentes de TB na unidade de saúde								

ATENÇÃO À FAMÍLIA E À COMUNIDADE

Item	Questão	Códigos e categorias							
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	Não se aplica	Não sabe	
	Os profissionais da unidade de saúde	1	2	3	4	5	0	99	
76	Durante o atendimento levam em conta aspectos de sua vida, de sua família, do lugar onde vive?								
77	Conhecem as pessoas que moram com o (a) Senhor (a)?								
78	Se interessam sobre as doenças da sua família?								
79	Convidaram as pessoas que moram com o (a) Senhor (a) para uma consulta após o seu diagnóstico?						1- Sim	2- Não	
80	Se sim	Quantas compareceram?							
81	Se não compareceram todas	Qual medida foi tomada para as faltosas?							
82	Depois do seu diagnóstico, avaliaram as pessoas que moram na sua casa com exame de escarro e/ou raio X e/ou PPD?						1- Sim	2- Não	
83	Conversam com as pessoas que moram com o (a) Senhor (a) sobre a TB?								
84	Conversam com as pessoas que moram com o (a) Senhor (a) sobre seu tratamento?								
85	Conversam com as pessoas que moram com o (a) Senhor (a) sobre outros problemas de saúde?								
86	Realizam propagandas, campanhas ou trabalhos educativos para informar a comunidade sobre a TB?								
87	Desenvolvem ações de saúde com as Igrejas, Associações de Bairro, etc para entrega do pote para coleta de escarro?								
88	Realizam visita na sua vizinhança para entrega do pote de coleta de escarro?								

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFC



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 143/11

Fortaleza, 29 de Junho de 2011

Protocolo COMEPE nº 122/11

Pesquisador responsável: Leandro Bonfim de Castro.

Título do Projeto: “Tuberculose e estratégia saúde da família no município de Fortaleza: Ações de controle da doença e grau de conhecimento dos profissionais de saúde.”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 16 de junho de 2011.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,


Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

ANEXO B – Parecer favorável para realização da pesquisa nos Centros de Saúde da SER I



CI nº /2011 / CAB - SER I

Fortaleza, 26 de Agosto de 2011.

Para : Centro de Saúde da Família da SER I

Assunto: Pesquisa

Venho por meio desta informa que a pesquisador **Leandro Bonfim de Castro**, aluno do Mestrado em Saúde Pública Da Universidade de Federal de Ceará-UFC, irá fazer sua pesquisa intitulada: "TUBERCULOSE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: AÇÕES DE CONTROLE DA DOENÇA E GRAU DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE". A coleta de dados será realizada durante os meses de agosto a outubro de 2011. Vale ressaltar que a SMSE emitiu parecer favorável.

Atenciosamente,



Juliana Gaspar Azevedo
ASSESSORA TÉCNICA DA CAB

ANEXO C – Parecer favorável para realização da pesquisa nos Centros de Saúde da SER II



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA

Rua do Rosário, 283, Sala 408. Centro. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694.

Ilmo. (a) Coordenador (a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica /Assessora Técnica da Educação Permanente da SER II.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: “TUBERCULOSE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: AÇÕES DE CONTROLE DA DOENÇA E GRAU DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ”.

Seguem algumas informações sobre o estudo: O pesquisador é **LEANDRO BONFIM DE CASTRO** aluno do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará – UFC.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciado pelo pesquisador.

- A pesquisa será realizada nos **CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA SER II. (RR e FH)**

- O pesquisador deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER II – oral e impresso.

Comunicamos ainda que o SMSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 26 de maio de 2011.

.....*Brilhante*.....

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

1) e fonte, 24/08/11
2) Encaminhado aos ESF Roberto Romeiro e Flávio Marcelo para conhecimento e viabilizar a realização da pesquisa referida acima.

Ivamara
Ivamara de Moraes Silva
Assessora Técnica
NASF / ED PERMANENTE
CAB / SER II

ANEXO D – Parecer favorável para realização da pesquisa nos Centros de Saúde da SER III



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA

Rua do Rosário, 283, Sala 408. Centro. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694.



Ilmo. (a) Coordenador (a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica /Assessora Técnica da Educação Permanente da SER III.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **“TUBERCULOSE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: AÇÕES DE CONTROLE DA DOENÇA E GRAU DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE”**.

Seguem algumas informações sobre o estudo: O pesquisador é **LEANDRO BONFIM DE CASTRO** aluno do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará – UFC.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciado pelo pesquisador.

- A pesquisa será realizada nos **CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA SER III**.

- O pesquisador deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER III – oral e impresso.

Comunicamos ainda que o SMSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 26 de maio de 2011.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

Carísta Maria S. Ximenes
Tec. Cel. Atenção Básica
Distrito de Saúde - SER III

ANEXO E – Parecer favorável para realização da pesquisa nos Centros de Saúde da SER IV



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA

Rua do Rosário, 283, Sala 408. Centro. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694.



Ilmo. (a) Coordenador (a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica /Assessora Técnica da Educação Permanente da SER IV.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **“TUBERCULOSE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: AÇÕES DE CONTROLE DA DOENÇA E GRAU DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ”**.

Seguem algumas informações sobre o estudo: O pesquisador é **LEANDRO BONFIM DE CASTRO** aluno do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará – UFC.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciado pelo pesquisador.

- A pesquisa será realizada nos **CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA SER IV**.

- O pesquisador deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER IV – oral e impresso.

Comunicamos ainda que o SMSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 26 de maio de 2011.

.....
Ana Paula Cavalcante

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

ANEXO F – Parecer favorável para realização da pesquisa nos Centros de Saúde da SER V



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA

Rua do Rosário, 283, Sala 408. Centro. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694.



Ilmo. (a) Coordenador (a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica /Assessora Técnica da Educação Permanente da SER V.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: “TUBERCULOSE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: AÇÕES DE CONTROLE DA DOENÇA E GRAU DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ”.

Seguem algumas informações sobre o estudo: O pesquisador é **LEANDRO BONFIM DE CASTRO** aluno do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará – UFC.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciado pelo pesquisador.

- A pesquisa será realizada nos **CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA SER V**.

- O pesquisador deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER V – oral e impresso.

Comunicamos ainda que o SMSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 26 de maio de 2011.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

CAB:

1. Cliente,
2. Encaminhado aos CSP para conhecimento e providência;

Educ. Permanente
SER V

23.08.11

Vereadora de Saúde Pública
Chefe do Distrito Saúde
SER: V

ANEXO G – Parecer favorável para realização da pesquisa nos Centros de Saúde da SER VI



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA

Rua do Rosário, 283, Sala 408. Centro. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694.



Ilmo. (a) Coordenador (a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica /Assessora Técnica da Educação Permanente da SER VI.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: “TUBERCULOSE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: AÇÕES DE CONTROLE DA DOENÇA E GRAU DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ”.

Seguem algumas informações sobre o estudo: O pesquisador é **LEANDRO BONFIM DE CASTRO** aluno do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará – UFC.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciado pelo pesquisador
- A pesquisa será realizada nos **CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA SER VI**.
- O pesquisador deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER VI – oral e impresso.

Comunicamos ainda que o SMSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 26 de maio de 2011.

.....
Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

*Em 29/08/2011,
Encaminho aos Centros de Saúde da
Família, Menção e César Colls
para realização da pesquisa
em questão.
Evellyn Bastos
Educação Permanente / NASF.*