

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ISABELA ZACCARO RIGOLIN

**CUIDADO À PESSOA COM TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NO
CONTEXTO DE MUNICÍPIOS: REALIDADE E VALIDAÇÃO DE FERRAMENTA
PARA A GESTÃO DO CUIDADO**

Ribeirão Preto

2023

ISABELA ZACCARO RIGOLIN

CUIDADO À PESSOA COM TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NO CONTEXTO
DE MUNICÍPIOS: REALIDADE E VALIDAÇÃO DE FERRAMENTA PARA A GESTÃO
DO CUIDADO

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo, para obtenção do título de
Mestrado em Ciências, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, saberes e políticas
de saúde.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Jaqueline
Garcia de Almeida Ballesterio

Ribeirão Preto

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Rigolin, Isabela Zaccaro

Cuidado à pessoa com tuberculose multirresistente no contexto de municípios: realidade e validação de ferramenta para a Gestão do Cuidado. Ribeirão Preto, 2023.

125 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Jaqueline Garcia de Almeida Ballesterio

1. Tuberculose resistente a múltiplas drogas. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Sistemas de Informação em Saúde. 4. Profissionais de Saúde. 5. Enfermagem em Saúde Pública.

RIGOLIN, Isabela Zaccaro. **Cuidado à pessoa com tuberculose multirresistente no contexto de municípios:** realidade e validação de ferramenta para a Gestão do Cuidado.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

DEDICATÓRIA¹

Neste momento especial, quero dedicar algumas palavras de apreço e amor a cada um de vocês.

Primeiramente aos meus pais, **Fernanda e Donisete**, que sempre estiveram ao meu lado, apoiaram-me em todas as jornadas da vida e mostraram-me o verdadeiro significado do amor incondicional; vocês são meu alicerce e inspiração.

Ao meu marido, **Willian**, que compartilha comigo as alegrias e desafios da vida e que torna cada dia mais especial com seu amor e carinho; você é o meu companheiro perfeito. Aos meus sogros, **Valdirene, Wilton**, e cunhados, **Tamires e Anibal**. Fui acolhida com generosidade, amor e respeito nesta família, agradeço o apoio.

Aos meus amados avôs **Isaura e Antonio**. Hoje, neste momento significativo, gostaria de prestar uma homenagem especial a vocês, que infelizmente não estão mais conosco fisicamente, mas que continuam vivos em meu coração e em todas as realizações que conquisto. Vocês foram faróis de amor e inspiração em minha vida. Seus valores, histórias e experiências moldaram a pessoa que me tornei. Cada conquista, incluindo esta tese, é dedicada a vocês, com eternas saudades. Aos meus avôs **Dirce e José**, fico feliz que possam compartilhar este momento comigo. Seus conselhos e encorajamentos ecoam em minha mente, e suas lições de vida inspiram minhas escolhas e decisões.

Aos meus **tios e tias**, que enriquecem minha vida com suas histórias e conselhos sábios. A presença de vocês é um tesouro que valorizo profundamente.

Aos meus primos, em especial **Laís e Gabriela**, que cresceram ao meu lado e compartilham comigo memórias preciosas, nossa ligação é eterna e única.

Aos meus amigos, em especial **Monica, Carina e Marina**, que têm sido minha fonte de alegria, apoio e risadas ao longo dos anos; essa amizade é um presente que não tem preço.

Também quero dedicar estas palavras a alguém que marcou profundamente minha jornada acadêmica e pessoal. Você, Professora **Dr^a. Jaqueline**, é mais do que uma educadora excepcional; sua capacidade de transmitir conhecimento de forma envolvente e acessível transformou minha experiência de aprendizado. Você sempre esteve disposta a ouvir, aconselhar e encorajar, ajudando a superar desafios acadêmicos e pessoais.

¹ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 88887.475631/2020-00

Obrigado, Professor **Dr. Pedro**, por sua orientação, apoio e inspiração. Você é uma luz brilhante em minha jornada educacional, e sua influência moldará meu futuro.

Com profunda gratidão,

Isabela.

RESUMO

RIGOLIN, I.Z. **Cuidado à pessoa com tuberculose multirresistente no contexto de municípios:** realidade e validação de ferramenta para a Gestão do Cuidado. 2023. 125 f. Tese (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

A Tuberculose Multirresistente (TBMDR) é uma condição de saúde grave. Trata-se de uma forma resistente aos dois principais medicamentos utilizados na terapia, cuja assistência envolve diferentes pontos de atenção: Centro de Referência, Atenção Secundária e Atenção Primária à Saúde, e que exige uma organização resolutiva, articulada e coordenada do Sistema de Saúde, visando a uma atenção integral às pessoas acometidas. Tendo em vista esse panorama e a necessidade de comunicação, este estudo teve por objetivo analisar a Gestão do Cuidado às pessoas acometidas por TBMDR, nos níveis primário e secundário de atenção, e validar as informações a serem compartilhadas na Rede de Atenção à Saúde. Trata-se de um estudo dividido em duas etapas. Na primeira, foi realizado um estudo descritivo-analítico com uso de método qualitativo, obtendo uma descrição densa dos contextos envolvidos no cuidado a essa condição de saúde. A segunda foi um estudo metodológico, de abordagem qualitativa, por meio do qual foram validadas, mediante a Técnica Delphi junto aos profissionais de saúde, as informações a serem compartilhadas na “Caderneta de Controle do Tratamento”. Os resultados descritivos permitiram a caracterização dos profissionais envolvidos na assistência, apontaram os esforços deles em suprir as fragilidades encontradas pela pessoa com TBMDR durante o tratamento, bem como o envolvimento da família no processo. Quanto à estrutura operacional, o centro comunicador foi o serviço especializado diante da falta de um sistema de informação capaz de integrar as redes de atenção, sendo que a pessoa em tratamento permanece com papel ativo na condução de informações entre os serviços de saúde, na descontinuidade dos benefícios sociais que auxiliam na adesão ao tratamento. Por fim, os resultados apontam para as potencialidades da APS na condução do cuidado, marcado pelo cuidado humanizado e centrado nas necessidades das pessoas, e o apoio emocional como um forte aliado no tratamento. Nessa perspectiva, a Caderneta validada tem por objetivo proporcionar maior integração entre os profissionais envolvidos na assistência. Os juízes sugeriram mudanças quanto aos dados cadastrais e perfil da pessoa com TBMDR. Assim, espera-se que o uso da Caderneta possa subsidiar a prática de cuidado colaborativa dos profissionais de saúde, auxiliando na comunicação, no controle dos casos e no planejamento da assistência.

Palavras-chave: Tuberculose resistente a múltiplas drogas. Atenção Primária à Saúde. Sistemas de Informação em Saúde. Profissionais de Saúde. Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

RIGOLIN, I.Z. **Care for individuals with multidrug-resistant tuberculosis in the context of municipalities:** reality and validation of a care management tool. 2023. 125 p. Thesis (Master's) - Ribeirão Preto Nursing School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Multidrug-resistant Tuberculosis (MDR-TB) is a serious health condition, characterized by resistance to the two main drugs used in therapy, requiring care coordination across different points of care: Reference Centers, Secondary Care, and Primary Health Care. This demands a comprehensive, coordinated, and integrated approach within the healthcare system to provide comprehensive care for affected individuals. Considering this scenario and the need for communication, this study aimed to analyze the Care Management for individuals with MDR-TB at the primary and secondary care levels and to validate the information to be shared within the Health Care Network. This study was divided into two phases. The first phase involved a descriptive-analytical study using a qualitative method to obtain a thorough description of the care contexts for this health condition. The second phase was a methodological study with a qualitative approach, in which healthcare professionals validated the information to be shared in the "Treatment Control Booklet" through the Delphi Technique. The descriptive results allowed for the characterization of professionals involved in care, highlighted their efforts to address the challenges faced by individuals with MDR-TB during treatment, and emphasized the involvement of families in the process. Regarding the operational structure, the specialized service served as the communication hub, but there was a lack of an information system capable of integrating care networks, leaving the individual in treatment with an active role in information exchange between healthcare services. Discontinuity of social benefits that support treatment adherence was also identified. Finally, the results pointed to the potential of Primary Health Care (PHC) in care management, marked by humanized care focused on individual needs and emotional support as a strong ally in treatment. From this perspective, the validated booklet aims to enhance integration among healthcare professionals involved in care. Judges suggested changes regarding personal data and the profile of individuals with MDR-TB. It is expected that the use of the booklet will support collaborative healthcare practice among professionals, aiding in communication, case management, and care planning.

Keywords: Multidrug-Resistant Tuberculosis. Primary Health Care. Health Information Systems. Healthcare Professionals. Public Health Nursing.

RESUMEN

RIGOLIN, I.Z. **Atención a personas con tuberculosis multirresistente en el contexto de municipios:** realidad y validación de una herramienta de gestión de cuidados. 2023. 125 p. Tesis (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

La tuberculosis multirresistente (TB-MDR) es una condición de salud grave, caracterizada por la resistencia a los dos principales medicamentos utilizados en la terapia, lo que requiere coordinación de cuidados en diferentes puntos de atención: Centros de Referencia, Atención Secundaria y Atención Primaria de Salud. Esto exige un enfoque integral, coordinado e integrado dentro del sistema de atención médica para brindar atención completa a las personas afectadas. Considerando este escenario y la necesidad de comunicación, este estudio tuvo como objetivo analizar la Gestión de Cuidados para personas con TB-MDR en los niveles de atención primaria y secundaria, y validar la información que se compartirá dentro de la Red de Atención de Salud. Este estudio se dividió en dos fases. La primera fase involucró un estudio descriptivo-analítico utilizando un método cualitativo para obtener una descripción detallada de los contextos de atención para esta condición de salud. La segunda fase fue un estudio metodológico con un enfoque cualitativo, en el que los profesionales de la salud validaron la información que se compartirá en el "Libro de Control del Tratamiento" a través de la Técnica Delphi. Los resultados descriptivos permitieron la caracterización de los profesionales involucrados en la atención, destacaron sus esfuerzos para abordar los desafíos enfrentados por las personas con TB-MDR durante el tratamiento y enfatizaron la participación de las familias en el proceso. En cuanto a la estructura operativa, el servicio especializado sirvió como centro de comunicación, pero se identificó la falta de un sistema de información capaz de integrar las redes de atención, dejando a la persona en tratamiento con un papel activo en el intercambio de información entre los servicios de salud. También se identificó la discontinuidad de los beneficios sociales que apoyan la adherencia al tratamiento. Finalmente, los resultados señalaron el potencial de la Atención Primaria de Salud (APS) en la gestión de cuidados, caracterizada por una atención humanizada centrada en las necesidades individuales y el apoyo emocional como un fuerte aliado en el tratamiento. Desde esta perspectiva, el folleto validado tiene como objetivo mejorar la integración entre los profesionales de la salud involucrados en la atención. Los jueces sugirieron cambios en los datos personales y en el perfil de las personas con TB-MDR. Se espera que el uso del folleto respalde la práctica de atención colaborativa entre los profesionales, ayudando en la comunicación, la gestión de casos y la planificación de la atención.

Palabras clave: Tuberculosis resistente a múltiples fármacos. Atención Primaria de Salud. Sistemas de Información en Salud. Profesionales de la Salud. Enfermería en Salud Pública.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	–	Agente Comunitário de Saúde
APS	–	Atenção Primária à Saúde
CINAHL	–	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CIR	–	Comissão Intergestores Regionais
CNS	–	Cartão Nacional de Saúde
CRT	–	Centro de Referência Terciário
DRS	–	Departamento Regional de Saúde
FMRP	–	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HC	–	Hospital das Clínicas
HIV	–	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HNGR	–	Hospital Nestor Goulart Reis
IMC	–	Índice de Massa Corporal
Lilacs	–	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
Opas	–	Organização Pan-Americana da Saúde
PCT	–	Programa de Controle da Tuberculose
PNEPS	–	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PubMed	–	<i>Public Medline</i>
RAS	–	Rede de Atenção à Saúde
RRAS	–	Rede Regional de Atenção à Saúde
Sinan	–	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
Sisan	–	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SITE-TB	–	Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose
SUAS	–	Sistema Único de Assistência Social
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TB	–	Tuberculose
TBDR	–	Tuberculose Resistente a Drogas
TBMDR	–	Tuberculose Multirresistente
TDO	–	Tratamento Diretamente Observado
TS	–	Teste de sensibilidade
UHC	–	<i>Universal Health Coverage</i>
Unicef	–	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	–	Universidade de São Paulo
VD	–	Visita Domiciliar
VE	–	Vigilância Epidemiológica
WHO	–	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de amostragem da Revisão Integrativa, segundo The PRISMA Group (2020), Ribeirão Preto/SP, 2022.....	23
Figura 2. Múltiplas dimensões do cuidado em saúde.....	27
Figura 3. Municípios Integrantes do DRS XIII, 2020.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Consenso dos juízes quanto à relevância dos itens da Identificação dos doentes, Dados clínicos, Identificação do Serviço de Saúde presentes na Caderneta de Controle do Tratamento.....	48
Tabela 2. Consenso dos juízes quanto à relevância dos itens de Avaliação dos contatos, Resultados de exame e Planilha mensal de controle do TDO, presentes na Caderneta de Controle do Tratamento.....	51
Tabela 3. Consenso dos juízes quanto à relevância dos itens de apresentação da caderneta e informações destinadas aos doentes e seus familiares presentes na Caderneta de Controle do Tratamento.....	54
Tabela 4. Consenso dos juízes quanto à qualidade da redação da Caderneta de Controle do Tratamento.....	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Estratégias de busca por base de dados.....	21
Quadro 2. Mapeamento dos estudos segundo categorização das atividades desenvolvidas pelos profissionais da APS no cuidado com a TBMDR. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022.....	24
Quadro 3. Organização das categorias temáticas de acordo com os núcleos de sentido e dimensões da Gestão do Cuidado em Saúde.....	40

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Atenção Primária à Saúde no controle da tuberculose multirresistente.....	15
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1 Critérios de Seleção	22
2.2 Tratamento e Análise dos Dados	22
2.3 Resultado	22
2.4 Discussão.....	24
3 REFERENCIAL TEÓRICO	27
3.1 Gestão do Cuidado em Saúde	27
3.2 Justificativa.....	29
4 OBJETIVOS.....	30
4.1 Objetivo Geral.....	30
4.2 Objetivos Específicos	30
5 MATERIAIS E MÉTODOS	31
5.1 Tipo de estudo	31
5.2 Cenário de Estudo.....	31
5.2.1 Etapa I.....	33
5.2.2 Participantes do estudo	34
5.2.3 Análise	34
5.2.4 Etapa II.....	35
5.2.5 Participantes do estudo	36
5.2.6 Análise	36
5.2.7 Aplicação da Técnica Delphi.....	37
5.2.8 Aspectos Éticos.....	38
6 RESULTADOS	39

6.1 Resultados etapa I	39
6.1.1 A pessoa acometida e seus familiares na condução do tratamento: características e medidas de proteção social	40
6.1.2 Cuidado Especializado à TBMDR no contexto dos municípios: inserção da Atenção Primária e Secundária à saúde.....	43
6.1.3 A atenção em redes no tratamento da TBMDR: potencialidades e desafios	45
6.2 Resultados etapa II	47
6.2.1 Processo de validação da caderneta: consenso na segunda rodada de opiniões	57
7 DISCUSSÃO	59
7.1 etapa I	59
7.2 Etapa II	69
7.2.1 Rodadas de Opiniões	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SEGUNDO O CÓDIGO UTILIZADO, PAÍS, TÍTULO E OBJETIVO DO ESTUDO	88
APÊNDICE B – CADERNETA DO CONTROLE DE TRATAMENTO- SEÇÃO DOS PROFISSIONAIS	90
APÊNDICE C – CADERNETA DO CONTROLE DE TRATAMENTO- SEÇÃO DOS USUÁRIOS	108
APÊNDICE D – MUDANÇAS NA CADERNETA SUGERIDAS	119
APÊNDICE E – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	121
APÊNDICE F – ROTEIRO DE CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES	122
APÊNDICE G –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	123
APÊNDICE H – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	125

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, transmitida via direta e aérea, acometendo principalmente os pulmões (WHO, 2021). Permanece ainda como um desafio para saúde pública, visto que, durante décadas, passou por impactos que dificultam seu controle, como a pandemia de Covid-19, que comprometeu as conquistas alcançadas no controle da TB ao longo de décadas, constituindo obstáculo para o alcance das metas estabelecidas pela Estratégia Fim da TB.

A Covid-19 tem forte influência no seguimento e na adesão ao tratamento da TB, principalmente em decorrência do distanciamento social no início da pandemia, que intensificou a vulnerabilidade social. Destaca-se que a diminuição da circulação das pessoas com TB nos serviços de saúde comprometeu o vínculo estabelecido e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento (HINO *et al.*, 2021).

De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2022) houve um aumento de 4,5% em 2021 quando comparado à 2020 e 1,6 milhão de pessoas morreram de TB no mundo. Ademais, Silva *et al.* (2021) destacam o efeito da Covid-19 como fator de risco adicional para a mortalidade por tuberculose, mutuamente.

A tuberculose resistente a drogas (TBDR) representa um agravamento à problemática da TB em escala global (BRASIL, 2018b), ela pode ser definida assim caso inclua um dos seguintes padrões de resistência a fármacos antituberculose: monorresistência - resistência a um dos medicamentos, polirresistência - resistência a dois ou mais desses medicamentos, exceto a associação de rifampicina e isoniazida, multirresistência (TBMDR) - resistência a pelo menos rifampicina e isoniazida, resistência extensiva (TBXDR) - resistência a rifampicina e isoniazida, qualquer fluoroquinolona e a, pelo menos um medicamento adicional do Grupo A (incluem bedaquilina e linezolida), por fim a pré-XDR que também atende a definição de TBMDR e que também são resistentes a qualquer fluoroquinolona (classe de medicamento anti-TB de segunda linha) (WHO, 2021).

Nesses casos, a resistência acontece quando ocorrem repetidos ciclos de crescimento e morte bacilar resultante da exposição aos medicamentos específicos para TB por mais de 30 dias, caracterizando a forma secundária ou adquirida. Há ainda a maneira natural – quando ocorre durante o processo de multiplicação micobacteriana ou nas formas de resistência primária; nesta, o indivíduo é infectado por bacilos já resistentes (DALCOLMO; ANDRADE; PICON, 2007; BRASIL, 2018).

Assim, a identificação precoce de pessoas acometidas pela doença é medida

fundamental para o controle da doença (BRASIL, 2019), bem como a proteção social às pessoas

acometidas, a incorporação de novas tecnologias diagnósticas com a identificação dos casos e maior interação entre os serviços de saúde (BALLESTERO *et al.*, 2020).

Entre 2019 e 2020, houve reduções no número de pessoas que receberam tratamento para TBMDR (-15%, de 177.100 a 150.359, cerca de 1 em cada 3 dos necessitados), e TB tratamento preventivo (-21%, de 3,6 milhões para 2,8 milhões), além de uma queda nos gastos globais em serviços de diagnóstico, tratamento e prevenção da TB (de US\$ 5,8 bilhões para US\$ 5,3 bilhões, menos da metade do necessário). Globalmente, em 2020, 71% (2,1/3,0 milhões) das pessoas diagnosticadas com insuficiência pulmonar bacteriologicamente confirmada TB foram testados para resistência à rifampicina, acima de 61% (2,2/3,6 milhões) em 2019 e 50% (1,7/3,4 milhões) em 2018 (WHO, 2021).

Já no Brasil, em 2021, foram diagnosticados 848 casos de TBMDR. Os indicadores revelam redução no número de casos diagnosticados em 2020 e 2021 no país, em comparação com 2019, em decorrência do cenário de pandemia de Covid-19, caracterizando uma subnotificação dos casos (BRASIL, 2021). O esquema medicamentoso preconizado está relacionado à grande maioria de cura entre os casos novos: 58 milhões de vidas foram salvas entre 2000 e 2018 através do diagnóstico e do tratamento corretos para tuberculose (WHO, 2019). Entretanto, a ocorrência da resistência às drogas antituberculosas agrava ainda mais esse problema (WALLIS *et al.*, 2016).

Alguns estudos indicam que a ocorrência da resistência pode acarretar um aumento de custos 700 vezes maior para o Sistema Único de Saúde (SUS). O tempo de tratamento pode chegar a 24 meses, apresentar menores taxas de cura, mais efeitos colaterais, com maior possibilidade de ocorrência de hospitalização e intervenções cirúrgicas (BRASIL, 2007; BRASIL, 2011; SHARMA; MOHAN, 2006; ARBEX *et al.*, 2010; Kritski, 2010 RESCH *et al.*, 2006; RAJBHANDARY, MARKS, BOCK, 2004).

O manejo da TBMDR depende das estruturas que compõem o sistema de saúde, as quais, muitas vezes, não seguem as recomendações internacionais (ORENSTEIN *et al.*, 2009). Assim, fazem-se necessárias estratégias para além dos esquemas terapêuticos adequados para garantir sucesso no tratamento e no controle da TBMDR (BALLESTERO *et al.*, 2019).

1.1 Atenção Primária à Saúde no controle da tuberculose multirresistente

No Brasil, o cuidado à TBMDR ocorre em diferentes pontos de atenção. Os Centros de Referência Terciária (CRT), responsáveis pelo atendimento dos casos mais complexos e de difícil controle, apresentam possibilidade de atendimento por uma equipe multiprofissional especializada (NÓBREGA, 2007).

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde refere-se a um conjunto de práticas em saúde realizadas a nível ambulatorial e próximo à vida das pessoas e coletivos em um determinado território (BRASIL, 2013). Ambos os termos podem ser utilizados e ainda assim alinharem-se a uma proposição de sistema público universal de qualidade. De acordo com estudo desenvolvido por Giovanella (2018), o emprego do termo “atenção primária à saúde” alinha-se a essa literatura e experiência internacional dos sistemas universais. A APS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer as necessidades de saúde (STARFIELD, 2002).

Por meio de sua atuação, apresenta potencialidade para repercutir em melhores condições de saúde da população e com custos mais baixos para as sociedades (MENDES, 2011, 2012, 2015). De acordo com Mendes (2004), a APS deve cumprir três funções importantes: a resolução do problema apresentado pela população, a organização dos fluxos e contrafluxos dos usuários e a responsabilização pela saúde da população. Nessa perspectiva, não se limita apenas à prestação de cuidados médicos “não especializados” e distancia-se da ideia de uma cesta básica de serviços na forma de programa focalizado e seletivo (GIOVANELLA, 2008).

A APS define-se por meio dos seguintes princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, enfoque comunitário e competência cultural (STARFIELD, 2002). Logo, representa uma forma de atenção muito complexa, sendo responsável por resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da população (MENDES, 2011, 2015).

Ela foi introduzida em 1920, no Reino Unido, país que, a partir do Relatório Dawson, sistematizou a atenção à saúde em três diferentes níveis: primário, representado por serviços domiciliares e centros de saúde primários; centros de saúde secundários; e hospitais de ensino (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA, MENDONÇA, 2008; LAVRAS, 2011; ANDRADE; SILVA, 2012). Diante desse documento, várias funções foram descritas em cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre elas. Além disso, esse documento também lança

as bases para a proposta de construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) coordenada pela APS (MENDES, 2015).

Em 1978, a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde foi realizada pela Organização Mundial de Saúde e Unicef em Alma-Ata, surgindo então a Declaração de Alma-Ata (1978). Essa declaração definiu a APS como um serviço de atenção à saúde essencial, com uma estratégia de organização das responsabilidades dos governos com a saúde enquanto direito humano fundamental, garantindo que no ano 2000 todos os cidadãos teriam acesso à saúde (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2009; MENDES, 2004). Também estabeleceu a meta de “Saúde para Todos”, proposta por Mahler, em 2000 (CUETO, 2004; GIOVANELLA, MENDONÇA, 2009).

Outro documento de destaque é a “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (Opas/OMS, 2005), que reafirmava o papel da APS no desenvolvimento dos sistemas de saúde de forma equilibrada e sustentável (ANDRADE; SILVA, 2012).

A Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde realizada em Astana (2018) foi um movimento que possibilitou entender tal problema, pois se afastava dos princípios da Declaração de Alma-Ata, inserindo plenamente a APS à Universal Health Coverage (UHC), de modo a reduzir as responsabilidades incumbidas ao governo, com privilégio à participação do setor privado, principalmente fragmentando os serviços (GIOVANELLA *et al.*, 2019a). Tal fato gerou manifestações de diversos países, incluindo o Brasil, em defesa dos Sistemas Universais (CRUZ, SAÚDE, 2018). Diversos estudos trazem a compreensão do impacto de Sistemas Universais orientados por uma APS potente, que garante uma melhor resposta às necessidades das pessoas atendidas (ANDRADE, SILVA, 2012; MENDES, 2012; 2015).

Giovanella (2014) mostrou em seu artigo as dificuldades que o SUS enfrenta no contato com os pontos secundários e especialmente terciários, que, em sua maioria, não respondem à gestão pública. Além disso, é destacada a importância de ordenação da RAS a partir das necessidades da APS, mesmo que isso signifique que este não seja o nível assistencial que efetivamente regule os investimentos, formação profissional e práticas de cuidado (GIOVANELLA, 2014). Outro aspecto importante nesse sentido refere-se à ideia de que a coordenação do cuidado configura-se como um atributo de todo o Sistema, e não apenas responsabilidade de um nível assistencial (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014). Desse modo, cabe a toda a RAS proporcionar e garantir a integralidade do cuidado (GIOVANELLA, 2014; MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014).

De acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da TB (2023), todos os serviços assistenciais devem esclarecer para a pessoa acometida os sintomas da doença, modo de transmissão, esquemas de tratamentos e exames; devem oferecer a todos os acometidos o TDO e ou um retorno ao mensal ao serviço. A Visita Domiciliar (VD) é imprescindível nesses

casos, principalmente no início do tratamento, para que sejam compreendidas as dificuldades e dúvidas e assim a APS consegue realizar a identificação precoce dos faltosos e organizar uma estratégia de busca, para reinserção dessas pessoas ao cuidado, e assim oferecer um trabalho na perspectiva da RAS, de forma integrada e integral (BRASIL, 2023).

Em 2020, foi realizado um estudo sobre a coordenação dos cuidados aos doentes durante o tratamento para TBMDR em Recife, Pernambuco. Os resultados apontaram dificuldades em

relação à falta de padronização no cuidado da pessoa com TBMDR; apenas 48,4% dos profissionais mencionaram existir protocolo padronizado entre níveis de atenção para o acompanhamento e seguimento dos casos. Ademais, foram notadas dificuldades de coordenação entre os serviços envolvidos na atenção e a descontinuidade do fluxo de informação, bem como a inexistência de um sistema que os integre e aperfeiçoe o seguimento da pessoa acometida pela doença (BARROS *et al.*, 2020).

Percebe-se que os serviços enfrentam dificuldades relacionadas à comunicação entre os níveis assistenciais envolvidos. Os doentes em tratamento relataram experiências de “desamparo” pelos profissionais da APS traduzidas em pouca empatia para resolução de seus problemas relacionados ou não à TBMDR e distanciamento quanto ao TDO (BALLESTERO *et al.*, 2014; BALLESTERO, 2017). Além disso, o fluxo unilateral de informações dá indícios de que a tomada de decisões relacionadas ao tratamento não considera as peculiaridades da APS (BALLESTERO, 2017).

Tendo em vista esse panorama e a necessidade de comunicação, foi criada e validada a Caderneta de Controle do Tratamento (apêndice B), tendo por base as recomendações da OMS (WHO, 2008; 2011) e os esforços observados e analisados nos CRTs de quatro regiões do Brasil, além do Centro de Referência Nacional, situado no estado do Rio de Janeiro (BALLESTERO *et al.*, 2017). Assim, a Caderneta integra as sugestões padronizadas internacionalmente aos contextos e necessidades nacionais, direcionando-se à comunicação entre o CRT e a APS (BALLESTERO *et al.*, 2017).

Trata-se de um material dividido em três partes:

- 1) Identificação: dados pessoais e clínicos;
- 2) Informações para os doentes e familiares quanto à definição da doença, aspectos relacionados ao tratamento e medidas de proteção e identificação de contatos;
- 3) Seção de uso dos profissionais de saúde: informações sobre os serviços envolvidos na atenção; dados do tratamento – data de início e previsão do término, programação de esquema terapêutico; descrição do TDO, papel da APS em sua efetivação e da importância acrescida por se tratar de um caso de resistência, além de dicas para melhor condução da terapia; descrição dos exames a serem realizados para o acompanhamento do tratamento, necessidade de exame dos contatos, medidas de controle da infecção na comunidade; critérios de cura e acompanhamento pós-cura; folhas de registro de avaliação dos contatos, de resultados de exames, de registro de peso mensal, controle do TDO; e espaço para troca de informações entre os pontos de atenção (BALLESTERO *et al.*, 2017).

Após sua elaboração, a Caderneta de Controle do Tratamento foi validada por meio da Técnica Delphi (POWELL, 2003; SINHA; SMYTH; WILLIAMSON, 2011; SCARPARO *et al.* 2012), junto aos especialistas dos CRTs que participaram do estudo (BALLESTERO *et al.*, 2017). No entanto, o material ainda não está pronto para ser implantado no SUS, visto que carece das contribuições e da aprovação da APS, etapa que será descrita em momento posterior.

Em suma, a TBMDR representa um problema complexo e em crescente expansão no Brasil e no mundo. Seu tratamento demanda um cuidado integral e coordenado pela RAS, de forma a envolver todos os níveis assistenciais. A APS, entendida como coordenadora dessa Rede, necessita ser empoderada para tomada de decisões e compartilhar com o nível terciário informações referentes ao cuidado do doente e sua família de modo a superar as fragmentações da assistência e modificar as condições que possibilitam a perpetuação da TB e da TBMDR em seu território, intervindo na determinação social da doença. Frente ao discutido, a presente investigação está centrada no seguinte questionamento: “Qual a percepção dos profissionais da APS quanto ao cuidado à TBMDR em seu território e quais informações devem ser veiculadas entre os níveis assistenciais?”.

Assim, optou-se por realizar uma ampla revisão da literatura a fim de identificar as práticas profissionais para melhor controle da TBMDR.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Organiza-se em seis etapas para seu desenvolvimento: determinação da questão norteadora da revisão; busca na literatura; extração de dados dos estudos primários; análise dos estudos incluídos; síntese dos resultados; e apresentação da revisão. A revisão integrativa visa a uma abordagem metodológica empregada para fornecer conhecimentos produzidos sobre uma determinada temática, de maneira sistemática, ordenada e abrangente (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Frente ao discutido, a presente investigação teve como objetivo mapear a percepção dos profissionais da APS quanto ao cuidado à TBMDR em seu território e quais informações devem ser veiculadas entre os níveis assistenciais. As buscas e a seleção dos estudos elegíveis para esta revisão foram realizadas em março de 2022.

A seleção dos artigos foi efetuada nas bases de dados da área da saúde LILACS – Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde, PubMed – Public Medline e CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, além das bases multidisciplinares: Web of Science e EMBASE. Com intenção de se promover uma busca exaustiva da literatura, traçaram-se diferentes estratégias de busca, com diferentes descritores, com o intuito de responder à pergunta norteadora. As estratégias de busca adotadas são apresentadas no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1. Estratégias de busca por base de dados.

Base de dados	Estratégia de busca	Número de artigos encontrados
PUBMED	("Health Personnel"[Mesh] OR "Health Personnel" OR "health care personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health care Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR Health Care Professionals" OR "Health Care Professional" OR "Health Professional" OR "Health Professionals" OR Nurse* R Physician* OR Epidemiologist* OR "Health Workers" OR "Health Worker" OR "care workers") AND ("Primary Health care"[Mesh] OR "Primary Health Care" OR "Primary Care" OR "Primary Healthcare") AND ((Tuberculosis AND Resistan*))	73
LILACS	((("Pessoal de Saúde" OR "Profissionais da Saúde" OR "Profissionais de Saúde" OR "Profissional da Saúde" OR "Profissional e Saúde" OR "Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Providers" OR Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professionals" OR "Health Care rofessional" OR Nurse* OR Physician* OR "Personal de Salud" OR "Provedores de Atención de Salud" OR "Trabajadores e la Salud" OR medico* OR Enfermeir* OR Enfermer*)) AND (("Atenção Primária à Saúde" OR "Atención Primária" OR Atención Básica" OR "Atendimento Básico" OR "Cuidados Primários" OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" R "Primary Health" OR PrimaryHealth OR "Primary care")) AND (((Tuberculosis AND Resistan*) OR (Tuberculose AND esistente) OR (Tuberculosis AND Resistente) OR (Tuberculosis AND multidrogoresistente) OR (Tuberculose AND armacorresistente) OR (Tuberculose AND Multirresistente) OR "MDR Tuberculosis" OR "TBMDR" OR "TBMR"))	8
EMBASE	'health personnel'/exp OR 'health personnel' OR 'health care personnel'/exp OR 'health care personnel' OR 'health care roviders' OR 'health care provider'/exp OR 'health care provider' OR 'healthcare providers' OR 'healthcare provider'/exp OR healthcare provider' OR 'healthcare workers' OR 'healthcare worker'/exp OR 'healthcare worker' OR 'health care professionals' R 'health care professional'/exp OR 'health care professional' OR 'health professional'/exp OR 'health professional' OR health professionals' OR nurse* OR physician* OR epidemiologist* OR 'health workers' OR 'health worker'/exp OR 'health orker' OR 'care workers') AND ('primary health care'/exp OR 'primary health care' OR 'primary care'/exp OR 'primary care' R 'primary healthcare'/exp OR 'primary healthcare') AND (('tuberculosis'/exp OR tuberculosis) AND (resistan* OR 'mdr uberculosis') AND ([article]/lim OR [article in press]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR review]/lim)	115
CINAHL	(MH "Health Personnel+") OR "Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare roviders" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professionals" R "Health Care Professional" OR "Health Professional" OR "Health Professionals" OR Nurse* OR Physician* OR pidemiologist* OR "Health Workers" OR "Health Worker" OR "care workers")) AND (("Primary Health Care" OR Primary Care" OR "Primary Healthcare")) AND ((Tuberculosis AND Resistan*) OR "MDR Tuberculosis"))	19
WEB OF SCIENCE	"Health Personnel" OR "health care personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "health-care provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professional" OR "Health Professional" OR "Health Professionals" OR "Healthcare Assistants" OR "Healthcare Assistant" OR Nurse* OR Physician* OR Epidemiologist* OR "Health Workers" OR "Health Worker" OR "care workers") AND ("Primary Health Care" OR "Primary Care" OR "Primary Healthcare") AND ((Tuberculosis AND Resistan*) OR "MDR Tuberculosis")	79

As buscas e a seleção dos estudos elegíveis para esta revisão foram realizadas por dois revisores de modo independente com o uso do operador booleano “AND” para cruzamento de dados entre as estratégias, e operador booleano “OR” para descritores controlados e não controlados. Em casos de discordância entre os revisores, um terceiro revisor foi acionado.

2.1 Critérios de Seleção

Os critérios de inclusão foram artigos publicados em qualquer idioma, sem delimitação de tempo e localidade, artigos científicos primários e originais que respondessem à questão de investigação formulada. Foram excluídos estudos secundários, estudos de caso, editoriais e artigos de opinião e aqueles com impossibilidade de acesso.

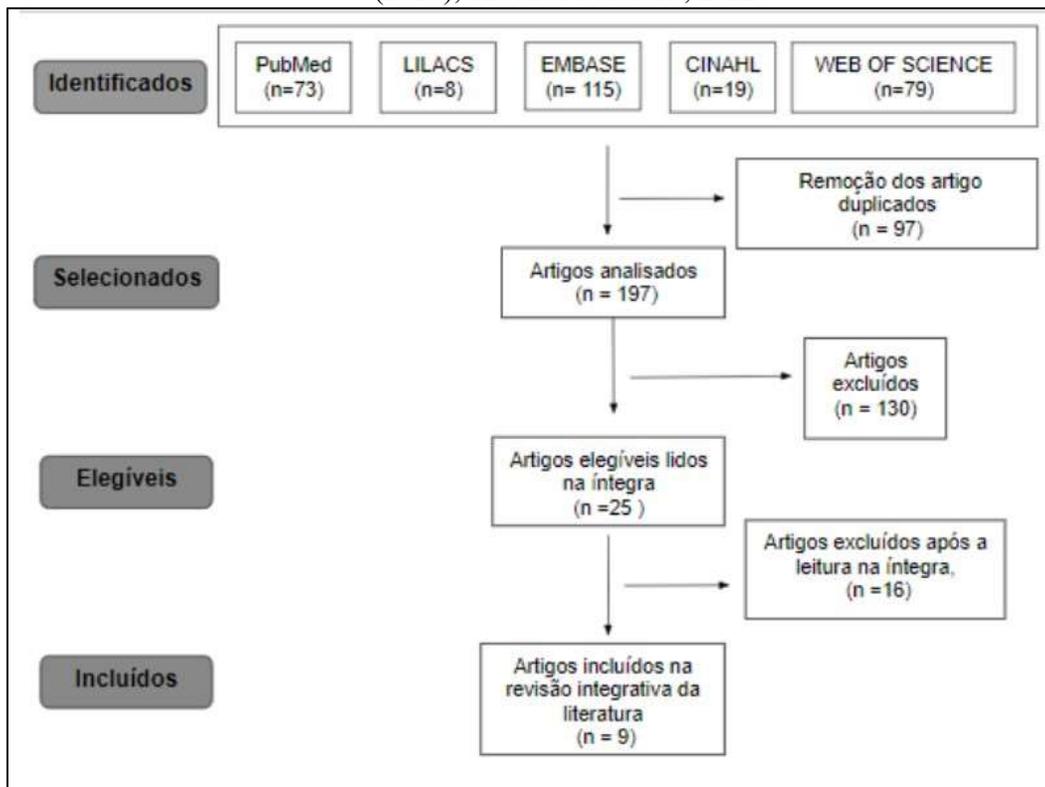
2.2 Tratamento e Análise dos Dados

Para auxiliar no gerenciamento de referências, utilizou-se o gerenciador Rayyan® na organização das referências identificadas na busca e, posteriormente, a seleção dos artigos por título e resumo de todas as publicações resultantes. Foram identificados 294 artigos para esta revisão, com a exclusão de 97 artigos duplicados. A análise foi composta por 197 estudos. Nesta primeira etapa, foram lidos títulos e resumos dos artigos identificados, e 23 foram elegíveis para a leitura na íntegra. Por fim, 9 artigos constituíram esta revisão.

2.3 Resultado

A figura 1 apresenta com o fluxograma PRISMA a identificação e a seleção dos estudos incluídos na revisão.

Figura 1. Fluxograma de amostragem da Revisão Integrativa, segundo The PRISMA Group (2020), Ribeirão Preto/SP, 2022.



Fonte: a autora (2023).

Utilizou-se um instrumento para mapeamento dos dados e discussão dos resultados. As informações extraídas das publicações eram: Título; Revista/vol./núm./ano; Autor (es)/ País/Ano/Local do estudo; Objetivo; Participantes/Sujeitos; Método Utilizado; Resultados Efetivos; Conclusões do Autor. A caracterização dos estudos incluídos nesta revisão de literatura estão apresentados no Apêndice A.

Dos estudos identificados, 9 (100%) respondem à pergunta norteadora e compõem esta Revisão de Literatura. Desses, 4 (45%) são do continente Asiático, sendo 2 da Indonésia, um do Nepal e um da China; outros 4 (45%) estudos são pertencentes ao continente Africano, e 1 (10%) estudo foi desenvolvido no continente americano, mais especificamente no Peru. Quanto ao idioma, 8 estudos foram publicados em inglês e 1 em espanhol. Os sujeitos das pesquisas incluíram enfermeiros, equipe de enfermagem da AP, médicos e equipe multidisciplinar da APS. O Quadro 2 apresenta as categorias correspondentes às atividades desenvolvidas pelos profissionais da APS no cuidado com a TBMDR.

Quadro 2. Mapeamento dos estudos segundo categorização das atividades desenvolvidas pelos profissionais da APS no cuidado com a TBMDR. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022

Atividades desenvolvidas pelos profissionais da APS no cuidado com a TBMDR	
Tratamento Diretamente Observado (TDO)	E1, E2, E4, E7, E8
Capacitação da equipe de saúde/enfermagem	E1, E3, E4, E8, E9
Organização e configuração da infraestrutura da APS	E1, E2, E3, E5, E6
Controle de infecção e gerenciamento dos contatos	E1, E4, E5, E7, E8

*E1,E2,E3,E4,E5,E6,E7,E8,E9: artigos selecionados (Apêndice A).

Fonte: a autora (2023).

2.4 Discussão

Em relação ao Tratamento Diretamente Observado (TDO), estudos mostraram algumas dificuldades de implementação integral da estratégia TDO para pacientes com TBMDR (PROBANDARI *et al.*, 2019; KHANAL *et al.*, 2017; SINGH, VAN RENSBURG, 2017). No estudo realizado na Indonésia, apenas 67% dos profissionais mostraram compromisso em fornecer TDO de acordo com os protocolos adequados para pacientes com TBMDR, neste, apenas uma unidade de saúde, dentre 17 UBSs, utilizaram a estratégia TDO (PROBANDARI *et al.*, 2019). Foi relatado por profissionais e pacientes que havia pouco tempo disponível para aconselhar os pacientes durante o TDO (KHANAL *et al.*, 2017). O resultado do estudo realizado por Singh e Van Rensburg (2017) mostrou que os profissionais da APS responsáveis pela supervisão da ingestão da medicação tinham conhecimento limitado sobre fornecimento do medicamento para TBMDR, e 25% dos entrevistados tinham dificuldades com o monitoramento dos efeitos colaterais do tratamento. Por fim, o trabalho de Furin *et al.* (2011) identificou que todas as APS incluídas tinham horas dobráveis no fornecimento do TDO pelos profissionais, a fim de permitir que os pacientes continuassem a trabalhar normalmente.

De acordo com capacitação da equipe de saúde, dois estudos revelaram escassa capacitação técnica dos profissionais para o atendimento da TBMDR (KHANAL *et al.*, 2017; CURISINCHE ROJAS, 2014) e que o conhecimento da equipe de saúde sobre os protocolos de controle de infecção, bem como a identificação dos sinais e sintomas da TBMDR, eram inadequados (PROBANDARI *et al.*, 2019). Este estudo, mostrou que os funcionários que receberam treinamento em TDO para TBMDR e controle de infecção tiveram maior índice de conhecimento quando comparado com aqueles que não receberam. Também foi identificado

que eles mostravam mais segurança relacionada à implementação da estratégia TDO, mas, mesmo assim, alguns profissionais demonstraram insatisfação com a cobertura e a qualidade dos treinamentos fornecidos (PROBANDARI *et al.*, 2019).

O estudo realizado por Singh e Van Rensburg (2017) sugere a importância de avaliar a compreensão dos pacientes sobre a TBMDR, as causas, a prevenção e o tratamento. Sendo assim, identificaram que mais da metade (72% e 66%) dos entrevistados indicaram que teriam sido adequadamente treinados no que diz respeito à infecção, a controlar e a educar pacientes sobre TBMDR e à adesão, respectivamente. Nas recomendações sugeridas por esse artigo, o treinamento pode ser fornecido por especialistas em TB para melhorar os conhecimentos sobre a gestão de pacientes e procedimentos operacionais envolvidos. Um estudo realizado no Peru identificou que os profissionais do programa de saúde comunitária foram prontamente treinados para acompanhar pacientes com TBMDR até o final do tratamento (FURIN *et al.*, 2011).

Alguns dos estudos selecionados trouxeram uma preocupação relacionada à organização e à configuração da infraestrutura da APS para o atendimento da pessoa com TBMDR (PROBANDARI *et al.*, 2019; KHANAL *et al.*, 2017; CURISINCHE ROJAS, 2014; NAIDOO *et al.*, 2012). É necessário que o profissional responsável por essa organização tenha conhecimento do controle de infecção para não expor os colegas de trabalho e os outros pacientes da unidade (PROBANDARI *et al.*, 2019). Também relacionado à configuração da infraestrutura do serviço, o estudo de Khanak *et al.* (2017) evidenciou que em alguns centros de TDO os pacientes reclamaram da falta de privacidade durante as consultas, mesma situação encontrada no artigo publicado por Curisinche Rojas (2014), com relatos de reclamações relacionadas às condições de ventilação adequadas, iluminação e tamanho dos ambientes utilizados para atendimento dos pacientes com TBMDR.

Outro estudo revelou que os enfermeiros que trabalham na unidade de TB na atenção primária à saúde estudada tinham níveis adequados de conhecimento sobre áreas de gestão de TBMDR, bem como na gestão de instalações (SINGH; VAN RENSBURG, 2017). Os resultados do estudo de Naidoo *et al.* (2012) mostraram que 16 (31%) das APSs tinham uma enfermeira dedicada a tratar pessoas com tuberculose; apenas 10 (20%) possuíam uma sala de consulta dedicada exclusivamente para o tratamento de TB; em 16 (39%) das 41 APSs do estudo, pacientes não TB foram tratados na mesma sala de consulta das pessoas com TB.

No controle de infecção, dois estudos mostraram uma fidelidade das atividades aos protocolos de controle de infecção de acordo com a diretriz nacional (PROBANDARI *et al.*, 2019; SINGH; VAN RENSBURG, 2017). O estudo de Probandari *et al.* (2019) mostrou que

os profissionais se atentaram ao correto descarte dos resíduos infecciosos, bem como ao fornecimento das máscaras cirúrgicas para pacientes com tosse. O conhecimento sobre o tempo para fornecer etiqueta à tosse foi maior entre os funcionários clínicos e do programa de TB em comparação com outros tipos de funcionários (registro, saúde ambiental, equipe de promoção da saúde). Ainda sobre o controle de infecções, os resultados do artigo de Naidoo *et al.* (2012) mostraram que, de 51 clínicas, apenas 11 (22%) tinham políticas de controle de infecção, 13 (26%) fizeram triagem de pacientes com tosse e 16 (31%) contavam com uma enfermeira dedicada e uma consultoria dedicada sala para tratamento de pacientes com TBMDR.

Por fim, em relação ao controle de contatos, resultados de um trabalho apontam que um grande número de entrevistados ($n = 24$; 75% e $n = 25$; 78%) recebeu treinamento adequado sobre contatos de triagem para TBMDR e coleção de escarro, respectivamente, mas mais da metade ($n = 22$; 69%) não tinha conhecimento adequado sobre como gerenciar contatos sintomáticos da TBMDR, enquanto metade dos entrevistados ($n = 16$; 50%) disse não ter conhecimento adequado sobre como gerenciar contatos assintomáticos da TBMDR. Em relação ao monitoramento dos efeitos colaterais do tratamento, o conhecimento variou de 25% ($n = 8$; 25%) e 78% ($n = 25$; 78%) para coleta de escarro (SINGH; VAN RENSBURG, 2017).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

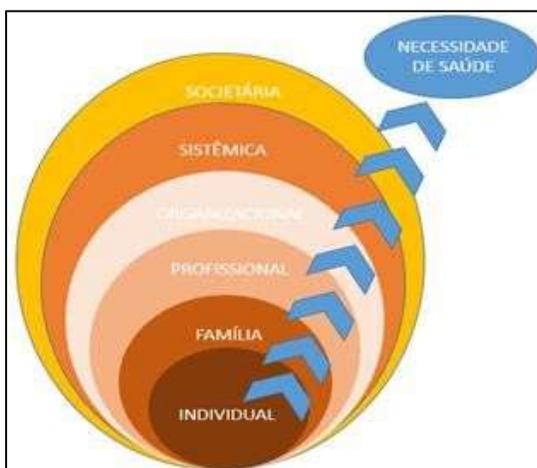
3.1 Gestão do Cuidado em Saúde

O referencial teórico utilizado no presente trabalho é o de Gestão do Cuidado em Saúde, apresentado por Cecílio (2011). Para esse autor, no intuito de promover o bem-estar, a autonomia e a segurança de um indivíduo em sua infinita singularidade, é necessário disponibilizar tecnologias de saúde. Merhy (1997) classificou-as em: Tecnologia dura, leve-dura e leve.

Para Cecílio e Merhy (2002), o cuidado, de forma idealizada, é um somatório de decisões quanto ao uso de tecnologias, onde ocorre a interação profissional e ambiental adaptando-se para suprir as necessidades de cada paciente. Dessa forma, compõem o que entendemos como cuidado em saúde, que tem como objetivo a produção do cuidado, que demanda ações, procedimentos e cuidados com os quais se pode chegar à cura, impactando na qualidade de vida.

De acordo com Cecílio, para realizar a gestão do cuidado em saúde, ela deve ser pensada em seis dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária, como mostra a Figura 2, a seguir.

Figura 2. Múltiplas dimensões do cuidado em saúde.



Fonte: Cecílio (2011).

A dimensão individual trata as escolhas da vida como algo singular, sendo o principal ator capaz de gerir sua autonomia e de produzir seu único modo de viver, mesmo tendo influência do meio ambiente e da sociedade no seu processo saúde e doença.

Já a dimensão familiar aborda diferentes atores que perpassam algum momento da vida: pessoas da família, os amigos e os vizinhos. O viver bem em família influencia positivamente o viver saudável dos indivíduos. Atenta-se à complexidade dos laços familiares, da sobrecarga dos cuidadores, refere-se tanto às influências positivas como às influências negativas experienciadas pelas famílias.

O encontro entre profissionais e os usuários caracteriza a dimensão profissional do cuidado, que deve acontecer de forma confortável, privada, longe de olhares externos em espaços protegidos. É comandada por três elementos:

- a) Competência técnica do profissional: capacidade de resolver e/ou responder os problemas vividos pelos usuários, com responsabilidade e dedicação;
- b) Postura ética do profissional: a atuação de acordo com os valores morais da profissão para assim minimizar, da melhor forma possível, tais necessidades;
- c) Capacidade de construir vínculo com os usuários.

A dimensão organizacional é realizada nos serviços de saúde, marcada pelo trabalho em equipe a fim de organizar as atividades colaborativas de coordenação e comunicação. Nela se definem os fluxos e as regras de atendimento, a adoção de dispositivos compartilhados, como: agendas, protocolos únicos, reuniões de equipe, planejamento, avaliação etc. (CECÍLIO; 2011).

A dimensão sistêmica da gestão do cuidado é aquela que constrói as conexões formais, criando-se redes que tornem os serviços de saúde mais conectados e abrangentes. Essas redes são construídas a partir dos movimentos de usuários, trabalhadores e gestores. Para que ela funcione, os pesquisadores da área trabalham com conceitos mais flexíveis de redes de cuidado (CECÍLIO, 2011)

Por fim, a dimensão societária acontece de forma que os atores da sociedade civil e Estado influenciam-se mutuamente. Assim, acontece uma disputa de diferentes projetos – do que a sociedade precisa e o que o Estado pode fornecer, cujo resultado determinará as condições de vida da população.

Dessa forma, podemos pensar a gestão do cuidado como um sistema complexo, que considera importantes aspectos relacionados à autonomia, à individualidade, às relações interpessoais e às atitudes profissionais.

3.2 Justificativa

Considerando a complexidade da TBMDR no que se refere, principalmente, à dificuldade no manejo dos doentes com tratamentos longos, bem como a falta de estudos no Brasil que indentificassem as práticas profissionais nos diferentes níveis assistenciais para melhor controle da TBMDR, o desenvolvimento da presente proposta justifica-se pela possibilidade de contribuir com a coordenação e a padronização das condutas do cuidado na APS e a atenção secundária, a atenção em redes e o autocuidado apoiado, de modo a reduzir a fragmentação da assistência, melhorar a coordenação dos casos e repercutir em melhores indicadores.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Analisar a Gestão do Cuidado às pessoas acometidas por tuberculose multirresistente, nos níveis primário e secundário de atenção, e validar junto aos profissionais de saúde envolvidos as informações a serem compartilhadas na Rede de Atenção à Saúde.

4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado à TBMDR no Departamento Regional de Saúde 13 (DRS 13) no nível da Atenção Primária e Secundária à Saúde;

- Analisar a percepção dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado quanto às suas atribuições na atenção à pessoa acometida por TBMDR e à sua família;

- Identificar temas e conteúdos a serem adaptados para a Caderneta de Controle do Tratamento pelos profissionais da APS e Atenção Secundária;

- Validar a Caderneta de Controle do Tratamento junto aos profissionais da Atenção Primária e Secundária à Saúde.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo dividido em duas etapas: *Etapa I* – estudo descritivo-analítico com uso de método qualitativo; *Etapa II* – estudo metodológico, com uma abordagem qualitativa.

5.2 Cenário de Estudo

O estudo foi desenvolvido no estado de São Paulo em uma das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS). Neste Estado, o território é dividido em 17 RRASs, agrupando serviços de APS e da Atenção Secundária, sendo admitida a possibilidade de compartilhamento de serviços de Atenção Terciária entre Regiões de Saúde (SÃO PAULO, 2011). No que se refere à atenção à TBMDR, o Estado possui 19 CRTs localizados nos municípios de Américo Brasiliense, Campinas (2 Centros), Campos do Jordão, Fernandópolis, Guarulhos, Mogi das Cruzes, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, Santos, São Bernardo do Campo, São José dos Campos, São Paulo (6 Centros) e Sorocaba (BALLESTERO, 2017).

A estrutura operacional da RAS é composta pelos seguintes componentes:

- Centro de Comunicação: responsável pelo ordenamento dos fluxos; marcado pela superação do paradigma de Atenção Básica e substituição por APS;
- Pontos de Atenção Secundários e Terciários: conceito diferente de estabelecimentos de saúde, voltando-se para a rede onde ocorre a oferta de serviços especializados;
- Sistemas de Apoio: caracterizados pelos serviços que prestam apoio ao sistema, como apoio diagnóstico e terapêutico; sistema de assistência farmacêutica; e sistemas de informação em saúde;
- Sistemas Logísticos: voltado para soluções tecnológicas, baseadas na tecnologia de informação, que permite a troca e regula o fluxo de informações, produtos e pessoas dentro dos pontos de atenção e sistemas de apoio da RAS;

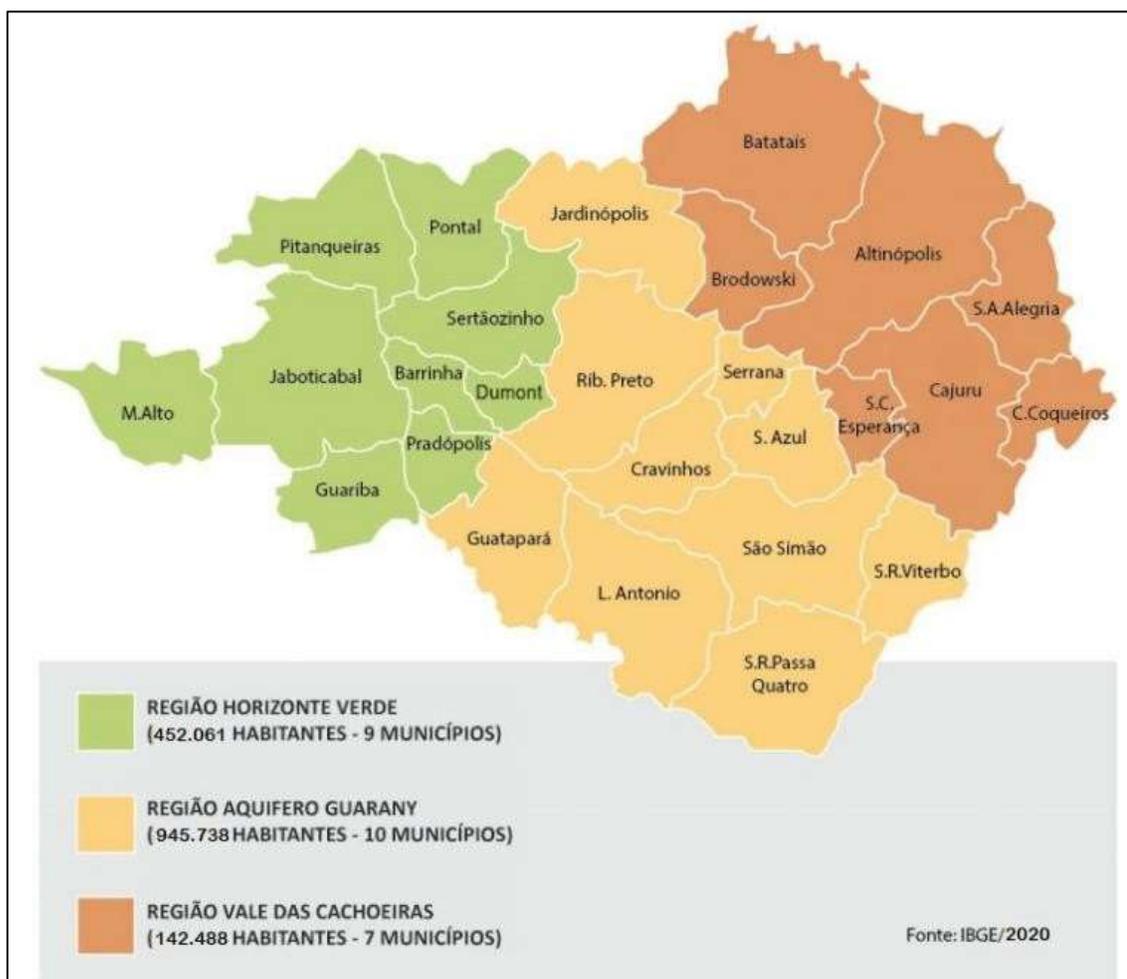
- Sistemas de Governança: entendidos como um arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das RAS e em que são definidas responsabilidades, metas e prazos. (MENDES, 2011).

A RRAS 13 é composta por 90 municípios e atendeu a uma população de aproximadamente 3.307.000 pessoas no ano de 2010. Trata-se dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Ribeirão Preto, Barretos, Franca e Araraquara (SÃO PAULO, 2020). Em sua maioria, esses municípios possuem menos de 50.000 habitantes (84,4% deles), sendo 40% com menos de 10.000 habitantes e 44,4% na faixa de 10.000 a 49.000 habitantes (SÃO PAULO, 2019). Trata-se de uma região muito ampla e composta por municípios diferenciados entre si.

A RRAS 13 possui um CRT para investigação e tratamento dos doentes de TBMDR a nível ambulatorial, situado no HC-FMRP/USP, e outro destinado aos regimes de internação de longa duração – Hospital Nestor Goulart Reis (HNGR) –, em Américo Brasiliense. Ambos os serviços atendem a usuários do SUS provenientes também de outras RRAS e até de outros Estados.

O Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto – DRS XIII –, situado na região nordeste do Estado de São Paulo, é dividido em 3 Regiões de Saúde: Vale das Cachoeiras, Horizonte Verde e Aquífero Guarani (RIBEIRÃO PRETO, 2015). A figura 3, a seguir, mostra os municípios que a integram; trata-se de uma região muito ampla e composta por cidades diferenciadas entre si.

Figura 3. Municípios Integrantes do DRS XIII, 2020.



Fonte: IBGE (2020).

5.2.1 Etapa I

A etapa 1 utiliza o estudo descritivo-analítico com uso de método qualitativo. Por descrição analítica entende-se a descrição das características de uma população, de um fenômeno ou de uma experiência. Segundo Minayo (2013), a utilização do estudo qualitativo garante a produção de uma análise sistemática e aprofundada e reduz as chances de olhar o sujeito apenas na perspectiva individual, minimizando, assim, as suposições e reconhecendo a polaridade complementar entre o sujeito e o objeto dentro desse processo.

Durante a etapa 1, foi realizada a entrevista com os profissionais da saúde da DRS 13, tanto no contexto da APS, quanto no da Atenção Secundária à Saúde. Isso permitiu uma descrição densa dos contextos envolvidos no cuidado a essa condição de saúde, com a obtenção de relato rico e abrangente, tanto do ambiente onde se desenvolveu a pesquisa, quanto das transformações e processos observados.

5.2.2 Participantes do estudo

Os participantes previstos para esta etapa eram os profissionais da APS, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, com experiência na condução de pelo menos um caso de TBMDR; profissionais da Vigilância Epidemiológica (profissionais de quaisquer formações que atuassem na Vigilância Epidemiológica) e Programas de Controle da Tuberculose (coordenadores e profissionais envolvidos no programa nos municípios) com experiência na condução de pelo menos um caso de TBMDR.

Para obter informações sobre os participantes, foi realizada a apreciação inicial do projeto de pesquisa junto à Comissão Intergestores Regionais (CIR), bem como a avaliação e a aprovação pelos membros da gestão do DRS XIII. Nessas reuniões, foram apreciadas indicações feitas pela Coordenação da APS referentes aos municípios com maior número de casos de TBMDR nos últimos dez anos, com a inclusão de cinco municípios.

No primeiro contato com as Secretarias Municipais, foi-nos apresentados os profissionais que tiveram experiências com a temática e que poderiam contribuir com a pesquisa. Assim, o intermédio com os participantes foi mediante e-mail e telefonema para confirmar a experiência na área, seguindo um roteiro de questões com o objetivo de checar a compatibilidade do entrevistado com os critérios estabelecidos (Apêndice E). Foram excluídos os avaliadores que não responderam a quatro contatos consecutivos. Os participantes incluídos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice G).

5.2.3 Análise

As entrevistas foram gravadas via Google Meet e posteriormente transcritas na íntegra. A organização dos achados foi realizada através do *software* Atlas Ti versão 9.0. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, modalidade temática.

Na Análise de Conteúdo, da autora Laurence Bardin (2011), modalidade temática, primeiramente realiza-se a pré-análise. Nessa fase, ocorre a organização do material, ou seja, é momento destinado à escolha dos documentos/entrevistas para, posteriormente, ocorrer a definição das hipóteses, que, segundo Bardin (2011), são explicações antecipadas do fenômeno observado; e os objetivos da pesquisa – a chamada “leitura flutuante”. Em seguida, houve a etapa de codificação, na qual se escolhe a unidade de registro, isto é, o recorte selecionado para a pesquisa.

Após isso, ocorre a fase da categorização, em que as entrevistas são analisadas e divididas em características comuns, sendo seguidos os seguintes critérios: semântico (temas), sintático (verbos, adjetivos e pronomes), léxico (sentido e significado das palavras – antônimo ou sinônimo) e expressivo (variações na linguagem e na escrita). Tal processo realiza-se em duas etapas: inventário, em que há o isolamento dos elementos comuns, e a classificação, responsável pela repartição dos elementos e sua organização.

A seguir, Bardin (2011) atenta-se à inferência como técnica de tratamento de resultados, orientada por polos de comunicação, divididos em: emissor, aquele que produz a mensagem; receptor, o que recebe a mensagem e estuda sobre a que ela se destina; mensagem, sendo o ponto de partida da análise, ou seja, estuda-se o conteúdo, o significado, os significantes, o código e a significação; e canal, auxiliando como procedimento experimental.

Depois da comprovação dos polos de comunicação, novos temas e dados surgem, portanto faz-se necessária a comparação entre eles, a fim de comprovar possíveis agregações. Caso haja diferença, é fundamental encontrar semelhanças entre temas e dados. A interpretação é a fase final da Análise de Conteúdo, momento em que é necessário retornar ao referencial teórico a fim de aprofundar as entrevistas selecionadas, ultrapassando, assim, a leitura aparente.

5.2.4 Etapa II

A etapa II consiste em um estudo metodológico, que, segundo Polit e Beck (2006), permite desenvolvimento, produção, construção, validação, avaliação e/ou aplicação de ferramentas ou tecnologias. Assim, os estudos metodológicos são aqueles que têm a finalidade

de projetar novos instrumentos ou ferramentas (COSTA *et al.*, 2018). Na perspectiva deste estudo, utilizou-se a investigação dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, com o propósito de validar junto aos profissionais de saúde envolvidos as informações a serem compartilhadas na Caderneta de Controle do Tratamento.

Foram apreciados 96 temas, sendo alguns deles apenas para preenchimento de dados. Os temas foram julgados em 9 grandes blocos, a saber: Identificação do Usuário e Dados Clínicos (20 itens); Identificação Unidade de Saúde (US) (5 itens); Registro da Avaliação dos Contatos (9 itens); Resultados de Exames (9 itens); Tabela de peso e Planilha para controle do TDO (8 itens); Julgamento dos temas presentes na caderneta (25 itens); Temas não abordados que você julgue relevante (1 item); Avaliação da qualidade da redação (9 itens); Informações aos profissionais de saúde (10 itens).

5.2.5 Participantes do estudo

Os participantes desta etapa são os mesmos que participaram da Etapa I, incluindo acadêmicos – professores, doutores e pesquisadores com atuação na temática há, pelo menos, cinco anos (Apêndice F). Os participantes são considerados juízes desta etapa.

5.2.6 Análise

Mendes (2011, 2012) afirma que apenas a existência de uma Linha-guia não assegura sua implantação e conseqüente modificação da estrutura do cuidado a uma determinada condição de saúde. Assim, é necessário que seja submetida a um processo de validação. Optou-se pela utilização da técnica Delphi para a realização dessa etapa. Como não ocorre a presença física dos participantes, a escolha desse método também atende às necessidades impostas pela atual pandemia, já que pode ser utilizada quando os elementos do grupo encontram-se distantes geograficamente.

De acordo com Scarparo e colaboradores (2012), a técnica Delphi foi utilizada pela primeira vez para fins militares na década de 1950, sendo divulgada cerca de dez anos depois.

Essa técnica é utilizada em várias áreas de conhecimento, principalmente na área empresarial, sociológica, da saúde e na implantação de tecnologias inovadoras.

É um tipo de pesquisa interativa que utiliza um método sistematizado para o julgamento de informações baseado na opinião de especialistas de determinada área de atuação. A referida técnica consiste na solicitação, coleta, tabulação e avaliação de dados a respeito de um determinado fenômeno, cujo objetivo é obter a opinião consensual sobre uma matéria ou um conjunto de matérias que dispõe de dados insuficientes ou contraditórios (FARO, 1997; PERROCA, 1996; SILVA, 2005; SCARPARO *et al.*, 2012). Algumas pesquisas apontam como vantagens ao uso da técnica a eliminação da influência da interação direta entre as pessoas, o estabelecimento de comunicação entre pessoas geograficamente distantes, a grande produção de ideias de qualidade e o baixo custo para a operacionalização (SPÍNOLA, 1984; WILLIAMS; WEBB, 1994).

O instrumento a ser utilizado para a produção de informações consiste em um conjunto de questionários de forma que as primeiras respostas a serem obtidas serão consideradas para a reestruturação e a obtenção das respostas subsequentes até que se chegue a um consenso (PERROCA, 1996; BORGES, 1999; SILVA, 2005). Na utilização da Técnica Delphi, não existe um número ideal de juízes, mas é importante levar em consideração os custos, a natureza do problema e o número disponível de peritos para o tema em questão (SPÍNOLA, 1984; PERROCA, 1996).

As seguintes etapas são percorridas: elaboração dos critérios de seleção dos juízes, elaboração do questionário, estabelecimento do nível de concordância para as respostas obtidas e tabulação dos dados.

5.2.7 Aplicação da Técnica Delphi

A operacionalização da técnica Delphi é realizada por consecutivas rodadas de questionários aplicados aos juízes previamente selecionados. Na primeira rodada, é enviado aos participantes um questionário contendo os aspectos abordados na Linha-guia proposta, estimando-se um período para o retorno. A partir desse retorno, as respostas são contabilizadas e analisadas.

As questões que obtiveram consenso de 80% ou mais foram extraídas, o questionário foi revisto pelos pesquisadores e novamente enviado aos participantes, com possibilidade de manter ou modificar a resposta anterior – além de conhecer os resultados da fase anterior.

Esse processo é repetido até que se atinjam 80% de concordância entre os juízes. Em todas as fases, é elaborado um instrumento específico, contendo objetivos, questões relevantes à rodada e prazos para as devolutivas. Ademais, foi mantido o anonimato dos participantes.

O intuito de realizar repetidas rodadas é permitir que os participantes reavaliem suas respostas com base nas justificativas obtidas em rodadas anteriores, buscando reduzir o nível de divergência e o alcance de previsão do grupo (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

5.2.8 Aspectos Éticos

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram respeitados os aspectos éticos e legais de pesquisas que envolvem seres humanos, preconizados pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, CAAE: 47105221.0.0000.5393. Contou com a autorização da instituição coparticipante e passou pelo Fluxo do processo de Concordância Projeto Pesquisa – CAPP/SMS.

Os sujeitos envolvidos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice G). O anonimato dos participantes foi garantido. Apesar da presente proposta de estudo não apresentar riscos aos participantes, eles precisaram dispensar tempo e atenção para avaliar a Caderneta nos diferentes momentos em que foram contatados. Este projeto conta com o benefício de promover a possibilidade de melhorar a atenção em redes e o autocuidado apoiado, favorecer a coordenação e a padronização das condutas do cuidado nos diferentes níveis de atenção e evitar a fragmentação da assistência, melhorando a coordenação dos casos.

6 RESULTADOS

Para a apresentação dos resultados do estudo, optou-se pela divisão entre suas distintas etapas de desenvolvimento. Assim, serão apresentados primeiramente os resultados da etapa qualitativa, seguidos pela etapa metodológica.

6.1 Resultados etapa I

Foram realizadas, de novembro de 2021 a setembro de 2022, 14 entrevistas semiestruturadas, uma com cada participante do estudo, por meio da plataforma Google Meet, com duração de 20 a 45 minutos. Três participantes desistiram de colaborar com a pesquisa por motivos pessoais. Dos participantes incluídos, sete eram enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, um médico, um agente comunitário de saúde e um visitador sanitário. Com relação ao sexo, 12 eram do sexo feminino e dois do sexo masculino.

Desses participantes citados, cinco trabalham na APS, três na vigilância epidemiológica, seis participantes eram da área de serviços especializados em TB. O tempo de formação dos profissionais incluídos nesta pesquisa foi, em média, de 15,5 anos, mediana 13,5 anos com desvio-padrão de 9,0 anos. O tempo de atuação na área foi em média 12,25 anos, mediana 10,5 anos com desvio-padrão de 7,8 anos. Já a atuação com TBMDR teve em média 11 anos, mediana 8,5 anos, com desvio-padrão de 5,5 anos.

A quantidade de casos de TBMDR com os quais os participantes já haviam realizado acompanhamento variou de 2 a 15 casos. Quanto à forma de atuação na condução dos casos, os participantes incluíram diversas atribuições: 31,5 % atuavam no tratamento dos casos ambulatorialmente e faziam Tratamento Diretamente Observado; 18,5% responderam que também trabalhavam com a busca ativa dos casos; e 25% disseram que atuavam pesquisando conjuntamente com as outras atribuições. Faziam vigilância em saúde 18,5% dos entrevistados, e 6,5% atuavam na coordenação.

Para respeitar o anonimato dos participantes, eles receberam uma codificação com letras e números, sendo APS aos profissionais da Atenção Primária, VE da Vigilância Epidemiológica e PCT para os serviços especializados em TB, além de números arábicos que variaram de 1 a 13.

O material empírico produzido por meio das entrevistas foi analisado pela Análise de Conteúdo, modalidade temática, e emergiram três categorias divididas, conforme como mostra o Quadro 3.

Quadro 3. Organização das categorias temáticas de acordo com os núcleos de sentido e dimensões da Gestão do Cuidado em Saúde.

CATEGORIAS	NÚCLEO DE SENTIDO (CODIGO)	DIMENSÃO DA GESTÃO DO CUIDADO
A pessoa acometida e seus familiares na condução do tratamento: características e medidas de proteção social	Perfil do doente Cuidar de Si/Autonomia Envolvimento da família e ou atores sociais Proteção Social	Individual Familiar Societária
Cuidado Especializado à TBMDR no contexto dos municípios: inserção da Atenção Primária e Secundária à saúde	Qualificação da equipe Competência dos Serviços Municipais Avaliação e busca dos contatos TDO e visita domiciliar Atuação da APS	Profissional Organizacional
A atenção em redes no tratamento da TBMDR: potencialidades e desafios	Comunicação em redes Ações de promoção e prevenção do agravo	Sistêmica

Fonte: a autora (2023).

6.1.1 A pessoa acometida e seus familiares na condução do tratamento: características e medidas de proteção social

Esta categoria refere-se aos apontamentos trazidos pelos profissionais de saúde quanto às expectativas, potencialidades e dificuldades de pessoas em tratamento e seus familiares para a condução do cuidado, tendo em vista as características predominantes das pessoas acometidas e situações vivenciadas na prática assistencial a essas pessoas. O primeiro aspecto que merece destaque diz respeito à percepção dos profissionais em relação às condições sociais das pessoas com TBMDR, referidas pelos participantes como pacientes.

[trecho 1] Normalmente, os pacientes que são multirresistentes, são pacientes que não

aderem aos tratamentos anteriores, nem sempre são assim, mas a grande maioria sim, então são pacientes com muita vulnerabilidade, então são pacientes que moram em zona de tráfico (VE 3).

[trecho 2] são pacientes muito vulneráveis, não é? Um desses pacientes que faleceu, estava no quinto tratamento, era usuário de cocaína e crack. Então infelizmente, né? A preocupação dele era de conseguir a droga, não fazia mais questão de tomar a medicação (PCT 13).

Trata-se, geralmente, de pessoas que já passaram por tratamentos para TB sensível e que já tiveram uma relação com os profissionais de saúde de seus municípios, como apontam os trechos a seguir:

[trecho 3] Nesses casos, são os casos mais difíceis né, ... Paciente que às vezes passa por uma-duas consultas comigo, e depois ele perde o segmento (VE 8).

[trecho 4] Após 1 mês ele sente melhora tomando medicação, volta a comer e abandona de novo. A gente tenta orientar, mas é difícil (PCT 14).

A família apresenta-se como parte importante a ser reconhecida pela equipe.

[trecho 5] acontece dos familiares nem darem bola, ficarem bravos conosco só por suspeitar... (APS 7).

[trecho 6] Esses pacientes também demandam que a gente procure a família (PCT 13).

Assim, os profissionais responsáveis pelo cuidado reconhecem as singularidades e a situação de vulnerabilidade das pessoas que desenvolvem a multirresistência. Contudo, mesmo diante dessas características, verifica-se grande responsabilidade das pessoas adoecidas por seu tratamento.

[trecho 7] O paciente pega nas mãos a medicação e traz para ser feito na unidade e o agendamento do transporte é ele que faz também (APS 9).

[trecho 8] Então a medicação da TBMDR vem via estado e fica no (CRT), o paciente retira a medicação lá e traz para nós, a partir do momento que o paciente trás a medicação e já explico como funciona o TDO (PCT 13).

[trecho 9] Alguns pacientes vem com cópia do relatório e a receita médica que retiraram da (CRT). Daí, neste caso, eu ligo na vigilância para saber se eles já sabem desse caso (PCT 13).

Mesmo quando existem situações que apresentam eventualidades, cabe à pessoa em tratamento desempenhar papel ativo na condução de informações entre os serviços de saúde envolvidos na assistência, como pode ser visto no seguinte trecho: [trecho 10] “logo depois que ele teve alta, ele veio... na sala falar para nós que ele saiu, que ele tava bem... depois a gente acaba perdendo... perdendo o contato deles né... não só ele, como os outros também” (APS 2).

Além da pessoa acometida, as famílias também recebem um importante papel: a

supervisão na tomada de medicamentos, principalmente nos finais de semana, como apontam os trechos que se seguem.

[trecho 11] então a gente deixava um familiar responsável pelas medicações, e contava os dias do final de semana (VE 3).

[trecho 12] às vezes tem esposa, a mãe, às vezes a família se responsabilizava para o agente de saúde não ir todo dia na casa, porque o cara ficava às vezes incomodado e ele nem voltava pra casa porque o agente comunitário tava lá (APS 2).

Diante deste cenário, medidas de proteção social aparecem como essenciais para a condução dos casos.

[trecho 13] Os pacientes que são multirresistentes são pacientes que não aderem aos tratamentos anteriores e são pessoas que pra gente supervisionar a alimentação. Tinha que mandar tudo aberto, (...) por exemplo não mandava um saquinho de aveia, se ele gostasse de mingau de aveia, partia o saquinho de aveia na metade porque sabia que não iam vender a aveia, o leite, a gente mandava o leite em pó na metade do saquinho também (VE 3).

[trecho 14] a gente acabou acolhendo ele muita das vezes, a gente acabava levando comida, roupa, é... tentava fazer o máximo que podia para tentar trazer ele primeiro para o nosso lado, mas ele foi muito difícil (APS 4).

Benefícios sociais como moeda de troca entre profissionais e pessoas com TBMDR.

[trecho 15] já tive um paciente numa unidade que eu amarrei ele com a unidade de segunda a sexta eu garantia que ele tratava. Porque de segunda a sexta ele ia na unidade, porque a enfermeira dava pra ele a medicação, um pãozinho com manteiga, leite ou um suco (VE 3).

[trecho 16] Durante muitos anos, a gente comprava a cesta básica e dava durante o período de tratamento. Isso foi uma coisa que era uma (entre aspas)... uma “moeda de troca” (...). Então isso, era como uma moeda de troca, se ele quisesse tratamento todo mês ele ia tá pegando a cesta básica, então isso foi muito bom (PCT 11).

[trecho 17] E aí a gente conseguiu que a suplementação né, pela secretaria da saúde e conseguiu que mandasse pelo menos uma receita, uma receita não, uma cesta básica para ele né para que ele pudesse se alimentar e aderir. E realmente que a gente conseguiu ver que quando ele acabava o leite dele que era suplementação ele voltava (VE 6).

Entretanto, os participantes relatam a descontinuidade do benefício da cesta básica.

[trecho 18] A situação da casa é crítica né? O programa de tuberculose na época dava cestas básicas, dava leite, né... (PCT 14).

[trecho 19] Há 5 anos atrás tínhamos a cesta básica, este insumo deixou de ser fornecido pela secretaria da saúde, até por que não é papel da secretaria da saúde fornecer esse recurso né, para alimentação do paciente.... isso deveria ser feito pelo SUAS (Sistema Único de Assistência Social), da ciência social, só que a gente sabe que essa verba não foi transferida para isso. Isso foi uma perda enorme para os pacientes, que já vivem em situação de carência (PCT 13).

6.1.2 Cuidado Especializado à TBMDR no contexto dos municípios: inserção da Atenção Primária e Secundária à Saúde

A categoria refere-se à coordenação do cuidado realizado pelos profissionais de saúde, treinamento e capacitação para prestar atendimento qualificado e resolutivo. Apresenta as dimensões profissional e organizacional da Gestão do Cuidado, abrangendo o percurso percorrido pelo usuário até a confirmação da resistência, busca e avaliação de seus contatos, bem como as estratégias e impasses para a realização do TDO.

O primeiro aspecto a ser destacado refere-se à realização de capacitações das equipes responsáveis pela atenção.

[trecho 20] a gente fazia um trabalho muito intenso com a Atenção Básica no sentido de sensibilizar para busca ativa, fazia treinamentos. Pelo menos uma vez por ano a gente fazia uma capacitação voltada para tuberculose (PCT 11).

[trecho 21] A coordenadora da vigilância treinou todas as enfermeiras da rede de Atenção Básica junto com os médicos também. Aí em todas as unidades, eles sabem, apresenta, tosse, febre, aquela febre vespertina, tudo. Já encaminham para nós (VE 8).

[trecho 22] entrou enfermeira nova a gente capacita, mas parece que elas tem uma amnésia contínua sabe? Eu falo “Jesus amado!”, toda vez eu tenho que ensinar (VE 3).

Foi possível identificar várias ações de competência dos serviços municipais de saúde, tanto da APS como da atenção secundária (VE e PCT), na condução do tratamento da TBMDR, com notável complexidade clínica.

[trecho 23] eu achei difícil, eu que tô começando né... esquema é diferente, medicação é diferente, coisa que você não ouve no dia a dia (...) E aí quando chegaram esses dois pacientes [com TBMDR], eu falei assim: “meu Deus!” (APS 2).

[trecho 24] Eu te falo que foi quase uma “expedição a uma mata fechada”, quando a gente fez esse diagnóstico [de resistência], porque assim, é... eu era residente na época, e me lembro que assim... achar a papelada para pedir o ... os exames, e depois para gente solicitar os medicamentos... era... como se fosse uma operação “ache agulha no palheiro”, era um negócio... muito novo para gente (PCT 5).

[trecho 25] Exatamente, esse paciente que é TB extensiva tem hepatite, é casado com uma pessoa com HIV, então é muita coisa para a gente se preocupar e a gente não consegue, sai do nosso controle (PCT 1).

Nesta perspectiva, o passo inicial é a identificação e o diagnóstico dos casos de TBMDR.

[trecho 26] a gente orientava ele a colher o escarro pela manhã, (...) antes de escovar os dentes, antes de tomar o café da manhã, colher aquele primeiro escarro. A gente não colhia na unidade, a gente orientava ele fazer em casa e trazer esse escarro para a

gente, para a gente encaminhar (APS 4).

[trecho 27] Quando o paciente tem escarro né..., ele tem material... eu encaminho uma amostra para fazer o TB-TRM aqui na universidade, no hospital, tem uma pactuação do laboratório né, com o DRS [Departamento Regional de Saúde] (...) o teste molecular que faz a identificação da micobactéria, e faz o teste de sensibilidade à rifampicina. Agora... por regra, pedir cultura para fazer teste de sensibilidade, a gente não faz para todos os pacientes, a gente só faz para aqueles que eventualmente a gente suspeita que possa ter uma resistência ao tratamento (PCT 5).

A identificação dos casos de resistência pode estar relacionada a distintas situações, como apontam as falas que se seguem.

[trecho 28] Então se a gente observa que esse paciente [com TB] não tem é... uma melhora do quadro a gente acaba encaminhando, para o CRT. Aí no hospital ele vai ser tratado, né? O hospital manda a contrarreferência, falando que ele está sendo tratado e passará a ser atendido lá, a gente faz o fluxo, né (VE 6).

[trecho 29] é... descobriu doença... precisamos pedir uma internação compulsória dele, porque... a gente não conseguia é... fazer o tratamento correto né, e essas... vindas e idas dele né, no tratamento, a gente conseguiu a internação compulsória e lá no... no hospital descobriram que ele era multirresistente (APS 2).

[trecho 30] O paciente chega com suspeita de tuberculose, a gente acolhe o paciente, faz todo o procedimento né, de investigação, coleta de exames né... e aí hora que o paciente acaba nessas coletas, nesses exames, que a gente descobre que ele é multirresistente; ele é encaminhado. No entanto, a gente acaba é..., cuidando dele a distância né, e da sua família também, dos contatos né desse paciente, a que gente cuida (APS 2).

A busca e a avaliação dos contatos compreendem parte do trabalho da APS no cuidado à TBMDR.

[trecho 31] Os contatos são nossos. Então, o tratamento, investigação e tratamento desses contatos é a gente que faz... na verdade, a gente só encaminha o paciente só (APS 2).

[trecho 32] Geralmente é eu, porque eu fico com medo de não ter comunicantes para fazer o exame, então eu vou e pego no pé da família, porque eu não confio muito neles pra avisar (APS 12).

O TDO é destacado como modalidade de tratamento, tanto em seu potencial quanto nos aspectos relacionados à sua operacionalização no contexto da APS.

[trecho 33] eu acho que isso é uma coisa que o TDO tem, que é fantástico, porque o vínculo que cria, eles conhecem a fundo né... (PCT 11).

[trecho 34] Eles iam tomar no serviço, eles iam até o serviço, e em algumas situações mais específicas, ou nos primeiros dias, na fase de transmissão, o serviço ia até eles (APS 4).

[trecho 35] e aí, o TDO é a gente que monta, então, as medicações saem pela nossa mão... então, a gente monta o kit, com o nome do paciente, a receita do paciente...(APS 2).

[trecho 36] O paciente normalmente trazia a medicação, a gente checava aqui, a gente anotava qual era o dia que ele ia acabar com aquela medicação, eu avisava o agente comunitário (VE 3).

São realizadas ações de acompanhamento do tratamento pela APS e/ou com seu apoio.

[trecho 37] A gente faz reunião com os agentes, pois eles fazem visitas domiciliares, a gente sempre conversa sobre o caso (APS 7).

[trecho 38] O que eu faço é fazer esse levantamento do... da suspeita, e sigo para a notificação, depois o pessoal durante o dia, a parte gestora, um enfermeiro gestor, dá a continuidade com a vigilância... eles que fazem essa supervisão, a gente não tem mais contato (APS 4).

[trecho 39] “Então, às vezes o paciente fica preocupado, ansioso com o que está acontecendo. Então é papel do profissional (...) explicar que vai iniciar o tratamento e logo vai ter melhora do quadro, às vezes uma tosse persistente, às vezes uma falta de ar. (...) É o nosso papel, além do cuidado, é o apoio psicológico também para aqueles que estão passando por aquela situação, tentar confortar e acalmar, né? E já direciona para já iniciar de imediato o tratamento correto” (APS 7).

[trecho 40] Outra vertente da Atenção Básica que a gente tinha é a parceria pro atendimento para o tratamento supervisionado. Porque embora a “responsabilidade” do tratamento supervisionado é do ambulatório de referência, a gente deixava assim... as parcerias, porque às vezes o paciente ele tinha um vínculo com agente comunitário, ele tinha um vínculo com a unidade de saúde, e isso era ótimo para adesão do paciente (PCT 11).

6.1.3 A atenção em redes no tratamento da TBMDR: potencialidades e desafios

Esta categoria refere-se a abordagens sistêmicas que colaboram para a condução do tratamento de TBMDR em redes e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde que utilizam estratégias para superação da descontinuidade de informações. Aspectos relacionados à condução do tratamento pela RAS são notados nas falas dos participantes.

[trecho 41] A gente ajuda o CRT a tratar, porque se não se deixar sozinho o CRT não tem perna, porque não vai ter uma pessoa aqui que vai medicar esse paciente, supervisionar, fazer com que ele faça a adesão do tratamento né’ (VE 3).

[trecho 42] A vigilância faz as medicações e manda pra unidade, a gente faz o acompanhamento domiciliar dele, mas eles [da vigilância] também fazem acompanhamento desse paciente (APS 12).

[trecho 43] Porque a Atenção Básica faz a notificação para vigilância, a gente centraliza o tratamento, a gente trata os pacientes de TB né? MDR (VE 6).

Quanto à comunicação entre os diferentes pontos de atenção envolvidos no cuidado da TBMDR, é possível destacar aspectos positivos, como os apontados nos trechos a seguir.

[trecho 44] Uma vez por mês a gente tinha reunião com o CRT, presencial, e a gente discutia os casos, a gente ajudava bastante com as informações, agendamento de consulta e retorno na Atenção Primária, até hoje a comunicação é boa. O encaminhamento é bom (PCT 14).

[trecho 45] Era uma forma da gente fazer uma integração com o CRT. Então todo o mês a gente tinha uma data de reunião, eram discussão de casos mesmo. Então no início a gente tinha um número muito grande de casos no CRT de TB que não eram casos terciários, mas que acabava sendo descoberto no CRT e ficavam lá né, porque eles também não tinham segurança de devolver para a rede e a gente foi invertendo isso (PCT 11).

Contudo, os profissionais que atuam na APS trazem relatos preocupantes:

[trecho 46] E aí que eu atendo o paciente sem saber que ele tem TBMDR. Porque tem muitos que não contam pra mim, porque ta em tratamento direitinho. Se o tratamento lá estiver correto, a vigilância também não me comunica. Eles me comunicam: “Oh [nome da profissional], tem um paciente de TB que não está vindo, vai atrás dele”. Agora se ele for direitinho, eu não fico sabendo também viu (APS 12).

[trecho 47] A gente encaminhou ele pro CRT, ele terminou lá. E aí, depois a gente ficou sabendo pela família, que era dos nossos contatos né, porque essa família era gente que cuidava, pela família que ele... que ele tava bem, que tinha dado tudo certo (APS 2).

Quanto ao SITE-TB, os participantes relatam:

[trecho 48] Esse SITE-TB é para pacientes multirresistentes, né? Esse eu não tenho, porque quem normalmente tem isso é só o CRT que faz a notificação da multirresistência, inclusive eu nem faço a notificação do multirresistente (VE 3).

[trecho 49] Como a gente discutia muitos casos... então (...)... eu não fazia... CRT que fazia esse acompanhamento do SITE-TB, então... todo mês a gente acaba discutindo, conversando né (PCT 11).

Em contrapartida, reconhece-se a existência de mecanismos não regulamentados para garantir a comunicação e a gestão do cuidado.

[trecho 50] O CRT faz a prescrição da medicação, faz tudo lá, aí ele volta, passa todo mês aqui com a gente. E vai, como o médico nosso ele é do CRT, ele faz um intercâmbio, entendeu? Às vezes ele volta um mês sim, um mês não pro CRT, às vezes ele volta é... todo mês vai depender do que o médico daqui acordar, não é uma rotina fixa, entendeu? (VE 3).

[trecho 51] Então dentro do presídio a gente tem a sorte de ter uma enfermeira que trabalha na nossa Atenção Primária e ela é enfermeira do presídio. Então esse vínculo ajuda muito a gente ter essa oportunidade de tratamento né, até mesmo a gente tem multirresistente lá e a gente consegue atender, ficar sabendo melhor (VE 6).

[trecho 52] é... eu dou meu WhatsApp para os pacientes, que eu acho que é uma forma de eles estarem mais próximos de mim e de eu estar próximo a eles, entendeu? Tipo, ah, perdeu uma consulta, até que liga na unidade, não consegue falar na unidade, é longe pra vir, então, já tá aqui (PCT 10).

Contudo, algumas limitações podem ser percebidas.

[trecho 53] A gente faz o que a gente chama de acompanhamento duplo, porque pro paciente é mais fácil passar aqui [no município], pegar as outras..., os outros medicamentos aqui do que no CRT sempre, então por isso que é um tratamento duplo e não conjunto (VE 3).

[trecho 54] Então, na verdade, é que assim né, é meio complicado porque o CRT trata, aí a vigilância trata, aí vem no posto pra tratar, então nós ficamos meio que perdidas. Acho que todo mundo fica perdido com essa história, né ? (APS 12).

[trecho 55] já tinha sido introduzido TDO no município, a taxa de cura estava mais alta, só que os casos do CRT tinham uma taxa muito baixa de cura, porque não tinha TDO (PCT 11).

6.2 Resultados etapa II

A etapa de validação da caderneta foi realizada de setembro a dezembro de 2022. Foram incluídos os 14 participantes da etapa I, somados com dois participantes acadêmicos atuantes na área de TBMDR. Nesta etapa, os participantes foram considerados juízes e, em seu instrumento de observações sobre o material apresentado, possuíam espaço destinado a sugestões e comentários que achassem pertinentes na busca de melhoria da caderneta. Para apresentação das observações registradas e visando à garantia o anonimato dos sujeitos, foram codificados com a letra P e um número que variou de 1 a 16. Houve três desistências durante a coleta.

Para o julgamento da relevância dos temas, foram consideradas conjuntamente as respostas “muito relevante” e “relevante” como satisfatórias. Assim, foram considerados necessários à Caderneta os itens que receberam 70% de consenso ou mais. Quanto aos itens no total, 74 foram considerados relevantes na primeira rodada da avaliação da caderneta, sendo que um dos temas não obteve o valor estimado de consenso. A tabela 1 apresenta os valores de consenso e porcentagens obtidas em cada um dos itens.

Tabela 1. Consenso dos juizes quanto à relevância dos itens da Identificação dos doentes, Dados clínicos, Identificação do Serviço de Saúde presentes na Caderneta de Controle do Tratamento.

Conjunto de informações	Item	Muito relevante/Relevante		Muito relevante		Relevante		Pouco Relevante	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Identificação dos doentes	Nome	16	100	13	81,30	3	18,80	0	0,00
	Data de nascimento	16	100	12	75,00	4	25,00	0	0,00
	Idade	13	81,25	2	12,5	11	68,8	3	18,8
	Nº CNS	13	81,25	11	75,00	1	6,30	3	18,80
	Nº Cartão SUS	14	87,50	9	56,3	5	31,3	2	12,5
	Nº SINAN	15	93,75	12	75,00	3	18,80	1	6,30
	Nº SITETB	16	100	12	75,00	4	25,00	0	0,00
	Endereço	16	100	15	93,80	1	6,30	0	0,00
	Telefone	15	93,75	12	75,00	3	18,80	1	6,30
Dados clínicos	Data da notificação	15	93,75	13	81,30	2	12,50	1	6,30
	Data do diagnóstico	16	100	15	93,80	1	6,30	0	0,00
	Data do início do tratamento	16	100	15	93,80	1	6,30	0	0,00
	Altura	12	75	6	37,50	6	37,50	4	25,00
	Peso inicial	15	93,75	12	75,00	3	18,80	1	6,30
	Padrão de Resistência	16	100	15	93,80	1	6,30	0	0,00
	Quadro para tratamentos anteriores	15	93,75	14	87,50	1	6,30	1	6,30
	Tipo de resistência	16	100	15	93,80	1	6,30	0	0,00
	Comorbidades	15	93,75	13	81,30	2	12,50	1	6,30
	Medicamentos em uso (exceto para TB)	15	93,75	11	68,80	4	25,00	1	6,30
Quadro agendamento das consultas	16	100	12	75,00	4	25,00	0	0,00	

Identificação do Serviço de Saúde	Unidade de Saúde que realiza o tratamento	16	100	10	62,50	6	37,5	0	0,00
	Enfermeiro/profissionais responsáveis	15	93,75	12	75,00	3	18,80	1	6,30
	Telefone	16	100	12	75,00	4	25,00	0	0,00
	E-mail	13	81,25	1	6,30	12	75,00	3	18,80
	Horário de funcionamento	15	93,75	10	62,50	5	31,30	1	6,30

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Os comentários e sugestões realizados pelos participantes apontaram alguns problemas.

[trecho 57] Se colocar data de nascimento a idade se torna um complemento desnecessário... (P15).

[trecho 58] Acho que se tem a data de nascimento, não há necessidade de colocar idade também (P12).

O mesmo ocorreu com os dados do número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), que é o documento de identificação do usuário do SUS e número do Cartão SUS, pois se trata dos mesmos números, como apontam os participantes:

[trecho 59] Número CNS e número cartão SUS é a mesma coisa (P13).

[trecho 60] CNS é cartão do SUS, entendo que é o mesmo número, talvez colocaria CNS atualizado (P15).

[trecho 61] Quanto ao número de CNS, ele é o mesmo que "cartão SUS"; número de Sinan e do SITE-TB são importantes para o profissional, mas são facilmente encontrados (P11).

No espaço de inclusão de temas não abordados, um participante sugeriu a inclusão da opção de “População Privada de Liberdade” em “Condições especiais de tratamento”.

Quanto aos dados clínicos, apenas a altura obteve menos de 80% de consenso, sendo que 25% dos participantes julgaram que não há necessidade desse registro na caderneta; os outros 75% ficaram divididos entre muito relevante e pouco relevante. No que se refere à identificação do serviço de saúde, 37,5% acharam pouco relevante a identificação da unidade de saúde que realiza o tratamento na caderneta, bem como o horário de funcionamento desta unidade.

Tabela 2. Consenso dos juízes quanto à relevância dos itens de Avaliação dos contatos, Resultados de exame e Planilha mensal de controle do TDO, presentes na Caderneta de Controle do Tratamento.

Conjunto de informações	Item	Muito relevante / Relevante		Muito relevante		Relevante		Pouco Relevante	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Avaliação dos contatos	Nome	16	100	13	81,30	3	18,80	0	0,00
	Idade	14	87,50	9	56,30	5	31,30	2	12,50
	Tipo de contato	16	100	12	75,00	4	25,00	0	0,00
	Avaliado x (data)	16	100	12	75,00	4	25,00	0	0,00
	Tratamento para TB latente (data de início)	16	100	13	81,30	3	18,80	0	0,00
	TB esquema básico (data de início)	16	100	13	81,30	3	18,80	0	0,00
	Tratamento TBMR (data de início)	16	100	13	81,30	3	18,80	0	0,00
	Orientação (data)	16	100	12	75,00	4	25,00	0	0,00
	Reavaliação (data)	16	100	13	81,30	3	18,80	0	0,00
	Resultados de exames	Exames iniciais	16	100	12	75,00	4	25,00	0
Baciloscopia		16	100	14	87,50	2	12,50	0	0,00
Cultura de escarro		16	100	12	75,00	4	25,00	0	0,00
Teste rápido molecular		16	100	15	93,80	1	6,30	0	0,00
Teste de sensibilidade às drogas		15	93,75	12	75,00	3	18,80	1	6,30
Outros exames		13	81,25	8	50,00	5	31,30	3	18,80
Acompanhamento radiológico		16	100	12	75,00	4	25,00	0	0,00
Exames bacteriológicos de acompanhamento		16	100	12	75,00	4	25,00	0	0,00
Baciloscopia mensal	15	93,75	12	75,00	3	18,80	1	6,30	

	Tabela para registro do peso mensal	16	100	12	75,00	4	25,00	0	0,00
	Espaços para dias da semana	15	93,75	12	75,00	3	18,80	1	6,30
	Espaços para assinatura	15	93,75	12	75,00	3	18,80	1	6,30
	Espaço para carimbo do profissional	14	87,50	9	56,30	5	31,30	2	12,50
Planilha mensal de controle do TDO	Medicamentos prescritos / a serem administrados	16	100	12	75,00	4	25,00	0	0,00
	Instruções para o preenchimento	16	100	12	75,00	4	25,00	0	0,00
	Espaço para observações destinadas ao CRT	16	100	10	62,50	6	37,5	0	0,00
	Espaço para observações destinadas à Atenção Primária	16	100	10	62,50	6	37,5	0	0,00

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Nos blocos de informações relacionadas à Avaliação dos contatos, resultados de exames e planilha mensal de controle do TDO, todos obtiveram consenso acima de 80%, porém dois dos especialistas comentaram: “[trecho 62] Trocaria idade por data de nascimento... (P15)” e “[trecho 63] Muito importante, para identificar o risco dos contatos, principalmente crianças (P1)”.

Quanto aos resultados de exames, os participantes julgaram “outros exames” como sendo “Pouco relevante” (18,8%), e 31,3% acharam “Relevante” colocar essa informação na caderneta. Outro achado importante refere-se à Planilha mensal de controle do TDO: 37,5% dos participantes julgaram pouco relevante conter o Espaço para observações destinadas ao CRT e o Espaço para observações destinadas à Atenção Primária.

Tabela 3. Consenso dos juizes quanto à relevância dos itens de apresentação da caderneta e informações destinadas aos doentes e seus familiares presentes na Caderneta de Controle do Tratamento.

Conjunto de informações	Item	Muito Relevante / Relevante		Muito relevante		Relevante		Pouco Relevante	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Apresentação da caderneta	Apresentação da caderneta	16	100	13	81,30	3	18,80	0	0,00
	Informações aos doentes e familiares	16	100	13	81,30	3	18,80	0	0,00
Informações destinadas aos doentes e seus familiares	Definição da doença	15	93,75	10	62,50	5	31,30	1	6,30
	Descrição do tratamento	16	100	15	93,80	1	6,30	0	0,00
	Necessidade de realização dos exames de acompanhamento	15	93,75	13	81,30	2	12,50	1	6,30
	Informações sobre os efeitos colaterais	16	100	12	75,00	4	25,00	0	0,00
	Lembrete sobre consumo de álcool durante o tratamento	16	100	15	93,80	1	6,30	0	0,00
	Lembrete sobre medicamentos de uso diário, gravidez e aleitamento	16	100	12	75,00	4	25,00	0	0,00
	Medidas de cuidados	16	100	12	75,00	4	25,00	0	0,00
	Informações destinadas aos doentes e seus familiares Intradomiciliares	16	100	12	75,00	4	25,00	0	0,00
	Informações sobre avaliação dos contatos	16	100	12	75,00	4	25,00	0	0,00
	Medidas de controle da infecção em comunidade	16	100	10	62,50	6	37,5	0	0,00

	Dados sobre o conteúdo da caderneta	15	93,75	10	62,50	5	31,30	1	6,30
	Reforço da responsabilidade do doente pela caderneta	16	100	14	87,50	2	12,50	0	0,00
	Informações para os profissionais da Saúde	16	100	15	93,80	1	6,30	0	0,00
Informações destinadas aos doentes e seus familiares	Tempo estimado de tratamento (data de início e provável final)	15	93,75	13	81,30	2	12,50	1	
	Importância do TDO	15	93,75	14	87,50	1	6,30	1	
	Definição do TDO	15	93,75	13	81,30	2	12,50	1	
	Dicas sobre a condução do TDO	15	93,75	13	81,30	2	12,50	1	
	Medidas para o acompanhamento do tratamento	15	93,75	14	87,50	1	6,30	1	
	Quadro com exames necessários e frequência	15	93,75	12	75,00	3	18,80	1	
	Recomendações quanto ao exame dos contatos	15	93,75	14	87,50	1	6,30	1	
	Definição de passos para avaliação dos contatos	16	100	12	75,00	4	25,00	0	
	Possibilidade de contato com o CRT para discussão do tratamento dos contatos	16	100	12	75,00	4	25,00	0	
	Medidas de controle da infecção	15	93,75	12	75,00	3	18,80	1	
	Critérios de cura e acompanhamento pós-cura	15	93,75	12	75,00	3	18,80	1	

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

No item “Temas não abordados que você julgue relevante”, alguns comentários destacam-se: “[trecho 64] “Acho relevante ter informações sobre a doença e sobre o contágio” (P7). “[trecho 65] “Destacar importância do tratamento do início ao fim” (P13).

Em relação ao texto produzido, optou-se pela divisão em duas vertentes: aos doentes e familiares e aos profissionais de saúde. Foi apreciado quanto à adequação da linguagem, clareza, objetividade, coerência, fidedignidade e completude das informações com base nas recomendações nacionais e internacionais. Cada um dos temas e itens foram classificados pelos juízes em quatro categorias: “Contempla o requisito”; “Contempla o requisito, mas necessita de alteração mínima”; “Incapaz de contemplar o requisito”; “Não contempla o requisito”.

Foram considerados com escrita de qualidade os itens que não necessitavam de adequação, aqueles apontados por 80% ou mais dos especialistas como “Contempla o requisito” em todos os aspectos (adequação da linguagem, clareza, objetividade, coerência, fidedignidade e completude das informações). Conforme a tabela 4, todos os itens obtiveram o consenso estipulado e não necessitam de reelaboração.

Tabela 4. Consenso dos juízes quanto à qualidade da redação da Caderneta de Controle do Tratamento

Conjunto de informações	Item	Contempla o requisito		Outra resposta*	
		N	%	N	%
Informações destinadas aos doentes e seu familiares	Definição da doença	15	93,75	1	6,25
	Descrição do tratamento	16	100,00	0	0
	Necessidade de realização dos exames de acompanhamento	16	100,00	0	0
	Informações sobre os efeitos colaterais	16	100,00	0	0
	Lembrete sobre consumo de álcool durante o tratamento	16	100,00	0	0
	Lembrete sobre medicamentos de uso diário, gravidez e aleitamento	16	100,00	0	0
	Medidas de cuidados intradomiciliar	15	93,75	1	6,25
	Informações sobre avaliação dos contatos	16	100,00	0	0
	Medidas de controle da infecção em comunidade	16	100,00	0	0
	Dados sobre o conteúdo da caderneta	16	100,00	0	0

	Reforço da responsabilidade do doente pela caderneta	16	100,00	0	0
	Tempo estimado de tratamento (data de início e provável final)	15	93,75	1	6,25
	Importância do TDO	16	100,00	0	0
	Definição do TDO	16	100,00	0	0
	Dicas sobre a condução do TDO	16	100,00	0	0
	Medidas para o acompanhamento do tratamento	16	100,00	0	0
Informações para os profissionais de saúde	Recomendações para o acompanhamento do tratamento	16	100,00	0	0
	Recomendações quanto ao exame dos contatos	16	100,00	0	0
	Processo de investigação dos contatos	16	100,00	0	0
	Informe sobre a responsabilidade da busca e exame dos contatos	16	100,00	0	0
	Medidas de controle da infecção	16	100,00	0	0
	Critérios de cura e acompanhamento pós-cura	16	100,00	0	0

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

6.2.1 Processo de validação da caderneta: consenso na segunda rodada de opiniões

Diante do item que não obteve consenso na primeira rodada e das sugestões realizadas pelos juízes, a Caderneta foi revisada e encaminhada novamente aos participantes desta etapa, iniciando a segunda rodada. Assim, na última fase do estudo, responderam ao questionário 10 juízes. Para o julgamento, foram consideradas conjuntamente as respostas “muito relevante”, “relevante” e “pouco relevante”, e adotados como necessários na Caderneta os itens que receberam 80% de consenso ou mais.

Assim, de acordo com o consenso dos juízes na segunda rodada de opiniões, quanto à relevância do item “altura” pertencente aos “dados clínicos” da pessoa com TBMDR, 20% dos participantes julgaram pouco relevante e 80% viam a necessidade de conter esse dado na Caderneta do tratamento. Quanto à população privada de liberdade, 90% consideraram “Relevante” ou “Muito relevante” a inclusão dessa informação na Caderneta. Retiraram-se

dados duplicados, conforme considerado pelos participantes. Diante da avaliação, foi considerada finalizada, e a versão final da Caderneta de Controle do Tratamento da Tuberculose Multirresistente é apresentada no Apêndice D.

7 DISCUSSÃO

Para a apresentação da discussão, optou-se por manter a divisão utilizada na apresentação dos resultados. Assim, será apresentada primeiramente a discussão da etapa qualitativa, seguida pela etapa metodológica.

7.1 etapa I

Na categoria “A pessoa acometida e seus familiares na condução do tratamento: características e medidas de proteção social”, foi destacada a percepção dos profissionais quanto às condições de vida das pessoas com TBMDR, ressaltando as dificuldades inerentes às dimensões individual, familiar e societária da Gestão do Cuidado (CECÍLIO; LACAZ, 2012).

Destaca-se a percepção dos profissionais entrevistados quanto ao perfil de vulnerabilidade das pessoas em tratamento para TBMDR, que, na visão daqueles, favorece o abandono de tratamentos anteriores para TB como um importante entrave para a evolução favorável do tratamento, seja por inviabilizar a cura, seja por aumentar a possibilidade de desenvolvimento da resistência. A literatura aponta que a frequência de tratamentos anteriores demonstrou ser um grande fator para o desenvolvimento da resistência. Rocha *et al.* (2020) destacaram que 94,5% das pessoas com TBMDR incluídos em seu estudo possuíam histórico de tratamento anterior para TB.

Em setembro de 2021, o pretomanida era um medicamento novo para o tratamento da TBMDR. É recomendado como uma das opções terapêuticas pela OMS e pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Ele faz parte do esquema de tratamento conhecido como “BPal”, que inclui também outros medicamentos, como bedaquilina e a linezolida. É apontada como principal vantagem a capacidade de reduzir o tempo de tratamento para seis meses (CFD, 2022). A pretomanida ajuda na redução da carga bacteriana e, assim, aumenta a eficácia do tratamento (BRASIL, 2023).

O Ministério da Saúde incorporou este medicamento e considerou uma queda de quase 70% no tempo do tratamento, bem como reduções importantes no custo da terapia para o SUS (BRASIL, 2023). Apesar disso, o medicamento ainda não tem registro sanitário no Brasil, e sua

aquisição pode ser realizada por intermédio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (CONITEC, 2023)

O relatório redigido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) apontou que a medicação apresenta potencialmente menos eventos adversos, possibilita o uso de medicações apenas orais, melhorando, assim, a adesão ao tratamento com redução da possibilidade de interrupção do tratamento. No entanto, as mudanças recentes inseridas no esquema terapêutico não estão isentas de desafios; há estudos que ponderam sobre novas resistências a esses medicamentos (BATESON *et al.*, 2022).

Nesse contexto, a adesão ao tratamento medicamentoso, tanto em tratamentos prévios para TB sensível, aos quais os profissionais da APS apresentam maior proximidade, quanto no tratamento à TBMDR, apresenta-se como de extrema relevância para o sucesso terapêutico. Ressalta-se, ainda, que a adesão ao tratamento não envolve apenas a ingesta medicamentosa, mas, sim, um olhar holístico dos profissionais para aspectos comportamentais, sociais e psíquicos, para atender às particularidades do usuário (FERREIRA RCZ, *et al.*, 2013; BRASIL, 2014).

Mesmo diante de um perfil de difícil seguimento a esquemas terapêuticos, como apontado amplamente pela literatura (SOCCAL *et al.*, 2022) e evidenciado nas falas dos profissionais entrevistados neste estudo, é possível perceber uma grande responsabilização das pessoas acometidas por TBMDR na condução de seu tratamento. Assim, o papel da pessoa acometida torna-se indispensável em algumas situações, como: a retirada de medicamentos no CRT e transporte até a unidade de saúde responsável pelo TDO; agendamento do transporte intermunicipal; troca de documentos, como receituário e relatório médico, entre os diferentes serviços de saúde envolvidos na atenção, por exemplo.

Tendo em vista as atividades a serem desenvolvidas pelas pessoas com TBMDR em seu tratamento, revela-se a necessidade de que assumam o centro da coordenação de seu cuidado. Por coordenação do cuidado, McDonald *et al.* (2014) apresentam a organização do sistema a fim de alcançar um objetivo maior, atendendo todas as necessidades do usuário. O autor assume que a falha na coordenação acontece principalmente na troca de informações inadequadas ou insuficiência de informações, decorrente da transição entre as redes de atenção. Ainda que para Starfield (2002) os usuários constantemente buscam os serviços de saúde por conta própria, caracterizando-se por “acesso direto” ou “autoencaminhamento”, a autora assume que a coordenação do cuidado requer tanto um meio de transferência quanto de reconhecimento das informações. Assim, reconhece a coordenação do cuidado como uma forma de melhorar o fluxo das informações da APS para os outros especialistas.

Contudo, diante de tantas dificuldades e vulnerabilidades que acompanham as trajetórias de vida das pessoas acometidas por TBMDR, acredita-se que deslocar a elas o papel de coordenador do cuidado reflete a falta de articulação e entraves na comunicação entre gestores, equipes de saúde e usuários. Para além das ações já mencionadas, o trecho 10 evidencia que cabe ao usuário levar informações referentes à sua hospitalização e alta para os profissionais da APS para seu acompanhamento, resultando, por vezes, na perda de seguimento. Um estudo realizado em João Pessoa (PB) identificou que não há um sistema de informação que integre os serviços de diferentes níveis de atenção responsáveis pelo cuidado à TB (SILVA, 2017). Barros *et al.* (2020), em Recife, entrevistaram médicos e enfermeiros dos três níveis de atenção, e um cenário parecido foi identificado, com desorganização dos serviços envolvidos na assistência à TBMDR, resultando em uma atenção descoordenada e fragmentada.

Quanto à dimensão familiar da Gestão do Cuidado, duas vertentes apresentam-se: de um lado, podem ser identificadas situações de desinteresse e dificuldade de respaldo à pessoa em tratamento; de outro, a presença de parceria com os profissionais responsáveis pelo cuidado na APS e VE.

No que se refere às especificidades dessas particularidades da pessoa com TBMDR, os profissionais de saúde enfrentam dificuldades na condução do cuidado integrando a família. Yamamura *et al.* (2014) afirmam que o TDO apresenta limitações quanto à inclusão da família na Gestão do Cuidado da TB, inclusive sendo reconhecida pelos participantes do presente estudo como uma necessidade envolvendo o cuidado à TBMDR. O núcleo familiar por muitas vezes adota medidas excessivas para evitar o contágio, rompendo laços e excluindo o indivíduo do convívio social (COSTA *et al.*, 2019).

A outra vertente mostra o respaldo da família, principalmente relacionada à administração de medicamentos durante os finais de semana, sendo um forte aliado na condução e na adesão do tratamento. Costa *et al.* (2019) realizaram um estudo de caso em Niterói (RJ) com pessoas em tratamento para TBMDR e destacaram que, em alguns casos, a administração dos medicamentos era feita por um familiar. O suporte emocional dos familiares é apontado unanimemente por diversos estudos, por tornar o processo saúde-doença tolerável (FERREIRA *et al.*, 2018; BARAL *et al.*, 2014; HOA *et al.*, 2015).

Cabe destacar que a TB é marcada pela vulnerabilidade e pela determinação social, sendo que a gravidade da doença piora este cenário, pois muitas vezes as pessoas acometidas pela doença precisam deixar de trabalhar, seja por causa dos sinais e sintomas da doença, seja pela possibilidade de sua transmissão ou internação. Observa-se, nesta seção, a presença da dimensão societária e que o debate de diferentes projetos sociais levará a melhores condições

de vida, ampliando o acesso a bens e serviços e o direito à saúde (CECILIO, 2011). Assim, são necessárias abordagens interdisciplinares e intersetoriais a fim de compreender e intervir em situações complexas, principalmente aquelas de maior dificuldade em adesão ao tratamento (ROSO, 2021). Portanto, há a necessidade do amparo do Estado por meio de políticas de proteção social para que as pessoas acometidas consigam diminuir as barreiras impostas pelo adoecimento (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Assim, a proteção social é caracterizada como uma ação de âmbito coletivo que visa, principalmente, proteger os indivíduos e assistir suas demandas em situações de dependência (VIANA; LEVCOVITZ, 2005). Os estudos de Kundu *et al.* (2018) e Torrens *et al.* (2016) apresentam evidências de que os programas de proteção social diminuem a vulnerabilidade social e melhoram as expectativas de cura da doença. O apoio financeiro para cobrir custos relacionados à perda de renda, ao transporte e a suplementos alimentares foi associado com uma maior necessidade econômica na renda das pessoas com TBMDR (FUADY *et al.*, 2019). Nesse estudo, foram identificadas estratégias utilizadas pelos profissionais que, diante do reconhecimento das necessidades de apoio à alimentação, forneciam alimentos fracionados para o usuário não vender e/ou trocar por substâncias psicoativas, criando mecanismos de fortalecimento da adesão ao tratamento.

Dessa forma, os dados apresentados no presente estudo identificam meios distintos de acolhimento às necessidades das pessoas em tratamento, tanto no plano clínico, mas, sobretudo, trazendo a importância de tratar outros determinantes e condicionantes de saúde, como alimentação, moradia e questões socioeconômicas. A necessidade de respaldo econômico das pessoas com TBMDR aparece também em estudo realizado no Equador, que disponibilizou apoio financeiro com desembolso direto de valores àqueles doentes que aderissem ao tratamento a fim de custear alimentação de qualidade e outras ações e serviços. Contudo, o pagamento do benefício foi descontinuado (SRIPAD *et al.*, 2014).

A disseminação da TBMDR e o aumento na incidência da doença estão diretamente ligados ao perfil de vulnerabilidade social de grande parte das pessoas acometidas, tendo como resultado a dificuldade de adesão ao tratamento (MARTINS, 2018). Considerando a variedade de problemas de saúde, incluindo a dificuldade de realizar as atividades de vida diária (ZAMPOGNA *et al.*, 2021; VISCA *et al.*, 2020; SCHULTINK *et al.*, 2021), o atual cenário mundial, com a Covid-19, pode intensificar esse contexto, visto que aumenta o número de sequelas e leva à deterioração das condições de vida (SILVA *et al.*, 2021).

De acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2019), para garantir a manutenção das necessidades básicas e atender os direitos sociais, são

necessários programas e ações intersetoriais que visam garantir os direitos e o acesso de pessoas em situação de vulnerabilidade, risco social e pessoal, para, assim, superar a pobreza. São eles compostos pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e pelo Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Nos trechos 18 e 19, foi possível identificar a utilização de verbos no passado como “dava”, “comprava” e “era”, indicando a descontinuidade das medidas de apoio. Ademais, percebe-se a dificuldade de interface e articulação entre SUS e SUAS na construção de ações intersetoriais para fortalecimento da rede de cuidado e proteção às pessoas.

Um estudo realizado na Indonésia analisou dados de 282 pessoas com TB e 64 com TBMDR. Entre as pessoas com TBMDR, 78% perceberam o impacto da doença na capacidade financeira de seu domicílio, com uma alta taxa de perda de emprego, que foi maior entre aqueles com TBMDR em relação às pessoas acometidas pela forma sensível da doença TB (69% *versus* 32%, $P = 0,001$). Esses problemas financeiros acarretam maior endividamento, por meio de empréstimos, e maior perda de bens com vendas de propriedades entre aqueles com TBMDR quando comparados a pessoas com TB (50% *versus* 32%, $P = 0,042$; 28% *versus* 12%, $P = 0,008$, respectivamente) (FUADY *et al.*, 2019).

A categoria “Cuidado Especializado à TBMDR no contexto dos municípios: inserção da Atenção Primária e Secundária à saúde” leva-nos a refletir sobre a dimensão profissional considerada como o núcleo duro da Gestão do Cuidado. Apresentada por Cecílio (2009), trata-se da capacidade em estabelecer o vínculo com o usuário, postura ética no atendimento e núcleo do saber técnico e científico. Merhy (2007) configura o encontro profissional-usuário como potência para criar facilidades no gerenciamento, na criatividade e na liberdade nas ações do trabalhador. A “dimensão organizacional” também é encontrada nesta categoria, tratando-se da divisão técnica que repercute na coordenação dos trabalhos e na comunicação entre os vários profissionais. Trata-se também da divisão social, relacionada ao poder de autonomia dos trabalhadores (CECÍLIO, 2009). Assim, aspectos da qualificação dos profissionais foram abordados nesta categoria.

Preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004 como um instrumento de desenvolvimento e formação de profissionais do SUS (BRASIL, 2007), e pela recomendação do Ministério da Saúde (MS), toda a equipe da APS deve ser qualificada para oferecer a melhor assistência, com cursos e treinamentos pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2002). O processo pedagógico e de aprendizagem do trabalhador deve estar envolvido na lógica do trabalho, problematizando o espaço institucional, realizando uma reflexão crítica do agir individual e coletivo dos

profissionais (SIQUEIRA; LEOPARDI, 2016). Assim como preconiza a PNEPS, o ensino e o desenvolvimento dessas pessoas devem estar pautados no ensino, no trabalho e na cidadania (BRASIL, 2007).

Entre os temas abordados nos treinamentos que recebiam, a maior parte retratou sobre o diagnóstico em si, muito mais voltado para a TB sensível. O conhecimento da equipe de saúde quanto ao rastreamento da tosse foi menor entre os profissionais que acompanham pessoas com TBMDR, comparado com a equipe do programa de TB (PROBANDARI *et al.*, 2019). De acordo com a capacitação da equipe de saúde, um estudo realizado nos serviços de atenção primária à saúde no Peru revelou escassa capacitação técnica dos profissionais para o atendimento da TBMDR (CURISINCHE ROJAS, 2014).

Os profissionais da APS, VE e PCT revelam dificuldades enfrentadas. As falas remetem à insegurança, gerada principalmente pelas fragilidades no âmbito do conhecimento e complexidade clínica da doença. A TBMDR é marcada por sua complexidade diante do uso de múltiplos medicamentos, da necessidade de acompanhamento da adesão nos diferentes níveis de assistência e da atenção às comorbidades (COSTA, MACHADO, OLIVEIRA, 2019). Estes achados corroboram uma pesquisa realizada no Pará, em 2020, com profissionais da APS, que revelou indicadores com desempenho insatisfatório relacionados à capacitação profissional (CARDOSO *et al.*, 2020).

No que diz respeito ao percurso até a confirmação da TBMDR, no trecho 26 nota-se que o participante não deixa claro, assim como os demais participantes da APS, o detalhamento quanto ao diagnóstico específico da resistência. Sequentemente, no trecho 27, o participante, como membro de um serviço especializado, mostra maior domínio em relação aos testes recomendados para identificação da resistência, bem como a leitura do resultado. E, ainda que reconheça a necessidade de cultura de escarro para todos os casos com baciloscopia ou TRM positivos, o município estabelece outra rotina, com cultura apenas para casos com maior suspeita de resistência. Destaca-se a falta do teste de sensibilidade como um dos principais fatores relacionados às dificuldades de identificação da resistência (RIBEIRO, 2018). Nesse sentido, ressalta-se que o primeiro pilar do Plano Nacional pelo fim da TB trata da Prevenção e do cuidado integrado centrados na pessoa com TB, reforçando a oferta de cultura e teste de sensibilidade (BRASIL, 2021).

Merece especial atenção o TRM-TB como a mais recente tecnologia para o diagnóstico de TB, detectando simultaneamente os novos casos da doença e a resistência à rifampicina. Ademais, o Ministério da Saúde padroniza a realização de cultura com TS em todos os casos positivos do TRM-TB, independentemente de apresentar ou não resistência à rifampicina

(BRASIL, 2019). Tal iniciativa é de extrema importância para o início oportuno do tratamento específico, o que aumenta as chances de sucesso e diminui a transmissão dos bacilos resistentes (BRASIL, 2014b).

Após constatada a TBMDR, o usuário deverá ser seguido em unidade especializada – CRT –, que será responsável pelas consultas médicas, solicitação de exames e prescrição de tratamento específico. O usuário é encaminhado, mas sua responsabilidade para com ele não termina; os profissionais da APS continuam “cuidando dele a distância”, assim como de sua família, conforme aponta o trecho 45. Assim, fortalece-se o papel da APS enquanto ordenadora e coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2019). Desse modo, o usuário necessita de atenção dinâmica, multidimensional, integrada e articulada (GERMANO *et al.*, 2021).

As falas dos profissionais apontam para a importância dos tratamentos com difícil adesão no desenvolvimento da resistência, notado com a falta de melhora clínica após o início do tratamento e resultando em internações de longa duração. São marcas desta situação o termo “vindas e idas”, referindo-se a um movimento de aproximação e distanciamento do serviço de saúde, sem necessariamente a caracterização do abandono – desfecho considerado após 30 dias ou mais de interrupção do tratamento (BRASIL, 2019). Um fator crucial para o tratamento ideal é o acompanhamento da pessoa adoecida desde sua chegada à APS até seu diagnóstico e tratamento. Além disso, é importante salientar que outra função da APS consiste na criação de mecanismos para a adesão ao tratamento como fundamental para garantir a cura da doença e a diminuição de casos (COSTA, 2013).

O Ministério da Saúde instituiu, em 2014, a TBMDR como um agravo de notificação compulsória em todo o território nacional (BRASIL, 2015). Na APS, ocorre a notificação de todos os casos positivos de TB por meio do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan). É com essa ação que se garante o registro de resultados laboratoriais, medicações e informações do caso. Quando o doente passa a ser considerado caso de TBMDR, a ficha de notificação é encerrada no Sinan e passa a ser utilizado um sistema específico, o SITE-TB (BRASIL, 2019).

Quanto à busca dos contatos e às visitas domiciliares, os profissionais da APS de diferentes municípios relataram que é na detecção de um novo caso de TB que o processo de investigação é iniciado. O estudo realizado em Lisboa e no Rio de Janeiro destaca o crescimento da TBMDR entre membros do mesmo núcleo familiar em que ninguém havia realizado os exames de rastreamento dos contatos do caso índice (BHERING *et al.*, 2022). Assim, cabe à APS realizar a identificação dos contatos e controle dos casos (BRASIL, 2019). Referente ao

TDO, dois profissionais da APS citaram que faziam a supervisão da ingesta na residência da pessoa em tratamento ou na unidade de saúde. O estudo de Furin *et al.* (2011) identificou que todas as unidades de APS incluídas tinham horários flexíveis no fornecimento do TDO pelos profissionais a fim de permitir que as pessoas em tratamento continuassem a trabalhar normalmente e, ainda assim, tomassem a medicação.

Em alguns casos, o cenário do TDO para TBMDR está sendo desempenhado pelos serviços de VE e PCT. Assim, a depender da organização municipal, a observação da ingestão medicamentosa pode se dar em serviço especializado. Este resultado corrobora a pesquisa de Junges *et al.* (2020) desenvolvida sobre o TDO para TB. De forma geral, destacam o mesmo cenário e trazem uma reflexão sobre a responsabilização plena pelo acompanhamento e pelo cuidado por parte da APS para a criação do vínculo, bem como sua importância para cura e não abandono do tratamento.

Um importante profissional citado é o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Como se trata de uma categoria presente exclusivamente da Atenção Primária, é possível perceber que alguma informação parece ser compartilhada com esse nível assistencial. Na perspectiva do SUS, é importante destacar a complexidade das ações do ACS na detecção precoce dos suspeitos de TB na comunidade e o manejo dos casos da doença no âmbito da APS (CRISPIM *et al.*, 2012). Freitas *et al.* (2020) identificaram a necessidade de que as ações educativas desenvolvidas valorizem a prática diária desses profissionais, em que o conhecimento seja construído na realidade vivenciada por eles.

Como previamente mencionado, as ações empreendidas nos contextos locais dependem da forma com que os municípios se organizam. O trecho 38 expõe a realização da notificação e o exercício de transferência de casos para outros serviços, como a Vigilância Epidemiológica. Após isso, revela-se uma lacuna na comunicação entre os serviços, pois o profissional da APS relata a ausência de informações. No trecho 40 destaca-se a centralização do TDO em equipes especializadas em TB (PCT), evidenciando a falta do envolvimento da APS. Um estudo realizado em Santa Maria (RS), em 2016, buscou identificar os desafios da Atenção Primária à Saúde e Terciária nos serviços de saúde. Ele evidenciou a falta de articulação entre os serviços, bem como o trabalho solitário que a APS enfrenta, a falta de informação e carência de cuidado compartilhado, fatos que geram dificuldades na referência e contrarreferência dos usuários (BRONDANI *et al.*, 2016).

Em vista disso, a APS não consegue exercer sua principal função: ser responsável por ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações, ou seja, coordenar o cuidado (NORA-JUNGES, 2013). Destarte, é ordinário aos serviços de saúde estar

articulados aos serviços de assistência social para fornecer tais benefícios, e a agilidade nesse processo é fundamental (ARAKAWA *et al.*, 2011).

Tratando-se das potencialidades da APS, no trecho 36 a profissional traz uma importante fala que retrata o cenário de um cuidado humanizado e centrado nas necessidades das pessoas atendidas, o apoio emocional como um forte aliado no tratamento, sendo a TBMDR marcada pelo medo da morte, do contágio, pela tristeza e pelo sentimento de abandono (CHIRINOS *et al.*, 2015). Assim, outros estudos confirmam essa prerrogativa, ressaltando que essa abordagem só pode ser efetivamente realizada no próprio território, onde o ACS desempenha um papel crucial como um dos principais alicerces desse processo, oferecendo o suporte psicossocial necessário, com o fortalecimento da rede de apoio informal (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Por fim, a categoria “A atenção em redes no tratamento da TBMDR: potencialidades e desafios” abrange a dimensão sistêmica da Gestão do Cuidado – referente às conexões formais entre os diferentes serviços de saúde que compõem a rede assistencial das pessoas acometidas por TBMDR (CECÍLIO; LACAZ, 2012). No que concerne às políticas públicas de saúde no Brasil e ao ordenamento do SUS para atenção à TB, é possível perceber a interface com RAS e a Linha de Cuidado à TB (MENDES, 2011; BRASIL, 2021).

A Linha de Cuidado, publicada em 2021, refere-se a um documento que tem por finalidade oferecer subsídios a gestores e profissionais de saúde para contextualizar a atenção à TB nas RASs, alertando para a necessidade da regulação de fluxos de pessoas e informações pelos diferentes pontos de atenção que compõem a Rede, bem como a necessidade de organização de serviços, rede e processos de trabalho nas equipes, serviços e territórios (BRASIL, 2021d). De modo geral, representa uma contribuição importante para a organização da atenção à TB. Contudo, necessita ser contextualizada para as diferentes realidades sociais, adquirindo “contornos reais” nos territórios sanitários, bem como apresentando os destaques necessários para atenção à TBMDR e estratégias para o compartilhamento do cuidado.

É possível identificar na fala dos profissionais aspectos relacionados à complementaridade das ações para atenção à pessoa adoecida, como a vigilância dos casos, acompanhamento do TDO e da adesão ao tratamento, por vezes da necessidade relacionada à centralização do tratamento por se tratar de casos mais complexos. Nesse sentido, a comunicação entre os diferentes serviços é apontada como essencial e exemplificada pelos trechos 44 e 45, em que são relatadas reuniões entre o PCT/VE e o CRT. Ainda que referenciadas no passado, essas reuniões ainda acontecem mensalmente e denotam a articulação entre os profissionais desses serviços de saúde.

No entanto, as falas dos profissionais da APS dão indícios de sua não inserção neste

espaço. A APS 12 denuncia uma importante crítica, pois menciona só ser incluído na atenção quando há algo errado na adesão ao tratamento e condução em outros pontos assistenciais. Mais que isso, em sua fala há indícios de que o diagnóstico não foi feito na APS ou passou por ela, assim como APS 2, que relata um caso de que teve conhecimento por meio da família. É possível perceber que a atenção à TBMDR, nesses contextos, não tem na APS o centro comunicador e/ou ordenador do cuidado. A revisão de literatura realizada por Almeida *et al.* (2018) identificou que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm se tornado cada vez mais uma fonte comum de cuidados, com o aumento significativo do número de UBS e equipes. Porém, ainda de acordo com Almeida (2018), garantir a resolutividade e a qualidade do serviço é um desafio atual que requer a implementação de ações sistêmicas. Destaca em seu estudo a presença de políticas já implementadas e a necessidade de melhoria contínua delas para o avanço da capacidade clínica da APS e sua integração às RASs.

O SITE-TB é um sistema de informação on-line implantado nacionalmente em 2013 e gerenciado pelo Ministério da Saúde (BARTHOLOMAY *et al.*, 2020). Suas funcionalidades para a TBMDR incluem: notificação dos casos; validação por pares dos casos e regimes terapêuticos estabelecidos; acompanhamento de transferências e encaminhamentos entre as referências terciárias para TB; gestão dos medicamentos; comunicação entre as gestões nacionais, estaduais e as unidades de saúde de referência; registro dos resultados de exames laboratoriais (sorologia para HIV, baciloscopia, cultura de escarro, TRM-TB e TS) e de observações sobre exames de imagem; registro do acompanhamento médico mensal; e possibilidade de criação de relatórios para uso em pesquisas (BARTHOLOMAY *et al.*, 2019).

Acredita-se que seja uma ferramenta em potencial para a comunicação entre os níveis assistenciais e a coordenação da assistência. Os profissionais dos serviços especializados (PCT/VE) verbalizam conhecer a ferramenta, mas apenas o CRT tem acesso à plataforma. Logo, não é percebida sua utilização como um facilitador do diálogo com os demais profissionais envolvidos na atenção. Ocorre, por vezes, a descontinuidade das informações, o que repercute em entraves para o seguimento da pessoa acometida.

Um documento regido pela Organização Pan-Americana de Saúde em 2011 revelou que a atenção à saúde, de modo geral, funciona como um conjunto de sistemas isolados e incomunicáveis uns com os outros, tornando-se incapazes de prestar uma atenção contínua à população onde a APS não se comunica fluidamente com a atenção secundária e não se articula com a atenção terciária à saúde (OPAS, 2011). Em um estudo de revisão de literatura realizado em 2018, a falha na comunicação e a dificuldade na contrarreferência, ou seja, a volta do usuário à APS tratando-se da população em geral, foram evidenciados por Brondani *et al.* (2016) e

Melo *et al.* (2020), além da falta de responsabilização dos profissionais envolvidos no processo do cuidado (RAMOS, 2018).

Notam-se alguns aspectos importantes relacionados à existência de mecanismos não regulamentados para garantir a comunicação e a gestão do cuidado. No trecho 50, verifica-se a presença do mesmo profissional médico em dois serviços (VE municipal e CRT), o que é apontado como um facilitador e que possibilita uma mescla entre consultas médicas no município de procedência e no CRT (em outro município). Já no trecho 51, a facilidade apontada diz respeito à presença da enfermeira no presídio e na APS. Por fim, o trecho 52 traz a fala de uma enfermeira que disponibiliza o número pessoal para contato com as pessoas acometidas pela doença. Assim, as relações/trocas de informações ocorrem em virtude da disposição dos profissionais, e não por meio de medidas organizadas e institucionalizadas.

Outro ponto de destaque é referente àquilo que o participante no trecho 53 chama de “acompanhamento duplo”, referindo-se ao distanciamento sistêmico entre os serviços que integra a atenção secundária e terciária. De acordo com o Manual de Recomendações para o controle de Tuberculose no Brasil, a APS é a principal porta de entrada do SUS, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2019). Em várias áreas, assim como encontrado no cuidado à TBMDR, são notados desafios para que ocorram contato e comunicação efetivos entre os diferentes pontos de atenção. Acerca disso, especialistas em organização de sistemas de saúde afirmam a importância de ordenação da Rede de Atenção a partir das necessidades da APS, mesmo que isso signifique que este não seja o nível assistencial que efetivamente regule os investimentos, a formação profissional e as práticas de cuidado (GIOVANELLA, 2014; MAGALHÃES *et al.*, 2014).

7.2 Etapa II

7.2.1 Rodadas de Opiniões

Foi realizada a avaliação dos juízes quanto à relevância dos itens da Identificação dos doentes, Dados clínicos e Identificação do Serviço de Saúde presentes na Caderneta de Controle do Tratamento. Dentre estes, apenas a idade dos doentes foi apontada como desnecessária, como mostram os trechos 57 e 58, pois na caderneta já havia a data de nascimento, causando duplicidade de dados. A informação sobre a altura foi acrescentada à Caderneta por acreditar

na importância do conhecimento da estatura dos doentes por parte dos profissionais que o assistem, especialmente no que concerne ao cálculo do índice de massa corporal (IMC). Contudo, há dúvidas de que esse seja um dado importante à equipe de saúde, já que a maioria parece não entender a recuperação do peso como importante parâmetro para o acompanhamento da resposta ao tratamento. Além de o quadro clínico da doença levar a um maior risco de desenvolver desnutrição secundária, leva a uma redução das proteínas viscerais e dos índices antropométricos (BRASIL, 2002). Contudo, esse dado fica restrito apenas ao valor numérico, sem que os profissionais de saúde façam uma relação imediata com o IMC.

No que concerne à identificação do serviço, os participantes consideraram “Pouco relevante” a identificação da unidade de saúde onde a pessoa adoece realiza o tratamento. Por meio deste dado e com base nos resultados da primeira etapa deste estudo, foi possível refletir mais uma vez acerca da existência ou inexistência de um serviço responsável pelo doente. Ainda que Mendes (2011) reconheça a necessidade de designar um responsável pela condução do tratamento, a realidade dos serviços e o entendimento dos profissionais sobre essa questão mostraram-se diferentes; parece haver uma confusão entre o papel dos serviços. Para tal item, não houve comentários feitos pelos juízes nesta etapa.

Diante de uma assistência à TBMDR centralizada, os Centros de Referência apresentam-se, na maior parte das vezes, distantes do local de residência dos doentes. Dessa forma, a organização da assistência no Brasil compreende o compartilhamento do TDO com o nível primário de atenção (BRASIL, 2007a, 2011a). Probandari *et al.* (2019) afirmam, em seu estudo, que poucos profissionais mostraram compromisso em fornecer TDO de acordo com os protocolos adequados para pessoas acometidas por TBMDR. Neste, apenas uma unidade de saúde, dentre 17 UBSs, utilizaram a estratégia TDO. Além da necessidade de comunicação entre equipes de saúde, foram notadas por Fraser *et al.* (2013) e (2002) deficiências quanto à troca de informações necessárias para a condução do tratamento dentro das equipes locais que atendem aos doentes.

A segunda etapa teve início após a tabulação dos dados obtidos na primeira rodada. Essas informações foram enviadas por e-mail aos participantes, que, por sua vez, tiveram oportunidade de conhecer o posicionamento do grupo. Além disso, a Caderneta foi revista a fim de atender às sugestões dos especialistas quanto aos temas abordados, principalmente relacionadas ao seu conteúdo, visando à qualidade da redação. Assim, foi enviado um novo questionário para avaliação da versão atual do material com adequações.

Diante do consenso obtido nessa rodada, optou-se por manter o dado referente à altura da pessoa com TBMDR na caderneta, visto que atende às recomendações da OMS (WHO,

2008). Dessa maneira, a versão final da Caderneta de Controle de Tratamento foi construída e validada junto aos especialistas em TBMDR, visando a uma melhor comunicação entre os níveis assistenciais envolvidos na atenção a essa complexa condição de saúde e ao fortalecimento do autocuidado apoiado entre doentes, familiares e profissionais de saúde.

O presente estudo apresenta como limitação o cenário de realização da pesquisa – uma região de elevada capacidade instalada para lidar com as questões de saúde e estruturação privilegiada de atenção à TBMDR –, o que pode ter refletido na visão dos profissionais que atuam nos contextos municipais, especialmente quanto à necessidade de troca de informações com o CRT, uma vez que mencionam haver mecanismos informais de comunicação. Em relação às perspectivas futuras, acredita-se que as informações validadas possam ser disponibilizadas em formato de uma aba no SITE-TB e, dessa forma, não significarem mais uma rotina de preenchimento aos CRTs. Logo, vislumbra-se um estudo futuro de implementação e avaliação do uso desta ferramenta no cuidado das pessoas com TBMDR.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo desenvolvido na DRS XIII, permitiu analisar a Gestão do Cuidado às pessoas acometidas por TBMDR e a percepção dos profissionais envolvidos no cuidado identificando e discutindo aspectos importantes. O abandono do tratamento foi identificado como um obstáculo para a cura e maior probabilidade de desenvolvimento da resistência, bem como a importância de atender às necessidades de saúde da pessoa acometida com TBMDR.

Foi possível reconhecer a falta de um sistema de informação capaz de integrar as redes de atenção, o que teve por consequência, muitas vezes, a pessoa acometida e sua família como centro regulador do cuidado. Assim, é importante refletir sobre a linha tênue entre a segurança e a autonomia para a tomada de decisões e a continuidade do tratamento.

Um dos empecilhos encontrados foi a descontinuidade do acompanhamento/apoio da proteção social, com impactos relevantes na vida das pessoas acometidas pela TB, principalmente quando está associada à resistência aos medicamentos. A assistência social é imprescindível e reflete na equidade social para essas pessoas. Esta reflexão aponta para a importância de políticas de proteção social inovadoras a fim de mitigar o impacto socioeconômico da doença.

Para isso, é de suma importância capacitar as equipes para assegurar uma atenção adequada, prescrever a terapia apropriada, gerenciar os efeitos adversos, supervisionar o tratamento e conduzir exames laboratoriais com precisão. Adicionalmente, é crucial estabelecer diretrizes e fluxos padronizados nos serviços de saúde, desde o diagnóstico até o desfecho, com o intuito de promover uma abordagem unificada no cuidado da TBMDR nos diversos cenários.

Apesar dos avanços significativos realizados pelos sistemas de apoio, em especial no que se refere à implementação do SITE-TB, identificou-se que o centro comunicador e ordenador da assistência não é a APS, e, sim, o CRT, sendo o contato entre a atenção secundária e a Unidade de Referência predominante nas falas dos profissionais.

As fragilidades encontradas nas falas dos participantes da APS relacionam-se ao seu papel no seguimento dos casos sensíveis, controle dos contatos e acompanhamento do TDO. Entraves foram identificadas quanto à realização do cuidado em redes, com indícios de uma separação significativa entre os diversos pontos de atendimento e os diferentes níveis de cuidados envolvidos, evidenciada pela falta de comunicação efetiva, ausência de registros clínicos eletrônicos, falta de mecanismos que assegurem o compartilhamento padronizado de informações, desorganização de fluxos e contrafluxos entre os serviços de saúde. Dessa forma,

os profissionais parecem adotar medidas não regulamentadas para contribuir com a promoção da comunicação e gestão efetiva do cuidado, comprovando a necessidade em se obterem as informações contidas em outros serviços de saúde e em diferentes níveis de atenção.

Apesar da iniciativa em Sistemas de Informações capazes de estabelecer este vínculo, nem sempre será o suficiente pra resolver todos os casos, ainda sim, é necessário manter as reuniões presenciais, online e telefonemas, para que a troca de informação e contrareferência aconteçam de forma segura, sem perder o seguimento da pessoa acometida nos diferentes níveis assistenciais.

Diante desse cenário complexo, foi validada a “Caderneta de Controle do Tratamento”, que reuniu as necessidades evidenciadas na primeira etapa e as sugestões dadas pelos participantes na segunda etapa deste estudo. As mudanças realizadas permearam a identificação do usuário, os dados clínicos e os casos de condições especiais em que o usuário está inserido.

Essa etapa do trabalho proporcionou delinear o que a APS e Atenção Secundária à Saúde consideram importantes para o tratamento correto da TBMDR e o quanto estão dispersas suas responsabilidades dentro da RAS, bem como a padronização de fluxos que atendam a todas as demandas do usuário em tratamento. Resta uma lacuna quanto ao conhecimento das necessidades das pessoas atendidas com essa condição de saúde. Assim, futuramente, intenciona-se que esse instrumento possa ser adaptado para uma versão informatizada, enquanto sistema ou mesmo aplicativo de celular.

REFERÊNCIAS

- ACHA, J. *et al.* Psychosocial support groups for patients with multidrug-resistant tuberculosis: Five years of experience. **Global Public Health**, v. 2, n. 4, p. 404-417, 2007. ISSN 17441692. Disponível em: < <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-37149036478&partnerID=40&md5=a1e6dc1261ec5e21066504d6ab8ad96c> >.
- ALMEIDA, P. F. de; MEDINA, M. G.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H. M de. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate** [Internet]. 2018Sep;42(spe1):244-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
- ANDRADE, L. O. M. D. B., BEZERRA, I. C. de H. C.; SILVA, R. C.; SILVA, R. M. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: Campos, G. W. S. E. A. (Ed.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2012, p.845-902.
- ARAKAWA, T.; ARCÊNCIO, R. A.; SCATOLIN, B. E; SCATENA, L. M.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. Accessibility to tuberculosis treatment: assessment of health service performance. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2011;19(4):994-1002. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000400019>. PMID:21876953.
- ARBEX M. A. *et al.* Drogas antituberculose: Interações medicamentosas, efeitos adversos e utilização em situações especiais. Parte 2: Fármacos de segunda linha. **J Bras Pneumol**. 36(5):641-656a. 201
- BALLESTERO, J. G. D. A. **Atenção a Tuberculose Multirresistente no Brasil: aportes à organização das Redes de Atenção à Saúde e a Gestão da Clínica**. 2017. PhD. Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- BALLESTERO, J. G. D. A.; GARCIA, J. M.; BOLLELA, V. R.; RUFFINO-NETTO, A.; DALCOLMO, M. M. P.; MONCAIO, A. C. S.; MIGUEL, N. S.; RIGOLIN, I. Z.; PALHA, P. F. Manejo da tuberculose multirresistente: elementos centrais das recomendações brasileiras. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. n. p. 2020.
- BALLESTERO, J. G. D. A.; LIMA, M. C. R. A. D.; GARCIA, J. M.; GONZALES, R. I. C.; SICSÚ, A. N.; MITANO, F.; PALHA, P. F. Estratégias de controle e atenção à tuberculose multirresistente: uma revisão da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. p. 8, 2019.
- BALLESTERO, J. G. D. A.; MONCAIO, A. C. S.; SILVA, L. M. C. D.; SURNICHE, C. D. A.; LIMA, M. C. R. A. D.; PALHA, P. F. Multidrug-resistant tuberculosis: integral healthcare from the discourse analysis perspective. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 3, p. 515-521, 2014.
- BALLESTERO, J. G. D.; SICSÚ, A. N; VEIGA, N.; PROTTI-ZANATTA, S. T. L., LIMA, M.C.R.A.A.; ARAÚJO T. F.; PALHA, P. F. Assistência à tuberculose multirresistente no contexto das Redes de Atenção à Saúde. In 3º Congresso Brasileiro de Política, planejamento e gestão em Saúde. **Anais...** Natal, 2017. p. 102.
- BARAL SC, ARYAL Y, BHATTRAIR, KING R, NEWEL JM. The importance of providing counseling and financial support to patient receiving treatment for multi-drug resistant TB:

mixed method qualitative and pilot intervention studies. **BMC Public Health**. 2014; 14:46. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-46>.

BARROS, D. B. M.; COSTA, J. M. B. S.; REIS, Y. A. C.; ALBUQUERQUE, A. C.; FELISBERTO, E. Avaliação da coordenação do cuidado de usuários com tuberculose multidrogarresistente em Recife, Pernambuco, Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 99-114, Mar. 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000100099&lng=en&nrm=iso>.

BARROSO, E. C.; MOTA, R. M. S.; MORAIS, M. F. M.; CAMPELO, C. L.; BARROSO, J.B.; RODRIGUES, J.L.N. Fatores associados aos tratamentos inadequados em grupo de portadores de tuberculose multirresistente. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 29, n. 6, p. 350-7, 2003.

BARROSO, E. C.; MOTA, R. M. S.; OLIVEIRA, A. C. M.; CORDEIRO, J. I. R.; BARROSO, J.B.; RODRIGUES, J.L.N. Papel da tuberculose domiciliar no surgimento da tuberculose multirresistente. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 46-52, jan-fev, 2004.

BARTHOLOMAY P, PINHEIRO RS, JOHANSEN FDC, DE OLIVEIRA SB, ROCHA MS, PELISSARI DM *et al*. Lacunas na vigilância da tuberculose drogarresistente: relacionando sistemas de informação do Brasil. **Cad Saúde Pública** [internet]. 2020 [acesso em 2022 jul. 20]; 36(4): e00082219. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00082219>.

BARTHOLOMAY, P.; PINHEIRO, R. S.; PELISSARI, D. M.; ARAKAKI-SANCHEZ, D.; DOCKHORN, F.; ROCHA, J. L. *et al*. Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITE-TB): histórico, descrição e perspectivas. **Epidemiol Serv Saúde** [internet]. 2019 [acesso em 2022 jul. 20]; 28:e2018158. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000200002>.

BATESON, A.; CANSECO, J. O.; MCHUGH, T. D.; WITNEY, A. A.; FEUERRIEGEL S.; MERKER, M.; KOHL, T. A.; UTPATEL C.; NIEMANN, S.; ANDRES, S.; KRANZER, K.; MAURER, F. P.; GHODOUSI, A.; BORRONI, E.; CIRILLO, D. M.; WIJKANDER, M.; TORO, J. C.; GROENHEIT, R.; WERNGREN, J.; MACHADO, D.; VIVEIROS, M.; WARREN, R. M.; SIRGEL, F.; DIPPENAAR, A.; KÖSER, S. U.; SUN, E.; TIMM, J. Diferenças antigas e recentes na suscetibilidade intrínseca do complexo *Mycobacterium tuberculosis* à pretomanida. **Journal of Antimicrobial Chemoterapia**, v. 77, ed. 6, jun. 2022, p. 1685–1693. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/jac/dkac070>>

BHERING, M; KRITSKI, A. L.; DALCOLMO, M. P.; DUARTE, R. Similarities and differences in the challenges faced in the treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Lisbon and Rio de Janeiro from the health workers' perspective. **RSD** [Internet]. 2022Dec.15 [cited 2023Jan.12];11(16):e472111638354. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/38354>.

BORGES, L.A. A estrutura fatorial dos atributos valorativos e descritivos do trabalho: um estudo empírico de aperfeiçoamento e validação de um questionário. **Estudos de Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 107-39, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose**. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis., v. 1, p. 40, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. **Projeto MSH**. Tuberculose Multirresistente – Guia de Vigilância Epidemiológica – 1º edição. Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. **Linha de Cuidado da Tuberculose**: Orientações para Gestores e Profissionais de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Brasília, 2011.

BRASIL. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ato Portaria GM n. 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2007.

BRASIL. 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 [CD-ROM]. 5ª ed. Rio de Janeiro:Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Brasil Livre da Tuberculose**: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: estratégias para 2021-2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Linha de cuidado da tuberculose**: orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília. 2021d. 17p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil**: indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de recomendações para controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 366p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portal da Saúde**. <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6406&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012-_-tuberculose-no-brasil> Acesso em: 27 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais.** Brasília: Ministério da Saúde; 2014b. 94p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância epidemiológica da tuberculose: análise de indicadores operacionais e epidemiológicos a partir da base de dados do Sinan versão 5.0.** Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 48p

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose.** Brasília; 2002. (Cadernos de Atenção Básica).

BRONDANI, J. E.; LEAL, F. Z.; POTTER, C.; DA SILVA, R. M.; NOAL, H. C.; PERRANDO, M. S. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enferm** [internet]. 2016 [acesso em 2022 jul. 19]; 21(1): 01-08. DOI:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.43350>.

BRUST, J. C. *et al.* Integrated, home-based treatment for MDR-TB and HIV in rural South Africa: an alternate model of care. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 16, n. 8, p. 998-1004, Aug 2012. ISSN 1027-3719.

CARDOSO, R. F., PEREIRA ÁTILA, A. C.; FERREIRA, I. P.; EL-HUSNYCO, J. B. da C.; DA CRUZ, B. S.; MATOS, B. S. S.; DE OLIVEIRA, L. R. L.; MARQUES, S. E. S.; CORDOVIL, D. C. Avaliação do serviço de controle da tuberculose em uma unidade de saúde da família no estado do Pará. **REAS** [Internet]. 7maio2020 [citado 29nov.2022];12(6):e3174. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3174>.

CDC. Centers for Disease, Control and Prevention. Tuberculosis (TB). Provisional CDC Guidance for the Use of Pretomanid as part of a Regimen [Bedaquiline, Pretomanid, and Linezolid (BPAL)] to Treat Drug-Resistant Tuberculosis Disease. **CDC**, 4 mai. 2023. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/tb/topic/drtb/bpal/default.htm>>

CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, por Leo Tolstoy: elementos para se pensar a múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 13, p. 545-55, 2009. (supl.1)

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface Comunic Saúde Educ.** 2011;15(37):589-99. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf>.

CECÍLIO, L. C. O; LACAZ, F. A. C. **O trabalho em saúde.** Rio de Janeiro: Cebes; 2012.

CHALCO, K. *et al.* Nurses as providers of emotional support to patients with MDR-TB. **International Nursing Review**, v. 53, n. 4, p. 253-260, 2006. ISSN 00208132. Disponível em:<<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33750578595&partnerID=40&md5=e26983392aa3688d8ec005148b80f62c>>.

CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S.; BOUSFIELD, A. B. S. Representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento. **Rev Gaúcha Enferm** [Internet]. 2015;36(spe):207–14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56723>

CHOI, S. S. *et al.* Implementation and initial evaluation of a Web-based nurse order entry system for multidrug-resistant tuberculosis patients in Peru. **Stud Health Technol Inform**, v. 107, n. Pt 1, p. 202-6, 2004. ISSN 0926-9630 (Print) 0926-9630.

COSTA, I. K. F. *et al.*. Development of a virtual simulation game on basic life support. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03382, 2018.

COSTA, M. M. **Os desafios do tratamento da tuberculose na atenção primária: reflexões à luz da literatura** [Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização] [internet]. Governador Valadares: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013. [acesso em 2022 nov. 19]. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Desafios_tratamento_tuberculose.pdf.

COSTA, P.V.; MACHADO, M.T.C.; DUTRA DE OLIVEIRA, L. G. Adesão ao tratamento para Tuberculose Multidrogas Resistente (TBMDR): estudo de caso em ambulatório de referência, Niterói (RJ), Brasil. **Cad saúde colet** [Internet]. 2019Jan;27(1):108–15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900010292>.

CRISPIM, J. A.; SCATOLIN, B. E.; SILVA, L. M. C.; PINTO, I. C.; PALHA, P. F.; ARCÊNCIO, R. A. Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. **Acta Paul. Enferm.**, v. 25, n. 5, p. 721-727, 2012

CRUZ, F. O.; SAÚDE, C. N. D. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp 1, p. 434-451, 2018.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, 94(11): 1.864 -1.874, 2004.

CURISINCHE ROJAS, M. **Recursos humanos en salud para el control de la Tuberculosis multidrogaresistente en el primer nivel de atención de salud de Lima**. TT - Health manpower to control TB multidrug in the first level of health care Lima. p. xiv,136-xiv,136, 2014.

DALCOLMO, M. P.; ANDRADE, M. K. N.; PICON, P. Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 34-42, Sept. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800006&lng=en&nrm=iso.

DE SOUZA, C. D. F.; COUTINHO, H. S.; COSTA, M. M.; MAGALHÃES, M. A. F. M. Carmo RF. **Int J Tuberc Lung Dis**. 19;2020(24):11-1220. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-11220-2>

FALZON, D. *et al.* Universal access to care for multidrug-resistant tuberculosis: an analysis of surveillance data. **Lancet Infect Dis**, v. 13, n. 8, p. 690-7, Aug 2013. ISSN 1473-3099.

FARO, A. C. M. E. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo. 31: 259-273 p. 1997.

FERREIRA, K. R.; ORLANDI, G. M.; SILVA, T. C. da; BERTOLOZZI, M. R.; FRANÇA, F. O. de S.; BENDER, A. Representations on adherence to the treatment of Multidrug-Resistant Tuberculosis. **Rev esc enferm USP** [Internet]. 2018;52:e03412. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018010303412>

FERREIRA, R. C. Z. *et al.* Perfil epidemiológico da tuberculose em municípios do interior paulista (2001-2010). **Cuid Arte Enferm**, 2013; 7(1): 7-12.

FRASER, H. S.; HABIB, A.; GOODRICH, M.; THOMAS, D.; BLAYA, J. A.; FILS-AIME, J. R.; JAZAYERI, D.; SEATON, M.; KHAN, A. J.; CHOI, S. S.; KERRISON, F.; FALZON, D.; BECERRA, M. C. E-health systems for management of MDR-TB in resource-poor environments: a decade of experience and recommendations for future work. **Stud Health Technol Inform**, Amsterdam, v. 192, p. 627-31, 2013.

FRASER, H. S.; JAZAYERI, D.; MITNICK, C. D.; MUKHERJEE, J. S.; BAYONA, J. Informatics tools to monitor progress and outcomes of patients with drug resistant tuberculosis in Peru. **Proc AMIA Symp**, Philadelphia, p. 270-4, 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2244209/>>. Acesso em: 28 dez. 2022.

FREITAS, P. R.; HONDA, E. R.; PINTO, E. S. G.; FERREIRA, M. R. L.; ORFÃO, N. H. Intervenção educativa sobre tuberculose para agentes comunitários de saúde em unidades da atenção primária à saúde em um município da região norte. **DRIUFT** [Internet]. 29º de agosto de 2020 [citado 29º de novembro de 2022];7(3):145-57. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/8556>.

FUADY, A.; TANJA, A.; HOUWELING, M.; BURHAN, E.; RICHARDUS, H. Effect of financial support on reducing the incidence of catastrophic costs among tuberculosis-affected households in Indonesia: eight simulated scenarios. **Infect Dis Pov**. 2019;8(10):1-14. <https://doi.org/10.1186/s40249-019-0519-7>

FURIN, J. *et al.* Programmatic management of multidrug-resistant tuberculosis: Models from three countries. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 15, n. 10, p. 1294–1300, 2011.

GIOVANELLA L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cad Saúde Pública** [Internet]. 2018; 34 (Cad. Saúde Pública, 2018 34(8)):e00029818. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. **Divulg. saúde debate**, v. n. 51, p. 30-37, 2014.

GIOVANELLA, L. Basic health care or primary health care? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. 2018.

GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. <https://doi.org/10.7476/9788575413494>

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; ALMEIDA, P. F. D.; MELO, E. A.; MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; MENDONÇA, M. H. M. D. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. p. e00178619, 2019b.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. D.; BUSS, P. M.; FLEURY, S.; GADELHA, C. A. G.; GALVÃO, L. A. C.; SANTOS, R. F. D. From Alma-Ata to Astana. Primary health care and universal health systems: an inseparable commitment and a fundamental human right. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 2019a.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Ed.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p.575-625.

GRANT, J. S.; KINNEY, M. R. Using the Delphi Tecnique to examine the content validity of nursing diagnosis. **Nurs. Diagn.**, v. 3, n. 1; p. 12-22, 1992.

GUPTA, R.; ESPINAL, M.; MDR-TB, S. T. W. G. O. D.-P. F. A prioritised research agenda for DOTS-Plus for multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB). **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 7, n. 5, p. 410-4, May 2003. ISSN 1027-3719. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12757039> >.

HELLER, T. *et al.* Community-based treatment for multidrug-resistant tuberculosis in rural KwaZulu-Natal, South Africa. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 14, n. 4, p. 420-6, Apr 2010. ISSN 1027-3719.

HINO, P.; YAMAMOTO, T. T.; MAGNABOSCO, G. T.; BERTOLOZZI, M. R.; TAMINATO, M.; FORNARI, L. F. Impacto da COVID-19 no controle e reorganização da atenção à tuberculose. **Acta paul enferm** [Internet]. 2021;34(Acta paul. enferm., 2021 34):eAPE002115. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02115>

HOA, N. B.; NHUNG, N. V.; KHANH, P. H.; HAI, N. V.; QUYEN, B. T. T. Adverse events in the treatment of MDR-TB patients within and outside the NTP in Pham Ngoc Thach hospital, Ho Chi Minh City, Vietnam. **BMC Res Notes**. 2015;8:809. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1806-4>

JORDAN, T. S.; CULLEN, D.; DAVIES, P. D. O. A centralised electronic Multidrug-Resistant Tuberculosis Advisory Service: The first 2 years. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 16, n. 7, p. 950-954, 2012. ISSN 10273719. Disponível em: < <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84862193012&partnerID=40&md5=0135bde127227c6f6d2f5c1719032091> >.

JUNGES, J. R., BURILLE, A., TEDESCO, J. Tratamento Diretamente Observado da tuberculose: análise crítica da descentralização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 24 [Acessado 29 novembro 2022], e190160. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/Interface.190160>>. ISSN 1807-5762.
<https://doi.org/10.1590/Interface.190160>.

KESHAVJEE, S. *et al.* Treating multidrug-resistant tuberculosis in Tomsk, Russia: developing programs that address the linkage between poverty and disease. **Ann N Y Acad Sci**, v. 1136, p. 1-11, 2008. ISSN 0077-8923 (Print)0077-8923.

KHANAL, S. *et al.* Development of a patient-centred, psychosocial support intervention for multi-drug-resistant tuberculosis (MDR-TB) care in Nepal. **PLoS ONE**, v. 12, n. 1, p. 1–16, 2017.

KRITSKI, A. L. Emergência de tuberculose resistente: renovado desafio. **J. bras. pneumol.** São Paulo. 36: 157-158 p. 2010.

KUNDU, D.; SHARMA, N.; CHADHA, S.; LAOKRI S, A. G.; JIANG, L. Analysis of multi drug resistant tuberculosis (MDR-TB) financial protection policy: MDRTB health insurance schemes, in Chhattisgarh state, India. **Health Economics Review** [Internet]. 2018 [cited 2023 jan 12];8(3):1-12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29374822>

LAURELL, A. E. C. Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, n. p. e2668, 2016.

LOVEDAY, M. *et al.* Comparing early treatment outcomes of MDR-TB in decentralised and centralised settings in KwaZulu-Natal, South Africa. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 16, n. 2, p. 209-215, 2012. ISSN 10273719. Disponível em: <
<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84855693356&partnerID=40&md5=f02289101b90fae7c5f8ce87a06c78a3>>.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; PINTO, H. A. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulg. saúde debate**, v. n. 51, p. 14-29, 2014.

MARTINS, M. T. M. **Adesão terapêutica de pessoas com tuberculose e vulnerabilidade social: revisão da literatura** [Trabalho de Conclusão de Curso] [internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018. [acesso em 2022 jul. 19]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/234681/001092629.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

MCDONALD, K. M.; SCHULTZ, E.; ALBIN, L. *et al.* **Care Coordination: Atlas Version**. Rockville: AHRQ Publication; 2014.

MELO, F. A. F.; AFIUNE, J. B.; IDE NETO, J.; ALMEIDA, E. A.; SPADA, D. T. A.; ANTELMO, A. N. L.; CRUZ, M. L. Aspectos epidemiológicos da tuberculose multirresistente em serviços de referência na cidade de São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 36, n. 1, p. 27-34, 2003.

MELO, L. S. O.; OLIVEIRA, E. Z.; NETO, F. R. G. X.; VIANA, L. S.; PRADO, F. A.; COSTA, J. B. C. Passos e descompassos no processo de cuidado aos portadores de tuberculose na atenção primária. **Enferm Foco** [internet]. 2020 [acesso em 2022 nov. 19]; 11(1): 136-141. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.2917>

- MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, v. n. p. 2015.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 15: 2297-2305, 2010.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Brasília, 2011.
- MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. In: MENDES, E. V. (Ed.). **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e Saúde: A Declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2004 maio-junho; 12(3):447-8
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M.. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, out. 2008.
- MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.
- MERHY, E. E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos**: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/2007>>.
- MERHY, E. E. **Saúde, a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O, O singular processo de coordenação dos hospitais. Campinas, Mimeo, **Revista Saúde em Debate**, 2002.
- MINAYO, M. C. S. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: 2011, 549p.
- MINAYO, M. C. S. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. IN: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. T. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-11
- MINAYO, M. C. S. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.
- NAIDOO, S.; SEEVNARAIN, K.; NORDSTROM, D. L. Tuberculosis infection control in primary health clinics in eThekweni, KwaZulu-Natal, South Africa. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 16, n. 12, p. 1600–1604, 2012.

NATAL, S. **Fatores de Predição para Resistência aos Tuberculosostáticos: Discussão do Padrão e Possíveis Fatores como Causa da Resistência ao Tratamento Específico da Tuberculose.** Tese (Doutorado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

NÓBREGA, R. G. **As ações de controle da tuberculose desenvolvidas pelas equipes de Saúde Indígena da Paraíba: análise da dimensão da coordenação.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

NOGUEIRA, J. A.; *et al.* Caracterização clínico-epidemiológica dos pacientes com diagnóstico de tuberculose resistente às drogas em João Pessoa, PB. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 10, n. 4, p. 979-89, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a11.htm>.

NORA CRD, JUNGES JR. Humanization policy in primary health care: a systematic review. **RevSaúde Pública** [internet]. 2013 [acesso em 2022 jul. 19]; 47(6): 1186-1200. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004581>.

ORENSTEIN, E. W.; BASU, S.; SHAH, N. S.; ANDREWS, J. R.; FRIEDLAND, G. H.; MOLL, A. P. *et al.* Treatment outcomes among patients with multidrug-resistant tuberculosis: systematic review and meta-analysis. **Lancet Infect Dis.** 2009;9(3):153–161. [PubMed] [Google Scholar]11.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS.** Brasília: OPAS; 2011. 118p.

PALACIOS, E. *et al.* The role of the nurse in the community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB). **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 7, n. 4, p. 343-346, 2003. ISSN 10273719. Disponível em: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0037387414&partnerID=40&md5=ac6bce640c3aa8e8a6e09d2964e2ffa4>>.

PERROCA, M. G. **Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento.** 1996. 105f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique andrecomendationas. **ResearchandNursing Health**, v.29, p.489-497; 2006.

POWELL, C. The Delphi technique: myths and realities. **Journal of advanced nursing**, v. 41, n. 4, p. 376-382, 2003.

PROBANDARI, A. *et al.* Being safe, feeling safe, and stigmatizing attitude among primary health care staff in providing multidrug-resistant tuberculosis care in Bantul District, Yogyakarta Province, Indonesia. **Human Resources for Health**, v. 17, n. 1, p. 1–10, 2019.

QUELAPIO, M. I. D. *et al.* Responding to the multidrug-resistant tuberculosis crisis: Mainstreaming programmatic management to the Philippine National Tuberculosis Programme. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 14, n. 6, p. 751-

757, 2010. ISSN 10273719. Disponível em: <
<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-77952364408&partnerID=40&md5=c7c2e991b75edf395a2371a5b63c8bbe>>.

RAJBHANDARY, S. S, MARKS S. M., BOCK N. N. Costs of patients hospitalized for multidrug-resistant tuberculosis. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, 8(8):1012–1016, 2004.

RAMOS, P. L. C. **Referência e contra-referência no SUS: revisão integrativa da literatura** [Trabalho de Conclusão de Curso] [internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2018. [acesso em 2022 jul. 19]. Disponível em:
https://bdm.unb.br/bitstream/10483/20824/1/2018_PaulaLacerdaCaixetaRamos_tcc.pdf.

RESCH, S. C. *et al.* Cost-Effectiveness of Treating Multidrug-Resistant Tuberculosis **PLoS Medicine**. July, 3 (7): e241, 2006.

RIBEIRO, A. C. S. **Fatores associados à tuberculose drogarresistente no estado do Maranhão, no período de 2010 a 2015** [dissertação] [internet]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2018. [acesso em 2022 nov. 15]. Disponível em:
<https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/2116/2/AndreiaRibeiro.pdf>.

ROCHA, P. S. S., CARVALHO, D. N. R., BENDELAQUE, D. F. R., SOARES, F.C., COSTA, R. E. A. R., DERGAN, M. R. A, SILVA, M. V. S. (2020). Avaliação da evolução clínica de pacientes portadores de Tuberculose Resistente a Múltiplos Medicamentos. **Research, Society and Development**, 9(10), e3609108615.

ROSO, E. F. **Apoio matricial em tuberculose: uma revisão da produção científica presente na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (2008-2021)** [Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização] [internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021. [acesso em 2022 jul. 19]. Disponível em:
<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/239060/001137780.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

SCARPARO, A. F.; LAUS, A. M.; AZEVEDO, A. L. D. C. S.; FREITAS, M. R. I. D.; GABRIEL, C. S.; CHAVES, L. D. P. Reflexões sobre a técnica delphi em pesquisa na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 13, n. 1, p. 2012.

SCHULTINK, M. P.; KERSTJENS, H. A. M.; TER BEEK, L.; ZONDAG, H.; BRIJAN, R de L. W. *et al.* The impact of tuberculosis treatment on hospitalized patients' well-being using WHO-5 questionnaire. **Int J Tuberc Lung Dis**. Forthcoming 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Oficina sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, SAS/SAPS/SESMG, 2007.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE SÃO PAULO. **Termo de Referência para a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo**. SES SP – COSEMS SP. São Paulo, 2011.

SHANKS, L. *et al.* Treatment of multidrug-resistant tuberculosis in a remote, conflict-affected area of the Democratic Republic of Congo. **International Journal of Tuberculosis**

and Lung Disease, v. 16, n. 8, p. 1066-1068, 2012. ISSN 10273719. Disponível em: < <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84863590821&partnerID=40&md5=b3e0187e541a2a083864d4ea45ffd000> >.

SHARMA S.K., MOHAN A. Multidrug-Resistant Tuberculosis: A Menace That Threatens To Destabilize Tuberculosis Control. **CHEST**. July, 130.1, 2006.

SHIN, S. *et al.* Community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Lima, Peru: 7 Years of experience. **Social Science and Medicine**, v. 59, n. 7, p. 1529-1539, 2004. ISSN 02779536. Disponível em: < <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-3042831314&partnerID=40&md5=5aed28cb68bd308a5dfdc6f31c42a418> >.

SILVA, C. P. R. **Indicadores para avaliação de programas de controle de Infecção Hospitalar**: construção e validação. 2005. 165f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SILVA, D. R.; MELLO, F. C. D. Q.; D’AMBROSIO, L.; CENTIS, R.; DALCOLMO, M. P.; MIGLIORI, G. B. Tuberculosis and COVID-19, the new cursed duet: what differs between Brazil and Europe? **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 47, 2021.

SINGH, V.; VAN RENSBURG, E. S. J. The knowledge of nurses on the management of multidrug resistant tuberculosis at primary healthcare facilities: A pilot study. **Africa Journal of Nursing and Midwifery**, v. 19, n. 3, p. 1–16, 2017.

SINHA, I. P.; SMYTH, R. L.; WILLIAMSON, P. R. Using the Delphi technique to determine which outcomes to measure in clinical trials: recommendations for the future based on a systematic review of existing studies. **PLoS Med**, v. 8, n. 1, p. e1000393, 2011.

SINHA, I. P.; SMYTH, R. L.; WILLIAMSON, P. R. Using the Delphi technique to determine which outcomes to measure in clinical trials: recommendations for the future based on a systematic review of existing studies. **PLoS Med**, v. 8, n. 1, p. e1000393, 2011. ISSN 1549-1676. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21283604> >.

SOCCAL, F. de A.; MIGUEL, N. B.; FERNANDES, C.; SILVA, F. C. da. Avaliação do perfil epidemiológico e dos desfechos clínicos de pacientes com tuberculose multirresistente no estado de Santa Catarina entre os anos de 2009 e 2019. **RSD** [Internet]. 1º de setembro de 2022 [citado 17º de maio de 2023];11(11):e544111133803. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33803>.

SOUZA, M. B.; ANTUNES, C. M. F.; GARCIA, G. F. Perfil de sensibilidade e fatores de risco associados à resistência do *Mycobacterium tuberculosis*, em um centro de referência de doenças infecto-contagiosas de Minas Gerais. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 32, n. 5, p. 430-7, 2006.

SPÍNOLA, A. W. P. **Delfos**: proposta tecnológica alternativa. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1984.

SRIPAD, A.; CASTEDO, J.; DANFORD, N.; ZAHA, R.; FREILE, C. Effects of Ecuador’s national monetary incentive program on adherence to treatment for drug-resistant

tuberculosis. **Int J Tuberc Lung Dis** [internet]. 2014 [acesso em 2022 jul. 19]; 18(1): 44-48. DOI:<http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.13.0253>

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>.

THOMAS, A. *et al.* Management of multi drug resistance tuberculosis in the field: Tuberculosis Research Centre experience. **Indian J Tuberc**, v. 54, n. 3, p. 117-24, Jul 2007. ISSN 0019-5707 (Print) 0019-5707.

TORRENS, A. W.; RASELLAB, D.; BOCCIAC, D.; ETHEL, L. N. M.; NERYE, J. S.; OLSONF, Z. D. *et al.* Effectiveness of a conditional cash transfer programme on TB cure rate: a retrospective cohort study in Brazil. **Trans Rev Soc Trop Med Hyg**. 2016;110(1):199-206. <https://doi.org/10.1093/trstmh/trw01>.

VIANA, A. L. D.; LEVCOVITZ, E. *Proteção social: introduzindo o debate*. In: VIANA, A. L. Da.; LEVCOVITZ, E. **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec; 2005. [citado 2023 jan. 12].

VIEIRA, R. C. A. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de tuberculose multirresistente do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 56-65, 2007.

VISCA, D.; TIBERI, S.; PONTALI, E.; SPANEVELLO, A.; MIGLIORI, G. B. Tuberculosis in the time of COVID-19: quality of life and digital innovation. **Eur Respir J**. 2020;56(2):2001998. <https://doi.org/10.1183/13993003.01998-2020>

WALLIS, R. S.; MAEURER, M.; MWABA, P.; CHAKAYA, J.; RUSTOMJEE, R.; MIGLIORI, G. B.; MARAIS, B.; SCHITO, M.; CHURCHYARD, G.; SWAMINATHAN, S. Tuberculosis—advances in development of new drugs, treatment regimens, host-directed therapies, and biomarkers. **Lancet Infect Dis**, New York, v. 16, n. 4, p. e34-e46, abr. 2016. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099%2816%2900070->

WILLIAMS, P. L.; WEBB, C. The Delphi: a methodological discussion. **J. Adv. Nurs.**, v. 19, n. 1, p. 180-6, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Genebra: WHO; 2021**. [Acessado em março de 2023]. Global tuberculosis report 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>]2. World Health Organization (WHO).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Report 2012**.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Report 2013**.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Report 2018**.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Report 2019**.

YAMAMURA, M.; MARTINEZ, T. R.; POPOLIN, M. P.; RODRIGUES, L. B.; FREITAS, I. M.; ARCÊNCIO, R. A. The families and directly observed treatment of tuberculosis: senses and prospects to the production of care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 2, p. 60-6, 2014

ZAMPOGNA, E.; MIGLIORI, G. B.; CENTIS, R.; CHERUBINO, F.; FACCHETTI, C.; FECCI, D. *et al.* Functional impairment during post-acute COVID-19 phase: Preliminary finding in 56 patients [published online ahead of print, 2021 Jan 6]. **Pulmonology**. 2021; S2531-0437(20)30268-3. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2020.12.008>

APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SEGUNDO O CÓDIGO UTILIZADO, PAÍS, TÍTULO E OBJETIVO DO ESTUDO

Código	País	Título	Autores	Objetivo	Ano de publicação
E1	Indonésia	Be safe, feel safe and stigmatizing attitude among the primary health care team in providing resistant multidrug tuberculosis care in Bantul district, Yogyakarta province, Indonesia	PROBANDARI <i>et al.</i> ,	Explorar a segurança, sentimento de segurança e atitude estigmatizante entre os funcionários de saúde que trabalham com casos de MDR-TB em APS no distrito de Bantul, Indonésia.	2019
E2	Nepal	Development of Patient-Centered Psychosocial Support Care for multi-drug resistant TB in Nepal	KHANAL <i>et al.</i> ,	Desenvolver uma intervenção para melhorar o bem-estar psicossocial dos pacientes com TB-MDR no Nepal	2017
E3	Peru	Recursos humanos en salud para el control de la Tuberculosis multidrogoresistente en el primer nivel de atención de salud de Lima / Health manpower to control TB multidrug in the first level of health care Lima	CURISINCHE ROJAS.	Fornecer informações sobre a situação atual de recursos humanos que atuam nas ações de controle do TBMDR nos serviços do primeiro nível de atenção em Lima, quanto às suas características, dados demográficos, disponibilidade, habilidades, condições de trabalho e riscos para os quais são exposto	2014
E4	África do Sul	The Knowledge of Nurses on the Management of Multidrug Resistant Tuberculosis at Primary Healthcare Facilities: A Pilot Study.	SINGH, VAN RENSBUR.	Avaliar o conhecimento de enfermeiros de PH que atuam em unidades de TB que se refere à gestão da TB do MDR e fazer recomendações para os enfermeiros, melhorar a gestão de TB MDR.	2017
E5	KwaZulu-Natal	Tuberculosis infection control in primary health clinics in eThekweni, KwaZulu-Natal, South Africa	NAIDOO, SEEVNARAI, NORDSTROM ,	Descrever as práticas atuais de controle de infecção por TB em APS na maior metrópole da Província de KwaZulu-Natal na África do Sul.	2012

E6	Etiópia	Evaluating the output of transformational patient-centred nurse training in Ethiopia.	FURIN <i>et al.</i> ,	Analisar o efeito do treinamento realizado com os pacientes a partir do impacto na mudança das práticas.	2011
E7	China	Treatment interruption and directly observed treatment of multidrug-resistant tuberculosis patients in China	WEI <i>et al.</i> ,	Analisar a associação do abandono do tratamento de pacientes com TBMDR e o tratamento diretamente observado (DOT).	215
E08	África do Sul	Community care worker perceptions of their roles in tuberculosis care and their information needs.	OKEYO, DOWSE.	Analisar o conhecimento e as práticas dos agentes comunitários de saúde no cuidado de pacientes com tuberculose.	2016
E09	Indonésia	Empowering Health Cadres to Support Drug-Resistant Tuberculosis (DR-TB) Patient to Enroll in Treatment.	FEBRIANI <i>et al.</i> ,	Estudo exploratório que tem por objetivo avaliar os principais papéis dos quadros de saúde e os vários fatores que influenciam o desempenho no apoio à inscrição de pacientes com TB-DR para tratamento.	2021

**APÊNDICE B – CADERNETA DO CONTROLE DE TRATAMENTO- SEÇÃO DOS
PROFISSIONAIS**

<p>Logo da Instituição</p> <p>Nome do Centro de Referência</p> <p>Programa de Controle da Tuberculose</p>
 <p>The illustration shows a group of people standing in front of a building. On the left, a yellow archway is labeled 'CENTRO DE REFERÊNCIA'. On the right, a building has a sign that says 'POSTO de SA'. The group includes a man in a white lab coat, a woman in a white lab coat, a man in a white lab coat, a woman in a purple dress, a man in a blue shirt, and a child in a red dress.</p>
<p>CADERNETA DE CONTROLE DO TRATAMENTO</p>
<p>NOME: _____</p>

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Número do cartão SUS: _____

Número SINAN: _____ Número SITETB: _____

Número TBWEB (para estado de São Paulo): _____

Endereço: _____

Município: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____

Telefone para recado (familiar) _____

E-mail: _____

DADOS CLÍNICOS

Data da notificação: _____ Data do diagnóstico: _____

Data do início do tratamento: _____

Altura: _____ Peso inicial: _____

PADRÃO DE RESISTÊNCIA

() Monorresistência à _____

() Polirresistência à _____

() Multirresistência à _____

() Extensiva resistência à _____

TRATAMENTOS ANTERIORES

Mês/ Ano	Drogas utilizadas no tratamento																Resultado tratament
	R	H	Z	E	S	Et	Ofx	Trd	Cfx	Am	Km	Cp	Lfx	Mfx	PAS		

Tipo de resistência: () Primária () Adquirida

Comorbidades: _____

MEDICAMENTOS EM USO (EXCETO PARA TB)

Nome do medicamento	Dose	Posologia

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Gestante: () Sim () Não Amamentação: () Sim () Não

Contracepção: () Sim () Não Qual: _____

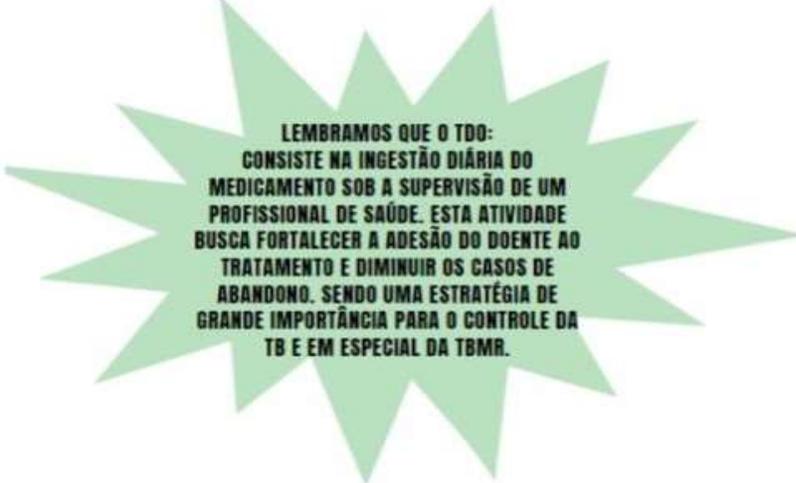
Outra condição: _____

grave, caracterizada pela resistência à rifampicina, isoniazida, uma fluoroquinolona e uma droga injetável de segunda linha. Na maioria das vezes, essas formas de adoecimento ocorrem pela condução inadequada de tratamentos em esquema básico.

Por se tratar de um caso complexo, com longo tratamento, incluindo drogas injetáveis, e possível ocorrência de eventos adversos à terapia, solicitamos sua colaboração para que ele(a) possa completá-lo. Assim, a realização do **Tratamento Diretamente Observado (TDO) é muito importante para que ocorra a adesão à terapia medicamentosa.**

Dessa forma, acreditamos que alguns aspectos devam ser tratados de maneira cuidadosa para garantir a adesão e concretização do TDO. São esses:

- Importância de escolher um ambiente adequado para a supervisão da ingestão medicamentosa, de maneira que não exponha o doente;
- Pactuação junto ao doente de melhor horário para que ocorra a supervisão (permitindo certa flexibilidade, dentro das possibilidades da Unidade) e que permita a criação de uma rotina diária;
- Necessidade de orientar o doente de como deverá proceder para realizar a autoadministração das drogas aos finais de semana e feriados;
- Orientar o doente a procurar a Unidade de Saúde no caso de ocorrência de eventos adversos.



**LEMBRAMOS QUE O TDO:
CONSISTE NA INGESTÃO DIÁRIA DO
MEDICAMENTO SOB A SUPERVISÃO DE UM
PROFISSIONAL DE SAÚDE. ESTA ATIVIDADE
BUSCA FORTALECER A ADEÇÃO DO DOENTE AO
TRATAMENTO E DIMINUIR OS CASOS DE
ABANDONO. SENDO UMA ESTRATÉGIA DE
GRANDE IMPORTÂNCIA PARA O CONTROLE DA
TB E EM ESPECIAL DA TBMR.**

Visto essa complexidade, precisamos trabalhar em conjunto. Assim, precisamos saber quais são as dificuldades que acontecem diariamente, pois será a equipe da sua Unidade de Saúde que o doente irá procurar caso precise de alguma coisa, além de serem vocês os primeiros a identificar problemas relacionados à adesão à terapia medicamentosa.

Você poderá entrar em contato com o Centro de Referência para discutir as questões relacionadas a esse doente e obter maiores informações sobre seu caso. As informações necessárias para o contato com a equipe estão nas páginas de identificação no início desta caderneta.

Ressaltamos a importância da comunicação entre esses dois serviços, para a garantia de uma atenção contínua ao doente. Assim, é essencial que usemos esse instrumento para trocarmos informações pertinentes. **Pedimos para que se atente aos campos que deverá preencher, bem como aqueles que serão destinados a seu conhecimento.**

Desde já agradecemos sua colaboração e parceria!

DICAS IMPORTANTES

- OS MEDICAMENTOS DEVERÃO SER ADMINISTRADOS SOB SUPERVISÃO NOS DIAS ÚTEIS DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA ATÉ A ALTA DO TRATAMENTO, NO PERÍODO DA MANHÃ;
- MESMO APÓS O TÉRMINO DOS FÁRMACOS INJETÁVEIS, O TDO DEVERÁ SER REALIZADO DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA ATÉ A ALTA DO TRATAMENTO
- NÃO HÁ NECESSIDADE DE JEJUM PARA A INGESTÃO DOS MEDICAMENTOS;
- AS DOSES DOS FINAIS DE SEMANA DEVEM SER ENTREGUES NA SEXTA-FEIRA E, EM CASOS DE FERIADOS, ENTREGAR A MEDICAÇÃO AO DOENTE NO DIA ANTERIOR AO FERIADO, REFORÇANDO SEU USO CORRETO;
- É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA PREENCHER CORRETAMENTE A PLANILHA DE CONTROLE DO TDO, ASSINAR E CARIMBAR O DOCUMENTO. EM CASOS DE FALTAS, REGISTRAR "FALTA" SEM A NECESSIDADE DE CARIMBO OU ASSINATURA;
- ENTRAR EM CONTATO COM A EQUIPE RESPONSÁVEL NO CENTRO DE REFERÊNCIA NA OCORRÊNCIA DE FALTAS HÁ ____ DIA(S), NOS TELEFONES PRESENTES NA FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO DESTA CADERNETA;
- SUGERIMOS QUE A UNIDADE DE SAÚDE POSSUA UM CARTÃO ESPELHO PARA MELHOR CONTROLE DO TRATAMENTO, BEM COMO UMA OPÇÃO DE CONSULTA ÀS INFORMAÇÕES EM CASO DE PERDA DESTA CADERNETA;

ATENÇÃO: O DOENTE DEVERÁ TER CONSIGO ESTA CADERNETA. POR FAVOR, AJUDE-O A LEMBRAR QUE DEVERÁ TRAZÊ-LA AO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA CONTINUIDADE E ATUALIZAÇÃO DE SEU CUIDADO!

ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO

Para que ocorra o acompanhamento adequado do tratamento, o Ministério da Saúde preconiza algumas medidas:

Frequência	Ação a ser realizada
Inicial	Baciloscopia por escarro ou Teste Rápido Molecular (2 amostras) Cultura de escarro com Teste de Sensibilidade às Drogas Busca e exame dos contatos
Mensal	Consulta médica no Centro de Referência Baciloscopia por escarro – durante todo o tratamento
Trimestral	Radiografia de tórax Cultura de escarro - independentemente do resultado da baciloscopia

Fonte: Adaptação do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2011.

EXAME DOS CONTATOS

O Ministério da Saúde define como **contato** toda pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso índice (o doente), no momento de seu diagnóstico, seja pelo convívio no domicílio, trabalho, escola ou instituições de longa permanência. Os profissionais devem se atentar para diferenciar o grau de exposição para cada um dos indivíduos envolvidos, considerando a forma da doença, o ambiente e o tempo de exposição.

Assim, o processo de investigação deverá seguir os seguintes passos:

1. O caso índice deve ser entrevistado o quanto antes para identificação das pessoas que serão consideradas contatos;
2. Os contatos e suas respectivas idades devem ser listados. O tipo de convívio deve ser estabelecido (casa, ambiente de trabalho, escola etc.) e formas de localização devem ser identificadas (endereço e/ou telefone);
3. Sempre que possível, realizar visita domiciliar para melhor entendimento das circunstâncias que caracterizam os contatos identificados na entrevista do caso índice;
4. Todos os contatos serão convidados a comparecer à unidade de saúde para serem avaliados. Essa avaliação consiste na realização de criteriosa anamnese e exame físico. É necessária a diferenciação de condutas para indivíduos sintomáticos e assintomáticos; com ou sem história prévia de infecção por tuberculose; coinfectados ou não pelo HIV.

A RESPONSABILIDADE DE BUSCAR E AVALIAR OS CONTATOS SÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. PARA ISSO, É NECESSÁRIO QUE A UNIDADE DE SAÚDE CRIE UMA ROTINA PARA REAVALIAR PERIODICAMENTE OS CONTATOS, TRIMESTRALMENTE, POR EXEMPLO.

**FIQUE ATENTO, NA MESMA FAMÍLIA PODE TER MAIS ALGUÉM DOENTE!
PARA QUALQUER DÚVIDA SOBRE EXAMES A SEREM SOLICITADOS, ESQUEMAS
MEDICAMENTOSOS OU OUTRAS ENTRE EM CONTATO COM O CENTRO DE REFERÊNCIA.**

Fonte: Adaptação do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.

Maiores informações e esclarecimentos podem ser encontrados no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.

MEDIDAS DE CONTROLE DA INFECÇÃO

TBMR é transmitida da mesma maneira que TB sensível aos medicamentos de primeira linha. Contudo, a Organização Mundial da Saúde acredita que nos casos de resistência, a resposta aos medicamentos específicos é mais lenta, o que leva o doente a permanecer com expectoração positiva por mais tempo e podendo infectar mais pessoas.

As estratégias de controle da infecção são praticamente as mesmas para os casos de TB em esquema básico. Contudo, tendo em vista sua maior gravidade, é necessário que os Serviços de Saúde que atendem os casos de TBMR realizem uma revisão de suas rotinas de atendimento para prevenir a transmissão de bacilos entre os usuários das instituições e aos profissionais de saúde.

A Atenção Primária tem um importante papel na identificação precoce dos casos e interrupção da cadeia de transmissão da doença. Quando a Unidade de Saúde é frequentada por um doente de TB é necessário que os profissionais se atentem para as seguintes medidas:

- Organizar o horário e fluxo de atendimento para que esse doente passe o menor tempo possível no serviço de saúde;
- Orientar que o doente cubra boca e nariz ao tossir e espirrar;
- Proporcionar fluxo de ar de maneira que facilite a saída dos bacilos;
- Orientar uso de máscara cirúrgica para o doente;
- Utilizar máscara N95 ou PFF2 para o profissional que realiza cuidado direto.

CRITÉRIOS DE CURA E ACOMPANHAMENTO PÓS-CURA

O Ministério da Saúde adotou alguns critérios para determinar cura, falência e abandono para TBMR, são esses:

Critério de	Parâmetros
Cura	Três culturas de escarro negativas a partir do 12º mês de tratamento (12º, 15º e 18º) Cultura positiva no 12º mês de tratamento, seguida de quatro culturas negativas, sem sinais clínicos e radiológicos de doença em atividade, até o 24º mês de tratamento (15º, 18º, 21º e 24º)
Falência	Duas ou mais culturas positivas dentre as três recomendadas após o 12º mês de tratamento, ou três culturas positivas consecutivas após o 12º mês de tratamento com intervalo mínimo de 30 dias. A serem avaliados separadamente: de acordo com a avaliação médica, e a decisão de alterar precocemente o tratamento devido à piora clínica e radiológica.
Abandono	Não comparecimento do doente à Unidade de Saúde por mais de 30 dias consecutivos após a data prevista para seu retorno Para doentes em TDO: não aparecimento à Unidade de Saúde 30 dias após a data da última tomada das medicações.

Fonte: Adaptação do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.

É muito importante que trabalhemos em conjunto para garantir a realização dos exames, bem como a adesão do doente à terapêutica proposta.

Mesmo após a cura, o Centro de Referência irá acompanhar esse sujeito por mais _____ anos, com consultas médicas, coleta de exames de escarro e radio-X de tórax a cada _____ meses nos primeiros _____ anos e a cada ____ meses nos outros _____ anos.

Registro da avaliação dos contatos

É preciso sempre lembrar os familiares e demais contatos do doente da necessidade e importância de serem avaliados, a fim de diagnosticar o mais cedo possível a ocorrência de TB e TBMR

É importante que os contatos sejam avaliados periodicamente, a cada três meses, por exemplo. Mantenham esses dados atualizados. Sugerimos que anotem a lápis as datas de avaliação para que possam ser registrados os dados mais atuais.

Ordem	Nome	Idade	Tipo de contato	Avaliado (data)	Tratamento TB latente		TB esquema básico (Data do início)		Tratamento TBMR (Data do início)		Orientação (data)	Reavaliação (data)
					Data início	Data fim	Data início	Data fim	Data início	Data fim		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

PREENCHIDO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Resultados de exames - TBMR

Exames iniciais:

Exame	Data de realização	Resultado	Data de Liberação
Baciloscopia			
1ª Amostra			
2ª Amostra			
Cultura de escarro			
Teste Rápido Molecular			
1ª Amostra			
2ª Amostra			
Teste de Sensibilidade		Resistente a:	
		Sensível a:	

Outros exames:

Exame	Mês de tratamento	Data da realização	Resultado
HIV			

Acompanhamento radiológico

Mês de tratamento	Apresentação da radiografia	Evolução radiológica	Observações

PREENCHIDO PELO CENTRO DE REFERÊNCIA

Exames bacteriológicos de acompanhamento

1º mês		2º mês		3º mês	
Baciloscopia		Baciloscopia		Baciloscopia	
Cultura		Cultura		Cultura	
4º mês		5º mês		6º mês	
Baciloscopia		Baciloscopia		Baciloscopia	
Cultura		Cultura		Cultura	
7º mês		8º mês		9º mês	
Baciloscopia		Baciloscopia		Baciloscopia	
Cultura		Cultura		Cultura	
10º mês		11º mês		12º mês	
Baciloscopia		Baciloscopia		Baciloscopia	
Cultura		Cultura		Cultura	
13º mês		14º mês		15º mês	
Baciloscopia		Baciloscopia		Baciloscopia	
Cultura		Cultura		Cultura	
16º mês		17º mês		18º mês	
Baciloscopia		Baciloscopia		Baciloscopia	
Cultura		Cultura		Cultura	
Baciloscopia		Baciloscopia		Baciloscopia	
Cultura		Cultura		Cultura	
Baciloscopia		Baciloscopia		Baciloscopia	
Cultura		Cultura		Cultura	

PREENCHIDO PELO CENTRO DE REFERÊNCIA

Legenda

Negativo: -
Positivo: +, ++, +++

PREENCHIDO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1º Mês

Planilha mensal de controle do TDO

Mês: _____ Ano: _____

DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
Auto administrado						Auto administrado
Auto administrado						Auto administrado
Auto administrado						Auto administrado
Auto administrado						Auto administrado
Auto administrado						Auto administrado

Medicamentos: () Amicacina () Estreptomicina () Capreomicina () Isoniazida () Pirazinamida () Etambutol () Etionamida
 () Linezolida () Ofloxacino () Levofloxacino () Moxifloxacino () Terezidona () Clofazimina () PAS (sachê)
 () Piridoxina () Outros: _____

Observações ao Centro de Referência

(Informações referentes a dificuldades ou entraves à realização do TDO; questões relacionadas aos contatos; outras que os profissionais julgarem pertinentes)

PREENCHIDO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Observações à Atenção Primária à Saúde

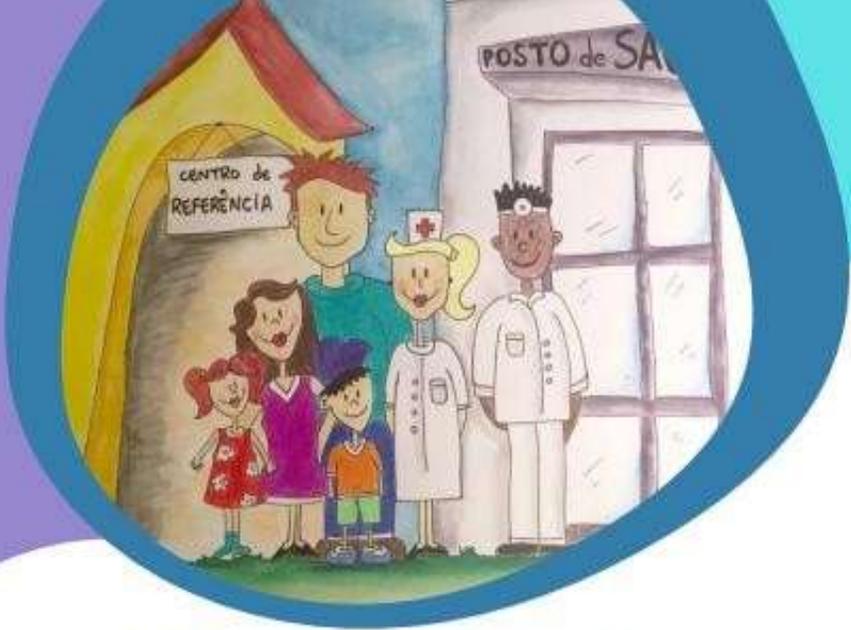
(Informações referentes a mudanças no esquema terapêutico; alterações em fluxos; realização de exames; solicitação de cooperação em questões específicas; dentre outras)

PREENCHIDO PELO CENTRO DE REFERÊNCIA

2º Mês		Planilha mensal de controle do TDO				
Mês: _____ Ano: _____						
DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
Auto administrado						Auto administrado
Auto administrado						Auto administrado
Auto administrado						Auto administrado
Auto administrado						Auto administrado
Auto administrado						Auto administrado

Medicamentos: () Amicacina () Estreptomicina () Capreomicina () Isoniazida () Pirazinamida () Etambutol () Etionamida
 () Linezolid () Ofloxacino () Levofloxacino () Moxifloxacino () Terezidona () Clofazimina () PAS (sachê)
 () Piridoxina () Outros: _____

APÊNDICE C – CADERNETA DO CONTROLE DE TRATAMENTO - SEÇÃO DOS
USUÁRIOS



The illustration shows a family of five (a man, a woman, and three children) standing in front of a building. To the left is an archway labeled 'CENTRO de REFERENCIA'. To the right is a building labeled 'POSTO de SA'. Two healthcare workers, a nurse and a doctor, are standing with the family. The scene is framed by a large blue speech bubble shape.

CADERNETA DE CONTROLE DO TRATAMENTO

NOME:

IDENTIFICAÇÃO

UNIDADE DE SAÚDE EM QUE REALIZA O TRATAMENTO: _____

TELEFONE DA UNIDADE DE SAÚDE: () _____ ; () _____

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO: _____

E-MAIL DO ENFERMEIRO DA UNIDADE DE SAÚDE: _____

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: _____

PROGRAMA DE CONTROLE DA
TUBERCULOSE
(ENDEREÇO, CIDADE, TELEFONE)

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: _____

TELEFONE () _____

E-MAIL: _____

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: _____





APRESENTAÇÃO

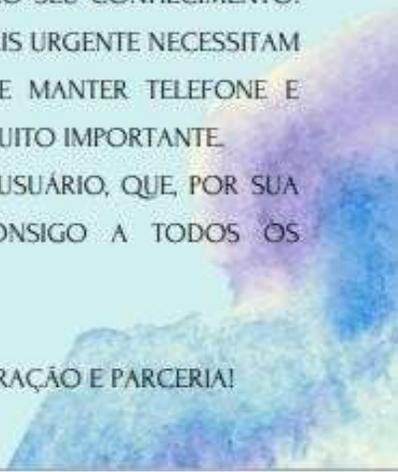
ESTE DOCUMENTO É A CADERNETA DE CONTROLE DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE. FOI DESENVOLVIDO PARA PROMOVER A TROCA DE INFORMAÇÕES ENTRE OS DOENTES, SEUS FAMILIARES E A EQUIPE DE SAÚDE QUE OS ASSISTEM.

O TRATAMENTO DA DOENÇA SE DÁ EM DOIS PONTOS DE ATENÇÃO DIFERENTES, O CENTRO DE REFERÊNCIA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. ESSE DOCUMENTO SERÁ UMA IMPORTANTE FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, POIS, MUITAS VEZES, ESSES SERVIÇOS FICAM DISTANTES GEOGRAFICAMENTE E SUAS DISTINTAS ROTINAS DE FUNCIONAMENTO TORNAM DIFÍCIL O DIÁLOGO ENTRE AS EQUIPES.

PARA ISSO, PEDIMOS MUITA ATENÇÃO AOS CAMPOS QUE CADA SERVIÇO DE SAÚDE E SUAS EQUIPES DEVERÃO PREENCHER, BEM COMO AQUELES QUE SERÃO DESTINADOS AO SEU CONHECIMENTO. LEMBRANDO QUE ASSUNTOS DE CARÁTER MAIS URGENTE NECESSITAM DE MAIOR RAPIDEZ DE RESOLUÇÃO E QUE MANTER TELEFONE E ENDEREÇOS ELETRÔNICOS ATUALIZADOS É MUITO IMPORTANTE.

ESSE DOCUMENTO DEVERÁ FICAR COM O USUÁRIO, QUE, POR SUA VEZ, SERÁ RESPONSÁVEL POR LEVAR CONSIGO A TODOS OS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE FREQUENTA.

DESDE JÁ AGRADECEMOS SUA COLABORAÇÃO E PARCERIA!

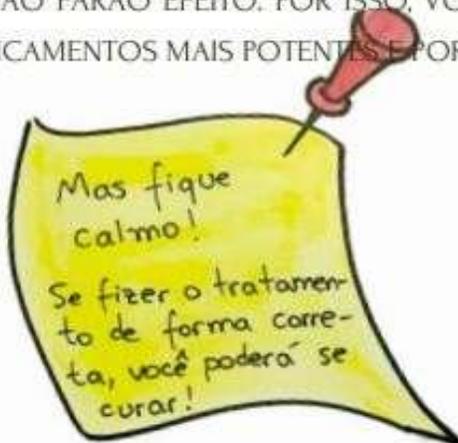


INFORMAÇÕES PARA O DOENTE E SEUS FAMILIARES

OLÁ,

VOCÊ ESTÁ COM TUBERCULOSE: UMA DOENÇA CONTAGIOSA E QUE AFETA, PRINCIPALMENTE, OS PULMÕES. POR ESSE MOTIVO É QUE VOCÊ POSSIVELMENTE PERDEU MUITO PESO, ESTÁ COM TOSSE FREQUENTE, SE SENTIDO MAIS CANSADO, TIDO TALVEZ FALTA DE AR AO SE ESFORÇAR E PODE ATÉ APRESENTAR SANGRAMENTO AO ESCARRAR. É COMUM QUE TENHA TIDO FEBRE E SEU APETITE TENHA DIMINUÍDO.

NO SEU CASO, É PRECISO AINDA MAIS ATENÇÃO, PORQUE ESTÁ COM **TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE**. ISSO SIGNIFICA QUE OS MEDICAMENTOS QUE NORMALMENTE SÃO UTILIZADOS NÃO FARÃO EFEITO. POR ISSO, VOCÊ PRECISARÁ UTILIZAR MEDICAMENTOS MAIS POTENTES E POR MAIS TEMPO.



TRATAMENTO



PARA QUE POSSA VOLTAR A SE SENTIR BEM É PRECISO FAZER O TRATAMENTO CORRETAMENTE. ISSO SIGNIFICA QUE DEVERÁ TOMAR OS MEDICAMENTOS QUE O MÉDICO IRÁ RECEITAR TODOS OS DIAS POR, PELO MENOS, 18 MESES (UM ANO E MEIO). QUANDO NECESSÁRIO, IRÁ PEDIR EXAMES DE SANGUE, ESCARRO E RADIOGRAFIA. DESSA FORMA, ELE SABERÁ SE VOCÊ ESTÁ MELHORANDO. VOCÊ SERÁ ATENDIDO NA UNIDADE DE SAÚDE

O(A) ENFERMEIRO(A) _____ SERÁ A PESSOA RESPONSÁVEL POR ACOMPANHAR SEU TRATAMENTO DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA E ELE (A) VAI COMBINAR COM VOCÊ A MELHOR HORA PARA QUE VOCÊ VÁ À UNIDADE DE SAÚDE E TOMAR O MEDICAMENTO. CASO TENHA ALGUMA DIFICULDADE, VOCÊ DEVE PROCURÁ-LO.

NOS PRIMEIROS MESES, VOCÊ PRECISARÁ TOMAR COMPRIMIDOS TODOS OS DIAS E RECEBER INJEÇÕES TRÊS VEZES POR SEMANA. É IMPORTANTE QUE VÁ TODOS OS DIAS NA UNIDADE DE SAÚDE, MESMO NOS DIAS EM TEM DE TOMAR APENAS COMPRIMIDOS. É IMPORTANTE NÃO FALTAR ÀS CONSULTAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA, POIS É LÁ QUE O MÉDICO IRÁ DETERMINAR QUAIS OS MEDICAMENTOS E POR QUANTO TEMPO DEVERÁ UTILIZAR.





TODA SEXTA-FEIRA, O ENFERMEIRO IRÁ EXPLICAR COMO VOCÊ DEVERÁ TOMAR OS COMPRIMIDOS E ENTREGARÁ DOIS PACOTINHOS: UM PARA SÁBADO E OUTRO PARA DOMINGO. TOME OS MEDICAMENTOS CORRETAMENTE PARA QUE NÃO COMPROMETA SEU TRATAMENTO.

PEÇA PARA ALGUÉM AJUDÁ-LO A LEMBRAR, PODE SER SUA MÃE, ESPOSA(O), FILHO(A), VIZINHO(A), AMIGO(A). É MUITO IMPORTANTE QUE NÃO SE ESQUEÇA!!!



EFEITOS COLATERAIS

EFEITOS COLATERAIS MAIS COMUNS AO USO DESSAS
MEDICAÇÕES SÃO:

- NÁUSEAS;
- VÔMITOS;
- DOR NAS ARTICULAÇÕES.



CASO VOCÊ SINTA ESSES SINTOMAS OU ALGO ESTRANHO,
ENTRE EM CONTATO COM O ENFERMEIRO DA UNIDADE DE
SAÚDE. É IMPORTANTE SEMPRE CONVERSAR COM SEU MÉDICO
DURANTE A CONSULTA E CONTAR O QUE ESTÁ SENTINDO, ELE
PODERÁ RECEITAR MEDICAMENTOS PARA QUE SE SINTA
MELHOR.





EM CASA

A TUBERCULOSE É UMA DOENÇA CONTAGIOSA, MAS NÃO PRECISA SEPARAR SUAS ROUPAS, COPOS OU TALHERES DO RESTANTE DE SUA FAMÍLIA.

PARA QUE TENHA MENOS RISCO DE TRANSMITIR PARA SEUS FAMILIARES PROCURE DEIXAR A CASA BEM VENTILADA, ABRINDO AS PORTAS E JANELAS, DEIXANDO A LUZ E O AR ENTRAR.

· COMO A TUBERCULOSE É UMA DOENÇA TRANSMISSÍVEL, PODE SER QUE ALGUM DOS SEUS FAMILIARES OU PESSOAS QUE TEM UM CONTATO PRÓXIMO DE VOCÊ ESTEJAM DOENTES;

· POR ISSO, TODAS AS PESSOAS QUE CONVIVEM PERTO DE VOCÊ PRECISAM COMPARECER À UNIDADE DE SAÚDE PARA FAZER EXAMES E PASSAR POR CONSULTA COM O MÉDICO;

· FIQUE ATENTO!



ENQUANTO ESTIVER COM OS EXAMES POSITIVOS É PRECISO QUE USE UMA MÁSCARA PARA COBRIR A BOCA E O NARIZ AO SAIR DE CASA. TRATA-SE DE UMA MÁSCARA CIRÚRGICA (AQUELAS BRANCAS) E VOCÊ PODERÁ PEGÁ-LA NO CENTRO DE REFERÊNCIA OU NA UNIDADE DE SAÚDE.

NÃO SE ESQUEÇA DE COLOCÁ-LA, PRINCIPALMENTE QUANDO ESTIVER COM MUITAS PESSOAS, COMO EM ÔNIBUS, SUPERMERCADOS, HOSPITAIS E NA UNIDADE DE SAÚDE. É MUITO IMPORTANTE CUIDAR DAS OUTRAS PESSOAS PARA QUE ELAS NÃO ADOECAM TAMBÉM!!!

COBRIR A BOCA E NARIZ AO TOSSIR OU ESPIRRAR!



ATENÇÃO

SEMPRE QUE PROCURAR
ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE
LEVE ESTA **CADERNETA**
COM VOCÊ.

APÊNDICE D – MUDANÇAS NA CADERNETA SUGERIDAS

IDENTIFICAÇÃO	
Nome:	_____
Data de nascimento:	_____
Nº CNS	_____
Número SINAN:	_____
Número SITETB:	_____
Número TBWEB (para estado de São Paulo):	_____
Endereço:	_____

Município:	_____
Telefone: () _____	Celular: () _____
Telefone para recado (familiar)	_____
E-mail:	_____

DADOS CLÍNICOS

Data da notificação: _____ Data do diagnóstico: _____

Data do início do tratamento: _____

Altura: _____ Peso inicial: _____

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Gestante: () Sim () Não

Amamentação: () Sim () Não

Contracepção: () Sim () Não

População Privada de Liberdade () Sim () Não

Outra condição: _____

**APÊNDICE E – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Entrevista n°: _____	Data: ____/____/____
Hora do início: _____	Hora do final: _____
Transcritor: _____	Data: ____/____/____

1. Iniciais: _____
2. Data de Nascimento: ____/____/____
3. Sexo: <input type="checkbox"/> 0.Feminino <input type="checkbox"/> 1.Masculino
3. Formação: _____
4. Tempo de graduado (anos): _____
5. Tempo de atuação na APS (anos): _____
6. Tempo de atuação na unidade (anos): _____
7. Quantidade de doentes de TB MDR que teve oportunidade de acompanhar e tempo: _____
8. Unidade de APS: _____
9. Município: _____
10. DRS: <input type="checkbox"/> 0.Ribeirão Preto <input type="checkbox"/> 1.Araraquara <input type="checkbox"/> 2.Américo <input type="checkbox"/> 3.Barretos <input type="checkbox"/> 4.Guaíra
5. Recusa: <input type="checkbox"/> 0.Não <input type="checkbox"/> 1.Sim. Motivo: _____

1. Poderia comentar sobre sua experiência no acompanhamento das pessoas acometidas por TBMDR?

2. Comente sobre sua experiência com os casos de tuberculose multirresistente.

3. Você precisou de alguma estratégia para acompanhar o tratamento? Como foi?

4. Conte como foi a relação com serviço que você trabalha: como se dava o contato, frequência, com quem você falava, havia documentos para preencher?

5. Você tinha acesso a todas as informações de que necessitava para cuidar desse doente e de sua família? Do que sentiu falta?

6. Quanto aos recursos (transporte, medicamentos), alguma vez faltou alguma coisa?

7. Além do seu serviço, tem sido necessário acionar algum outro serviço de saúde ou de apoio?

8. Comente sobre as informações que gostaria de acrescentar ou retirar da Caderneta de Controle de Tratamento.

APÊNDICE F – ROTEIRO DE CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

IDENTIFICAÇÃO	
Codificação:	Sexo: • 1.F •2. M
Data de Nascimento: / /	Idade:
FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	
Profissão:	
Ano que se graduou:	Tempo de formação (anos):
Instituição:	
Ano em que entrou na Instituição:	Tempo de atuação (anos):
Cidade de atuação:	
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA ÁREA DE TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE	
Ano em que iniciou trabalhos com TBMDR:	
De que forma você participa da condução dos casos?	
<input type="checkbox"/> 1. Pesquisando <input type="checkbox"/> 2. No tratamento dos casos ambulatorialmente <input type="checkbox"/> 3. No tratamento dos casos em regime de internação de longa duração <input type="checkbox"/> 4. Na realização do Tratamento Diretamente Observado <input type="checkbox"/> 5. Na Vigilância em Saúde	

APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Por meio deste termo, gostaríamos de informá-lo (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa *“Adaptação e validação de uma Linha-guia para atenção à Tuberculose Multirresistente nos municípios da RRAS 13: Instrumento para Gestão do Cuidado”* e solicitar a sua participação na realização deste estudo.

Meu nome é Isabela Zaccaro Rigolin, sou aluna de Mestrado do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). A pesquisa está sob a coordenação e orientação do Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha, professor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e desenvolvida por mim.

Convido o(a) senhor(a) para participar desta pesquisa, a qual tem o objetivo validar junto aos profissionais da Atenção Primária à Saúde a Caderneta de Controle do Tratamento da tuberculose multirresistente. Para isso, precisaremos manter contato telefônico e por email. Sua participação consistirá em opinar acerca de um documento construído com base nas recomendações da Organização Mundial da Saúde e que visa organizar o fluxo de doentes com tuberculose multirresistente, serão abordadas questões relacionadas do diagnóstico, controle dos comunicantes e características do tratamento. Os documentos, bem como o questionário que o acompanha serão encaminhados por email e o (a) senhor(a) deverá opinar e nos devolver em data combinada. Provavelmente serão necessárias várias consultas ao senhor (a), visto que é necessário que se atinja um consenso entre os demais participantes da pesquisa. As informações fornecidas contribuirão com o conhecimento das possibilidades de atuação frente ao controle da tuberculose multirresistente.

Todas as informações fornecidas pelo(a) senhor(a) serão mantidas sob nossa guarda e responsabilidade, assim as utilizaremos somente para esta pesquisa e seu anonimato será assegurado. O(a) senhor(a) receberá em todos os momentos da pesquisa todos os esclarecimentos sobre suas dúvidas, antes, durante ou depois da entrevista pelos endereços e telefones abaixo. Caso a pesquisa resulte em qualquer desconforto, como não sentir-se à vontade para responder as questões perguntadas ao(a) senhor(a) é possível que interrompa o estudo a qualquer momento e estaremos ao seu lado para ouvi-lo sobre o desconforto, se assim desejar.

Quando finalizarmos esta pesquisa, o resultado que ela originar poderá ser divulgado em revistas científicas e apresentado em encontros científicos, tais como congressos relacionados à nossa área de estudo. A participação do(a) senhor(a) será completamente voluntária, não terá nenhum custo ou remuneração. Caso o(a) senhor(a) não concorde em participar, isso não resultará em nenhum prejuízo ao seu trabalho juntamente à instituição a qual está vinculado.

Se o(a) senhor(a) concordar em participar, por favor, assine duas vias deste documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter a oportunidade de tirar suas dúvidas comigo.

O(a) senhor(a) receberá uma via deste Termo assinada pelos pesquisadores (eu e meu supervisor). Se tiver alguma dúvida, pode entrar em contato conosco por meio do endereço ou do telefone abaixo.

A presente pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O Comitê de Ética em Pesquisa também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam de pesquisas e preservar os seus direitos. Assim, se necessário for, entre em contato com este Comitê de Ética em Pesquisa para

obter maiores informações pelo telefone (16) 3602-3386, das 8 às 17 horas, de segunda a sexta-feira. Caso deseje falar conosco, o(a) senhor(a) poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3602-3949, ou procurar-nos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), na

Avenida Bandeirantes, 3.900 – Campus Universitário, Ribeirão Preto – São Paulo, CEP: 14.040-902.

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com a minha participação, pela qual decidi de livre e espontânea vontade. Eu, _____, aceito fazer parte desta pesquisa, contribuindo por meio das minhas respostas. Estou ciente de que quando eu não quiser mais participar, posso desistir sem qualquer consequência para mim, tanto pessoal, quanto relacionada ao meu tratamento no hospital. Sei também, que ao final desta pesquisa, o meu anonimato estará garantido. Recebi uma via deste documento, assinada pela aluna responsável e por seu orientador, e tive a oportunidade de discuti-lo com, pelo menos, um deles.

_____, ____ de _____ de 2021.

Atenciosamente,

Assinatura do entrevistado (a)

Enf^a Isabela Zaccaro Rigolin

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Escola de Enfermagem de Ribeirão

Escola de Enfermagem de Ribeirão

Preto da Universidade de São Paulo.

Preto da Universidade de São Paulo.

Avenida Bandeirantes, 3900.

Avenida Bandeirantes, 3900.

Laboratório 153.

Laboratório 153.

Telefone: (16) 3602-3949

Telefone: (16) 3602-3949

E-mail: isabelaz.rigolin@usp.br

E-mail: palha@eerp.usp.br

APÊNDICE H – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Atividades	2020		2021		2022		2023	
	1º sem.	2º sem.						
Cursar disciplinas	X	X	X	X				
Revisão de Literatura			X					
Encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)			X					
Exame de qualificação			X					
Coleta dos dados				x	X	X		
Organização e análise de dados						X		
Versão final da Caderneta de Controle do Tratamento							X	
Validação do Instrumento							X	
Discussão								X
Conclusão e Considerações Finais								X