UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JÉSSICA BRUSCHI DE SOUZA CARDOSO

Transferência de Políticas no controle da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa da literatura.

Ribeirão Preto
2021

JÉSSICA BRUSCHI DE SOUZA CARDOSO

Transferência de Políticas no controle da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa da literatura

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.

Linha de pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Coorientadora: Profa. Dra. Jaqueline Garcia de Almeida Ballestero

Ribeirão Preto
2021

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.

Cardoso, Jéssica Bruschi de Souza
Transferência de Políticas no controle da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa da literatura. Ribeirão Preto, 2021.
136 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Orientador: Pedro Fredemir Palha
Coorientadora: Jaqueline Garcia de Almeida Ballestero

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Tuberculose. 3. Organização e Administração. 4.Enfermagem em Saúde Pública. 5.Política de Saúde.

CARDOSO, Jéssica Bruschi de Souza

Transferência de Políticas no controle da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa da literatura

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: _____

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação primeiramente à **DEUS**, que me capacitou diariamente com novos saberes, disciplina, discernimento e força de vontade para chegar até aqui. À **minha família (Reginaldo, Valquíria, Sebastião, Thaís e Diogo)**, que são a base da minha vida, que me apoiam em todas as decisões, participam de todas as conquistas e me ampara em todos os momentos de lutas. Ao **meu marido Leonardo**, que é meu companheiro de vida, que foi a primeira pessoa que me incentivou a iniciar esse mestrado e me apoiou em todas as dificuldades que vivenciei, principalmente quando olhava nos meus olhos e dizia para não desistir. E à **minha filha Elisa (que ainda estou gerando),** pelo simples fato de ter me trazido a alegria e a bênção de ser mãe nesse final da dissertação.

AGRADECIMENTOS

Ao **Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha**, que me deu a honra de ser aceita em seu grupo de orientação, onde pude desenvolver minha dissertação de mestrado amparada por seu profissionalismo, atenção, inteligência, humanidade e educação.

A **Profa. Dra. Jaqueline Garcia de Almeida Ballestero**, que me coorientou com total excelência acadêmica, permitindo com que eu me sentisse acolhida nos momentos de dúvidas e até mesmo nos momentos de desespero. Agradeço pelas diversas reuniões online semanais, pelas ligações atendidas fora de hora e pelas mensagens respondidas sempre que possível. Simplesmente só tenho a agradecer por tamanha dedicação e compromisso que recebi.

Aos coordenadores do Grupo GEOTB, **Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio e Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe.**

Aos integrantes do grupo GEOTB em especial **Mônica Cristina Ribeiro Alexandre D'Auria de Lima, Rosana Huppes Engel, Isabela Zaccaro Rigolin, Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller.**

RESUMO

CARDOSO, J. B. S. **Transferência de Políticas no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa da literatura**. 2021. 136 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

O Sistema Único de Saúde apresenta a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada, na qual serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde são executados, visando organizar de forma regionalizada e hierarquizada o atendimento à população. Oferece, ainda, diagnóstico da doença, tratamento preconizado, mecanismos de controle clínico e acompanhamento dos resultados terapêuticos, sendo assegurada aos usuários a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades. Quando observa-se o contexto epidemiológico mundial se depara com várias doenças de notificação compulsória inclusive a tuberculose, caracterizada como interesse de estudo no cenário da Atenção Primária à Saúde, traz uma reflexão acerca de como as ações de controle, prevenção e vigilância da doença acontecem atualmente. A Transferência de Políticas foi utilizada como referencial teórico, se tratando de uma perspectiva teórica que vem sendo usada para descrever a disseminação de ideias políticas de um cenário para outro. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo Revisão Integrativa da Literatura, que reúne resultados de estudos primários que utilizam distintas metodologias, e requer que a sua análise e síntese seja realizada de forma rigorosa. A escolha dos artigos foi embasada no questionamento: Quais medidas de controle da tuberculose têm sido transferidas para a Atenção Primária à Saúde? Mediante a busca nas bases de dados LILACS, PUBMED, CINAHL, *Web of Science* e SCOPUS, nos últimos 10 anos (2010 a 2020). Foram incluídos no estudo 102 publicações, e os artigos selecionados foram categorizados segundo as recomendações para o controle da tuberculose no contexto nacional, trazidas pelo Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, sendo criadas seis categorias: Busca por Sintomáticos Respiratórios; Diagnóstico; Tratamento e Acompanhamento Clínico; Controle de Contatos; Educação em Saúde; e Gestão e Organização dos Serviços de Saúde. Os resultados evidenciaram uma preocupação acadêmica significativa com a tuberculose enquanto um problema de saúde pública e a importância de Atenção Primária à Saúde no seu enfrentamento, as seis categorias criadas permitiram evidenciar as potencialidades e fragilidades de cada fase do processo das ações de controle da tuberculose, sendo assim, faz-se necessária a inserção da Transferência de Políticas nos serviços de Atenção Primária à Saúde acerca dessa temática.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Tuberculose; Organização e Administração; Enfermagem em Saúde Pública; Política de Saúde.

ABSTRACT

CARDOSO, J. B. S. **Policy Transfer in Tuberculosis Control in Primary Health Care: an integrative literature review.** 2021. 136 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

The Unified Health System presents Primary Health Care as a gateway, in which health promotion, protection and recovery services are performed, aiming to organize the care provided to the population in a regionalized and hierarchical manner. It also offers diagnosis of the disease, recommended treatment, mechanisms for clinical control and monitoring of therapeutic results, ensuring users the continuity of health care, in all its modalities. When the global epidemiological context is observed, it is faced with several diseases of compulsory notification, including tuberculosis, characterized as a study interest in the Primary Health Care scenario, it brings a reflection on how the control, prevention and surveillance actions of the disease happen. currently. Policy Transfer was used as a theoretical framework, as it is a theoretical perspective that has been used to describe the dissemination of political ideas from one setting to another. It is a bibliographical research, of the Integrative Literature Review type, which gathers results from primary studies that use different methodologies, and requires that its analysis and synthesis be carried out rigorously. The choice of articles was based on the question: What tuberculosis control measures have been transferred to Primary Health Care? By searching the LILACS, PUBMED, CINAHL, Web of Science and SCOPUS databases, in the last 10 years (2010 to 2020). 102 publications were included in the study, and the selected articles were categorized according to the recommendations for the control of tuberculosis in the national context, brought by the Manual of Recommendations for the Control of Tuberculosis in Brazil, with six categories being created: Search for Respiratory Symptomatics; Diagnosis; Clinical Treatment and Monitoring; Contact Control; Health education; and Management and Organization of Health Services. The results showed a significant academic concern with tuberculosis as a public health problem and the importance of Primary Health Care in dealing with it, the six categories created allowed to highlight the strengths and weaknesses of each phase of the process of tuberculosis control actions, therefore, it is necessary to insert Policy Transfer in Primary Health Care services on this theme.

Descriptors: Primary Health Care; Tuberculosis; Organization and Administration; Public Health Nursing; Health Policy.

RESUMEN

CARDOSO, J. B. S. **Transferencia de políticas en el control de la tuberculosis en la atención primaria de salud: revisión integradora de la literatura**. 2021. 136 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

El Sistema Único de Salud presenta la Atención Primaria de Salud como una puerta de enlace, en la que se realizan los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, con el objetivo de organizar la atención brindada a la población de manera regionalizada y jerárquica. También ofrece diagnóstico de la enfermedad, tratamiento recomendado, mecanismos de control clínico y seguimiento de los resultados terapéuticos, asegurando a los usuarios la continuidad de la atención sanitaria, en todas sus modalidades. Cuando se observa el contexto epidemiológico global, se enfrenta a varias enfermedades de notificación obligatoria, incluida la tuberculosis, caracterizada como un estudio de interés en el escenario de Atención Primaria de Salud, trae una reflexión sobre cómo suceden las acciones de control, prevención y vigilancia de la enfermedad. .actualmente. Se utilizó Policy Transfer como marco teórico, ya que es una perspectiva teórica que se ha utilizado para describir la difusión de ideas políticas de un escenario a otro. Se trata de una investigación bibliográfica, del tipo Revisión Integrativa de la Literatura, que recoge resultados de estudios primarios que utilizan diferentes metodologías, y requiere que su análisis y síntesis se realice de forma rigurosa. La elección de los artículos se basó en la pregunta: ¿Qué medidas de control de la tuberculosis se han trasladado a Atención Primaria de Salud? Buscando en las bases de datos LILACS, PUBMED, CINAHL, Web of Science y SCOPUS, en los últimos 10 años (2010 a 2020). Se incluyeron 102 publicaciones en el estudio, y los artículos seleccionados fueron categorizados de acuerdo con las recomendaciones para el control de la tuberculosis en el contexto nacional, traídas por el Manual de Recomendaciones para el Control de la Tuberculosis en Brasil, con la creación de seis categorías: Búsqueda de Síntomas respiratorios; Diagnóstico; Seguimiento y tratamiento clínico; Control de contacto; Educación para la salud; y Gestión y Organización de los Servicios de Salud. Los resultados evidenciaron una importante preocupación académica por la tuberculosis como problema de salud pública y la importancia de la Atención Primaria de Salud en el abordaje de la misma, las seis categorías creadas permitieron resaltar las fortalezas y debilidades de cada fase de la proceso de acciones de control de la tuberculosis, por lo que es necesario insertar Transferencia de Políticas en los servicios de Atención Primaria de Salud sobre este tema.

Descriptores: Atención Primaria de Salud; Tuberculosis; Organización y Administración; Enfermería en Salud Pública; Política de salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Objetivos da STOP TB 22
Figura 2. Princípios da estratégia END TB 23
Figura 3. Evolução das Estratégias Globais da OMS. 24
Figura 4. Fluxograma, segundo PRISMA, para seleção dos estudos encontrados, Ribeirão Preto, Brasil, 2020. 48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Estratégias de busca realizadas na base de dados LILACS, Ribeirão Preto/SP, 2020 41
Quadro 2. Estratégias de busca realizadas na base de dados PUBMED, Ribeirão Preto/SP, 2020. 42
Quadro 3. Estratégias de busca realizadas na base de dados CINAHL, Ribeirão Preto/SP, 2020. 43
Quadro 4. Estratégias de busca realizadas na base de dados Web of Science, Ribeirão Preto/SP, 2020. 44
Quadro 5. Caracterização dos estudos incluídos segundo número de identificação, título, ano de publicação, região de desenvolvimento, tipo de coleta de dados, participantes e local de pesquisa. Ribeirão Preto, 2020. 53
Quadro 6. Caracterização dos estudos incluídos na categoria Busca de Sintomáticos Respiratórios segundo código do estudo, delineamento metodológico, cenário, participantes e principais resultados. Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2021. 64
Quadro 7. Caracterização dos estudos incluídos na categoria Diagnóstico segundo código do estudo, delineamento metodológico, cenário, participantes e principais resultados. Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2021.....68
Quadro 8. Caracterização dos estudos incluídos na categoria Diagnóstico segundo código do estudo, delineamento metodológico, cenário, participantes e principais resultados. Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2021.....77
Quadro 9. Caracterização dos estudos incluídos na categoria Controle dos contatos segundo código do estudo, delineamento metodológico, cenário, participantes e principais resultados. Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2021. 87
Quadro 10. Caracterização dos estudos incluídos na categoria Educação em Saúde segundo código do estudo, delineamento metodológico, cenário, participantes e principais resultados. Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2021. 90
Quadro 11. Caracterização dos estudos incluídos na categoria Organização/Gestão segundo código do estudo, delineamento metodológico, cenário, participantes e principais resultados. Brasil, 2021.....97

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **13**

1. INTRODUÇÃO **16**

1.1 A Atenção Primária à Saúde no contexto das Redes de Atenção 16

1.2 Tuberculose: desafio ao Sistema de Saúde e à Atenção Primária 20

2. OBJETIVOS **30**

2.1 Objetivo Geral 30

2.2 Objetivos Específicos 30

3. BASES CONCEITUAIS: TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICAS **32**

4. MÉTODO **36**

4.1 Tipo do estudo 36

4.2. Etapas da Revisão 37

4.3. Pergunta-base para a Revisão 38

4.3.1. Seleção 38

4.3.2. Critérios para seleção de artigos 39

4.3.3. Estratégias de Buscas 40

4.3.4. Análise dos Resultados das Estratégias de Buscas 46

5. RESULTADOS **51**

5.1 Busca por Sintomáticos Respiratórios 62

5.2 Diagnóstico 66

5.3 Tratamento 74

5.4 Controle de Contatos 86

5.5 Educação em Saúde 89

5.6 Gestão/Organização 95

6. DISCUSSÃO **107**

7. CONCLUSÃO **114**

REFERÊNCIAS **118**

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O interesse pela temática da tuberculose (TB) foi despertado devido ao meu atual local de trabalho, como enfermeira de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Realizei minha Graduação em Enfermagem pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) no ano de 2012. Possuo pós-graduação em Urgência, Emergência e Terapia Intensiva, Nefrologia e Programa de Saúde da Família. Minha experiência profissional na enfermagem de quatro anos trabalhando no setor hospitalar, e quatro anos trabalhando em saúde pública. Minha aproximação com a pesquisa iniciou-se desde a graduação, quando tive a oportunidade de participar do 13º Congresso de Iniciação Científica e Pesquisa da UNAERP em 2012 na cidade de Ribeirão Preto, onde apresentei meu trabalho intitulado "Reflexões sobre os cuidados de enfermagem junto ao cliente em tratamento hemodialítico". A partir disso, fui tendo mais contato com a pesquisa e concretizei meu Trabalho de Conclusão de Curso com uma pesquisa de campo qualitativa na área de Nefrologia.

Em 2012, após a conclusão da graduação, optei por iniciar minhas experiências profissionais na assistência direta ao paciente, e fui realizando especializações conforme meus locais de trabalho exigiam. Atualmente, como enfermeira de uma Estratégia de Saúde da Família e formada há oito anos, me encontrei em uma zona de conforto, momento no qual meus principais objetivos profissionais já haviam sido realizados. Portanto, me vi preparada para iniciar um novo desafio, que foi minha inserção na carreira acadêmica por meio do Mestrado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP). Devido a atual realidade profissional me interessei no Mestrado em Saúde Pública, oportunidade na qual, por meio de reuniões com meu orientador, foi determinada uma linha de pesquisa na Atenção Primária à Saúde. Fui inserida no Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB) da EERP-USP, que tem realizado inúmeras pesquisas sobre a Transferência de Política (TP) do Tratamento Diretamente Observado (TDO) em diferentes municípios regiões do Brasil (Sudeste, Norte, Nordeste e Sul), acumulando expertise do tema no cenário nacional. Portanto, diante disso, foi definido que o tema de pesquisa para meu mestrado seria a TP na Atenção Primária à Saúde (APS).

Diante dos trabalhos já publicados e projetos de pesquisas ainda em andamento que o Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde (GEQualiS) vinculado ao Grupo de Estudos Epidemiológicos e Operacionais em Tuberculose (GEOTB) vem desenvolvendo acerca da

temática de TP no âmbito da TB, identificou-se a necessidade de compreender como a TP do controle da TB ocorre na APS.

Trazendo em conjunto o meu interesse em buscar uma pesquisa que integra a TP na APS, sendo que atualmente tenho como realidade profissional o trabalho como enfermeira de um Programa de Saúde da Família em um município do interior do estado de São Paulo. Portanto, o interesse de pesquisa vai além daqueles de cunho acadêmico, vindo ao encontro dos meus interesses profissionais e contribuindo com a prática cotidiana.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 A Atenção Primária à Saúde no contexto das Redes de Atenção

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) foi introduzido em 1920, no Reino Unido, por meio do Relatório Dawson, que 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). O documento descreveu, ainda, várias funções para cada nível de atenção e relações que deveriam existir entre eles. Além disso, são lançadas as bases para a proposta de construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) coordenadas pela APS (MENDES, 2015) e que viriam a ser incorporadas ao sistema de saúde algumas décadas depois.

Após a Segunda Guerra Mundial, diante do aumento crescente da incorporação tecnológica, problemas como fragmentação, especialização da assistência e dualidade dos serviços preventivos e curativos se tornaram constantes. Se por um lado observou-se a necessidade de integração dos serviços, por outro lado, observou-se a necessidade de coordenação. Iniciou-se, portanto, discussões acerca da coordenação do cuidado, diante da ideia de cuidado humanizado, centralizado e contínuo nos centros de saúde, serviços comunitários, especializados e hospitalares (MENDONÇA et al., 2018).

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram em Alma-Ata a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (MENDES, 2004). A Declaração de Alma-Ata traçou a audaciosa meta de “Saúde Para Todos no Ano 2000”, tendo a APS como estratégia de organização da atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Esse desenvolvimento teve o consenso de que a promoção e proteção da saúde seria fundamental para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e para a paz mundial. Desta forma, APS seria definida como cuidados essenciais à saúde de indivíduos, famílias e coletividade, com base em “métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis”, com participação comunitária e a custos que possam ser financiados pelos países (OMS, 1978).

Lavras (2011) apresenta a APS como uma atenção não especialista que é oferecida por meio de unidades de saúde, cujo seu desenvolvimento é vinculado a um conjunto de diversas atividades clínicas de baixa densidade tecnológica. Trata-se do nível de atenção mais próximo à vida das pessoas e coletivos em um determinado território, caracterizado como o primeiro contato delas com o sistema de saúde (BRASIL, 2013).

A APS é, portanto, uma estratégia de reorganização do sistema de serviços de saúde, de forma que visa promover o princípio do direito à saúde. Apresenta potencialidade de empreender mudanças na prática clínico-assistencial dos profissionais, pois busca identificar as necessidades em saúde da comunidade que podem ser respondidas no âmbito do próprio serviço (FAUSTO et al., 2014)

A APS no Brasil tem passado por várias tentativas de organização no decorrer dos anos, sendo registrada por ciclos. O primeiro foi marcado pelo surgimento dos Centros de Saúde Escola, em 1924, criados na Universidade de São Paulo (USP). Em distintas regiões do país foram configurados diferentes modelos de assistência à saúde, conforme interesses e concepções. Os centros de saúde, inicialmente propostos por Paula Souza em São Paulo, traziam ação integral, com prioridade na educação sanitária e promoção à saúde (LAVRAS, 2011).

O segundo ciclo da APS aconteceu nos anos 40, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), sendo conhecida hoje como a Fundação Nacional de Saúde. Já o terceiro, ocorreu a partir da metade dos anos 60, com o desenvolvimento de Secretárias Estaduais de Saúde, mais focalizadas em ações de prevenção de doenças, porém, incorporando a atenção médica em um modelo direcionado ao grupo materno-infantil e doenças infecciosas (tais como TB e hanseníase), nomeados de programas de saúde pública, com elevado grau de verticalidade na tomada de decisões (MENDES, 2015).

O quarto ciclo se deu nos anos 70, sob forte influência das propostas trazidas pela Conferência de Alma Ata. Assim, foi marcante o desenvolvimento de programas de extensão de cobertura. No entanto, ainda com uma interpretação da APS como um programa de atenção primária seletiva. Nesse período, também ocorrem experiências piloto, com a parceria entre Universidades e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – iniciado no Nordeste (1976), cuja expansão de deu em 1979, atingindo abrangência nacional (MENDES, 2015).

O quinto ciclo ocorreu no início dos anos 80, simultaneamente com a crise da Previdência Social e instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS), dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública, e parte da cultura de atenção médica do INAMPS. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, levou ao sexto ciclo da APS, o de municipalização das unidades de Atenção Primária e expansão dos cuidados primários (MENDES, 2015).

A implantação dos Programas de Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF), marca a inauguração do sétimo ciclo, vigente até os dias atuais. Esse último ciclo trouxe uma expansão tanto quantidade de Unidades de Saúde nesse âmbito

assistencial, quanto na qualidade dos atendimentos, modificando o modelo de atenção primária seletiva. É possível verificar as influências de modelos de medicina de família e de comunidade vivenciados por outros países como Inglaterra, Canadá e Cuba. Além disso, traz em sua base a experiência significativa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde desenvolvido no estado do Ceará, expandido com incorporações de médicos e enfermeiros (MENDES, 2015).

Ademais, considera-se três diferentes contextos de interpretação da APS: como atenção primária seletiva; como nível primário do sistema de atenção à saúde; e como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. A primeira interpretação é retratada como atividades de um nível assistencial focalizado e destinado apenas a populações e regiões carentes, com baixo custo e pouco aparato tecnológico. Já a segunda interpretação está relacionada à APS como porta de entrada para todos os problemas comuns à saúde, resolutiva, com otimização dos custos e satisfação das necessidades da população (MENDONÇA et al., 2018).

Tendo em vista as tensões e disputas de interesses que marcam o campo da saúde, pode-se afirmar que estão em embate a visão de saúde como direito universal *versus* saúde como mercadoria comercializável (LAURELL, 2016). Guiados pelo Estado de direito, os sistemas de saúde assumem-se como Sistemas Universais, públicos, de Acesso Amplo e igualitário, ou, pela segunda corrente, de Cobertura Universal, entendida como um pacote básico de serviços, seletivo e focalizado que classifica os cidadãos de acordo com sua capacidade de consumo e não valoriza suas necessidades (LAURELL, 2016; GIOVANELLA et al., 2019).

Em sua visão ampliada, a APS deve organizar e racionalizar a utilização dos recursos sanitários por todo o sistema de saúde, com foco na atenção das pessoas e realização de medidas de promoção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos (ANDRADE et al., 2012). Desta forma, 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 e MENDONÇA, 2008).

Para que exerça seu papel, a APS conta com sete atributos para ser resolutiva e de qualidade, sendo eles divididos em dois grupos de interpretação: atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e atributos derivados (focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) (MENDES, 2015; STARFIELD, 2002).

O *primeiro contato* é caracterizado pelo fácil acesso e resolubilidade de cada problema de saúde exposto pela população quando procura atenção à saúde, a *longitudinalidade* é apontada como a constituição de vínculos de confiança humanizada entre a equipe de saúde e os indivíduos/famílias, a *integralidade* representa a prestação de serviços à saúde conforme necessidade da população de maneira eficaz em todos os campos de atuação, a *coordenação* é

a garantia da continuidade do cuidado por meio de outras equipes de saúde pelas RAS, a *focalização na família* traz a necessidade de interação das equipes de saúde com os contextos familiares de cada indivíduo, a *orientação comunitária* insere a família em um contexto físico, econômico e social, traçando linhas situacionais de necessidades à saúde conforme seus determinantes sociais, e a *competência cultural* último atributo da APS define uma linha horizontal entre equipe de saúde e população, onde o respeito das singularidades culturais e preferência pessoais são levadas em consideração (BRASIL, 2015).

Cabe ressaltar que as RAS são conceituadas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, que objetivam ações comuns de cooperatividade e interdependência, implicando em missão e objetivos comuns de planejamento conjunto. A oferta da atenção integral à saúde para população é coordenada pela APS, apresentando um intercâmbio constante de recursos sem hierarquias, permitindo um relacionamento horizontal entre os pontos de atenção à saúde, seja nos níveis primário, secundário e terciário. A oferta de serviços seguros e efetivos em tempos e lugares certos tornam a RAS funcional, gerando valor para sua população (BRASIL, 2015).

Embasado no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) a respeito da organização do SUS, planejamento da saúde, assistência à saúde e articulação interfederativa. É estabelecido a organização do SUS em RAS, sendo que as articulações do Estado com seus municípios representam uma gestão compartilhada da rede de ações e serviços de saúde, assegurando ao usuário acesso universal, igualitário, transparente, integral, equânime, onde os fluxos de ações e serviços de saúde sejam horizontalizados (BRASIL, 2011).

Existem três elementos construtivos presentes nas RAS: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde. A *população* apresentada como elemento construtivo da RAS não é a população demográfica, e sim a cadastrada e vinculada a uma unidade de APS, sendo essa população organizada por famílias que são registradas por riscos sociais e sanitários. Por meio dessa organização, permite-se uma gestão das necessidades de saúde de cada população específica. A *estrutura operacional* compõe-se de: centros de comunicação (APS), pontos de atenção à saúde secundários e terciários, sistemas de apoio, sistemas logísticos e sistema de governança. O último elemento contempla os *modelos de atenção à saúde* que organizam o funcionamento das RAS por meio de relações entre os componentes de rede e intervenções sanitárias, que definem as situações demográficas, epidemiológicas e os determinantes de sociais da saúde (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde (MS) aponta os serviços de saúde como resposta às necessidades de saúde da população, devido a isso, torna-se indispensável uma organização sistematizada para atendimento oportuno das necessidades da população. No intuito de superar a discordância entre a situação epidemiológica, marcada pela crescente importância das condições crônicas, e os sistemas de saúde - voltados para responder às condições agudas e às agudizações de situações crônicas de forma fragmentada, há uma necessidade de atuação em redes (BRASIL, 2015).

Foram estabelecidas pelo MS redes temáticas prioritárias para alcance da vulnerabilidade do país, como a Rede Cegonha, Rede de Atenção a Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2014).

Diante de toda explanação supracitada acerca de que a APS é a porta de entrada preferencial da RAS, as demandas e necessidades de saúde apresentadas por ela precisam ser atendidas, dentre essas a TB.

1.2 Tuberculose: desafio ao Sistema de Saúde e à Atenção Primária

A TB é uma doença milenar, infectocontagiosa com evolução subaguda ou crônica. Trata-se de uma doença diretamente ligada à pobreza e a acelerada urbanização (HIJJAR et al., 2001).

Seu agente etiológico, o *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado bacilo de Koch, faz sua propagação pelo ar, por meio de aerossóis (BRASIL, 2002). A infecção por TB ocorre a partir da inalação das partículas que contêm o bacilo de Koch, que foram expelidos através de fala, tosse ou espirro da pessoa acometida pela TB (pulmonar ou laríngea). As pessoas com exame de escarro (baciloscopia) positivo são as principais fontes de infecção (BRASIL, 2011).

Ruffino Neto (2002), traz um recorte histórico sobre a evolução da TB no Brasil, sendo citado que no início do século 19 um terço dos óbitos ocorridos nas organizações filantrópicas eram resultantes da TB. Oswaldo Cruz no início do século 20 identifica a necessidade de maior cuidado das autoridades sanitárias acerca da TB, sendo instituído por ele um plano de ação para controle da doença. Com a Reforma Carlos Chagas foi criado uma Inspetoria de Profilaxia da TB, no qual recomendava o diagnóstico e tratamento dos casos de TB. Arlindo de Assis em 1927 aplicou pela primeira vez a vacina BCG oral em recém-nascidos. O Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) foi instituído em 1941, responsável por estudar os problemas relativos a TB

e ao desenvolvimento de meios de ação profilática e assistencial. Em 1946 foi implantado a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), afim de coordenar as atividades de controle da TB. Na década de 40 inicia-se uma predisposição de mortalidade por TB devido a utilização de tuberculostático, somente na década de 60 instaura-se de fato esquemas terapêuticos padronizados. Em 1970 o SNT é substituído pela Divisão Nacional de Tuberculose (DNT), no ano seguinte é criado a Central de Medicamentos (CEME) afim de suprir tuberculostático para todos acometidos pela TB no país. A vacinação intradérmica da BCG foi implantado em 1973. Em 1975 com o propósito de diminuir a morbidade, mortalidade e problemas socioeconômicos resultantes da TB foi criado o II Plano Nacional de Desenvolvimento, que inclui o Programa de Controle da Tuberculose financiado pelo MS/INAMPS/SES. Afim de diminuir a autonomia do antigo DNT, em 1976 foi criado a Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS). O uso da Rifampicina (RMP) em esquema terapêutico de 6 meses foi instituído em 1979. Com início em 1981 revelou-se novos sistemas de organização dos serviços de saúde: Ações Integradas de Saúde (AIS), Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) e finalmente o Sistema Único de Saúde (SUS). E em 1990 criou-se a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS), ligada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e é extinta a CNCT pelo Presidente Fernando Collor de Mello.

Presumiu-se que diante da evolução tecnológica essas doenças infectocontagiosas poderiam ser controladas e extintas com facilidade, fato que se revelou discordante. Na tentativa de uma solução para o problema em pauta, foi optado por uma prática de assistência voltada para a prática de saúde participativa, coletiva e integral, associada à vivencia da comunidade. Sendo esses conceitos representados pelas equipes de Saúde da Família, onde todos os cidadãos tenham acesso à saúde (RUFFINO NETO, 2001).

Nesse contexto, destaca-se os escritos de Ruffino-Netto (2001), autor que afirma que a TB é uma velha e conhecida condição de saúde que acomete a população brasileira e, diferentemente de outros contextos, trata-se de um problema “presente” e “ficante” ao longo da história do país. Por esse motivo, afirma a necessidade de um novo olhar para o seu enfrentamento, superando os estigmas e preconceitos, que insistem em existir no íntimo dos profissionais de saúde, das pessoas acometidas pela doença e da sociedade.

O Ministério da Saúde lançou um Plano Emergencial para controle da TB (1996-1997) considerando 230 municípios como prioritários para o controle da doença. Devido às elevadas taxas de abandono do tratamento e baixos índices de cura e de detecção de novos casos, em 1998 foi divulgado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que trouxe consigo uma nova extensão de cobertura e atendeu as recomendações de estratégia da OMS que

implantou o Tratamento Diretamente Observado (TDO), um pilar central da estratégia *Directly Observed Treatment Short Course* (DOTS), lançada pela OMS anos antes (BRASIL, 2018).

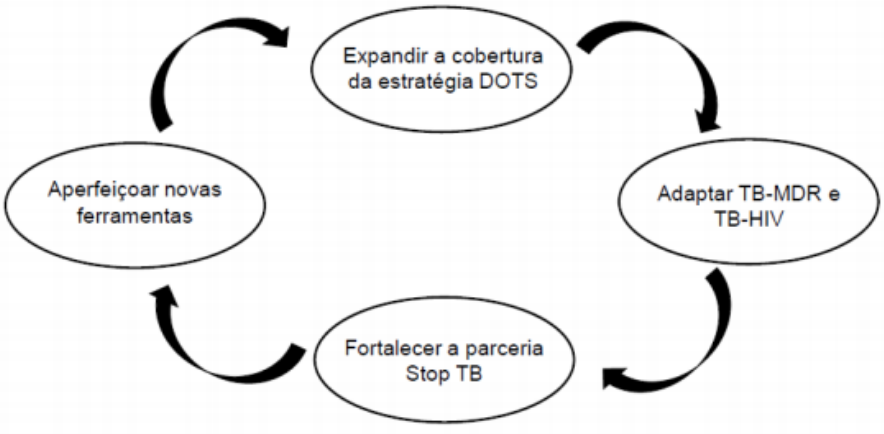
Estratégias globais foram implementadas nas últimas décadas para o controle da TB, principalmente em país de alta carga da doença, a saber: *Estratégia Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS – 1994 a 2005), a estratégia STOP TB (2006 – 2015) e a estratégia END TB (2015 – 2035) (SILVA, 2016).

A estratégia DOTS foi um conjunto de políticas voltadas para o controle da TB composta por cinco elementos, sendo eles: compromisso político e financeiro, detecção de casos por meio de testes bacteriológicos com qualidade garantida, TDO, sistema de gestão eficaz para oferta de medicamento e sistema de monitoramento e avaliação (WHO, 1999).

O MS enfatizou que o TDO se constituiu como um dos elementos mais importantes da estratégia DOTS, em que a pessoa recebe o medicamento para tratamento da TB diretamente do profissional de saúde, que o observa durante a ingestão dessa medicação, criando-se um vínculo de confiança entre a pessoa acometida pela TB e profissional da saúde (BRASIL, 2011).

Em 2006, foi lançada a STOP-TB, uma nova estratégia para controle da TB a fim de fortalecer a estratégia já existente DOTS, com intuito de alcançar até 2015 um resultado considerável no controle da TB. Apresentava como missão a garantia de acesso ao diagnóstico efetivo, tratamento e cura; o impedimento da transmissão da TB em nível mundial; a diminuição de ocorrência da doença devido desigualdade social e econômica; a implementação de novos procedimentos preventivos, diagnósticos e terapêuticos, permanecendo a estratégia DOTS como principal prática (BRASIL, 2018). A figura 1 sintetiza os objetivos propostos pela STOP TB.

Figura 1. Objetivos da STOP TB



Fonte: Silva, 2016.

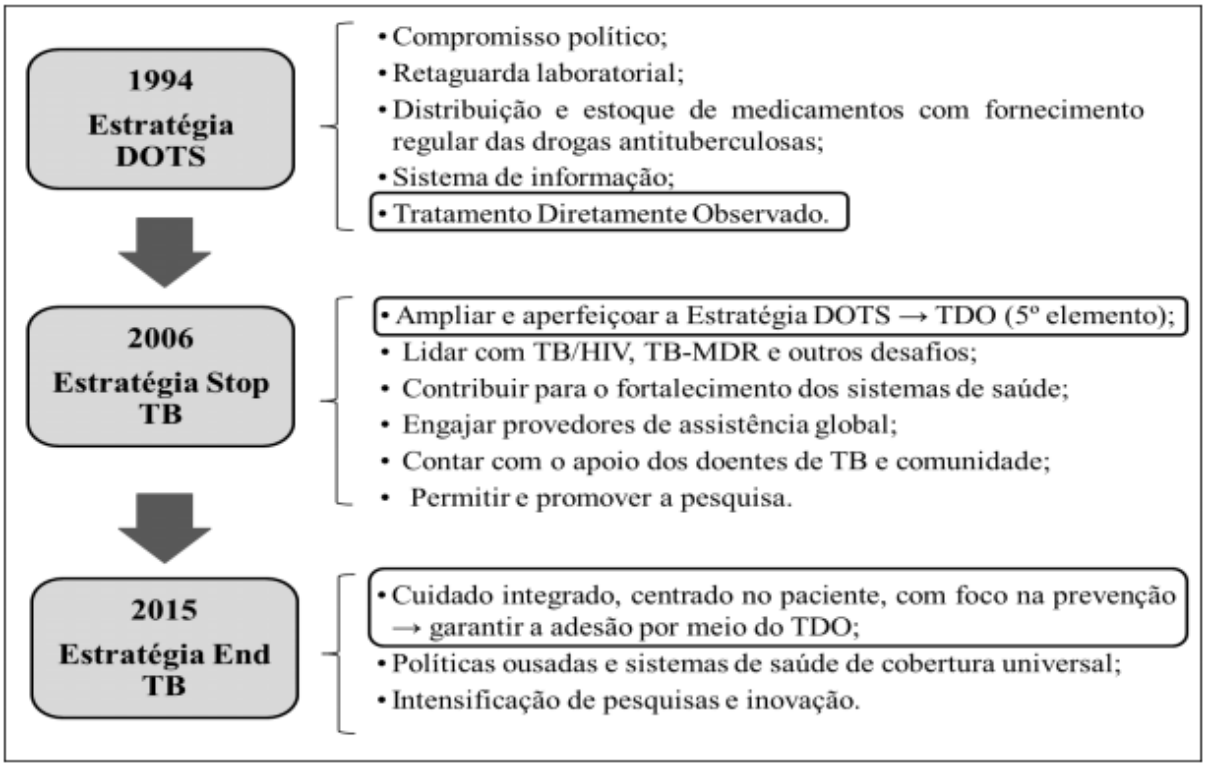
Em 2015, a OMS divulgou a nova estratégia de controle da TB nomeada END TB, cujo principal objetivo é o fim da doença como problema de Saúde Pública até 2035. As metas eram: reduzir o coeficiente de incidência da doença para menos de 10 casos por 100 mil habitantes e reduzir o número de óbitos em 95% (BRASIL, 2018). A figura 2 ilustra as ações propostas pelo END TB:

Figura 2. Princípios da estratégia END TB

Fonte: Brasil, 2018.

Sicsú (2017) traz na Figura 3 uma evolução das estratégias globais de controle da TB implementadas ao longo do tempo e seus pilares, baseada nos materiais produzidos pela OMS, e destaca o TDO como importante instrumento técnico que contribui no alcance das metas estabelecidas, melhorando a adesão da pessoa com TB ao tratamento. Na estratégia END TB é apresentada uma ampliação da perspectiva do TDO, pois para além da observação da ingesta medicamentosa reforça-se a necessidade do cuidado centrado na pessoa adoecida, de forma integrada (WHO, 2015).

Figura 3. Evolução das Estratégias Globais da OMS.



Fonte: Sicsu, 2017.

Diante de todo cenário já apresentado, na busca por transcender barreiras de acesso e horizontalizar a assistência às pessoas acometidas por TB no Brasil, nota-se a necessidade de descentralização das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) para a Atenção Primária à Saúde (APS), considerada como arranjo organizacional imprescindível para efetivar o controle da doença, constituindo-se um elemento de destaque nas recomendações adotadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Sendo assim, estudos como o de Kigozi et al. (2017), apresentam descobertas que destacam a necessidade de esforços de educação em saúde para fortalecer a disseminação de informações precisas para promover conhecimentos e atitudes sólidas sobre a TB entre as pessoas atendidas em unidades de APS.

Outro estudo também nos retrata necessidades de melhorias na assistência às pessoas com TB no contexto da APS. Na Indonésia foram apontadas diferentes realidades quando comparadas duas unidades de APS, gerando uma inconstância na assistência. O nível de adesão à medicação em ambas as unidades foi considerado bom, porém, uma série de pessoas em tratamento não compreendiam a frequência do uso da medicação. Considerou-se que em ambas as unidades de APS houve uma boa gestão do programa de TB, entretanto, uma mostrou-se

mais flexível com as pessoas em tratamento, enquanto a outra unidade tendeu a ser mais rígida, retratando um cenário de diferente do preconizado para o sucesso do tratamento da TB e, consequentemente, de seu controle (JULIASIH, SOEDARSONO E SARI, 2020).

Na África do Sul, um estudo trouxe resultados que retratam várias instâncias de conhecimentos, atitudes e práticas inadequadas de prevenção da TB pelos enfermeiros dentro das unidades de APS. Esses enfermeiros muitas vezes não demonstravam conhecimentos, atitudes e práticas necessárias para se protegerem e protegerem os outros adequadamente contra a TB, sugerindo necessidade de uma exploração mais aprofundada para compreender as influências que se dão sobre a prática de prevenção da TB entre os enfermeiros (VAN RENSBURG et al., 2018).

Voltando para a realidade brasileira, na Paraíba um estudo mostrou que o DOTS havia sido adotado por apenas uma pequena fração dos profissionais de saúde das equipes de ESF, sendo que esses resultados apontaram para dificuldade financeira e perda de turno de trabalho das pessoas acometidas pela TB que se deslocavam até os serviços de saúde que ofereciam o TDO. Tais achados apontaram para a necessidade de reorganização dos fluxos e ações para o alcance da sustentabilidade do tratamento, bem como orientação das práticas profissionais, tendo em vista as demandas das pessoas atendidas (FIGUEIREDO et al., 2009).

As recomendações para o controle da TB no Brasil trazem que a AB, em particular a Estratégia de Saúde da Família (ESF), seja a grande porta de entrada da pessoa com TB. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose traz estratégias inovadoras, que se dispõe em aumentar o alcance e fortalecer o TDO, privilegiando a descentralização das medidas de controle para a AB e buscando promover o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis ou sob risco acrescido de contrair a TB (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, parcerias com a AB que tenham como intuito integrar as ações de vigilância em saúde devem ser estimuladas e priorizadas pelos Programas de Controle da Tuberculose locais. Entretanto, barreiras relacionadas à biossegurança são apontadas como limitadoras dessa integração. Acerca desse aspecto ressalta-se que as unidades de AB devem funcionar adequadamente conforme as normas sanitárias (incluindo ventilação adequada), não havendo necessidade de ambientes especiais para atendimento das pessoas com TB, priorizando também o primordial trabalho do agente comunitário de saúde na identificação dos sintomáticos respiratórios no domicílio, diminuindo ainda mais a possibilidade de o bacilífero circular pela unidade sem sua prévia identificação. A organização do atendimento a essas pessoas em horários diferenciados e o oferecimento de máscara cirúrgica após identificação do SR ou do paciente com TB pulmonar também são ações a se realizar, a fim de diminuir ainda mais o risco

de contaminação na unidade de saúde. Além das ações organizativas, no cenário do serviço de saúde, também é necessária a adequada orientação acerca da realização do TDO, preferencialmente no domicílio daqueles que estejam nas primeiras semanas de tratamento (BRASIL, 2011).

No atual contexto das Redes de Atenção à Saúde, a assistência à pessoa com TB deve ser compreendida na perspectiva do modelo de cuidado às condições crônicas, haja vista ser uma doença de curso longo e que demanda do sistema de saúde uma resposta "proativa, contínua e integrada" (MENDES, 2010), sendo compreendida pela Rede Temática Prioritária de Atenção às Doenças e Condições Crônicas (BRASIL, 2014). Passa a ser entendida, assim, a necessidade da atenção às pessoas com TB ser operacionalizada de maneira a transcender as formas verticalizadas e hierarquizadas de programas específicos de controle das doenças, como historicamente constituiu-se no cenário brasileiro (MENDES, 2011).

Inúmeros são os desafios para constituir a organização da atenção sob essa vertente, pois a política de controle da TB no Brasil tem se conformado enquanto Programa ao longo dos anos, o que é assumido em publicação oficial que versa acerca das recomendações nacionais (BRASIL, 2018). Contudo, é necessário trabalhar nesse sentido, a fim de empreender medidas significativas para o controle da doença, o que passa, inevitavelmente, pela transferência das ações de controle da doença para a APS que, por sua vez, deveria desenvolver ações de saúde, bem como coordenar e articular a RAS quando mais pontos de atenção são necessários.

Estima-se que 10 milhões de pessoas adoeceram com TB em 2019, um número que tem diminuído muito lentamente nos últimos anos. A maioria dessas pessoas que desenvolveram TB em 2019 estavam nas regiões da OMS do Sudeste Asiático (44%), África (25%) e Pacífico Ocidental (18%), com percentuais menores no Mediterrâneo Oriental (8,2%), nas Américas (2,9%) e Europa (2,5%). Oito países contabilizados por dois terços do total global: Índia (26%), Indonésia (8,5%), China (8,4%), Filipinas (6,0%), Paquistão (5,7%), Nigéria (4,4%), Bangladesh (3,6%) e África do Sul (3,6%) (WHO, 2020).

Mundialmente, acerca de 7,1 milhões de pessoas com TB relataram que foram diagnosticadas e notificadas em 2019 e 7,0 milhões em 2018. Muitos países aumentaram o número de pessoas recém diagnosticadas com TB desde 2013, porém os maiores contribuintes para esse aumento foram a Índia e a Indonésia (WHO, 2020).

Outra questão que tem elevado as preocupações em nível mundial se refere ao desenvolvimento de resistência às drogas padronizadas para o tratamento. No ano de 2019, cerca de meio milhão de pessoas desenvolveram a TB resistente à rifampicina (RR) =, que é o principal fármaco de primeira linha para o tratamento, e 78% tinham TB multirresistente TB-

MDR, agravando a crise de saúde pública. Os três países com a maior parcela da carga global foram Índia (27%), China (14%) e Federação Russa (8%). Globalmente em 2019, 3,3% dos novos casos de TB e 17,7% dos casos tratados anteriormente tinham TB RR/TB-MDR. As maiores proporções (> 50% em casos tratados anteriormente) ocorreram em países da antiga União Soviética (WHO, 2020).

No final de 2019, o mundo como um todo, a maioria das regiões da OMS e muitos países com alta carga de TB não estavam no caminho certo para alcançar os marcos de 2020 da Estratégia pelo fim da TB. Globalmente, a taxa de incidência de TB está caindo, mas não rápido o suficiente para atingir o marco de 2020, que previa uma redução de 20% dos casos entre 2015 e 2020. A redução cumulativa de 2015 a 2019 foi de 9% (de 142 para 130 novos casos/100.000 habitantes), incluindo uma redução de 2,3% entre 2018 e 2019 (WHO, 2020).

Em 2019, no Brasil, foram diagnosticados 73.864 casos novos de TB, correspondendo a um coeficiente de incidência de 35,0 casos/100 mil habitantes. Embora tenha sido observada uma constante tendência de queda entre os anos de 2010 e 2016, o coeficiente de incidência da TB no país aumentou nos anos de 2017 e 2018 em relação ao período anterior. Foi observado nesses dois anos uma queda na incidência entre os maiores de 65 anos, e um aumento na incidência entre os menores de 10 anos e nas pessoas com idade entre 10 a 64 anos. Foram registrados 4.490 óbitos em decorrência da doença, o que equivale a um coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos/100 mil habitantes, sendo que 487 casos de TB foram notificados após o óbito. Nove estados apresentaram coeficiente de mortalidade próximo ou superior ao coeficiente do país: Amazonas, Rio de Janeiro, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Pará, Maranhão, Rio Grande do Norte, Ceará e Acre. Em 2018, a proporção de cura entre os casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial foi de 71,9%, já entre os casos pulmonares de retratamento de TB confirmados por critério laboratorial foi de 51,9%. Quanto ao abandono do tratamento da TB, em 2018, 11,6% dos casos novos pulmonares confirmados por critério laboratorial abandonaram o tratamento, sendo observado maiores percentuais nas capitais Porto Alegre (25,3%), Porto Velho (24,6%), Florianópolis (23,4%) e Goiânia (21,3) (BRASIL, 2020).

Outra situação que tem elevado o nível de preocupação mundial é a pandemia da *covonarírus disease 19* (COVID-19), que ameaça reverter o progresso recente na redução da carga global da TB. O número global de mortes por TB poderia aumentar em cerca de 0,2–0,4 milhão somente em 2020, se os serviços de saúde fossem interrompidos a ponto de o número de pessoas com TB que são detectadas e tratadas cair entre 25–50% em um período de três meses. Exemplo de tal situação se deu na Índia, Indonésia, Filipinas e África do Sul, quatro países que respondem por 44% dos casos globais de TB, e apresentaram grandes quedas no

número de casos de pessoas diagnosticadas com TB entre janeiro e junho de 2020 (WHO, 2020).

Prevê-se que o impacto econômico da pandemia piorará pelo menos dois dos principais determinantes da incidência da TB: PIB per capita e subnutrição. Uma modelagem matemática sugeriu que o número de pessoas que desenvolvem a TB pode aumentar em mais de 1 milhão por ano no período de 2020 a 2025. O impacto sobre os meios de subsistência resultante da perda de renda ou do desemprego também pode aumentar a porcentagem de pessoas com TB e suas famílias enfrentando custos catastróficos. Outros impactos negativos identificados se deram nos serviços essenciais de TB, incluindo a realocação de recursos humanos, financeiros e outros da TB para a resposta à COVID-19 (WHO, 2020).

Diante de todo exposto, o presente estudo está centrado no seguinte questionamento: Quais as ações de controle da tuberculose têm ocorrido e como elas têm sido transferidas para a Atenção Primária à Saúde no Brasil?

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar na leitura cientifica a transferência das ações de controle da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

1- Identificar as produções científicas sobre o controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde no Brasil;
2- Caracterizar as produções científicas quanto às ações de controle da tuberculose transferidas para a Atenção Primária à Saúde;
3- Discutir a Transferência da Política de controle da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde.

3. BASES CONCEITUAIS

3. BASES CONCEITUAIS: TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICAS

A TP é uma perspectiva teórica que tem sido usada para descrever a disseminação de ideias políticas de um cenário para outro (GONÇALVES; LEHTO, 2004).

Autores como Lodge e Oliver (2003), afirmam que, além de programas, a TP tem influenciado na construção de bases para pesquisas contemporâneas, que visam analisar as influências inter-jurisdicionais na formulação de políticas. É citado também que, nas suas formas atuais, a TP tem tido conceitos de continuidade dos objetivos de programas e pesquisas já existentes, o que de certa forma pode garantir a execução de uma determinada política de saúde em um contexto territorial.

Assim, os processos que abordam o conhecimento sobre políticas, arranjos administrativos e instituições, em um determinado tempo e/ou espaço, são usados na TP como desenvolvimento de políticas, arranjos administrativos e instituições em outro tempo e/ou espaço. Podendo ocorrer de maneira voluntária ou coerciva, a TP pode ser aderida voluntariamente em um determinado espaço territorial ou vir a ser adotada de forma autoritária nesse mesmo espaço. Ser voluntária ou coerciva depende fundamentalmente da posição política adotada pelos países e entidades subnacionais, ou seja, a presença do Estado e o estágio de desenvolvimento econômico do país terá importante influência na TP (CARVALHO, 2012).

Mantendo o raciocínio de Carvalho (2012), a TP habitualmente é realizada quando existe uma insatisfação de uma política já existente ou quando um problema precisa ser resolvido no país. O fator encorajador para os tomadores de decisão utilizarem a TP, é o fato da economia de tempo e recursos empregados para o desenvolvimento de novas políticas. Ao utilizar-se o mecanismo de TP seu objetivo é buscar melhores soluções e resultados usando uma alternativa mais fácil, tratando-se de uma solução já pronta. As informações sobre políticas utilizadas pelos tomadores de decisão, já foram utilizadas em outros cenários, refletindo sobre a utilidade e efetividade que tal informação pode ser utilizada por eles.

Dolowitz e Marsh (2000) citam que, a TP possui quatro graus diferentes: inspiração (são usadas apenas ideias externas para se pensar no que poderá ser feito internamente); síntese/hibridação/combinação (são usados elementos de políticas e/ou programas praticados e/ou sugeridos em dois ou mais países para criar-se uma política mais adequada à realidade que deseja-se alcançar); emulação (refere-se à quando não se copia tudo, mas alguns elementos de uma política); cópia (quando ocorre a adoção de um programa integralmente igual ao adotado por outro local), movendo-se de um espaço e tempo para outro espaço e tempo.

A TP frequentemente acontece em diversas situações e diversos lugares, sua essência é baseada em uma estratégia originalmente desenvolvida em determinado local onde é retomada e aplicada em outro local ou contexto político, sendo totalmente pertinente sua utilização em instituições e organizações em saúde. Em sua prática, a TP é permeada por diversos conceitos frequentemente utilizados, como: geração e incorporação de inovações e novos conhecimentos, prática de política de pesquisa, conhecimentos de outros países, adoção e adaptação de políticas e expansão, permitindo entender que a TP é sobre como e por quê a transferência ocorre, sobre quem aprende o que de onde e de quem, sobre o que é retomado, sobre como as coisas se adaptam e como elas são "transplantadas" para outro lugar, influenciando as diferentes partes de todo o processo. Parcela dessa abordagem comum é uma análise sobre o que simplifica e o que limita essa transferência (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011).

Silva et al. (2015) com base em Bissel, Lee e Freeman (2011), elaborou um instrumento dividido em três dimensões (informação, conhecimento e inovação), consideradas como aquelas pelas quais perpassa a transferência do TDO para a TB. Para Barreto (2001), Benito e Licheski (2009), a informação se estabelece por meio de um conjunto de elementos que formam um todo ordenado com princípios lógicos, sendo visto como potencializadores e efetivadores das ações em saúde.

Para Lovgren, Astron e Engstrom (2001), a informação é entendida como algo que precisa ser repassado para aqueles que estão recém-inseridos nos sistemas de saúde. Portanto, segundo Rogers (1995), a informação passa por um processo de comunicação para ser recebida e compreendida por quem a recebe, sua transferência pode ocorrer por meio de um processo de convergência envolvendo redes interpessoais, baseando-se em uma matéria-energia que afeta a incerteza de uma situação na qual existe escolha entre um conjunto de alternativas. Considerada pioneira na comunicação entre o conhecimento e a realidade do indivíduo, Barreto (2001) afirma que nessa situação a informação é ordenada por um fluxo interno, no qual percorre por um processo de seleção, armazenamento, classificação e assimilação, transformando a informação recebida em conhecimento.

Sendo assim, Albagli e Maciel (2003), Albagli e Maciel (2004) e Foray (2000) afirmam que o conhecimento é adaptado pela sociedade, não possuindo apenas uma dimensão temporal ou histórica, mas também espacial e territorial, instituindo-os como específicos e diferenciados.

Lovgren, Astron e Engstrom (2001) e Larkin, et al. (2007), consideram que o conhecimento proveniente de políticas públicas em âmbito internacional ("*Knowledge Transfer*" e "*Knowledge Translation*") analisam estratégias voltadas à disseminação e incorporação do conhecimento pelos profissionais de saúde. Dobbins, Corby e Twiddy (2004)

complementam, afirmando a existência dos seguintes componentes desse conhecimento: o fator tempo, a credibilidade, a factibilidade, o modo de transferência e a oportunidade para treinamento e educação, formando uma etapa do processo de decisão pela incorporação (ou não) de uma inovação (ROGERS, 1995).

Por sua vez, Azimi, Fattahi e Asadi-Lari (2015), Oelke, Lima e Acosta (2015) e Tetroe (2007) trazem a Translação do Conhecimento (TC) como etapas entre a elaboração do conhecimento e sua aplicação, produzindo resultados benéficos à sociedade. O *Canadian Institute of Health Research* (CIHR) estabelece a TC como um processo dinâmico e interativo, incluindo a síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação ética de conhecimento para melhorar a saúde, promovendo fornecimento de produtos e serviços de saúde eficientes, fortalecendo os sistemas de saúde. Albagli e Maciel (2004) trazem a importância desse conhecimento se processar e se recriar por meio do aprendizado e da capacidade de conversão em inovação.

Greenhalgh et al. (2004), definem como inovação um conjunto de comportamentos, rotinas e formas de trabalho que tendem à procura de melhorias dos resultados em saúde, eficiência administrativa, relação custo-efetividade ou experiência de usuários. Para Rogers (1995), a inovação é entendida como uma ideia prática ou objeto, percebido como novo.

Exemplos de inovações para Graham e Logan (2004) são trazidos como protocolos, propostas de modificação no gerenciamento de casos ou promoção da comunicação entre os profissionais, podendo ser aplicadas nas políticas de saúde, representando a união entre o poder e ideias (DERY, 2000).

Nesse sentido, ressalta-se a importância da realização da TP no contexto do controle da TB no cenário da APS, envolvendo a necessidade efetiva de ação das equipes de saúde em torno dessa temática, para isso fez-se necessário uma busca de artigos científicos que permitisse tal discussão.

4. MÉTODO

4. MÉTODO

4.1 Tipo do estudo

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo Revisão Integrativa da Literatura (RIL). Segundo Soares et al. (2014), a RIL reúne resultados de estudos primários que utilizam distintas metodologias, e requer que a sua análise e síntese seja realizada de forma rigorosa.

O termo integrativa tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método, no qual "evidencia o potencial para se construir a ciência" (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

A RIL tem como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, colaborando para um aperfeiçoamento do conhecimento do tema investigado. A RIL é reconhecida na literatura como um método de pesquisa desde 1980 (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

O intuito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno, baseando-se em estudos anteriores e sendo necessário seguir padrões de rigor metodológico, compreensão na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Esse tipo de pesquisa inclui análises de pesquisas relevantes que dão base para tomadas de decisões e melhorias, permitindo a composição de um estado de conhecimento de um determinado assunto, além de ressaltar falhas do conhecimento que precisam ser preenchidas com realizações de novos estudos. Este método de pesquisa possibilita a síntese de múltiplos estudos publicados e conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo. Para a enfermagem, esse método é muito valioso, visto que muitas vezes os profissionais não possuem tempo hábil para leituras de todo o conhecimento científico disponível, além da dificuldade de realizar a análise crítica dos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A RIL permite ao pesquisador encontrar profissionais que possuem maior experiência de pesquisa de determinado assunto em áreas de atuação e suas colaborações acerca daquele tema, possibilitando uma diferenciação entre a descoberta científica de opiniões e ideias. Esse método torna possível a reprodução de diversos objetos de estudos de vários pesquisadores, em diferentes locais e situações, permitindo aos interessados uma atualização de práticas cotidianas como resultado de pesquisa (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

Mendes, Silveira e Galvão (2008), ao citar Beyea e Nicoll (1998) explanam que, para uma RIL seja colocada em prática, é necessário no primeiro momento que o revisor determine seu objetivo específico, seus questionamentos ou hipóteses, para poder iniciar sua busca, momento no qual será coletado o máximo de pesquisas primárias que corroborem com seus critérios de inclusão e exclusão.

4.2. Etapas da Revisão

Considerando que existem diferentes modelos para condução de uma RIL, neste estudo considerou-se o modelo proposto por Mendes, Silveira e Galvão (2008), composto por seis etapas:

Primeira etapa: definição do problema e elaboração da pergunta de pesquisa.

A pergunta deve considerar o raciocínio teórico do pesquisador. A partir da definição clara da pergunta de pesquisa, são identificados os descritores para execução da busca nas bases de dados. Estudiosos afirmam que a primeira etapa é considerada norteadora para a direção de uma revisão integrativa bem elaborada. Dessa forma, a escolha do tema precisa ser de interesse do pesquisador, tornando todo o processo mais encorajador (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Segunda etapa: amostragem ou busca na literatura.

Diretamente relacionada à primeira etapa, uma vez que a amostragem depende da abrangência do assunto de estudo. Torna-se importante nesta etapa a avaliação crítica para seleção dos estudos da revisão, uma vez que esse processo diz respeito à validade interna da revisão e é indicador para a confiabilidade e poder de generalização das conclusões da pesquisa. A definição dos critérios de inclusão e exclusão deve ser realizada à luz da pergunta de pesquisa, participantes, intervenções e resultados de interesse (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Terceira etapa: categorização dos estudos.

Trata-se da definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, com base na utilização de um instrumento para a organização das informações-chave (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Esta etapa versa sobre a organização e sumarização das informações de maneira resumida, conformando-se em um banco de dados. As informações categorizadas dizem respeito à amostra dos estudos, ou seja, os sujeitos, os objetivos, metodologia, resultados e conclusões de cada estudo. Esta fase assemelha-se à coleta de dados na pesquisa convencional (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão.

Esta etapa é condizente à fase de análise dos dados em uma pesquisa convencional, quando se utiliza de ferramentas adequadas para tal. O pesquisador deve assumir imparcialidade, de modo a buscar explicações em cada estudo para as variações encontradas. É mister a competência clínica do pesquisador, uma vez que a sua avaliação crítica auxilia na tomada de decisão e utilização de seus achados na prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Quinta etapa: interpretação dos resultados.

Corresponde à discussão dos principais resultados encontrados. Nesta etapa, o pesquisador compara os resultados encontrados na revisão com o conhecimento teórico. Frente à pesquisa conduzida, é possível encontrar fatores que afetam as políticas e a prática clínica. Além disso, nesta etapa, identificam-se lacunas no conhecimento, o que subsidia novas pesquisas e estudos na área (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Sexta etapa: apresentação da revisão.

Trata-se da apresentação da descrição das etapas cumpridas pelo pesquisador e os resultados encontrados, sendo necessária a explicação elucidativa e objetiva dos procedimentos utilizados nas etapas anteriores, sintetizando as evidências obtidas na literatura. Nesta etapa é necessária a elaboração de um documento que contemple a descrição das etapas percorridas e os principais resultados baseados em uma análise dos artigos incluídos (MENDES; SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

4.3. Pergunta-base para a Revisão

A seleção dos artigos foi embasada no questionamento: quais medidas de controle da tuberculose têm sido transferidas para a Atenção Primária à Saúde?

4.3.1. Seleção

Foram realizadas as buscas pelos artigos utilizando bases de dados importantes na área da saúde, por meio de acesso eletrônico como:

Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (MEDLINE):

Disponível pela *National Library of Medicine´s* (NLM) no portal da *The National Center for Biotechnology Information* (NCBI). Refere-se à uma base de dados bibliográficos

da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América (*US National Library of Medicine's* - NLM), possuindo mais de 18 milhões de referências das áreas, como biomedicina, medicina, enfermagem, odontologia, veterinária, entre outras. Nesta base de dados existem seus próprios descritores controlados, e eles são consultados pelo *Medical Subject HeadingTerm* (MeSH), no idioma inglês (LIMA, 2015).

Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS):

Disponível pelo portal global de Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Esta base de dados é o índice bibliográfico da literatura relativa às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe. Atualmente conta com aproximadamente 550.000 artigos indexados. Além disso, indexa outros tipos de literatura científica e técnica como teses, monografias, livros e capítulos de livros, dentre outros materiais. A base LILACS possui seus próprios descritores controlados e são consultados pelo *Medical Subject HeadingTerm* (MeSH), no idioma inglês (LIMA, 2015).

Cumulative Index to Nursing and Alied Health Literature (CINAHL):

Disponível pelo portal EBSCO, esta base de dados fornece indexação de literatura relacionada à enfermagem e saúde, incluindo revistas de enfermagem e publicações da Liga Nacional de Enfermagem e Associação das Enfermeiras americanas. Sua literatura abrange uma vasta gama de tópicos, incluindo enfermagem, biomedicina, ciências da saúde, biblioteconomia, medicina alternativa / complementar, dentre outros. Além disso, também oferece acesso a livros de cuidados de saúde, dissertações de enfermagem, procedimentos de conferências selecionados, padrões de prática, audiovisuais e capítulos de livros. A CINAHL possui seus próprios descritores controlados, e estes são consultados por meio do Títulos CINAHL, no idioma inglês (LIMA, 2015).

Web of Science:

Acesso pelo portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). É uma base de dados do *Institute for Scientific Information* (ISI), que permite a recuperação de trabalhos publicados nos mais importantes periódicos internacionais (LIMA, 2015).

4.3.2. Critérios para seleção de artigos

A seleção dos artigos que integraram esta RIL partiram dos seguintes critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão:

- Publicações originais, nos idiomas inglês, português e espanhol, que estejam indexadas nas bases de dados LILACS, PUBMED, CINAHL, *Web of Science*, entre os anos de 2010 a 2020;
- Publicações originais cujas temáticas estejam relacionadas às ações de controle da TB realizadas no âmbito da APS.

Critérios de exclusão:

- Publicações cujo cenário de pesquisa não pertence ao território brasileiro.

Lima (2015), ressalta que os métodos de busca pelas publicações não são lineares, exigindo do revisor reavaliações das perguntas e critérios de inclusão e exclusão, a fim de determinar o próximo passo.

4.3.3. Estratégias de Buscas

A estratégia de busca foi elaborada por meio do acrônimo PICO (*Population; Intervention, Comparison, Outcome*):

P – Pessoa com TB;

I – Transferência de políticas no controle da TB na APS, TDO, Políticas de Saúde, Busca de Sintomático Respiratório, Organização e Administração e Serviços de Saúde;

C – Ausência/centralidade das medidas de controle;

O - Controle da doença – Cura.

As buscas apresentadas abaixo foram realizadas em bases de dados no mês de agosto de 2020, por meio do operador booleano “AND” para cruzamento de dados entre as estratégias, e do operador booleano “OR” para descritores controlados e não controlados. Com os resultados de cada estratégia de busca, foi realizada uma leitura de título e resumo dos artigos encontrados e, respeitando os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados artigos que compuseram uma seleção prévia da amostra deste estudo.

A seguir encontra-se a exposição em quadros das estratégias de busca as diferentes bases de dados.

Quadro 1. Estratégias de busca realizadas na base de dados LILACS, Ribeirão Preto/SP, 2020

Data	LILACS	Estratégia de busca	Resultados	Publicações pré selecionadas
AGOSTO 2020	#1	“Tuberculose” OR TuberculosisOR TB OR (Infecção por Mycobacterium tuberculosis) OR (Pneumologia Sanitária)	3.464	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#2	("Atenção Primária à Saúde") OR (Primary Health Care) OR (Atención Primaria de Salud) OR (Atendimento Básico) OR (Atendimento Primário) OR (Atendimento Primário de Saúde) OR (Atenção Básica) OR (Atenção Básica de Saúde) OR (Atenção Básica à Saúde) OR (Atenção Primária) OR (Atenção Primária de Saúde) OR (Atenção Primária em Saúde) OR (Cuidados Primários) OR (Cuidados Primários de Saúde) OR (Cuidados Primários à Saúde) OR (Cuidados de Saúde Primários) OR (Primeiro Nível de Assistência) OR (Primeiro Nível de Atendimento) OR (Primeiro Nível de Atenção) OR (Primeiro Nível de Atenção à Saúde) OR (Primeiro Nível de Cuidado) OR (Primeiro Nível de Cuidados)	8.323	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#3	("Política de Saúde") OR (Health Policy) OR (Política de Salud) OR (Plano Nacional de Saúde) OR (Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem) OR (Política Nacional de Promoção da Saúde) OR (Política Nacional de Saúde) OR (Política Nacional de Saúde do Homem) OR (Política Nacional de Saúde do Idoso) OR (Política Sanitária) OR (Políticas Sanitárias) OR (Políticas de Saúde)	6.945	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#4	("Promoção da Saúde") OR (Health Promotion) OR (Promoción de la Salud) OR (Campanhas de Saúde) OR (Programas de Bem-Estar) OR (Promoção do Bem Estar) OR (Promoção em Saúde)	7.468	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#5	("Controle de doenças transmissíveis") OR (CommunicableDiseaseControl) OR (Control de enfermidades transmisibles) OR (Controle das Doenças Transmissíveis) OR (Controle de Doenças) OR (Medida de Controle) OR (Prevenção de Doenças Transmissíveis)	1.297	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#6	“Terapêutica” OR “Therapeutics” OR “Terapéutica” OR (Ação Terapêutica) OR (Ações Terapêuticas) OR (Medida Terapêutica) OR (Medidas Terapêuticas) OR (Procedimento Curativo) OR (Procedimento Terapêutico) OR (Procedimento de Terapia) OR (Procedimento de Tratamento) OR (Procedimentos Curativos) OR (Procedimentos Terapêuticos) OR (Procedimentos de Terapia) OR (Procedimentos de Tratamento) OR (Propriedade Terapêutica) OR Terapia OR Terapias OR Tratamento OR Tratamentos	1.467	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#7	(“Administração em Saúde”) OR (Health Administration) OR (Administración em Salud) OR (Cogestão Administrativa)	108	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#8	#1 AND #2 AND #3	2	1
AGOSTO 2020	#9	#1 AND #2 AND #4	3	2
AGOSTO 2020	#10	#1 AND #2 AND #5	2	1

AGOSTO 2020	#11	#1 AND #2 AND #6	2	2
AGOSTO 2020	#12	#1 AND #2 AND #7	0	0

Quadro 2. Estratégias de busca realizadas na base de dados PUBMED, Ribeirão Preto/SP, 2020.

Data	PUBMED	Estratégia de busca	Resultados	Publicações pré-selecionadas
AGOSTO 2020	#1	“Tuberculosis [MESH]” OR Tuberculoses OR (Koch's Disease) OR (Koch Disease) OR (Kochs Disease) OR (Mycobacterium tuberculosis Infection) OR (Infection, Mycobacterium tuberculosis) OR (Infections, Mycobacterium tuberculosis) OR (Mycobacterium tuberculosis Infections)	262.195	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#2	("Primary Health Care”[MESH]) OR (Care, Primary Health) OR (Health Care, Primary) OR (Primary Healthcare) OR (Healthcare, Primary) OR (Primary Care) OR (Care, Primary)	417.546	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#3	("Health Policy"[MESH]) OR (Health Policies) OR (Policies, Health) OR (Policy, Health) OR (National Health Policy) OR (Health Policies, National) OR (Health Policy, National) OR (National Health Policies) OR (Policies, National Health) OR (Policy, National Health)	335.759	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#4	("Health Promotion"[MESH]) OR (Promotion, Health) OR (Promotions, Health) OR (Promotion of Health) OR (Health Promotions) OR (Promotional Items) OR (Item, Promotional) OR (Items, Promotional) OR (Promotional Item) OR (Wellness Programs) OR (Program, Wellness) OR (Programs, Wellness) OR (Wellness Program) OR (Health Campaigns) OR (Campaign, Health) OR (Campaigns, Health) OR (Health Campaign)	158.723	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#5	(“CommunicableDiseaseControl"[MESH]) OR (Control, Communicable) OR Disease OR (Parasite Control) OR (Control, Parasite)	4.608.185	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#6	“Therapeutics”[MESH] OR Therapeutic OR Therapy OR Therapies OR Treatment OR Treatments	11.059.723	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#7	(“Health Facility Administration”[MESH]) OR (Administration, Health Facility) OR (Facility Administration, Health)	241.431	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#8	#1 AND #2 AND #3	411	88
AGOSTO 2020	#9	#1 AND #2 AND #4	122	12
AGOSTO 2020	#10	#1 AND #2 AND #5	1.706	127

AGOSTO 2020	#11	#1 AND #2 AND #6	2.522	231
AGOSTO 2020	#12	#1 AND #2 AND #7	86	5

Quadro 3. Estratégias de busca realizadas na base de dados CINAHL, Ribeirão Preto/SP, 2020.

Data	CINAHL	Estratégia de busca	Resultados	Publicações pré-selecionadas
AGOSTO 2020	#1	(MM "Tuberculosis+") OR Tuberculoses OR (Koch's Disease) OR (Koch Disease) OR (Kochs Disease) OR (Mycobacterium tuberculosis Infection) OR (Infection, Mycobacterium tuberculosis) OR (Infections, Mycobacterium tuberculosis) OR (Mycobacterium tuberculosis Infections)	16.322	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#2	(MM "Primary Health Care")OR (Care, Primary Health) OR (Health Care, Primary) OR (Primary Healthcare) OR (Healthcare, Primary) OR (Primary Care) OR (Care, Primary)	97.942	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#3	(MM "Health Policy+") OR (Health Policies) OR (Policies, Health) OR (Policy, Health) OR (National Health Policy) OR (Health Policies, National) OR (Health Policy, National) OR (National Health Policies) OR (Policies, National Health) OR (Policy, National Health)	81.910	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#4	(MM "Health Promotion+") OR (Promotion, Health) OR (Promotions, Health) OR (Promotion of Health) OR (Health Promotions) OR (Promotional Items) OR (Item, Promotional) OR (Items, Promotional) OR (Promotional Item) OR (Wellness Programs) OR (Program, Wellness) OR (Programs, Wellness) OR (Wellness Program) OR (Health Campaigns) OR (Campaign, Health) OR (Campaigns, Health) OR (Health Campaign)	71.030	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#5	(MM "Communicable Diseases+") OR (Control, Communicable) OR Disease OR (Parasite Control) OR (Control, Parasite)	1.000.108	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#6	(MM "Therapeutics+") OR Therapeutic OR Therapy OR Therapies OR Treatment OR Treatments	2.214.631	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#7	(MM "Health Facility Administration+") OR (Administration, Health Facility) OR (Facility Administration, Health)	15.884	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#8	#1 AND #2 AND #3	11	6
AGOSTO 2020	#9	#1 AND #2 AND #4	10	5

AGOSTO 2020	#10	#1 AND #2 AND #5	114	24
AGOSTO 2020	#11	#1 AND #2 AND #6	215	42
AGOSTO 2020	#12	#1 AND #2 AND #7	15	1

Quadro 4. Estratégias de busca realizadas na base de dados Web of Science, Ribeirão Preto/SP, 2020.

DATA	WEB OF SCIENCE	ESTRATÉGIA DE BUSCA	RESULTADOS	PUBLICAÇÕES PRÉ SELECIONADAS
AGOSTO 2020	#1	Tuberculosis OR Tuberculoses OR (Koch's Disease) OR (Koch Disease) OR (Kochs Disease) OR (Mycobacterium tuberculosis Infection) OR (Infection, Mycobacterium tuberculosis) OR (Infections, Mycobacterium tuberculosis) OR (Mycobacterium tuberculosis Infections)	159.035	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#2	(Primary Health Care) OR (Care, Primary Health) OR (Health Care, Primary) OR (Primary Healthcare) OR (Healthcare, Primary) OR (Primary Care) OR (Care, Primary)	241.061	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#3	(Health Policy) OR (Health Policies) OR (Policies, Health) OR (Policy, Health) OR (National Health Policy) OR (Health Policies, National) OR (Health Policy, National) OR (National Health Policies) OR (Policies, National Health) OR (Policy, National Health)	146.738	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#4	(Health Promotion) OR (Promotion, Health) OR (Promotions, Health) OR (Promotion of Health) OR (Health Promotions) OR (Promotional Items) OR (Item, Promotional) OR (Items, Promotional) OR (Promotional Item) OR (Wellness Programs) OR (Program, Wellness) OR (Programs, Wellness) OR (Wellness Program) OR (Health Campaigns) OR (Campaign, Health) OR (Campaigns, Health) OR (Health Campaign)	70.371	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#5	(CommunicableDiseaseControl) OR (Control, Communicable) OR Disease OR (Parasite Control) OR (Control, Parasite)	4.090.615	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#6	Therapeutics OR Therapeutic OR Therapy OR Therapies OR Treatment OR Treatments	6.182.510	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#7	(Health Facility Administration) OR (Administration, Health Facility) OR (Facility Administration, Health)	2.297	NOVA BUSCA
AGOSTO 2020	#8	#1 AND #2 AND #3	158	18
AGOSTO 2020	#9	#1 AND #2 AND #4	43	6

AGOSTO 2020	#10	#1 AND #2 AND #5	772	53
AGOSTO 2020	#11	#1 AND #2 AND #6	1.041	119
AGOSTO 2020	#12	#1 AND #2 AND #7	2	0

4.3.4. Análise dos Resultados das Estratégias de Buscas

Após realizar as buscas a partir das estratégias anteriormente apresentadas em cada base de dados, foi obtido um número de artigos referente a cada estratégia de busca. Utilizou-se a plataforma Rayyan QCRI para a organização das referências encontradas, sendo todas as referências anexadas ao aplicativo para posteriormente realizar-se a seleção dos artigos que se enquadrassem ao objeto do estudo.

Na primeira fase de seleção e análise dos artigos, devido ao grande número encontrado, foi levado em consideração a leitura apenas do título de cada artigo conforme os objetivos e critérios de inclusão e exclusão do presente estudo.

Após a seleção dos artigos considerados relevantes para o estudo conforme seu título, foi realizada uma segunda fase de seleção e análise dos artigos, a partir da leitura do resumo de cada artigo e selecionando aqueles que atendessem aos objetivos e critérios de inclusão e exclusão.

Na base de dados LILACS foi encontrado um total de nove artigos, dos quais seis foram pré-selecionados após leitura do título.

Na base de dados PUBMED foi encontrado um total de 4.847 artigos, dos quais 463 foram pré-selecionados e, após análise de duplicidade, uma nova pré-seleção contou com 247 artigos selecionados após leitura de seu título.

Na base de dados *Web of Science* foram encontrados um total de 2.016 artigos, dos quais 196 foram pré-selecionados e, após análise de duplicidade, uma nova pré-seleção contou com 150 artigos.

Na base de dados SCOPUS foi encontrado um total de 5.311 artigos, dos quais 560 foram pré-selecionados e, após análise de duplicidade, uma nova pré-seleção contou com 416 artigos selecionados após a leitura de seu título.

Na base de dados CINAHL, por sua vez, encontrou-se um total de 365 artigos, dos quais 78 foram pré-selecionados e, após análise de duplicidade, uma nova pré-seleção contou com 20 artigos selecionados após a leitura do título.

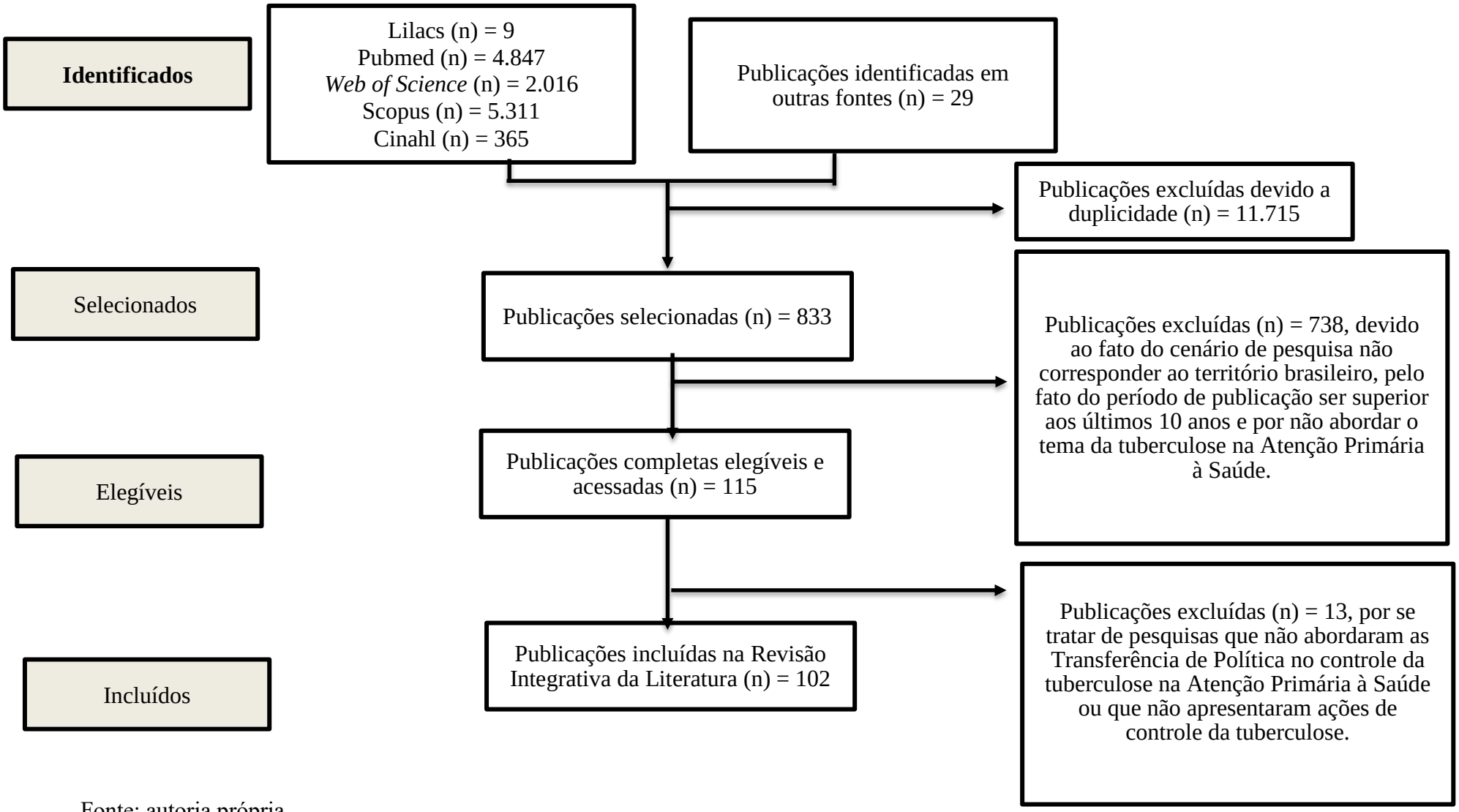
Na soma de todos os artigos pré-selecionados por base de dados após a leitura do título, foi obtido um total de 833 artigos. Ainda utilizando o aplicativo Rayyan QCRI, foi realizada uma busca por duplicidades entre os artigos selecionados de cada uma das bases de dados e a leitura dos resumos de cada artigo, momento no qual chegou-se ao total de 95 artigos pré-selecionados para leitura na íntegra. Dos 95 artigos lidos na íntegra, 73 artigos foram selecionados para compor a pesquisa, sendo: 32 artigos pela base de dados *Web of Science*, 16

artigos pela base de dados CINAHL, 15 artigos pela base de dados PUBMED e 10 artigos pela base de dados SCOPUS.

Após a definição dos artigos que comporiam o presente trabalho, foi realizada a leitura e análise de todas as referências dos 73 artigos selecionados, oportunidade na qual 29 novos artigos foram escolhidos para a composição final da dissertação, totalizando 102 artigos selecionados.

A figura 4 apresenta o fluxograma dos artigos identificados segundo base de dados, o (N) foi representado pelo total de artigos originais identificados que resultaram das estratégias #8, #9, #10, #11, #12, já com a exclusão entre estas estratégias dos estudos repetidos, o (n) foi representado pelos artigos pré-selecionados após leitura de seu título, e o (n final) representou os artigos selecionados conforme critérios de inclusão após leitura na íntegra, que compuseram o resultado do estudo.

Figura 4. Fluxograma, segundo PRISMA, para seleção dos estudos encontrados. Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2020.



Fonte: autoria própria.

Conforme ilustração do fluxograma acima, é notório o elevado número de publicações encontradas pelos resultados das estratégias de busca. Tornando um desafio para o pesquisador sintetizar todo conteúdo encontrado, tendo como propósito obtenção de resultados capazes de proporcionar uma discussão apta acerca da temática da presente dissertação.

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 102 publicações, sendo 73 provenientes das buscas realizadas nas bases de dados e 29 provenientes da leitura das referências dos artigos selecionados. A maioria dos estudos foram publicados em português 88 (86%), sendo que 71 (70%) também apresentaram versão em inglês, 11 (11%) também apresentaram versão em espanhol e 14 (14%) foram publicados exclusivamente em inglês.

O período compreendido na presente investigação foi entre os anos de 2010 e 2020, sendo publicada uma média de 10,2 artigos/ano que versavam acerca do controle da TB na APS, sendo os anos de 2016 e 2011 os com maior número de trabalhos publicados, 16 e 15 artigos, respectivamente.

Em relação ao tipo de revista científica, 61 (60%) eram de enfermagem, 18 (17%) de Saúde Pública ou Saúde Coletiva, seis (6%) eram específicas sobre TB, pneumologia e/ou doenças tropicais, seis (6%) de medicina geral, seis (6%) de epidemiologia e cinco (5%) eram de ciência geral.

Quanto aos cenários de estudo, sete (7%) foram realizados a nível nacional, cinco (5%) envolveram duas ou mais regiões, sendo que os demais ocorreram em uma região: 43 (43%) na Sudeste, 30 (30%) na Nordeste, 19 (19%) na Sul, seis (6%) na Norte e dois (2%) na Centro-Oeste. Cabe ressaltar que os estudos apresentaram métodos e cenários diversificados, envolvendo unidades de saúde, distritos sanitários, municípios e mesmo regiões de saúde.

Diante da proposta de analisar a transferência das ações e controle da TB realizadas pela APS, foi possível identificar suas limitações quando estudados outros serviços que compõem a RAS. Por essa razão, ainda que a maioria das publicações incluídas tenham sido desenvolvidas no contexto das unidades de APS (74 artigos - 74%), outros tipos de serviços de saúde foram cenários das pesquisas selecionadas, como hospitais e/ou unidades de pronto atendimento, unidades de atenção especializada ou mesmo todos os serviços de saúde envolvidos na atenção à pessoa com TB.

Quanto à modalidade da coleta de dados, a coleta primária foi a mais recorrente entre os estudos analisados (73 artigos - 73%), seja por meio de entrevistas junto aos profissionais de saúde, pessoas acometidas pela TB ou ambos. Além disso, a outra parte dos estudos foi desenvolvida por meio da coleta de dados secundários provenientes de consultas a prontuários médicos e sistemas de informação em saúde.

No Quadro 5 são apresentados todos os artigos selecionados, caracterizados segundo número de identificação, autores, título, ano de publicação, região de desenvolvimento do estudo, tipo da coleta de dados, participantes e local de pesquisa.

Quadro 5. Caracterização dos estudos incluídos segundo número de identificação, título, ano de publicação, região de desenvolvimento, tipo de coleta de dados, participantes e local de pesquisa. Ribeirão Preto, 2020.

Nº	AUTOR	TÍTULO	ANO	REGIÃO	TIPO COLETA DE DADOS	PARTICIPANTES DA PESQUISA	LOCAL DE PESQUISA
E1	ARAKAWA et al.	Contextos locais e dos sistemas de saúde no controle da Tuberculose, Estado de São Paulo.	2020	Sudeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E2	BAUMGARTEN etal.	Ações para o controle da tuberculose no Brasil: avaliação da atenção básica.	2019	Nível Brasil	Secundária	Profissionais	Unidades de APS
E3	COSTA etal.	Características das unidades básicas de saúde e detecção de casos de tuberculose.	2019	Nordeste	Secundária	Serviços de Saúde	Unidades de APS
E4	MEIRELLES E PALHA	Tratamento diretamente observado da tuberculose no Estado de São Paulo.	2019	Sudeste	Secundária	Serviços de Saúde	Unidades de APS
E5	ORLANDI et al.	Incentivos sociais na adesão ao tratamento da Tuberculose.	2019	Sudeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E6	PAULA et al.	Permanência de profissionais que atuam no programa de controle da Tuberculose.	2019	Sudeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E7	SACRAMENTO et al.	Organização dos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento de casos de tuberculose em Manaus, Amazonas, Brasil, 2014.	2019	Norte	Primária	Pacientes	Unidades de APS
E8	TRAJMAN et al.	Conhecimentos, atitudes e práticas sobre transmissão e prevenção da tuberculose entre auxiliares de saúde em três municípios brasileiros de alta carga: um estudo transversal.	2019	Sudeste e Nordeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E9	ALMEIDA et al.	Conhecimento de Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre a Tuberculose.	2018	Nordeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E10	BAUMGARTEN et al.	Infraestrutura das instalações de saúde primária Serviços de controle da tuberculose: um estudo transversal em todo o país.	2018	Nível Brasil	Secundária	Serviços de Saúde	Unidades de APS
E11	MAIA et al.	Capacidade de oferta e execução dos serviços de atenção primária à saúde às pessoas com tuberculose.	2018	Nordeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS

E12	PELISSARI et al.	Oferta de serviços pela atenção básica e detecção da incidência de tuberculose no Brasil.	2018	Nível Brasil	Secundária	Serviços de Saúde	Unidades de APS
E13	PERUHYPE et al.	Transferência de Política: Perspectiva do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose.	2018	Sul	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E14	PERUHYPE et al.	Vias do planejamento na transferência do tratamento diretamente observado da tuberculose.	2018	Sul	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E15	PINTO et al.	Articulação da saúde com a comunidade no manejo clínico da tuberculose.	2018	Nordeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E16	QUINTERO et al.	Acesso ao diagnóstico da tuberculose em município brasileiro de médio porte.	2018	Sudeste	Primária	Pacientes	Serviços de Saúde
E17	RANZANI et al.	Quem são os pacientes com tuberculose diagnosticados no pronto-socorro? Uma análise dos desfechos do tratamento no Estado de São Paulo, Brasil.	2018	Sudeste	Secundária	Pacientes	Hospitais/Pronto Atendimento
E18	VILLA et al.	Capacidade de gestão do cuidado primário de saúde para o controle da tuberculose em diferentes regiões do Brasil.	2018	Nordeste/Sul/Sudeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E19	ANDRADE et al.	Ações de planejamento e monitoramento para o controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde.	2017	Nordeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E20	BERALDO et al.	Adesão ao tratamento da tuberculose na Atenção Básica: percepção de doentes e profissionais em municípios de grande porte.	2017	Sudeste	Primária	Pacientes e Profissionais	Unidades de APS
E21	CECILIO, TESTON E MARCON	Acesso ao diagnóstico de Tuberculose sob a ótica dos profissionais de saúde.	2017	Sul	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E22	MEDEIROS et al.	Sistemas de informação clínica para o manejo da tuberculose na atenção primária à saúde.	2017	Nordeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E23	REIS et al.	Aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012.	2017	Sul	Primária	Profissionais	Unidades de APS

E24	SHUHAMA et al.	Avaliação do tratamento diretamente observado da tuberculose segundo dimensões da transferência de políticas.	2017	Sudeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E25	SOBRINHO et al.	Avaliação da Atenção Primária à Saúde no Tratamento da Tuberculose em Localidade Brasileira da Tríplice Fronteira Internacional.	2017	Sul	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E26	VIEIRA et al.	Acesso ao diagnóstico da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde.	2017	Nordeste	Primária	Pacientes	Serviços de Saúde
E27	WYSOCKI et al.	Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços	2017	Sudeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E28	ANTUNES et al.	Sintomático respiratório de tuberculose na atenção primária: avaliação das ações segundo as recomendações nacionais.	2016	Sul	Primária	Pacientes	Unidades de APS
E29	BALDAN, FERRAUDO E ANDRADE	A eficácia da Estratégia Saúde da Família e do Tratamento Diretamente Observado no controle da Tuberculose.	2016	Centro-Oeste	Secundária	Serviços de Saúde	Unidades de APS
E30	BARTHOLOMAY et al.	Qualidade da atenção à tuberculose nos diferentes níveis de atenção à saúde no Brasil em 2013.	2016	Nível Brasil	Secundária	Pacientes	Serviços de Saúde
E31	CECILIO E MARCON	O tratamento diretamente observado da tuberculose na opinião de profissionais de saúde.	2016	Sul	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E32	CLEMENTINO et al.	Ações de controle da tuberculose: análise com base no programa de acesso e melhoria da qualidade da atenção primária à saúde.	2016	Nível Brasil	Secundária	Serviços de Saúde	Unidades de APS
E33	COSTA et al.	A importância do trabalho em equipe na efetivação do Tratamento Diretamente Observado em Tuberculose.	2016	Norte	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E34	COSTA, et.al	Monitoramento de ações de prevenção e controle da Tuberculose em Unidades Básicas de Saúde.	2016	Norte	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E35	LIMA et al.	Avaliação do acompanhamento e desfecho de casos de tuberculose em municípios do sul do Brasil.	2016	Sul	Secundária	Pacientes	Unidades de APS
E36	MACEDO et al.	Estratégias para capacitação ao cuidado em Tuberculose.	2016	Nordeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS

E37	NEVES et al.	Acesso e vínculo ao tratamento de tuberculose na atenção primária em saúde.	2016	Norte	Primária	Pacientes	Unidades de APS
E38	OLIVEIRA et al.	Avaliação da consulta de enfermagem aos pacientes com tuberculose na atenção primária à saúde.	2016	Nordeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E39	PONCE et al.	Atraso do diagnóstico da tuberculose em adultos em um município paulista em 2009: estudo transversal.	2016	Sudeste	Primária	Pacientes	Serviços de Saúde
E40	POPOLIN et al.	Redes integradas de prestação de serviços de saúde e hospitalizações evitáveis por tuberculose: existe relação entre elas no Brasil?	2016	Sudeste	Primária e Secundária	Profissionais	Unidades de APS
E41	PRADO, VIRGILIO E MEDRONHO	Comparação da proporção de cura por tuberculose segundo cobertura e tempo de implantação de Saúde da Família e fatores socioeconômicos e demográficos no município do Rio de Janeiro, Brasil, em 2012.	2016	Sudeste	Secundária	Pacientes	Serviços de Saúde
E42	WYSOCKI et al.	Diagnóstico e tratamento de infecção latente por tuberculose em cascata entre contatos na Atenção Primária à Saúde em uma cidade do Estado de São Paulo, Brasil: estudo transversal.	2016	Sudeste	Primária e Secundária	Pacientes e Profissionais	Unidades de APS
E43	YAMAMURA et al.	Análise espacial das internações evitáveis por tuberculose em Ribeirão Preto, SP (2006-2012).	2016	Sudeste	Secundária	Serviços de Saúde	Hospitais
E44	BRITO et al.	Organização do cuidado à Tuberculose na Atenção Básica do Rio Grande do Norte.	2015	Nordeste	Primária	Pacientes e Profissionais	Unidades de APS
E45	CECILIO, HIGARASHI E MARCON	Opinião dos profissionais de saúde sobre os serviços de controle da tuberculose.	2015	Sul	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E46	HARTER et al.	Tuberculosis in primary health care: identifying priority cases in a municipality in southern Brazil	2015	Sul	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E47	MIZUHIRA et al.	Procura da atenção básica para o diagnóstico da tuberculose.	2015	Sudeste	Primária	Pacientes	Unidades de APS

E48	OLIVEIRA et al.	Discursos de gestores sobre a política do tratamento diretamente observado para tuberculose.	2015	Nordeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E49	RÊGO et al.	Processo de trabalho do enfermeiro à pessoa com Tuberculose na Atenção Primária.	2015	Nordeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E50	SCATENA et al.	Validação e confiabilidade: instrumento para avaliação de serviços que tratam tuberculose.	2015	Nordeste e Sudeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E51	SOUZA et al.	Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro.	2015	Nordeste	Secundária	Serviços de Saúde	Serviços de Saúde
E52	BALDERRAMA et al.	Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços.	2014	Sudeste	Primária	Profissionais	Serviços de Saúde
E53	DANTAS et al.	Fatores associados à primeira escolha de local para o diagnóstico da tuberculose.	2014	Nordeste	Primária	Pacientes	Serviços de Saúde
E54	LEMOS et al.	Desempenho dos serviços de saúde do tratamento da TB para populações indígenas e não indígenas no Brasil: um estudo transversal.	2014	Centro-Oeste	Primária	Pacientes	Unidades de APS
E55	LOUREIRO et al.	Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil.	2014	Sudeste	Primária	Pacientes	Serviços de Saúde
E56	PAIVA et al.	Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em municípios do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica.	2014	Nordeste	Primária	Pacientes	Serviços de Saúde
E57	SCATOLIN et al.	Busca de pacientes sintomáticos respiratórios: Atuação do Agente Comunitário de Saúde no controle da Tuberculose em município de grande porte, Brasil.	2014	Sudeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E58	SILVA et al.	Avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose.	2014	Nordeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E59	SOBRINHO et al.	Conhecimento de Enfermeiros de Unidades de Atenção Básica acerca da Tuberculose.	2014	Sul	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E60	SOBRINHO et al.	Ambivalência das ações de controle da tuberculose na atenção básica à saúde.	2014	Sul	Primária	Profissionais	Serviços de Saúde

E61	SOUZA et al.	Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose.	2014	Sudeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E62	SOUZA et al.	A importância das ações programáticas de saúde no controle da Tuberculose: experiência de um serviço de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil	2014	Sul	Secundária	Pacientes	Unidades de APS
E63	BRUNELLO et al.	Via diagnóstica de tuberculose em um município do sudeste do Brasil.	2013	Sudeste	Primária	Pacientes	Serviços de Saúde
E64	FERREIRA, VALENTE E ANDRADE	Desafios do Enfermeiro no gerenciamento do Programa de Tuberculose em Rede Básica de Saúde.	2013	Nível Brasil	Secundária	Profissionais	Serviços de Saúde
E65	GARCIA et al.	Incorporação das ações de controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde e seu contexto.	2013	Nível Brasil	Secundária	Serviços de Saúde	Unidades de APS
E66	HEUFEMANN, GONÇALVES E GARNELO	Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari.	2013	Norte	Primária e Secundária	Pacientes e Profissionais	Serviços de Saúde
E67	LIMA et al.	O programa de controle da Tuberculose em Pelotas/RS, Brasil: Investigação de contatos intradomiciliares.	2013	Sul	Secundária	Pacientes	Unidades de APS
E68	MARQUIEVIZ et al.	A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR).	2013	Sul	Secundária	Serviços de Saúde	Unidades de APS
E69	PONCE et al.	Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.	2013	Sudeste	Primária	Pacientes	Serviços de Saúde
E70	SÁ et al.	Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família.	2013	Nordeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E71	SOBRINHO et al.	Efetividade no diagnóstico da tuberculose em Foz do Iguaçu, tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina.	2013	Sul	Secundária	Pacientes	Serviços de Saúde
E72	ALVES et al.	Abandono do tratamento da Tuberculose e integralidade da Atenção na Estratégia de Saúde da Família.	2012	Nordeste	Primária	Pacientes	Unidades de APS

E73	ASSIS et al.	A coordenação da assistência no controle da tuberculose.	2012	Sudeste	Primária	Pacientes e Profissionais	Serviços de Saúde
E74	BERALDO et al.	Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da tuberculose em Ribeirão Preto (SP).	2012	Sudeste	Primária e Secundária	Pacientes	Serviços de Saúde
E75	CALIARI E FIGUEIREDO	Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros.	2012	Sudeste	Secundária	Pacientes	Serviços de Saúde
E76	PALHA et al.	Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes.	2012	Sudeste	Primária	Pacientes	Unidades de APS
E77	PINHEIRO et al.	Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da Tuberculose.	2012	Nordeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E78	QUEIROZ et al.	Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado.	2012	Sudeste	Primária	Pacientes e Profissionais	Unidades de APS
E79	SANTOS, NOGUEIRA E ARCÊNCIO	Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Controle da Tuberculose.	2012	Nordeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E80	SANTOS et al.	O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de Tuberculose em uma capital do Nordeste Brasileiro.	2012	Nordeste	Primária	Pacientes	Unidades de APS
E81	SILVA et al.	Investigação de comunicantes de Tuberculose: Desempenho dos serviços de saúde.	2012	Nordeste	Primária	Pacientes	Serviços de Saúde
E82	ARAKAWA et al.	Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde.	2011	Sudeste	Primária	Pacientes	Unidades de APS
E83	ARCÊNCIO, et al.	Barreiras econômicas na acessibilidade ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto – São Paulo.	2011	Sudeste	Primária	Pacientes e Profissionais	Unidades de APS
E84	CAMPANI, MOREIRA E TIETBOHEL	Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS).	2011	Sul	Secundária	Pacientes	Unidades de APS
E85	CARDOZO-GONZALES et al.	Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade de saúde da família.	2011	Sul	Primária	Profissionais	Unidades de APS

E86	FERREIRA et al.	Implementação e resultados do DOTS em unidades básicas de saúde na cidade do Rio de Janeiro.	2011	Sudeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E87	LAFAIETE et al.	Investigação sobre o acesso ao tratamento de Tuberculose em Itaboraí/RJ.	2011	Sudeste	Primária	Pacientes	Unidades de APS
E88	LAFAIETE, MOTTA E VILLA	Satisfação dos usuários no programa de controle da tuberculose de um município do Rio de Janeiro, Brasil.	2011	Sudeste	Primária	Pacientes	Unidades de APS
E89	NOGUEIRA et al.	Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose.	2011	Nordeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E90	OLIVEIRA et al.	A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP.	2011	Sudeste	Primária e Secundária	Pacientes	Serviços de Saúde
E91	PERRECHI E RIBEIRO	Desfechos de tratamento de tuberculose em pacientes hospitalizados e não hospitalizados no município de São Paulo.	2011	Sudeste	Secundária	Pacientes	Serviços de Saúde
E92	PONCE et al.	Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em municípios do interior paulista.	2011	Sudeste	Primária	Pacientes e Profissionais	Unidades de APS
E93	SÁ et al.	A organização da Estratégia de Saúde da Família e aspectos relacionados ao atraso do diagnóstico da Tuberculose.	2011	Nordeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E94	SÁ et al.	Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família.	2011	Nordeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E95	VIEIRA E RIBEIRO	Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, Grande São Paulo.	2011	Sudeste	Secundária	Pacientes	Unidades de APS
E96	VILLA et al.	Atuação dos serviços de saúde no tratamento da TB no Brasil: um estudo transversal.	2011	Sudeste e Nordeste	Primária	Pacientes	Serviços de Saúde
E97	CURTO et al.	Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação à comunidade e participação comunitária.	2010	Sudeste	Primária	Pacientes	Unidades de APS

E98	MACIEL et al.	Atraso no diagnóstico de tuberculose pulmonar em uma clínica de saúde primária em Vitória, Brasil.	2010	Sudeste	Secundária	Pacientes	Unidades de APS
E99	PROTTI et al.	A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios.	2010	Sudeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E100	RODRIGUES E CARDOSO	Detecção de sintomáticos respiratórios em serviços de saúde da rede pública de Belém, Pará, Brasil.	2010	Norte	Primária	Pacientes	Unidades de APS
E101	SANTOS et al.	A gerência das ações de controle da Tuberculose em municípios prioritários do interior Paulista.	2010	Sudeste	Primária	Profissionais	Unidades de APS
E102	SILVA et.al	Coordenação dos serviços de Atenção Primária em Saúde no controle da Tuberculose em um município da Bahia, Brasil.	2010	Nordeste	Primária	Pacientes e Profissionais	Unidades de APS

Os artigos selecionados foram categorizados de acordo com as recomendações para o controle da TB no contexto nacional trazidas pelo Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (BRASIL, 2018). Essa opção é justificada pela normatização das ações a serem desenvolvidas em todo o país, sendo entendidas como medidas essenciais para o enfrentamento à problemática da TB.

Desta forma, as publicações foram distribuídas em seis categorias, a saber: 1. Busca por Sintomáticos Respiratórios; 2. Diagnóstico; 3. Tratamento e Acompanhamento Clínico; 4. Controle de Contatos; 5. Educação em Saúde; e 6. Gestão e Organização dos Serviços de Saúde. Ressalta-se que o mesmo estudo poderia conter informações referentes a mais de uma ação de controle, a depender de seus objetivos e métodos.

A partir desse momento serão apresentados os resultados referentes a cada uma das categorias de análise e apontados os principais achados provenientes dos artigos selecionados.

5.1 Busca por Sintomáticos Respiratórios

O sintomático respiratório (SR) é entendido como a pessoa que apresenta tosse persistente e apresenta possibilidade de acometimento pelas formas de TB transmitidas por vias aéreas (pulmonar e laríngea). O tempo de tosse varia entre as populações, é compreendido como: três semanas na população geral; duas na população geral que procura o serviço de saúde; de qualquer duração entre imigrantes, indígenas, pessoas institucionalizadas (albergues, comunidades terapêuticas, instituições de longa permanência), pessoas em situação de rua ou privadas de liberdade, contatos de TB pulmonar e pessoas vivendo com HIV/aids (nesse caso é necessário ampliar a investigação para outros sintomas) (BRASIL, 2018).

O PNCT entende que a busca dos SR pode ocorrer de forma ativa - quando são implementadas estratégias de rastreio dessas pessoas na comunidade - ou passiva - quando os indivíduos procuram os serviços de saúde, sendo uma estratégia fundamental para a identificação de casos suspeitos, realização do diagnóstico precoce e quebra da cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2018).

Diante do perfil epidemiológico nacional, espera-se que 1% da população geral seja SR, sendo que destes 3 a 4% dos examinados serão bacilíferos. É recomendado que todos os serviços de saúde, independentemente do seu porte, realizem ações de busca ativa de acordo com as seguintes etapas: investigação da tosse e duração na população alvo; orientação e coleta de material para exame (baciloscopia por escarro ou Teste Rápido Molecular (TRM) a depender a estrutura local); registro

das atividades; estabelecimento de fluxo de atendimento para casos positivos e negativos e avaliação rotineira dos indicadores (BRASIL, 2018).

Dentre os estudos analisados, em 10 (10%) houve a investigação de aspectos específicos relacionados à busca dos SR no cenário da APS (E12, E28, E34, E45, E46, E57, E75, E85, E89, E100). As regiões em que as pesquisas ocorreram foram sul (quatro estudos - 4%), norte (dois estudos - 2%), nordeste (um estudo - 1%), sudeste (um estudo - 1%) e nível Brasil (um estudo - 1%). Os participantes das pesquisas foram profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde - ACS), pessoas acometidas por TB, usuários das unidades de APS e outros serviços de saúde.

Os métodos de pesquisa foram predominantemente estudos quantitativos, do tipo descritivo e transversal, sendo um deles (E85) de abordagem qualitativa. Foram utilizadas várias formas para analisar a realização da BSR junto às equipes da APS, perpassando pela presença de insumos necessários para avaliação do SR (como potes para coleta de escarro e formulários de solicitação de baciloscopia) (E46, E89) até os aspectos relacionados às práticas dos profissionais como realização de avaliação clínica (E46), relatos das ações desempenhadas para operacionalização da BSR - identificação do SR, orientação quanto à TB e questionamento sobre a presença de tosse (E57, E75, E89). Foram utilizados também instrumentos estruturados de avaliação como o Programa de Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (E12) e o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) (E45).

De modo geral, os estudos apontaram para o fato de que a BSR não está incorporada às atividades desenvolvidas pela APS, que há um déficit de conhecimento para identificação dos SR, especialmente no domicílio, não ocorre o oferecimento de pote para a realização de exame de baciloscopia de escarro, além de uma ausência de recursos físicos e humanos, o que reflete em uma baixa identificação dos SR e, consequentemente, baixo encaminhamento para a realização do diagnóstico. Contudo, um dos estudos apontou o protagonismo do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como uma potencialidade a ser explorada no fortalecimento da BSR (E85).

No quadro 6 é apresentada uma síntese de cada artigo analisado nessa categoria.

Quadro 6. Caracterização dos estudos incluídos na categoria Busca de Sintomáticos Respiratórios segundo código do estudo, delineamento metodológico, cenário, participantes e principais resultados. Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2021.

Estudo	Delineamento metodológico	Cenário	Participantes	Principais resultados
E12	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Brasil	5.043 municípios que possuíam pelo menos uma eAB avaliada pelo PMAQ-AB.	Atividades de BSR na população geral não se mostrou plenamente incorporada pelas equipes nos municípios. Porém, foi observado um aumento de 2,1% de BSR.
E28	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Pelotas-RS	99 pessoas acometidas por TB pulmonar	Os usuários com diagnóstico na APS precisaram de mais visitas ao serviço de saúde das pessoas que procuraram a APS com tosse, 96% receberam atendimento. Porém, menos da metade teve os exames solicitados. Fragilidades na identificação do SR e realização de baciloscopia.
E34	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Belém-PA	9 profissionais de saúde (5 enfermeiros e 4 técnicos de enfermagem) de 5 UBS	A proporção de SR examinados variou de 97,1% a 80,4%. 60% das UBS obtinham resultado de baciloscopia em 24 horas, 80% das UBS alcançaram a meta de descoberta de casos novos programados.
E45	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	15ª Regional de Saúde do Paraná	134 profissionais de saúde da APS (médicos e enfermeiros)	Profissionais avaliam como insatisfatória a busca de SR, bem como toda a dimensão. Orientação para a Comunidade do PCATool.
E46	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Pelotas-RS	276 profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e médico) de 51 unidades de APS (USF e UBS)	USF: profissionais preparados para identificação de SR; presença de pote de escarro e formulários de solicitação de baciloscopia; realização de avaliação clínica e solicitação da baciloscopia; realização de ações coletivas na comunidade. UBS: profissionais sem atualização clínica e sem segurança para identificação de SR; falta de pote de escarro e de formulário de solicitação de baciloscopia; profissionais que não faziam

				avaliação clínica nem solicitavam baciloscopia.
E57	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Ribeirão Preto - SP	105 agentes comunitários de saúde de 13 Unidades de APS (ESF e UBS)	Ainda que os participantes referissem preparo para desenvolver busca de SR (61%), orientar sobre TB (79%) e coleta de escarro (65%) foram notadas fragilidades quanto identificação do SR em visita domiciliar; oferta de pote para escarro; parcerias com a comunidade para BSR; operacionalização da BSR (aquém da meta padronizada).
E75	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Municípios do Departamento da Regional de Saúde III do Estado de São Paulo.	122 pacientes notificados com TB no TBWEB e 6 profissionais responsáveis pelo programa de TB.	Ações de busca de sintomático respiratório poderiam ocorrer em todas as unidades de saúde dos seis municípios, entretanto a coleta de escarro ainda diferia, e em dois municípios o material era encaminhado a outro município para análise. A coleta do escarro só acontecia em um segundo momento, quando o paciente retornava para consulta médica, cerca de três a sete dias, após o primeiro atendimento.
E85	Estudo qualitativo, descritivo e transversal	Município de médio porte - região Sul	5 profissionais de saúde de uma Equipe de Saúde da Família	Protagonismo do agente comunitário de saúde nas ações na comunidade e interface com a equipe. Ainda que a busca ativa de SR seja desenvolvida, há dificuldades para continuidade das ações diagnósticas – falta de recursos humanos e despreparo dos profissionais
E89	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Bayeux - PB	84 Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde)	73,8% dos profissionais referiram “sempre” realizar a BSR na comunidade, sendo que 52,4% realizam na visita domiciliar. 43,8% dos profissionais raramente ou não realizam busca em locais prioritários em sua área de abrangência 40,5% dos participantes oferecem pote de escarro rotineiramente.
E100	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Belém - PA	1.008 usuários de 21 UBS	28,2% dos participantes foram questionados quanto à tosse pelos profissionais de saúde, sendo apenas 33,3% dos tossidores encaminhados para exame de escarro.

5.2 Diagnóstico

O diagnóstico da TB pulmonar, mais importante forma da doença no âmbito da Saúde Pública, pode se dar de diversas formas, sendo que todas exigem acurácia da equipe de saúde, bem como a sensibilidade para a identificação de pessoas potencialmente acometidas. Como formas mais expressivas de diagnóstico tem-se: pela clínica - especialmente na ocorrência de sinais e sintomas clássicos, pela confirmação bacteriológica - por meio da realização de exames como a baciloscopia de escarro ou o Teste Rápido Molecular para TB (TRM-TB), e com o uso de exames de imagem - radiografia de tórax e tomografia computadorizada, principalmente (BRASIL, 2018).

Dentre os estudos analisados, em 27 (27%) houve a investigação de aspectos específicos relacionados ao diagnóstico no cenário da APS (E7, E12, E16, E17, E26, E28, E30, E32, E34, E39, E44, E47, E52, E53, E54, E55, E56, E62, E63, E66, E69, E71, E74, E75, E80, E90, E98). As regiões em que as pesquisas ocorreram foram sul (dois estudos - 2%), norte (três estudos - 3%), nordeste (seis estudos - 6%), sudeste (doze estudos - 12%), centro-oeste (um estudo - 1%) e nível Brasil (três estudos - 3%). Os participantes das pesquisas foram profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e ACS), pessoas acometidas por TB, usuários das unidades de APS e outros serviços de saúde.

Os métodos de pesquisa foram predominantemente quantitativos, descritivos e transversais, sendo dois deles (E26 e E66) (2%) com uso de abordagem mista. De modo geral, os estudos focaram na ocorrência de diagnóstico realizado na APS, em comparação com outros serviços das RAS - em especial nos ambulatórios especializados em TB ou PCT e Unidades de Pronto Atendimento (UPA); local em que foi realizado o diagnóstico; solicitação de exames e oferta de recursos tecnológicos para o diagnóstico; relação entre o primeiro serviço de saúde procurado e tempo transcorrido ou local onde ocorreu o diagnóstico; coleta de exame de escarro na primeira consulta; e tempo necessário para conhecimento do resultado da baciloscopia.

Os achados refletem importantes dificuldades na operacionalização das ações diagnósticas na APS. Foi notado um baixo índice de diagnósticos realizados pela APS, fato que variou de 67% (E75) a 2% (E63), o longo período para obtenção diagnóstica, que variou de 7 dias (E80) a 110 dias (E98) de atraso. Quanto ao primeiro serviço procurado, em sete estudos (E39, E47, E53, E63, E69, E71 e E74) (7%), o serviço de pronto atendimento foi o mais procurado. Em contrapartida, quatro estudos (E26, E55, E56 e E90) (4%) tiveram a APS como primeiro serviço procurado no início dos sintomas.

Em estudo realizado em Natal (RN) os pesquisadores detalharam o que os participantes relataram como motivação para a procura do primeiro serviço: facilidade de acesso (25%), garantia de atendimento (8,3%), busca de resolutividade (3,3%), conselho de outras pessoas (16,7%),

enquanto o vínculo motivou 28,3% - somando 56% de participantes que tiveram na UPA seu serviço de primeira escolha (E53). Em outra publicação, a proximidade do domicílio é relatada com principal motivo de busca do serviço, neste, a UPA foi buscada por 48,5% dos participantes, contra 30,3% que buscaram a APS, mesmo assim, somente 39,4% do total obteve o diagnóstico da doença no primeiro serviço procurado (E39).

Foi baixa a taxa de solicitação de exames, especialmente quanto à radiografia de tórax, que variou de 23,7% (E63) a 95% (E44), sendo que os profissionais demoravam mais de 24 horas para o conhecimento de resultados essenciais para a elucidação diagnóstica. Desta forma, a procura pelos serviços de saúde por mais de uma vez foi relatada em dois artigos (2%), sendo que variou de duas a quatro vezes até a obtenção do diagnóstico e consequente início do tratamento. Quanto aos motivos identificados para o número de visitas ao serviços de saúde, emergiram: falta de suspeição da doença pelos profissionais (E39), dificuldade de acesso da pessoa com TB, e consequente demora para efetivação do diagnóstico da TB (E52), realização de exames complementares em outros serviços de saúde (E55, E66, E71 e E75), falta de estrutura física para atendimento do SR ou caso confirmado e para diagnóstico, demora para obtenção dos resultados de exames (E75), encaminhamento dos usuários para consulta médica e realização de exames em outros serviços (E56).

Quando os participantes do estudo eram profissionais de saúde foi percebida uma informação divergente, pois relataram solicitar exames para TB com frequência (97%pedia baciloscopia e 95% radiografia de tórax - E44).

Um estudo em especial analisou a população indígena comparada à não indígena, em Dourados (MS), sendo que para ambas a procura no início dos sintomas se deu majoritariamente pela APS, contudo, apesar dessa busca inicial por serviços de APS, obtiveram o diagnóstico em serviços especializados em TB (E54).

De modo geral, as unidades mais procuradas para diagnóstico foram os serviços de pronto atendimento, porém os diagnósticos se deram principalmente nos serviços de APS e nos serviços especializados em TB (E7, E17, E28, E30, E54, E55, E56, E63, E71, E75, E80), seguidos pelos hospitais (E16 e E69) e serviços de pronto atendimento (E90).

No quadro 7 são apresentados maiores detalhes relacionados aos estudos desta categoria:

Quadro 7. Caracterização dos estudos incluídos na categoria Diagnóstico segundo código do estudo, delineamento metodológico, cenário, participantes e principais resultados. Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2021.

Estudo	Delineamento metodológico	Cenário	Participantes	Principais resultados
E7	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Manaus-AM	152 pessoas acometidas por TB pulmonar	A APS teve 5,9% dos casos de TB diagnosticados e apresentou maior tempo para diagnóstico (21 dias), enquanto 69,1% nos ambulatórios de referência e 25% pelos P.A e hospitais.
E12	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Brasil	5.043 municípios que possuíam pelo menos uma e AB avaliada pelo PMAQ-AB.	As equipes de APS apresentaram elevada oferta de radiografía de tórax e baciloscopia. Porém, a coleta da primeira amostra de escarro para o diagnóstico de TB na primeira consulta não apresentou indicadores favoráveis.
E16	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Município de médio porte do Estado de São Paulo.	110 pessoas acometidas por TB pulmonar.	A APS foi responsável por 21,3% dos diagnósticos, enquanto 52,8% foram diagnosticados pelos hospitais, 10,2% nos ambulatórios de referência, 5,6% em consultórios particulares e 10,1% em outros locais.
E17	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Banco de dados do Programa de Controle da Tuberculose do Estado de São Paulo.	62.178 pessoas acometidas por TB pulmonar.	O P.A diagnosticou 25% dos casos estaduais, um fator que está relacionado com desfechos desfavoráveis do tratamento. Já a APS e os ambulatórios de referência fizeram 55% dos diagnósticos, e os hospitais 20%.
E26	Estudo quantitativo e qualitativa, descritivo e transversal	Hospital de referência Regional para doenças infectocontagiosas do estado do Rio Grande do Norte.	Pessoas acometidas por TB pulmonar.	Apesar da APS ter sido o primeiro serviço procurado (57% dos participantes), apenas 14% dos diagnósticos ocorreram neste ponto de atenção. O tempo médio entre o início dos sintomas e a confirmação diagnóstica foi de 20 a 40 dias.
E28	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Pelotas-RS	99 pessoas acometidas por TB pulmonar	Foram solicitados baciloscopia e radiografia de tórax para 46,2% dos participantes, porém nenhum coletou a amostra de escarro no serviço de saúde. Os serviços de APS diagnosticaram 50,0% dos

				usuários que tiveram os exames diagnósticos solicitados nesse serviço. E para obtenção de diagnóstico foi necessário mais de uma ida aos serviços de APS.
E30	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Capitais brasileiras	Casos notificados pelo SINAN de pessoas acometidas por TB pulmonar.	A APS diagnosticou e tratou 61,4% dos casos. Dentre os casos diagnosticados e com tratamento iniciado em outros níveis, 74% completaram o tratamento na APS.
E32	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Nível Brasil	Todas as UBSs que aderiram ao PMAQ-AB no Brasil.	A coleta da primeira amostra de escarro, na primeira consulta para diagnóstico de TB, realizado pelas UBSs, teve uma cobertura média menor que 60% nas cinco regiões brasileiras.
E34	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Belém-PA	9 profissionais de saúde (5 enfermeiros e 4 técnicos de enfermagem) de 5 UBS.	Em 60% das UBS o resultado da baciloscopia foi obtido em até 24 horas. Referente a descoberta de casos novos de TB, 80% das UBS alcançaram a meta estabelecida pelo PNCT.
E39	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	São José do Rio Preto - SP	99 pessoas acometidas por TB pulmonar	Procura por atendimento no início dos sintomas: 72,2% foram ao serviço mais próximo do domicílio, sendo a P.A o principal (48,5%), seguido pela APS (30,3%). Do total: 39,4% obtiveram o diagnóstico da TB no primeiro serviço, 66,7% conseguiram consulta em 24 horas, 68,7% não tiveram suspeita diagnóstica da doença. Dos exames: 39,4% tiveram baciloscopia solicitada (7,7% realizada em outro serviço); 44,4% tiveram radiografia solicitada. Quase metade das pessoas (49,5%) tiveram necessidade de procurar 4 vezes ou mais os serviços de saúde até obterem o diagnóstico da TB e 47,4% dos doentes demoraram mais de 15 dias para obterem o diagnóstico.
E44	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Rio Grande do Norte - RN	412 profissionais (387 enfermeiros, 16 médicos e 9 dentistas.	Quanto aos exames: 97% dos profissionais referiram solicitar exames de baciloscopia e 95% de radiografia de tórax.

E47	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	São José do Rio Preto-SP	99 pessoas acometidas por TB pulmonar	O primeiro serviço de saúde mais procurado após o início dos sintomas foi o PA (48,5%), seguido pela APS (30,3%) e Ambulatórios de Referência (21,2%). As pessoas que informaram utilizar frequentemente o serviço para o controle preventivo, procuraram mais a APS para o diagnóstico.
E52	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Município do interior do Estado de São Paulo.	160 profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem)	Apontou-se que as UBSFs e UBSs têm melhor estrutura para diagnóstico da TB comparado ao P.A, por possuírem profissionais com maior tempo de trabalho nos serviços, menor rotatividade de recursos humanos, maior disponibilidade de funcionários, insumos necessários, além de fluxo adequado para transporte do material ao laboratório de referência. Observou-se dificuldade de acesso do paciente, e consequente demora para efetivação do diagnóstico da TB.
E53	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Natal - RN	60 pessoas acometidas por TB pulmonar	Observou-se que 56,7% dos SR procuraram serviços de atendimento de urgência (hospital e P.A) para atendimento no início dos sintomas, enquanto 43,3% procuraram por serviços eletivos (APS e ambulatórios de referência).
E54	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Dourados - MS.	109 pessoas acometidas por TB pulmonar	Apesar das diferenças entre os grupos indígenas e não indígenas, o tempo para o diagnóstico mostrou-se insatisfatório nos dois grupos. Sendo 75% dos indígenas que procuraram a APS no início dos sintomas contra 65% dos não indígenas. 60% dos indígenas foram diagnosticados em serviços especializados contra 65% dos não indígenas.
E55	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Vitória - ES	101 pessoas acometidas por TB pulmonar	O primeiro serviço mais procurado no início dos sintomas foi a APS (37,6%), seguida pelo PA (30,7%). Porém, o serviço de saúde que mais diagnosticou a TB foi o ambulatório de referência (61,3%), seguido pela APS (19,8%). Apenas 36% dos que procuraram a APS obtiveram o diagnóstico no mesmo local. 28,9% daqueles que procuraram os serviços da APS obtiveram a

				consulta entre 1 a 7 dias. Percebe-se que a solicitação do exame de escarro ocorreu apenas para 42,1% dos doentes que buscaram a AB, enquanto a radiografia ocorreu apenas para 60,5%. 7,8% daqueles que procuraram os serviços de APS, tiveram seu exame realizado no mesmo local.
E56	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	João Pessoa - PB	101 pessoas acometidas por TB pulmonar	O primeiro serviço procurado no início dos sintomas foi a APS em 46%. A APS encaminhou 74% dos usuários para consulta médica em outros serviços e 55,3% para realização de exame de baciloscopia. Apenas 36,2% dos usuários fizeram diagnóstico na APS. Dos usuários que procuraram o ambulatório de referência, 100% foram diagnosticados neste serviço.
E62	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Porto Alegre - RS	140 pessoas acometidas por TB pulmonar	O presente estudo apresentou melhorias nos resultados após a implantação do Programa de TB no Serviços de APS, como: elevação nos índices de diagnóstico da TB (de 4% para 39%), elevação nos índices de realização de baciloscopias (de 57% para 82%).
E63	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Ribeirão Preto - SP	100 pessoas acometidas por TB pulmonar	Os P.A foram a porta de entrada para a maioria das pessoas (69%), seguidos pela APS (16%) e ambulatórios de referência (15%). Na APS, a hipótese diagnóstica para TB foi de 56,3% dos pacientes, o serviço de P.A apresentou 28,9% e os ambulatórios de referência 60%. As instalações da APS tiveram menos solicitações de exames (21,1% de escarro e 23,7% de radiografia torácica). O diagnóstico ocorreu: 90% nos ambulatórios de referência, 8% nos P.A e 2% na APS.
E66	Estudo quantitativo e qualitativa, descritivo e transversal	Coari - AM	Casos notificados pelo SINAN de pessoas acometidas por TB pulmonar e profissionais de saúde	Das UBS observadas, 17,5% não tinham laboratório para coleta e realização de baciloscopia, nem local específico para atendimento de sintomáticos respiratórios ou pessoas com TB. Os exames complementares disponíveis são o raio-X de tórax e a baciloscopia de escarro, cuja realização é centralizada no Hospital Regional.

			(médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, farmacêuticos bioquímicos e gerente do programa).	Cultura e prova tuberculínica não são realizadas no município; a única referência disponível localiza-se a 363 km de distância.
E69	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	São José do Rio Preto-SP	81 pessoas acometidas por TB pulmonar	O principal serviço procurado foi o P.A (49,4%), sendo o que mais diagnosticou os casos de TB foi o hospital (39,5%), seguido pela APS (30,9%). Os serviços especializados apresentaram associação com o melhor desempenho no diagnóstico e o P.A com o pior. A APS teve desempenho intermediário e fragilidades na estrutura.
E71	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Foz do Iguaçu-PR	101 pessoas acometidas por TB pulmonar	Os serviços de saúde procurados como primeira opção foram o P.A (37%) e a APS (36%). A ocorrência de diagnóstico nesses serviços foi de 18,9% e 25,0%, respectivamente. A APS realizou o maior número de encaminhamento para realização de raio X em outra unidade de saúde. A opção pela APS como primeiro serviço de saúde procurado para o diagnóstico da TB determinou maior número de retornos e maior tempo (15 dias) até o recebimento do diagnóstico.
E74	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Ribeirão Preto - SP	94 pessoas acometidas por TB pulmonar	O primeiro serviço de saúde procurado foram os P.A (57,4%), seguidos pelas APS (24,5%) e ambulatório de referência (18,1%). Observou-se atraso na busca pelo primeiro atendimento em 43% das pessoas acometidas pela TB.
E75	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Municípios do Departamento da Regional de Saúde III do Estado de São Paulo.	122 pacientes notificados com TB no TBWEB e 6 profissionais responsáveis pelo programa de TB.	67% das pessoas pacientes foram diagnosticadas e notificadas na APS, 17% em serviços de P.A, 9% em hospitais e 3% somente após óbito. Observou-se que nos seis municípios existia unidades de saúde para o atendimento de suspeitos, investigação de sintomático respiratório e acompanhamento de casos de TB, além de hospital de pequeno porte e central para diagnóstico radiológico. O laboratório só estava presente em quatro dos

				municípios da região, duas cidades encaminhavam o material para análise laboratorial em outra cidade. Os profissionais apontaram falta de ambiente adequado para o atendimento de sintomáticos respiratórios, a demora nos resultados laboratoriais e dificuldade no agendamento de radiografias.
E80	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Teresina - PI	86 pessoas acometidas por TB pulmonar	No início dos sintomas, 52% procurou a unidade de saúde mais próxima do seu domicílio, 51% doentes procuraram a unidade de saúde apenas uma vez para conseguir o primeiro atendimento e 75% referiram não ter havido dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde. Do total, 34% tiveram diagnóstico na UBS vinculada a uma equipe da ESF e 27% tiveram a confirmação do diagnóstico no ambulatório de referência. Ainda, 47% tiveram sua confirmação diagnóstica entre uma a duas semanas.
E90	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Ribeirão Preto - SP	100 pessoas acometidas por TB pulmonar	61% chegou ao local de diagnóstico por meio de encaminhamentos, apenas 29% se apresentaram espontaneamente ao serviço que realizou o diagnóstico. Somente 3% dos doentes foram diagnosticados pela BSR. 66% procurou pela APS como porta de entrada, porém 34% procuraram por serviços de nível secundário e terciário. 89% dos doentes foram diagnosticados em serviços públicos de saúde e 11% em serviços privados. Dos 89% diagnosticados em serviços públicos, 44% foram diagnosticados nos P.A das UBDS, 4% na atenção básica das UBDS, 20% em hospitais públicos, 12% na APS e 9% nos ambulatórios de referência. Ou seja, 73% tiveram seus diagnósticos no nível secundário. A APS foi menos representativa, contando com 16% dos casos diagnosticados.
E98	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Vitória - ES	304 pessoas acometidas por TB pulmonar	O presente estudo evidencia atraso de 110 dias para obtenção diagnóstica no município de Vitória.

5.3 Tratamento

O tratamento da TB é uma ação muito importante para o controle da doença, seja pelo restabelecimento da saúde dos indivíduos, prevenção do desenvolvimento de formas resistentes ou mesmo por seu importante papel na quebra da cadeia de transmissão do bacilo nas famílias e comunidades. Os princípios básicos do tratamento consistem na associação medicamentosa adequada, na administração de doses corretas e durante tempo suficiente (CAMINERO, 2013).

Desde 2009, é preconizado o Esquema Básico de tratamento para os casos novos ou retratamentos, de todas as apresentações clínicas, exceto a forma meningoencefálica e osteoarticular de TB. Este esquema consiste em duas fases: de ataque (com os fármacos: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol - por dois meses) e de manutenção (com rifampicina e isoniazida por mais quatro meses) (BRASIL, 2018).

O espaço de realização do tratamento deverá ser unidades de APS ou serviços especializados (PCT), reservando a hospitalização para casos muito específicos. Tendo em vista toda a complexidade envolvida na realização e manutenção do tratamento, recomenda-se que as pessoas acometidas por TB obtenham orientações claras e objetivas acerca da doença e seu tratamento, permitindo um ambiente acolhedor e estabelecimento de vínculo para a adesão (BRASIL, 2018).

Nesse contexto, o TDO é uma estratégia adotada para o estabelecimento de vínculo, a identificação de dificuldades enfrentadas pela pessoa com TB e possibilidade de intervenção de maneira rápida que não fragilize o tratamento. A monitorização adequada no TDO permite a identificação dos faltosos com prejuízos de um ou dois comprimidos, já no tratamento auto administrado, a perda de doses se relaciona a frequência com que as consultas são agendadas, dificultando o delineamento do tratamento. O acompanhamento clínico deve ser realizado mensalmente, objetivando identificar a evolução e/ou regressão da doença após o início do tratamento, sendo fundamental a realização de baciloscopia nessas consultas mensais, com o intuito de encontrar resultados negativos a partir do final da segunda semana de tratamento, e controle radiológico após o segundo mês de tratamento para acompanhar as lesões pulmonares (BRASIL, 2018).

Dentre os estudos analisados, em 36 (36%) houve a investigação de aspectos específicos relacionados ao tratamento e acompanhamento clínico no cenário da APS (E1, E4, E5, E7, E24, E29, E31, E32, E33, E34, E35, E37, E41, E44, E48, E49, E54, E58, E61, E66, E72, E75, E78, E80, E82, E83, E84, E86, E87, E88, E91, E92, E95, E96, E101). As regiões em que as pesquisas ocorreram foram: sudeste (18 estudos - 18%), nordeste (sete estudos – 7%), norte (cinco estudos - 5%), sul (três estudos - 3%), centro-oeste (dois estudos - 2%) e nível Brasil (um estudo - 1%). Os participantes das

pesquisas foram profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e ACS), pessoas acometidas por TB, usuários das unidades de APS e serviços de saúde.

Os métodos de pesquisa contaram com 27 estudos (27%) quantitativos, descritivos e transversais (E1, E4, E7, E24, E29, E32, E34, E35, E37, E41, E44, E54, E58, E66, E75, E80, E82, E83, E84, E86, E87, E88, E91, E92, E95, E96), oito estudos (8%) qualitativos, descritivos e transversais (E5, E31, E48, E49, E61, E72, E78 e E101) e um (1%) estudo descritivo, transversal com uso de método misto (E33).

Os artigos versam sobre diferentes aspectos que compõem o tratamento da TB: a cobertura do TDO; os índices relacionados ao desempenho dos serviços de saúde na resolução dos casos, especialmente abordando os desfechos do tratamento (cura, abandono, falência, óbito); as características do acompanhamento dos casos, como quantidade de consultas médicas e vínculo com o serviço de saúde

Os achados dos pesquisadores demonstram importantes dificuldades na operacionalização das ações de tratamento e acompanhamento clínico na APS, como: baixa cobertura da saúde da família (E41), altas taxas de abandono do tratamento - que variou de 8,3% (E35) a 14% (E66), altas taxas de abandono e baixas taxas de efetivação do tratamento (E1), maior tempo para finalização do tratamento que variou de seis a oito meses (E7), índices de cura que variaram de 70,42% (E41) a 87,8% (E35), baixas taxas de efetivação do TDO (E29, E31, E32, E58, E66), baixas taxas de cobertura do TDO (E4, E32, E34), se contrapondo a um estudo que evidenciou alta cobertura do TDO (E92), baixa oferta de incentivos sociais à pessoa em tratamento (E87), alta adesão a terapia auto administrada representando 80% das unidades em uso dessa prática (E34), presença de barreiras organizacionais e estruturais dos serviços de saúde (E72), busca ativa incipiente aos faltosos do TDO (E32, E44), baixo percentual de acompanhamento das pessoas em TDO, falta de protocolos assistenciais com diretrizes que guiem as equipes acerca do TDO (E44), falta de conhecimento dos profissionais acerca do TDO (E32, E44, E48), falta de envolvimento de todos os profissionais de saúde acerca do TDO (E58), falta de organização da gestão dos serviços de saúde para a condução das ações de controle da TB (E48, E72), falta de informações às pessoas com TB e familiares (E72), não reconhecimento do TDO como parte da rotina da ESF (E66) e falta de sensibilização das equipes de saúde para implantação da estratégia DOTS como um todo (E101).

Quando conduzido na APS, o tratamento apresentava as seguintes vantagens: proximidade do domicílio (E37, E80), vínculo (E37, E92), comunicação que considera a subjetividade (E92), acolhimento (E37), disponibilidade de medicamentos, organização da administração do TDO na unidade, disponibilidade e orientações dos profissionais (E88), melhor porcentagem de cura e diminuição de mortalidade (E91). Porém, tinha como desvantagem: atraso no início do tratamento

(E37), falta de articulação com os outros serviços da RAS (E72), índice elevado de tratamento auto administrado (E80, E86), baixa frequência semanal de realização do TDO (E80) e falta de articulação e envolvimento dos gestores (E92).

Por sua vez, quando o tratamento era centralizado em unidades de referência (PCT) apresentaram como vantagens melhor taxa de cura (93,8%), tempo mediano de tratamento de seis meses (E7, E95), melhor adesão ao TDO (E95) e obtenção de consulta médica em tempo mais oportuno. No entanto, eram unidades de saúde mais distantes das casas das pessoas em tratamento, e a equipe de saúde apresentava dificuldades para realização da supervisão por meio do TDO (E82). Em contrapartida, o estudo (E96) apontou maior índice de realização do TDO na APS comparado aos PCT, e outro estudo apontou para a implantação da estratégia DOTS nos PCT'S do interior de SP sem planejamento e capacitação necessária dos profissionais atuantes nesse cenário (E101).

Um dos estudos (E91) comparou ainda o tratamento em regime de internação hospitalar com o ocorrido integralmente na APS, evidenciando a gravidade da doença entre as pessoas que necessitam de hospitalização e melhores desempenhos do tratamento ocorrido nas UBS (E91). Em outro, foram comparadas as pessoas que realizaram o tratamento por meio do TDO e TAA, com aumento da cura e completude do tratamento em seis meses entre aqueles que tinham supervisão direta (E95).

Em alguns estudos foram destacados o papel do enfermeiro como profissional responsável pela articulação das informações e cuidado à pessoa com TB em tratamento (E34, E6, E75). Contudo, ainda são apresentadas centralização do profissional enfermeiro no cuidado para a efetivação do TDO (E33), fragilidades importantes no conhecimento e na atuação do enfermeiro no TDO, além da sobrecarga de trabalho que estes profissionais enfrentam na APS (E49). Em um dos estudos o papel de destaque é do ACS - a única categoria profissional envolvida diretamente no TDO (E58).

O quadro 8 sintetiza as características da população estudada e os resultados apontados em cada um dos artigos incluídos nesta categoria.

Quadro 8. Caracterização dos estudos incluídos na categoria Diagnóstico segundo código do estudo, delineamento metodológico, cenário, participantes e principais resultados. Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2021.

Estudo	Delineamento metodológico	Cenário	Participantes	Principais resultados
E1	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Estado de São Paulo	44 municípios do Estado de São Paulo	Os resultados demonstraram agrupamentos de municípios caracterizados por diferentes desempenhos na supervisão do tratamento e nos resultados de desfecho dos casos, incluindo agrupamentos com baixas taxas de abandono e baixa efetivação do TDO e grupo com alta taxa de abandono e supervisão regular do tratamento.
E4	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Estado de São Paulo	59 municípios prioritários do Estado de São Paulo	Foi apontada uma cobertura crescente do TDO em 57,6% dos municípios e decrescente em 42,4% destes.
E5	Estudo qualitativo, descritivo e transversal	São Paulo	26 profissionais da APS	Os incentivos (cesta básica e vale-transporte) são admitidos como importantes e de modo geral potencializam a adesão ao tratamento, principalmente no caso de pessoas em situação de extrema vulnerabilidade social.
E7	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Manaus-AM	152 pessoas acometidas por TB pulmonar	Cerca de 61,9% dos casos diagnosticados no centro de referência mantiveram tratamento nesse local e os demais foram direcionados às unidades de APS. Do total, 87,5% tiveram como desfecho a cura da doença. Quanto ao local do tratamento, o ambulatório de referência da TB foi o que apresentou melhor taxa de cura (93,8%). O tempo mediano de tratamento foi de 6 meses nos centros de referência, já nas unidades de APS o tempo mediano foi maior (UAPS sem ESF = 8 meses; UAPS com ESF = 7 meses).
E24	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	São Paulo - SP	112 profissionais de saúde (28 médicos, 42 enfermeiros e 42	Participaram do estudo 112 profissionais de saúde. Em informação, a participação da comunidade no tratamento foi considerada regular. Em conhecimento, a rotina do tratamento na

			auxiliares/técnicos de enfermagem)	unidade e a participação dos profissionais em treinamentos apresentaram classificação regular. Em inovação, a infraestrutura da unidade, o uso de recursos comunitários e a criação de estratégias para promover a adesão do doente ao tratamento obtiveram avaliação regular. A transferência do TDO da TB para a APS, no local estudado, vem ocorrendo gradativamente e com sucesso.
E29	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Mato Grosso do Sul	Estratégias de Saúde da Família	Os resultados obtidos apontam para uma diversidade de características entre os municípios do estado de Mato Grosso do Sul no que se refere ao combate ao abandono de tratamento e controle da TB. Uma vez que há número elevado de municípios que precisam fortalecer a ESF, ou investir mais na oferta do TDO, para que estas estratégias possam ser mais eficazes.
E31	Estudo qualitativo, descritivo e transversal	15ª Regional de Saúde do Paraná.	30 profissionais de saúde (20 enfermeiros e 10 médicos)	Identificou-se que nem todos os profissionais colocaram em prática a estratégia do TDO, devido ao limitado contingente de casos diagnosticados, apesar de reconhecerem sua importância para o sucesso do tratamento e na redução da taxa de abandono e do vínculo. Foi relatado falta de tempo e de recursos humanos para realização do TDO.
E32	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Nível Brasil	Todas as UBSs que aderiram ao PMAQ-AB no Brasil	Fragilidades foram observadas na operacionalização e sustentabilidade da estratégia TDO, tais como: baixo percentual de UBS realizando o TDO, incipiente busca ativa de faltosos ao TDO e o déficit na vigilância dos contatos intradomiciliares. Foi apontado elevado percentual de UBSs que mostraram ausência de conhecimento acerca das estratégias prioritárias no cuidado em TB.
E33	Estudo quantitativo e qualitativo, descritivo e transversal	Areia Branca - RN	28 profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem	Foi apontado que todos os profissionais reconheceram a importância de trabalhar em equipe na realização do TDO, porém, o cuidado é centralizado pela enfermeira e, posteriormente, outros

			e agentes comunitários de saúde)	profissionais são requisitados, compartilhando o cuidado.
E34	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Belém-PA	9 profissionais de saúde (5 enfermeiros e 4 técnicos de enfermagem) de 5 UBS	O TDO foi adotado por 100% das Unidades sendo que em 80% delas também é realizado o tratamento autoadministrado. Em apenas 01 Unidade 100% dos casos estão em TDO. Os índices de cura e abandono mostram valores médios em torno de 80% e 10% respectivamente.
E35	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Município prioritário do Sul do Brasil.	629 pessoas acometidas por TB pulmonar	Foi apontado que apesar do alcance de cura de 87,8%, a taxa de abandono ainda é elevada (8,3%). O número médio de consultas médicas de acompanhamento por doente foi de 7,2 consultas por pacientes, com intervalo de 1 mês para retorno.
E37	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Belém - PA	34 pessoas acometidas por TB pulmonar	85,3% dos pacientes iniciaram o tratamento na visita seguinte após o diagnóstico na UBS, e 14,7% precisavam de duas ou mais visitas ao serviço de saúde para iniciar o tratamento específico. Foi apontado também que a facilidade de acesso do doente à unidade de saúde, formação de vínculo e acolhimento da equipe de saúde pode aumentar a adesão ao tratamento da TB.
E41	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Rio de Janeiro - RJ	5.794 pessoas acometidas por TB pulmonar	O percentual de cura foi de 70,42% do total de casos encerrados. Houve uma forte expansão APS, porém ainda não foi possível evidenciar melhores resultados de cura e de abandono. A cobertura de saúde da família se deu preferencialmente em áreas mais vulneráveis, adicionalmente o pequeno tempo de implantação das equipes de saúde da família provavelmente contribuíram para que ainda não fosse possível detectar melhora significativa na cura da tuberculose.
E44	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Rio Grande do Norte - RN	412 profissionais (387 enfermeiros, 16 médicos e 9 dentistas	Cerca de 25% das equipes de saúde não possuem nenhum protocolo assistencial com definições de diretrizes terapêuticas para a TB. Com relação ao TDO, foi apontado baixo percentual de

				acompanhamento e busca ativa de faltosos do TDO. 63,1% dos entrevistados afirmaram que acompanham o TDO, no entanto, apenas 57,3% das equipes realizam a busca ativa dos pacientes faltosos a essa modalidade de tratamento.
E48	Estudo qualitativo, descritivo e transversal	João Pessoa - PB	20 profissionais (Diretor Geral, Diretor Técnico, Técnico do Serviço de Vigilância Epidemiológica e Apoiadores Técnicos)	Foi identificado fragilidades na condução e organização das ações em relação ao DOTS e, mais especificamente, para o TDO. O estudo revelou também que o desconhecimento desses gestores acerca dessa temática, traz implicações diretas para a gestão do cuidado.
E49	Estudo qualitativo, descritivo e transversal	Natal - RN	11 profissionais (enfermeiras)	Os relatos das enfermeiras apresentaram discordâncias quanto à realização do TDO - sua importância, periodicidade e profissional responsável. Mencionaram que o TDO é realizado três vezes na semana, porém referem noções equivocadas acerca da necessidade de os profissionais realizarem tal atividade. Não ocorreram reuniões para discutir o acompanhamento dos casos. Concluiu-se que a descrição do processo de trabalho da enfermeira na APS junto à pessoa com TB evidenciou fragilidades e sobrecarga de trabalho.
E54	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Dourados - MS.	109 pessoas acometidas por TB pulmonar	Para os povos indígenas, as visitas domiciliares dos profissionais de saúde foram oferecidas com maior frequência, destacando o desempenho do TDO. Além disso, os indígenas eram mais propensos a receber apoio social, como pacotes de necessidades básicas e visitas domiciliares de profissionais de saúde, e o desempenho do TDO foi maior em comparação com a população não indígena. Foi caracterizado que o DOTS deve ser realizado com melhor cobertura entre os pacientes não indígenas.
E58	Estudo quantitativo,	Cabedelo - PB	117 profissionais de	Quanto ao TDO, 55,5% das unidades de saúde apresentaram

	descritivo e transversal		saúde que atuavam na APS	desempenho satisfatório, porém não existe versatilidade da oferta quanto ao local da supervisão terapêutica, restringindo-se ao domicílio do usuário, sob responsabilidade do ACS. Os demais profissionais da equipe pouco se envolvem com esta tarefa, limitando-se à execução das atividades de apoio administrativo e gerencial.
E61	Estudo qualitativo, descritivo e transversal	São Paulo - SP	10 enfermeiras da ESF	Observou-se que a transferência do TDO para a ESF favoreceu uma nova organização do serviço de saúde no enfrentamento das ações de controle da TB. As ações desenvolvidas sob essa modalidade de tratamento deram visibilidade ao trabalho do enfermeiro e dos profissionais da ESF que atuam sob a sua supervisão. Nota-se liderança do enfermeiro quando se trata da execução do TDO para o controle da TB.
E66	Estudo quantitativo e qualitativo, descritivo e transversal	Cori - AM	Casos notificados pelo SINAN de pessoas acometidas por TB pulmonar e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, farmacêuticos bioquímicos e gerente do programa)	Metade das ESF não reconhecem o TDO como parte da rotina da unidade de saúde. Dentre os que reconheciam a importância do TDO, metade deles relatou não acompanhar nenhum paciente nessa modalidade de tratamento. Quanto aos desfechos: 76% de cura e 14% de abandono.
E72	Estudo qualitativo, descritivo e transversal	Bayeux - PB e Santa Rita - PB.	9 usuários que abandonaram o tratamento da tuberculose	Elementos relacionados ao abandono do tratamento estão diretamente articulados ao cuidado da ESF ao doente de TB e sua família. Foram identificadas contradições entre o cuidado real prestado pelas equipes e o preconizado. Os resultados mostram que a falta de informação dos usuários sobre a doença, assim como o frágil acompanhamento em outros serviços de atenção à saúde, para além da ESF, concorrem para o abandono do tratamento. A

				fala dos entrevistados aponta uma desorganização, seja informativa ou burocrática, na continuidade de assistência nas redes de atenção, bem como, uma assistência direta, centrada no aspecto biológico.
E75	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Municípios do Departamento da Regional de Saúde III do Estado de São Paulo.	122 pacientes notificados com TB no TBWEB e 6 profissionais responsáveis pelo programa de TB	Em todos os municípios, o acompanhamento dos casos era realizado de forma centralizada nas unidades de referência, e os responsáveis pelo Programa de Controle da TB eram enfermeiros. Em um dos municípios todos os pacientes eram encaminhados para acompanhamento na unidade de referência, onde era fornecida também a medicação para o período.
E78	Estudo qualitativo, descritivo e transversal	São Paulo - SP.	Profissionais de saúde e usuários em tratamento	O DOTS foi considerado difícil e trabalhoso, ainda que efetivo. Os profissionais se consideraram os maiores responsáveis pelo tratamento, dado que o usuário se encontra fragilizado devido à TB. Percebeu-se a importante responsabilidade do profissional que acompanha o DOTS, cabendo a ele ter não somente habilidades/capacidades/conhecimentos técnicos, mas gerenciais, de relacionamento e visão de mundo integral e dinâmica.
E80	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Teresina	343 pessoas acometidas por TB pulmonar	Do total, 96,5% realizaram o tratamento de TB na unidade mais próxima do seu domicílio, que era uma UBS com ESF em 81,4% dos casos. O tratamento foi autoadministrado de 62% a 67,4%. Quanto ao TDO a frequência de uma ou três vezes na semana ocorreu entre 12% (nos dois primeiros meses) a 14% (nos quatro últimos meses) dos casos.
E82	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Ribeirão Preto – SP	100 pacientes que iniciaram o tratamento de TB	Foi apontado que o tratamento era realizado de forma centralizada, em unidades de referência do PCT. O Programa era responsável integralmente por todo o tratamento, o que facilitava a obtenção de consultas e fluxo de atendimento. Observou-se avaliação insatisfatória, referente à distância entre a unidade e o domicílio do doente e a irregularidade no oferecimento de visitas

				domiciliares para supervisão do tratamento.
E83	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Ribeirão Preto – SP	100 pessoas acometidas por TB pulmonar em tratamento e 16 profissionais de saúde	A pesquisa mostrou barreiras na acessibilidade à atenção à TB como despesas e prejuízos trabalhistas, deixando em evidência as iniquidades na saúde, apesar da política do SUS de justiça social e ampliação do acesso.
E84	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Porto Alegre – RS	2.098 pessoas acometidas por TB pulmonar	Observou-se que 10% dos doentes abandonaram o tratamento. As variáveis mais significativas associadas ao abandono foram: etilismo, infecção por HIV, o fato de o doente não residir com familiares e o baixo nível de escolaridade.
E86	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Rio de Janeiro - RJ	Profissionais da saúde	Dos profissionais estudados, 24% utilizaram TDO e 75% TAA. As chances de uso de TDO foram maiores para doentes com menos de 50 anos, recidiva de TB, história prévia de abandono ou falência de tratamento. As chances de morte foram 52,0% maiores entre pacientes em TDO comparados àqueles em TAA. A modalidade de tratamento com maior sucesso foi TDO com os ACS. Foi observada redução de 21,0% na razão de chances de abandono (vs. cura) entre pacientes em TDO, comparados a pacientes em TAA, e redução de 64,0% entre pacientes em TDO com ACS, comparados àqueles sem.
E87	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Itaboraí - RJ	100 pessoas acometidas por TB pulmonar	A avaliação do desempenho e organização dos serviços de saúde mostra que algumas atividades e incentivos precisam ser revistos, como a visita domiciliar e distribuição do vale transporte para maior garantia da adesão ao tratamento da tuberculose. Embora o atendimento seja público e o tratamento de TB, gratuito, o transporte representa um custo ao doente/família.
E88	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Itaboraí - RJ	88 pessoas acometidas por TB pulmonar	Foi apontado as altas taxas de satisfação dos usuários em tratamento em uma UBS. Os fatores de satisfação foram: disponibilidade de medicamentos na unidade de saúde, horário e o

				local do TDO, orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, confiança, disponibilidade dos profissionais e a recepção mostraram-se satisfatórias.
E91	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	São Paulo – SP	474 pessoas acometidas por TB pulmonar (local de tratamento: 166 hospitalizados, e 308 na APS)	Foram comparados os desfechos de tratamento em doentes tratados de forma hospitalizada e exclusivamente pela APS. Os resultados da APS foram melhores em cura (78,3% *versus* 41,6%) e mortalidade (2,6%, *versus* 29,5%). Cabe ressaltar que os doentes que precisaram de internação tinham quadros clínicos piores em comparação com aqueles que realizaram o tratamento na APS.
E92	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	São José do Rio Preto - SP	108 pessoas acometidas por TB pulmonar, 37 profissionais e 15 gestores	A cobertura do TDO entre os doentes do estudo é considerada alta (83,3%). Revelou-se que os doentes de TB são frequentemente acompanhados pelo mesmo profissional e que existe comunicação eficaz com enfoque para a subjetividade do doente e o oferecimento de informações sobre o esquema terapêutico. Porém, foi apontado que a visão dos gestores ainda é voltada predominantemente aos aspectos burocrático-administrativos, necessitando que esses integrem mais as ações gerenciais e assistenciais.
E95	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Carapicuíba - SP	360 pessoas acometidas por TB pulmonar	Foram comparados doentes em TDO e TAA. No grupo com TDO a adesão foi 6,1% maior, tiveram maior taxa de completude do tratamento em seis meses (91,6% *versus* 85,5%).
E96	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Cinco cidades de duas regiões brasileiras (3 no Sudeste e 2 no Nordeste).	Pessoas acometidas por TB pulmonar em tratamento	20% dos pacientes receberam tratamento nos serviços da APS e 80% nos Centro de Referência à TB. 52% realizaram TDO, sendo 73,8% na APS e 47,5% nos CRT. Foram apontados dois tipos de obstáculos (estrutural e organizacional) para o desempenho dos serviços de saúde no tratamento da TB nos municípios analisados, principalmente no Nordeste.
E101	Estudo qualitativo,	7 municípios	7 coordenadores dos	Os depoimentos mostraram que a implantação da estratégia DOTS

	descritivo e transversal	prioritários do interior do estado de São Paulo.	PCTs dos municípios.	foi realizada a partir de uma necessidade urgente, mediante incentivos para o município, porém sem planejamento adequado que permitisse uma sensibilização e capacitação envolvendo os diversos atores que participavam de alguma forma no manejo da TB, o que comprometeu a sustentabilidade da estratégia.

5.4 Controle de Contatos

O controle de contatos visa identificar precocemente os casos de TB e as pessoas recém-infectadas entre os contatos de uma pessoa com TB, sendo realizado esse controle por meio de entrevistas com o caso índice. É necessária a avaliação desses contatos após identificação, realizando anamnese, exame físico e exames complementares (BRASIL, 2018).

Dentre os estudos analisados, em sete (7%) houve a investigação de aspectos específicos relacionados ao controle de contatos de pessoas com TB no cenário da APS (E32, E42, E45, E66, E67, E81 e E89). As regiões em que as pesquisas ocorreram foram sul (dois estudos - 2%), nordeste (dois estudos - 2%), norte (um estudo - 1%), sudeste (um estudo - 1%) e nível Brasil (um estudo - 1%). Os participantes das pesquisas foram profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e ACS), pessoas acometidas por TB, usuários das unidades de APS e demais tipos de serviços de saúde. Os métodos de pesquisa foram predominantemente quantitativos, descritivos e transversais, e um deles (E66) era misto.

Os achados dos pesquisadores refletem os baixos índices da vigilância d**e** contatos intradomiciliares das pessoas com TB por dificuldades e falhas na sua operacionalização (E32, E42. E66, E89), contradições entre os relatos dos profissionais de saúde, alegando a realização desta ação, e os indicadores de busca de contatos (E42, E45, E66), falhas quanto à realização de consulta médica, solicitação de exames e processo terapêutico (E67 e E81), baixas taxas de busca ativa de faltosos ao acompanhamento clínico e terapêutico (E32 e E67), fragilidade no conhecimento dos profissionais durante a busca ativa (E67) e acentuado déficit na inclusão dos familiares desses contatos em seu processo terapêutico (E81 e E89). Por outro lado, foi apontado em um estudo, desenvolvido em São José do Rio Preto (SP), que a ESF realizou de maneira efetiva o controle desses contatos e até mesmo início de seu tratamento (E42).

O quadro 9 sintetiza as características da população estudada e os resultados apontados em cada um dos artigos incluídos nesta categoria:

Quadro 9. Caracterização dos estudos incluídos na categoria Controle dos contatos segundo código do estudo, delineamento metodológico, cenário, participantes e principais resultados. Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2021.

Estudo	Delineamento metodológico	Cenário	Participantes	Principais resultados
E32	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Nível Brasil	Todas as UBSs que aderiram ao PMAQ-AB no Brasil.	Foi apontado déficit na vigilância dos contatos intradomiciliares, um grande percentual de profissionais das UBS afirmaram não saber ou não responderam se realizam tal ação em seu território.
E42	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	São José do Rio Preto - SP.	Pessoas acometidas por TB pulmonar e Enfermeiros de referência ao programa de TB na APS.	Em comparação à UBS, a ESF realizou mais testes para avaliar os contatos e teve maior frequência de indicação para o tratamento com ILTB, porém não houve diferença na conclusão desses tratamentos. 84,6% dos enfermeiros relataram que o rastreamento de contato de pacientes com TB pulmonar era uma prioridade na APS e que essa atividade foi realizada em todos os pacientes com TB pulmonar, porém essas atividades não eram realizadas.
E45	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	15ª Regional de Saúde do estado do Paraná.	134 profissionais (enfermeiros e médicos)	Os dados sinalizam contradição entre as respostas, visto que os profissionais alegaram investigar a doença nos comunicantes, mas a variável "entrega do pote para realização do exame de escarro" obteve escore apenas regular, denotando que esta ação não é realizada com a frequência necessária.
E66	Estudo quantitativo e qualitativo, descritivo e transversal	Cori - AM	Profissionais de saúde.	Foi apontado que a busca ativa de comunicantes é realizada rotineiramente, mas somente 30% dos entrevistados responsáveis pela tarefa referiram realizar busca ativa faltosos, evidenciando uma contradição entre a norma técnica e a efetiva operacionalização delas na rotina do atendimento.
E67	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Pelotas - RS.	163 pessoas acometidas por TB pulmonar.	Observou-se que a consulta clínica dos contatos não é realizada como rotina no serviço. A solicitação de exames constitui-se de radiografia de tórax e exame de baciloscopia, não sendo utilizada a PT como determinante na identificação da ILTB. Foi

				apresentado baixa adesão dos contatos na realização dos exames solicitados. A investigação dos contatos intradomiciliares de TB apresentam fragilidades nas ferramentas utilizadas para a classificação de sintomáticos ou assintomáticos.
E81	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	João Pessoa- PB.	Pessoas acometidas por TB pulmonar.	A atenção ao comunicante pelos serviços de saúde restringe-se à busca de sintomáticos respiratórios e visitas no domicílio do doente. Destaca-se deficiência na investigação bacteriológica e radiológica, baixa capacidade dos serviços na inclusão dos familiares no processo terapêutico do doente de TB.
E89	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Bayeux - PB.	84 profissionais de saúde (17 médicos, 22 enfermeiros, 23 técnicos de enfermagem e 22 agentes comunitários de saúde.	O presente estudo aponta que a investigação de TB nos comunicantes domiciliares ocorre em apenas 67,9% dos entrevistados, que informaram “sempre” realizar tal procedimento, sendo que 63,1% o realizam por meio de exame radiológico. Quanto à inclusão de familiares no processo terapêutico do doente com diagnóstico de TB, 64,3% “sempre” envolvem a família no enfrentamento da doença.

5.5 Educação em Saúde

A promoção da educação permanente dos profissionais de saúde é a garantia da adesão nas medidas de biossegurança, promove a diminuição do retardo no diagnóstico e qualifica o tratamento da TB. Estratégias de informação, educação e comunicação sobre a TB auxiliam na detecção precoce da doença (BRASIL, 2018).

Dentre os estudos analisados, em 17 (17%) houve a investigação de aspectos específicos relacionados à educação em saúde no cenário da APS (E8, E9, E13, E20, E21, E36, E39, E44, E45, E47, E55, E58, E59, E66, E70, E89, E97, E98). As regiões em que as pesquisas ocorreram foram nordeste (sete estudos - 7%), sudeste (seis estudos - 6%), sul (quatro estudos - 4%) e norte (um estudo-1%). Os participantes das pesquisas foram profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e ACS), pessoas acometidas por TB, usuários das unidades de APS e demais serviços da RAS.

Os métodos de pesquisa contaram com 13 (13%) estudos quantitativos, descritivos e transversais (E8, E9, E13, E20, E36, E39, E44, E45, E47, E55, E58, E89, E97, E98), três (3%) estudos descritivos, transversais com uso da abordagem qualitativa (E21, E59, E70) e um (1%) estudo misto (E66).

Os achados dos pesquisadores refletem falta de qualificação, capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde atuantes no controle da TB (E13, E36, E39, E45, E55, E59, E66, E70, E98), baixo investimento financeiro na capacitação desses profissionais (E47), centralização desta atividade nos coordenadores dos PCT, repassando esses conhecimentos aos médicos e enfermeiros anualmente ou em determinadas demandas pontuais (E58), falhas na prevenção e promoção de saúde relacionada ao controle da TB como: campanhas, propagandas, trabalhos educativos, orientação, entre outros (E20, E47, E70, E89, E97), falta de conhecimento dos profissionais de saúde acerca da TB e seu controle (E8, E9, E2, E59, E98) e déficit na participação e representação da comunidade junto com a equipe de saúde na resolução dos problemas relacionados à TB (E45, E89, E97).

O quadro 10 sintetiza as características da população estudada e os resultados apontados em cada um dos artigos incluídos nesta categoria.

Quadro 10. Caracterização dos estudos incluídos na categoria Educação em Saúde segundo código do estudo, delineamento metodológico, cenário, participantes e principais resultados. Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2021.

Estudo	Delineamento metodológico	Cenário	Participantes	Principais resultados
E8	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Rio de Janeiro, Manaus e Recife.	135 profissionais de saúde (96 agentes comunitários de saúde e 39 auxiliares de enfermagem)	Observou-se que os profissionais auxiliares de saúde no Brasil apresentam importantes lacunas no conhecimento, apesar de terem percebido a importância da prevenção da TB entre os contatos.
E9	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Lagarto - SE	22 profissionais de saúde (enfermeiras)	Identificou-se, pelo estudo, o conhecimento superficial das enfermeiras na atuação contra a TB, o que dificulta a estratégia de controle da doença do município, tornando-se necessária a atualização das profissionais a respeito da temática analisada.
E13	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Porto Alegre - RS	109 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem)	A experiência abordada mostra a necessidade de qualificação de pontos basilares que podem prejudicar o ciclo da transferência da política do TDO da tuberculose e a sua operacionalização. Nesse sentido, cita se: o comprometimento da integração dos diversos níveis e atores da rede de saúde, a fragilidade no componente motivacional, a sentida falta de capacitação e educação permanente sobre o tema, a declarada infraestrutura deficitária dos serviços, a complexificação do processo de trabalho com a política, dentre outros.
E20	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Campinas-SP.	165 pessoas acometidas por TB pulmonar e 183 profissionais de saúde (enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem)	Observou-se que os entrevistados tiveram respostas discordantes quanto a orientação sobre a doença e sua prevenção, desenvolvimento de autonomia durante o tratamento, oferta de ações de acompanhamento de enfermagem como o TDO e incentivos.

E21	Estudo qualitativo, descritivo e transversal	15ª Regional de Saúde do Paraná.	Profissionais de saúde (20 enfermeiros e 10 médicos)	Foi apontado dificuldade da equipe em suspeitar de TB, mesmo diante de sinais e sintomas, e, em encontrar os sintomáticos respiratórios, seja por falta de informação da população, seja por despreparo da equipe.
E36	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Natal - RN	100 profissionais (35 enfermeiros, 22 técnicos em enfermagem, nove médicos e 34 ACS)	Observou-se déficit no requisito capacitação, sendo realizada esporadicamente. Também foi apontado déficit relacionado ao apoio de especialistas em TB para as equipes da APS.
E39	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	São José do Rio Preto - SP	137 pessoas acometidas por TB pulmonar	Os resultados apresentados incitam uma reflexão a respeito da qualificação dos profissionais de saúde na suspeição e diagnóstico da doença, da acessibilidade do sistema de serviços de saúde, ademais da coordenação do cuidado a partir da porta de entrada.
E44	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Rio Grande do Norte - RN	412 profissionais (387 enfermeiros, 16 médicos e 9 dentistas) e 1650 usuários	Referente às atividades educativas e de promoção à saúde direcionadas para a TB, 66,5% dos profissionais afirmaram que realizam tais atividades, enquanto a maioria dos entrevistados, cerca de 81,6%, relatou que a equipe promove atividades com grupos de intervenção educacional com enfoque em orientar sobre doenças transmissíveis, entre elas a TB, conforme a necessidade do território.
E45	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	15ª Regional de Saúde do estado do Paraná.	134 profissionais de saúde (78 enfermeiros e 56 médicos)	Menos da metade dos profissionais (46%) realizaram educação permanente em saúde, especificamente para as ações de controle da TB, 53% afirmaram terem recebido treinamento específico e 59% se consideraram qualificados para atender os casos de TB. O indicador referente a participação da comunidade para discutir problemas da TB, apresentou-se preocupante, visto que não ocorre.
E47	Estudo quantitativo,	São José do Rio Preto-	99 pessoas acometidas	Observou-se necessidade de investimentos na capacitação de

	descritivo e transversal	SP	por TB pulmonar	profissionais, não só no aspecto técnico-científico, mas principalmente com relação à importância do acolhimento e relacionamento humanizado com o usuário, especialmente no momento do diagnóstico da TB. Quando questionados sobre o conhecimento prévio da TB antes do diagnóstico, a maioria dos doentes (69%) relatou saber precariamente sobre a doença.
E55	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Vitória - ES	142 pessoas acometidas por TB pulmonar em tratamento	O presente estudo reconhece a necessidade de proporcionar aos profissionais de saúde uma capacitação mais aprofundada sobre o diagnóstico da TB a fim de que os casos sejam diagnosticados precocemente não só nas URPCT, mas em todos os serviços de saúde.
E58	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Cabedelo - PB	117 profissionais de saúde	Foi apontado que a responsabilidade das capacitações se centraliza na figura do coordenador municipal do Programa de Controle da Tuberculose (PCT). Os processos de capacitação ocorrem anualmente ou extraordinariamente quando requerem a introdução de novas demandas ou recomendações do Programa Nacional, estruturando-se sob a lógica normativa, vertical e programática, direcionados prioritariamente aos profissionais enfermeiros e médicos, os quais ficam encarregados de compartilhar as informações obtidas aos demais profissionais da equipe, que nem sempre se concretiza na rotina atribulada do serviço.
E59	Estudo qualitativo, descritivo e transversal	Foz do Iguaçu - PR	10 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem)	O presente trabalho identificou conhecimento insuficiente dos enfermeiros no que se relaciona à atenção à TB. Os resultados apontam para a necessidade de instituir um programa de educação permanente com o objetivo de qualificar os enfermeiros nos diferentes aspectos relacionados ao diagnóstico, tratamento e controle da TB, contribuindo para a descentralização das ações de atenção à TB e a implantação da estratégia DOTS.
E66	Estudo quantitativo e	Cori - AM	Casos notificados pelo	Somente 33,3% dos profissionais de nível superior, e, 14,8% dos

	qualitativa, descritivo e transversal		SINAN de pessoas acometidas por TB pulmonar e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, farmacêuticos bioquímicos e gerente do programa)	de nível médio, declararam ter sido capacitados para o controle de TB. Também não houve capacitação no âmbito gerencial do programa.
E70	Estudo qualitativo, descritivo e transversal	Município prioritário do Estado da Paraíba.	37 profissionais de saúde	Foi apontado que ações de educação em saúde são práticas incipientes e pouco expressivas no processo de trabalho desses profissionais. Em relação aos aspectos que dificultam a educação em saúde, os sujeitos do estudo expressam preocupações relacionadas ao trabalho em equipe, à falta de qualificação profissional permanente, à insuficiência de recursos humanos e à frágil articulação entre comunidade, profissionais de saúde e gestão pública do sistema de saúde.
E89	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Bayeux - PB	84 profissionais de saúde (17 médicos, 22 enfermeiros, 23 técnicos de enfermagem e 22 agentes comunitários de saúde)	O presente estudo aponta que os trabalhos educativos direcionados a comunidade, foi observado em apenas 52,4% dos entrevistados, que apontaram que “sempre” adotam esta prática. Quanto à participação de um representante da comunidade na estratégia de controle da TB, observa-se baixa representatividade social.
E97	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Ribeirão Preto - SP	100 pessoas acometidas por TB pulmonar	O presente estudo aponta que o desenvolvimento das ações de controle da TB pelos profissionais de saúde não envolve a comunidade. A participação da comunidade para discutir sobre a TB pelos profissionais, é preocupante o fato de que 95% dos doentes tenham relatado que nunca observou tal ocorrência, uma vez que 81% dos entrevistados se encontravam em tratamento supervisionado.

E98	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Vitória - ES	304 pessoas acometidas por TB pulmonar	O presente estudo apontou que os profissionais de saúde precisam estar mais qualificados para conduzir programas intensivos de busca de casos, a fim de reduzirem os atrasos na detecção e a transmissão da TB no nível da comunidade. Foi observado que os pacientes que procuravam os serviços de saúde com sinais e sintomas mais evidentes da doença devido ao atraso na busca pelo serviço, eram mais facilmente diagnosticados. O treinamento em Vitória não é regular e apenas quatro cursos foram realizados nos últimos 5 anos.

5.6 Gestão/Organização

Medidas gerenciais são primordiais para a prevenção da transmissão da TB, devendo ser baseadas no monitoramento do percurso do SR, agilizando seu atendimento e reduzindo seu tempo de permanência no serviço. Para a operacionalização das ações pode ser necessária a reorganização do fluxo de atendimento e capacitação da equipe de saúde (BRASIL, 2018). Diversas estratégias são importantes para o controle da TB, o que implica que a equipe de saúde trabalhe de maneira comprometida e sincronizada, dispondo de recursos e insumos adequados. Assim, a presente categoria está relacionada à organização das atividades desenvolvidas desde a porta de entrada dos serviços, recepção do usuário, agendamento de consultas e programação da prestação de serviços, com garantia de acesso às pessoas que procuram as unidades de saúde (BRASIL, 2019).

Dentre os estudos analisados, em trinta e sete (37%) investigou-se aspectos específicos relacionados à organização dos serviços de saúde no cenário da APS (E2, E3, E6, E10, E11, E14, E15, E18, E19, E21, E22, E23, E25, E27, E38, E40, E43, E44, E47, E49, E50, E51, E60, E64, E65, E66, E68, E73, E75, E76, E77, E79, E93, E94, E99 e E102). As regiões em que as pesquisas ocorreram foram nordeste (15 estudos - 15%), sudeste (12 estudos - 12%), sul (sete estudos - 7%), nível Brasil (quatro estudos - 4%) e norte (um estudo - 1%). Os participantes das pesquisas foram profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e ACS), pessoas acometidas por TB, usuários das unidades de APS e outros serviços das RAS.

Os métodos de pesquisa contaram com treze (13%) estudos quantitativos, descritivos e transversais (E2, E3, E6, E10, E11, E14, E15, E18, E19, E21, E22, E23, E25, E27, E38, E40, E43, E44, E47, E49, E50, E51, E60, E64, E65, E66, E68, E73, E75, E76, E77, E79, E93, E94, E99, E102), seis (6%) estudos descritivos, transversais com uso da abordagem qualitativa (E14, E21, E49, E77, E93, E94), três (3%) estudos descritivos, transversais com uso da abordagem mista (E66, E76, E99), um (1%) estudo reflexivo (E64), um (1%) estudo informativo (E65) e um (1%) estudo ecológico de série temporal (E68).

Os achados dos pesquisadores demonstram dificuldades na capacidade organizacional, fragilidades estruturais e processuais de trabalho (E2, E3, E10, E18, E23, E25, E27, E40, E44, E47, E60, E65, E66, E75, E76, E79), falhas nos sistemas de informação e registros nos serviços de saúde da APS para o controle da TB (E18, E22, E44, E49, E50, E73) e alta rotatividade de profissionais, que influenciou negativamente na organização dos serviços de saúde (E23, E25, E27). Apontou-se em diversas pesquisas necessidade de reorganização e qualificação dos gestores, coordenadores e equipes de saúde para alcance de êxito no funcionamento dos serviços de saúde para controle da TB (E6, E11, E14, E25, E50, E75, E77, E93, E94). Ainda, foi encontrada a necessidade de

descentralização dos serviços de saúde oferecidos na APS (E19, E21, E38, E47, E60, E75, E102), e necessidade de maior articulação da APS com a comunidade (E15, E18, E19, E60, E65, E93, E94).

Um dos estudos (E43) trouxe evidências acerca de áreas prioritárias para o controle e a vigilância da TB e um perfil da população atingida pela doença, abordando importantes aspectos em termos de gestão e organização dos serviços de saúde com vistas à efetividade da APS. Em outros dois estudos (E47 e E49) foram apontadas falhas no dimensionamento de pessoal, sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde alocados nos serviços e dificuldades na articulação das ações prestadas (E47, E49).

No estudo E51 observou-se importantes dificuldades de acesso, especialmente relacionadas à distância geográfica entre as unidades de saúde e moradia das pessoas em tratamento. Portanto, foi apontado a necessidade de avançar no processo de descentralização da atenção à saúde em determinados contextos.

O estudo E60 também apontou dificuldades organizacionais dos serviços de saúde, trazendo a realidade organizacional dos serviços de saúde de uma cidade de tríplice fronteira internacional, que se depara com a complexidade sanitária ligada ao planejamento de estratégias conjuntas para o controle de doenças infecciosas em espaços transnacionais, contexto no qual o convívio de pessoas é constante e se dá sem demarcação territorial, mas com acesso a serviços de saúde diferentes e que não se comunicam.

O estudo E64 trouxe aspectos relacionados ao protagonismo do profissional enfermeiro na gestão do programa de TB, a falta de autonomia enfrentada pelo gerente local e a falta de estrutura física nos serviços de saúde. Ainda, um novo paradigma foi destacado em determinado estudo, em que as ações de controle da TB restringiam-se à sede do município pesquisado, sem programação, metas ou estratégias dirigidas à área rural, gerando falhas na organização da gestão desses serviços de saúde. Identificou-se também déficits de estrutura física e condições inadequadas de atendimento (E66). No estudo E99, foi ressaltado o desinteresse e desconhecimento dos gerentes em relação ao PCT, demonstrando que eles apresentam uma visão limitada quanto à problemática da TB no território em que trabalham.

Apesar dos desafios anteriormente apresentados, um estudo demonstra aspectos positivos acerca da gestão de determinado município, no qual foi realizado um investimento nos serviços de APS tanto na educação permanente, quanto no aumento do número de equipes, repercutindo na evolução dos indicadores relacionados ao controle da TB (E68).

O quadro 11 sintetiza as características da população estudada e os resultados apontados em cada um dos artigos incluídos nesta categoria.

Quadro 11. Caracterização dos estudos incluídos na categoria Organização/Gestão segundo código do estudo, delineamento metodológico, cenário, participantes e principais resultados. Brasil, 2021.

Estudo	Delineamento metodológico	Cenário	Participantes	Principais resultados
E2	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa.	Cinco macrorregiões brasileiras	Profissional de referência da equipe de AB	Este estudo aponta resultados importantes para o controle da TB na AB, indicando que mais de 80% das UBSs brasileiras avaliadas não possuem todos os itens que compõem o conjunto de ações para o cuidado e controle da doença. Os resultados demonstram fragilidade nas estruturas e no processo de trabalho da AB em relação ao controle da TB em todas as regiões brasileiras.
E3	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa.	Municípios do estado do Maranhão	Casos de TB pulmonar detectada, dados obtidos através do SINAN	Apenas 28,8% das UBS possuíam estrutura mínima adequada para avaliação de casos suspeitos de TB. Os municípios com um nível mais alto de adequação da UBS apresentaram um número maior de casos de TB detectados. Serviços de saúde maias bem estruturados na atenção primária podem estar associados a uma melhor detecção e / ou notificação de casos de TB.
E6	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa.	Rio de Janeiro - RJ	174 profissionais de saúde (18 médicos, 21 enfermeiros, 20 técnicos de enfermagem e 115 Agentes Comunitários de Saúde)	Foi observado que o baixo tempo de exercício da função pelos profissionais entrevistados, representa desafios quanto à qualificação dos profissionais para assumirem as responsabilidades inerentes ao controle da tuberculose em nível local. Sendo apontado necessidade dos gestores desenvolverem estratégias de captação e fixação desses profissionais no ambiente de trabalho e de apoio efetivo por parte dos outros níveis de atenção.
E10	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa.	5 macrorregiões brasileiras	Serviços de APS	Foram apontadas diferenças no território brasileiro em relação à presença de infraestrutura e instalações de alta qualidade. Os resultados apontam fatos de ainda existirem lacunas no controle da TB, sendo necessárias melhorias para qualificar os serviços de APS no Brasil. Identificou-se pontos fracos no Brasil em relação

				ao controle da TB.
E11	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa	Natal - RN	100 profissionais de saúde (9 médicos, 35 enfermeiros, 22 auxiliares ou técnicos em enfermagem e 34 ACS)	Observou-se que a oferta e execução dos serviços de APS às pessoas com TB no município apresentam capacidades limitada e básica, o que corresponde às situações mais desfavoráveis. Ressalta-se a falta de interesse dos gerentes das unidades de saúde em cumprir as metas de atendimento às pessoas com TB, assim como, um desalinhamento entre os membros das equipes e das gestões em buscarem as metas de atendimento e acompanhamento dos casos que podem ter influência, tanto da falta de incentivo, como de desconhecimento das necessidades de saúde.
E14	Descritivo, transversal, abordagem qualitativa	Município do Sul do Brasil	5 profissionais de saúde (coordenadores e gestores dos programas de controle da tuberculose e o secretário de saúde)	Foi observado a necessidade de os gestores e coordenadores se apropriarem melhor tanto do referencial teórico da transferência de políticas públicas quanto dos próprios mecanismos de planejamento em si, incluindo, nesse sentido, uma proposta de reorganização e qualificação do processo difusor, prático-operativo e político-organizativo.
E15	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa	Natal - RN	100 profissionais de saúde (35 enfermeiros, 22 técnicos em enfermagem, 9 médicos e 34 ACS)	Os resultados mostram que a articulação da APS com a comunidade apresenta déficit em todas as unidades de saúde estudadas. Isso foi evidenciado quanto articulação, parcerias e conselhos locais de saúde apresentaram capacidade limitada. Por outro lado, foi possível conhecer o papel positivo desempenhado pelo ACS na equipe multiprofissional e com a comunidade no manejo clínico do paciente com TB.
E18	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa	Municípios das Regiões Nordeste, Sudeste e Sul do Brasil	618 profissionais de saúde (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, ACS e médicos)	A capacidade organizacional dos serviços de APS nos municípios pesquisados, apresenta avaliação desfavorável para o acesso aos sistemas de monitoramento/vigilância, planejamento, capacitação e articulação com a comunidade para o controle da tuberculose, quesitos os quais influenciam a viabilização das políticas para mudanças no modelo de atenção à tuberculose como condição

				crônica.
E19	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa	Natal - RN	100 profissionais de saúde (35 enfermeiros, 9 médicos, 22 Técnicos em Enfermagem e 34 ACS	Observou-se que as ações de planejamento e monitoramento para o controle da TB, ainda não são realizadas de forma integrada pelos profissionais de saúde. Apesar de terem sido satisfatórias as recomendações do MS, observou-se que ainda há um déficit, principalmente em relação às informações aos portadores de TB relacionadas ao seu plano de cuidado e aos programas comunitários, que não estabelecem comunicação com as US.
E21	Descritivo, transversal, abordagem qualitativa	15ª Regional de Saúde (RS) do Paraná (Brasil)	30 profissionais de saúde (20 enfermeiros e 10 médicos)	Os achados do estudo trazem à luz problemas inerentes à sociedade como um todo, de ordem política e social, bem como do sistema de saúde e da organização dos serviços de saúde que o compõem. Contudo, salienta-se a importância da ESF no processo de descentralização dos serviços de atenção primária, e no acesso equitativo e integral do paciente.
E22	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa	Natal - RN	100 profissionais de saúde (22 eram técnicos ou auxiliares de enfermagem, 10 médicos, 34 enfermeiros e 34 ACS)	Foi apontado que os sistemas de informação clínica no município apresentaram capacidade razoável. Por outro lado, observou-se pouca influência dos avisos e alertas para profissionais de saúde emitidos pela Vigilância Epidemiológica, laboratórios, entre outros, retorno de informações, informações sobre portadores de TB em risco para, abandono, falência e óbito e plano de cuidado para os portadores de TB, os quais apresentaram capacidade básica.
E23	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa	Pelotas - RS	276 profissionais de saúde (89 médicos, 74 enfermeiros e 113 técnicos ou auxiliares de enfermagem)	A rotatividade dos recursos humanos e o cumprimento de horário pelos profissionais foram insatisfatórios, refletindo no tempo médio destinado aos atendimentos e a demora superior a 60 minutos na sala de espera da consulta médica. Além dos aspectos organizacionais, observou-se barreiras geográficas, como: a necessidade do uso de transporte motorizado no deslocamento do SR até o serviço de saúde para obtenção de atendimento.

E25	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa	Foz do Iguaçu - PR	225 profissionais de saúde	A avaliação do controle da TB apontou cobertura parcial em relação à estrutura das Unidades de APS. Os componentes "estrutura" e "processo" apontam algumas fragilidades em termos de gestão e organização dos recursos humanos. A baixa frequência de treinamentos e a rotatividade, influenciaram no envolvimento dos profissionais.
E27	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa	São José do Rio Preto - SP	239 profissionais de saúde (1 enfermeiros, médicos, auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS)	Os resultados apontam para o reconhecimento das questões limitantes ao controle da TB nos serviços da APS, sendo identificadas: fragilidade no envolvimento dos profissionais junto às ações de controle; verticalização centralizada das ações de controle no âmbito da APS; rotatividade de profissionais; debilidades no processo de capacitação profissional; necessidade de avançar na articulação entre os pontos de atenção à saúde e debilidades quanto às estratégias de monitoramento das ações de controle da TB desenvolvidas no contexto da APS.
E38	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa	Município do Nordeste brasileiro	156 profissionais da saúde (enfermeiros)	O presente estudo aponta resultados que permitem a reflexão de uma prática fragmentada nas consultas de enfermagem, o que pode contribuir como deficiência na operacionalização do Plano de Controle da Tuberculose. A Consulta de Enfermagem, pode favorecer o desenvolvimento dos programas de saúde e a minimização de entraves que permeiam o controle da TB.
E40	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa	Ribeirão Preto - SP	355 profissionais de saúde	Observou-se que em termos de qualidade da APS a maioria das unidades estava dentro de padrões satisfatórios; no entanto, dois dos atributos avaliados foram considerados regulares: Sistemas de Logística e Sistema de Governança. Também foi apontado que houve avanços na coordenação das Redes de Atenção à Saúde, o que tem se mostrado uma tendência positiva, embora os níveis não sejam excelentes.
E43	Descritivo, transversal,	Ribeirão Preto - SP	169 pessoas acometidas	A investigação mostrou áreas prioritárias para o controle e

	abordagem quantitativa		por TB	vigilância da tuberculose e um perfil de população atingida, evidenciando aspectos importantes a serem considerados em termos de gestão e organização dos serviços de saúde com vistas à efetividade da Atenção Primária à Saúde.
E44	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa	Rio Grande do Norte - RN	412 profissionais de saúde (387 enfermeiros, 16 médicos e 9 dentistas)	Foi apresentada a inexistência de protocolos assistenciais em determinados serviços de saúde, foi encontrado um percentual elevado de equipes que não dispõe de registros internos acerca dos usuários com TB. Porém, referente ao acolhimento dos usuários nos serviços de saúde evidenciou-se um bom nível de satisfação em relação às orientações prestadas pelos profissionais.
E47	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa	São José do Rio Preto - SP	99 pessoas acometidas por TB	O resultado do estudo relata indícios de que a organização da AB apresenta fragilidades referentes às ações de saúde, o acesso, o acolhimento e o vínculo, que interferem na busca pela AB como porta de entrada. Foi observado deficiências no dimensionamento de recursos humanos na AB e consequente sobrecarga de trabalho. Este fato dificulta a programação de ações de prevenção e a participação dos profissionais em capacitações, acarretando a centralização das informações em alguns profissionais que, com frequência, não as repassam ao restante da equipe.
E49	Descritivo, transversal, abordagem qualitativa	Natal - RN	11 profissionais de saúde (enfermeiras)	Foi evidenciado que os registros utilizados não são informatizados em todas as unidades de saúde, fato que dificulta a interação entre os serviços de referência e as unidades no processo de cuidado ao paciente. Constatou-se também dificuldade na articulação das ações da equipe e sobrecarga de trabalho da enfermeira, com comprometimento da assistência prestada.
E50	Descritivo, transversal, abordagem quantitativo.	Regiões do Nordeste e Sudeste do Brasil.	Profissionais de saúde	Foi apontada a necessidade de implantação de ações para melhorar os indicadores avaliados neste estudo (Recursos humanos, Recursos físicos, Organização do serviço). Sendo o indicador com melhor desempenho avaliado: disponibilidade de insumos, e o

				indicador de pior desempenho avaliado: capacitação e acesso a instrumentos de registros.
E51	Descritivo, transversal, abordagem quantitativo	Três capitais do Nordeste do Brasil	Pessoas acometidas por TB	Foi observado altos percentuais de acessos dificultados aos serviços de saúde, devido à distância geográfica entre os serviços e a residência dos pacientes. Entende-se que para se obter resposta efetiva no tratamento da TB é necessário não só a transferência dos serviços de atenção à saúde para a atenção básica, mas também a estruturação das unidades de saúde para atender de forma integral os pacientes. Porém, no Brasil, o processo de descentralização para o controle da tuberculose tem sido extremamente lento e complexo.
E60	Descritivo, transversal, abordagem qualitativa	Foz do Iguaçu-PR	10 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem)	O presente estudo apontou dificuldades da organização do controle da TB, tratando-se de uma cidade de tríplice fronteira internacional, que se depara com uma complexidade sanitária. Sendo, um planejamento de estratégias conjuntas para o controle de doenças infecciosas em espaços transnacionais, onde o convívio de pessoas é constante sem demarcação territorial, mas com acesso a serviços de saúde diferentes que não se comunicam. Onde existe uma centralização das ações de controle da TB em um ambulatório, fato que dificulta o acesso resolutivo na busca de atenção e cuidado focado na família e comunidade.
E64	Estudo de caráter reflexivo	Nível Brasil	Profissionais de saúde	O presente estudo apontou que o programa de gestão da tuberculose na UBS é caracterizado por um grande esforço do profissional enfermeiro. Os principais desafios que surgem do próprio sistema de saúde, resultam em falta de autonomia do gerente local e estrutura física inadequada para trabalhar com a tuberculose.
E65	Descritivo, informativo	Nível Brasil	Serviços de Saúde	O presente estudo apresentou uma análise acerca das ações de controle da TB, onde foi identificado problemas de caráter

				organizacionais, políticos, técnicos, operacionais, estigmatizantes, culturais e sociais. Sendo considerado a adoção de mecanismos de gestão que contemplem ações voltadas para a prática de saúde participativa, coletiva, integral, vinculada à realidade da comunidade e capaz de ultrapassar as fronteiras das unidades de saúde.
E66	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa e qualitativa	Coari - AM	Casos notificados pelo SINAN de pessoas acometidas por TB pulmonar e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, farmacêuticos bioquímicos e gerente do programa)	Observou-se que na avaliação da dimensão contexto organizacional os indicadores selecionados, mostraram que as ações de controle da TB restringem-se à sede do município, sem programação, metas ou estratégias dirigidas à área rural. Na dimensão estrutura física das UBS, detectou-se déficits estruturais na sala de vacina, condições inadequadas de ventilação e iluminação natural na maioria dos consultórios, ausência de laboratório para coleta e realização de baciloscopia de escarro, nem local específico para atendimento de sintomáticos respiratórios ou com diagnóstico de TB.
E68	Estudo ecológico de série temporal	Curitiba - PR	Serviços de Saúde	O presente estudo observou uma correção no direcionamento das ações de controle da Tuberculose. Foi realizado um investimento no Programa Saúde da Família tanto na capacitação continuada dos profissionais como no aumento do número de equipes, que repercutiu de forma positiva no número de pessoas atendidas, no aumento no número de exames para diagnóstico realizados, redução do número de casos novos, redução da proporção de abandono do tratamento e da taxa de mortalidade relacionada à TB.
E73	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa	Ribeirão Preto - SP	23 pessoas acometidas por TB, 16 profissionais de saúde e 17 gerentes de UBS	O presente estudo apresentou que grande parte das ações de coordenação durante o processo de assistência tem ocorrido de maneira satisfatória. Entretanto, no processo de referência e contrarreferência do doente de TB, identificou-se descontinuidade

				do fluxo de informação, sem um sistema de informação que integre os serviços otimizando a coordenação do doente no sistema, necessidade de ampliar a participação do doente no processo decisório do seu tratamento.
E75	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa	Municípios do Departamento da Regional de Saúde III do Estado de São Paulo	122 pacientes notificados com TB no TBWEB e 6 profissionais responsáveis pelo programa de TB	Muitas ações de controle da TB na região apresentam-se centralizadas em um único município. Como fragilidades do programa apontam a falta de capacitação da equipe, de ambiente adequado para o atendimento e a demora nos resultados de exames, além da ausência de médicos especialistas e enfermeiros com dedicação exclusiva para o programa.
E76	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa e qualitativa	Município do Estado de São Paulo	77 pessoas acometidas por TB	Foram observados aspectos como critérios para a realização do TDO e proximidade do serviço à moradia do doente influenciam na satisfação, o que leva à necessidade de reorganização dos serviços de saúde para que eles propiciem uma atenção adequada aos doentes de TB. Não somente atingir uma alta cobertura do TDO conforme evidenciado no estudo, mas também na forma como esses serviços de saúde se organizam para propiciar uma atenção e acompanhamento adequado aos doentes de TB.
E77	Descritivo, transversal, abordagem qualitativa	João Pessoa - PB	16 profissionais de saúde (apoiadores matriciais)	Os resultados demonstraram que há contradições entre a proposta do plano municipal de saúde e o discurso dos gestores no que tange às ações de controle da tuberculose. Conclui-se que as evidências concorrem para o diagnóstico tardio da doença e que há a necessidade de qualificar os gestores para melhor compreensão do controle da doença.
E79	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa	Teresina - PI	286 profissionais de saúde (64 médicos, 76 enfermeiros, 68 auxiliares de enfermagem e 78	O estudo possibilitou compreender os fatores que dificultam o funcionamento do PCT no cotidiano de trabalho das equipes de Saúde da Família, na condição de indicativos de deficiências estruturais e organizacionais (previsão de insumos, capacitação insuficiente dos profissionais, burocracia), que tem grande

			agentes comunitários de saúde)	influência no desempenho destas equipes.
E93	Descritivo, transversal, abordagem qualitativa	João Pessoa - PB	6 profissionais de saúde (apoiadores matriciais)	Foi apontado problemas que impactam negativamente sobre o controle da TB, no município, sendo a escassez de ações voltadas à promoção de ações intersetoriais, a pouca participação da comunidade no combate à doença, a falta de qualificação técnica dos profissionais em relação à temática da TB e a condição social desfavorável da grande maioria das pessoas acometidas pela doença.
E94	Descritivo, transversal, abordagem qualitativa	João Pessoa - PB	37 profissionais de saúde	Foi apontado escassez de ações voltadas à promoção de ações intersetoriais, pouca participação da comunidade no combate à doença, a falta de qualificação técnica dos profissionais em relação à temática da TB e a condição social desfavorável da grande maioria das pessoas acometidas pela doença.
E99	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa e qualitativa	Município do interior de São Paulo	14 profissionais de saúde (gerentes)	O presente estudo ressalta o desinteresse e desconhecimento dos gerentes em relação ao PCT, mostrando-os alienados em relação à problemática da TB na sua área de abrangência. Sendo assim, o compromisso político dos gerentes fica comprometido, dado que eles são responsáveis pelo planejamento, organização, direção e controle dos programas.
E102	Descritivo, transversal, abordagem quantitativa	Feira de Santana - BA	100 pessoas acometidas por TB e 14 profissionais de saúde	Os dados do presente estudo revelaram diferentes graus de concordância entre os doentes e os profissionais, com as melhores avaliações sendo realizadas pelos profissionais e as piores pelos doentes. Onde foi definido que a atenção a TB ainda é centralizada na Unidade de Referência, não sendo definidas as responsabilidades na APS.

6. DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

O presente estudo trouxe uma quantidade expressiva de artigos encontrados durante as buscas nas bases de dados, contando com 102 artigos científicos selecionados para composição da presente dissertação, sendo que a maioria desses artigos eram publicações do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), fato que demonstra que a preocupação com a TB no contexto da APS é significativa.

Os resultados apresentam baixa prevalência de prática das ações de controle da TB no cenário da APS, fato que evidencia as dificuldades da TP nesse contexto, sendo que a TP habitualmente é realizada diante da insatisfação de uma política já existente ou quando um problema precisa ser resolvido no país. O fator encorajador para os tomadores de decisão utilizarem a TP, é o fato da economia de tempo e recursos empregados para o desenvolvimento de novas políticas (CARVALHO, 2012).

As seis categorias que compuseram a presente dissertação, foram pautadas no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2018). A primeira categoria abordada “Busca por Sintomáticos Respiratórios”, está relacionada a uma ação primordial para o controle da TB e que garante a identificação dos suspeitos e acometidos pela doença. Ainda que a BSR deva ocorrer em todos os serviços da RAS, a presente ação deve ocorrer essencialmente por meio da APS (MENDES, 2015).

Dentre as políticas do SUS, a ESF tem sido a prioritária para organização da APS e reorientação do modelo de atenção, sendo interpretada como porta preferencial para acesso aos recursos do SUS. As equipes da ESF devem ser responsáveis por uma determinada população, definida por meio da territorialização, que está apoiada em um método observacional sistemático que analisa e compreende expressões geográficas das ações humanas. Essa territorialização sustenta as equipes de saúde e ajuda a elaborar diagnósticos de situações de saúde e de condições de vida para caracterizar necessidades, riscos, vulnerabilidades à saúde, situações-problema, bem como a reconhecer populações específicas e suas singularidades. Sendo assim, a territorialização se enquadra como eixo organizador e integrador das práticas de saúde (promoção, proteção, diagnóstico e reabilitação) (MENDONÇA et al., 2018).

Haja vista as questões anteriormente descritas, a BSR deve ser uma ação realizada permanentemente por todos os serviços de saúde, principalmente na APS, quando implementada de maneira correta e eficaz seu impacto tem grande significado no controle da doença, já que possibilita um aumento do número diagnósticos de TB (BRASIL, 2018).

A TP da ação da primeira categoria abordada para a APS demonstra a necessidade de sensibilização e conhecimento dos profissionais de saúde para a realização da BSR, bem como o comprometimento da equipe de saúde diante dos protocolos e métodos de trabalho estabelecidos pelo PNCT.

No entanto, outros estudos trazem resultados semelhantes ao da presente pesquisa, como Crispim et al. (2011) que obtiveram em sua pesquisa as respostas “nunca” ou “quase nunca” quando os ACS foram questionados se as ações de BSR aconteciam no contexto das ESF, o que demonstra a ausência das ações de controle da TB no contexto da APS.

Cunha (2012), também observou em seu estudo que a BSR não acontece adequadamente, sendo os profissionais de saúde aqueles que esperam que o sintomático respiratório busque a unidade para atendimento, ao invés de realizarem a captação conforme preconizado pelo MS.

Façanha et al. (2009) trouxe em sua pesquisa dificuldades de identificação do sintomático respiratório, porém, evidenciou um aumento significativo no número de casos de TB detectados na comunidade após um treinamento e sensibilização da equipe para promover a identificação de casos de TB. Os autores também apontaram que a manutenção de uma equipe treinada, atualizada e estimulada para a detecção precoce dos casos, contribui para um melhor controle da doença.

Na Paraíba, Nóbrega et al. (2010) trazem relatos acerca desse tema, estudo no qual foi observada a disponibilidade de recipientes para realização da baciloscopia e o improviso diante da falta desse insumo, um fator limitante à realização do procedimento de coleta de escarro e, além da falta de insumos, referiu-se ainda a falta de orientação para a realização do exame, comprometendo a qualidade do material e, consequentemente, do exame.

Diante das questões supracitadas, segue-se com o raciocínio de que o sucesso da BSR contribui com o diagnóstico oportuno, rápido e eficaz da TB, o que se refere à segunda categoria abordada na presente pesquisa: o “Diagnóstico”. A TP dessa ação para a APS requer diversos eventos, como elevados índices de diagnósticos realizados por esses serviços, curto período de tempo para o diagnóstico, a conquista da APS em se tornar a principal porta de entrada por meio do reconhecimento e aceitação da população, bem como a capacitação dos profissionais de saúde para a solicitação de exames.

Mendonça et al. (2018) consideram que a APS deveria ser a porta de entrada do sistema se não fosse por alguns entraves dificultam essa ação, como a preferência da população por atendimento pontuais e rápidos, falta de profissionais capacitados, dificuldade de acesso e baixa

capacidade de resolução das necessidades apresentadas pelas pessoas que procuram por atendimento.

No entanto, outros estudos trazem resultados semelhantes ao da presente pesquisa como, Lopes, Vieira e Lana (2015), que salientam que a APS demonstra pouca atuação na realização de diagnósticos quando comparada aos serviços de urgência e ao serviço especializado, comprovando diferenças nas capacidades diagnósticas entre os serviços. Esses autores também observaram que as pessoas com TB são continuamente diagnosticadas em outras portas de entrada do sistema de saúde que não a APS, fato que também corrobora com o presente estudo.

Campos, Fonseca e Pessini (2012) evidenciaram falhas nas hipóteses diagnósticas da TB entre SR atendidos e baixa solicitação de exames, tendo como consequência o diagnóstico tardio e consequentemente carência do cumprimento das normas preconizadas pelo programa por parte dos profissionais. Além disso, Oliveira (2013) aponta a necessidade dos SR irem repetidas vezes ao serviço de saúde em busca de diagnóstico, o que também atrasa sua confirmação. Dentre uma das alternativas de conseguir maior agilidade no atendimento e diagnóstico, está a busca por serviços de urgência e emergência, realidade trazida pelo estudo de Costa et al. (2012).

No estado de Minas Gerais-MG também foram observados resultados próximo ao da presente pesquisa. Em média 30% dos SR não realizaram baciloscopia, além de ter sido observado alguns que também não realizaram cultura de escarro, fato que indica baixa solicitação desse exame pelos profissionais de saúde (AUGUSTO et al., 2013).

Sendo assim, quando se observa a importância do sucesso da categoria “Diagnóstico”, deparamo-nos com a consequência de um tratamento imediato, efetivo e que leve a pessoa à cura. É fundamental para o sucesso do tratamento da TB a realização do acolhimento da pessoa com TB pelo profissional de saúde, desde o diagnóstico até sua alta, bem como o estabelecimento de vínculos por meio de práticas como a escuta de saberes, dúvidas e angústias, identificação de vulnerabilidades e abordagem humanizada, aspectos que auxiliam em todo o processo de descoberta diagnóstica e adesão terapêutica (BRASIL, 2018).

Na terceira categoria, “Tratamento/Acompanhamento Clínico” observou-se que a TP para a APS e sua efetivação requerem a diminuição dos índices de abandono do tratamento, o aumento de taxas de cura da TB, a efetivação do todo e elevadas taxas de cobertura do TDO no Brasil, além da oferta de incentivos sociais à pessoa em tratamento, a fim de melhorar a adesão ao TDO. Além disso, torna-se também necessária a cessação/diminuição das barreiras organizacionais e estruturais dos serviços de saúde, juntamente com o perfil socioeconômico

da pessoa com TB em tratamento, fatores esses que implicam na implementação e adesão ao TDO.

No entanto, outros estudos trazem resultados semelhantes ao da presente pesquisa, em especial das dificuldades relacionadas à efetivação dessa prática, como em trabalho realizado em Juiz de Fora – MG, que apresentou 18,5% de taxa de abandono e apontou que essas informações foram negligenciadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (PEREIRA et al., 2015).

Souza et al. (2009) confirmou em sua pesquisa baixos índices de unidades que alcançaram as metas de cura estabelecidas pelo PNCT. Queiroz e Bertolozzi (2010) apontaram que, na cidade de São Paulo, os incentivos sociais podem gerar situações constrangedoras: por um lado, pacientes pessoas que necessitam desse incentivo devido a sua condição social e econômica, que em geral beira a exclusão; por outro lado, os profissionais temem assegurar esse recebimento, em especial quando ele não é fornecido regularmente.

Wendling, Modena e Schall (2012) trazem em sua pesquisa relatos acerca da falha na integralidade das ações acerca do tratamento de TB nos serviços de saúde, fato que demanda melhoria organizacional e processos de educação permanente das equipes para enfrentar o abandono e elaborar novas alternativas para ampliar a adesão e conclusão do tratamento. Apesar dos desafios inerentes a esse processo, em 2019 observou-se um aumento na proporção de casos diagnosticados e acompanhados por serviços de APS, visto que 54,0% dos casos novos de TB foram notificados por unidades de APS, e 61,4% foram acompanhados por esse tipo de serviço (BRASIL, 2020).

Diante de toda explanação, depara-se com a necessidade de êxito da categoria "Tratamento" para o controle da TB, visto que quando uma pessoa é diagnosticada com TB e inicia seu tratamento, devem ser avaliadas de forma sistemática pela equipe de saúde. Em torno de 3,5% a 5,5% dos membros da família ou dos contatos próximos a uma pessoa com TB apresentam a doença prévia, porém não diagnosticada, fato que reforça a necessidade do controle de contatos para a identificação precoce de casos e redução da transmissão da doença (BRASIL, 2019).

À vista disso, na quarta categoria "Controle dos Contatos", foi observado que a TP para a APS requer vigilância e busca ativa dos contatos intradomiciliares da TB, acompanhamento dos contatos no quesito consulta médica, solicitação de exames e processo terapêutico, que se expressa por meio de visitas domiciliares e controle desse público.

Contudo, outros estudos trazem resultados semelhantes ao da presente pesquisa. Hartwig et al. (2008) apontam que 15% dos contatos intradomiciliares foram examinados,

mostrando uma importante deficiência nas ações de vigilância em TB. Investigação realizada por GAZETTA et al. (2002) identificou que a cobertura de exames realizados em comunicantes era de apenas 37%, evidenciando os desafios inerentes a essa prática.

Nota-se a nítida dificuldade apontada na categoria "Controle de Contatos", permitindo observar a real necessidade de ações conjuntas de capacitação e de sensibilização dos profissionais quanto aos aspectos relacionados à transmissão, diagnóstico e tratamento da TB (BRASIL, 2018).

Na quinta categoria, "Educação em Saúde" a fim de trazer pontos importantes desse conceito no controle da TB, foi observado que sua TP para a APS requer capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde atuantes no controle da doença, realização de ações de prevenção e promoção de saúde relacionadas ao controle da TB como campanhas, propagandas, trabalhos educativos, dentre outros, e participação da comunidade junto à equipe de saúde na resolução dos problemas relacionados à TB.

Outros estudos trouxeram resultados semelhantes ao da presente pesquisa, como o de Macedo et al. (2016), que obteve resultado de 44% das capacitações dos profissionais realizadas esporadicamente e apenas 12% relataram possuir ótima capacidade por meio das capacitações sistematicamente realizadas. Santos, Nogueira e Arcêncio (2021) mostraram que 86% dos profissionais relataram ter sido capacitados pelo PCT e 69,5% referiram que a capacitação foi suficiente para realizar as ações preconizadas pelo PNCT. No estudo de Costa et al. (2020), foi observado o direcionamento restrito da atuação dos profissionais da APS na realização de ações educativas pontuais, muitas vezes individuais, relacionadas à doença, situação que pode ser pouco efetiva para o controle da TB. Nas práticas de educação em saúde é observado os profissionais de saúde que realizam a prevenção e a promoção, os gestores que apoiam esses profissionais e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente (FALKENBERG, 2014).

Face ao exposto, é compreensível a alta fragmentação do sistema de saúde. Mesmo diante da expansão da cobertura de serviços, a APS sofre dificuldades para ocupar seu lugar de centro ordenador da RAS e coordenação clínica do cuidado (MENDONÇA et al., 2018), o que impacta na organização dos serviços de saúde. Frente a isso, foi proposta a sexta categoria "Organização dos Serviços de Saúde", que visa a qualidade dos serviços de saúde. Observou-se que a TP de controle da TB para a APS requer capacidade organizacional dos serviços de saúde, necessidade de reorganização e qualificação dos gestores, coordenadores e equipe de saúde para o êxito no funcionamento dos serviços de saúde para controle da TB, necessidade da descentralização dos serviços, diminuição das fragilidades estruturais e processuais de

trabalho, presença de serviços de saúde estruturados e qualificados para melhor desempenho na detecção e controle da TB, sistemas de informação funcionantes e eficazes e articulação da APS com a comunidade, que podem contribuir com a qualificação do controle da TB.

Outros estudos trouxeram resultados semelhantes ao da presente pesquisa. Oliveira et al. (2016) observaram que a gestão é pautada no modelo tradicional, no qual suas decisões são baseadas exclusivamente na figura do gerente, sendo apontada a necessidade de os gestores desenvolverem capacidades acerca de suas realidades e práticas laborais, ampliando seu rol de ações. Trigueiro et al. (2011) mencionam em sua pesquisa ausência de planejamento e falta de articulação entre os gestores, retratando uma gestão vertical que induz à fragmentação do processo de trabalho, além de demonstrar o acúmulo de funções entre os coordenadores e a alta rotatividade dos profissionais de saúde, que vulnerabilizam a formação de vínculo entre trabalhadores e usuários, dificultando o desempenho da gestão municipal de saúde.

Villa (2012) destaca que lacunas na organização dos serviços de saúde e fragilidade na comunicação entre usuários e profissionais promovem a descontinuidade do cuidado e a formação de barreiras, além de ter evidenciado dificuldades quanto à infraestrutura dos serviços. Wendling (2012) traz em sua pesquisa o relato de uma gerente que afirmou ser de grande importância a realização de atividades de promoção da saúde no cenário da TB. Porém, devido às atuais demandas do contexto de saúde local, apontou-se que a TB não era priorizada, além da população não demonstrar interesse em participar de tais atividades, deixando de lado a prevenção de doenças e a promoção da saúde, que dão lugar a ações de atenção à saúde rápidas e pontuais.

Frente ao exposto, entende-se a real necessidade da TP de controle da TB para o cenário da APS. As seis categorias permitiram evidenciar as falhas e dificuldades inerentes à execução prática das ações de controle da TB, sendo necessária a efetivação da TP e a inclusão da APS nesse processo, promovendo a apropriação da temática e a incorporação dessas ações à prática cotidiana.

7. CONCLUSÃO

7. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu analisar TP das ações de controle da TB para a APS no Brasil. A RIL em tela permitiu identificar os estudos realizados nos últimos 10 anos e que tiveram como cenário de investigação o território nacional.

Foi encontrado um número expressivo de publicações científicas, totalizando 102 estudos escolhidos para a presente dissertação, o que reflete uma preocupação acadêmica significativa com a TB enquanto um problema de saúde pública e a importância de APS no seu enfrentamento. Os estudos foram realizados em todo o país, com especial destaque nas regiões Nordeste e Sudeste. Trata-se de investigações que utilizaram diversos métodos de pesquisa, para compreensão abrangente das competências e atuação dos diversos sujeitos envolvidos no controle da TB.

Foi possível caracterizar as principais ações de controle da TB, bem como as potencialidades e limitações da APS para seu desenvolvimento, sendo que as categorias elaboradas a partir da política nacional vigente permitiram analisar com maior profundidade os diversos aspectos envolvidos nesse processo.

Quanto à BSR, observou-se que essa ação de controle não está incorporada às atividades desenvolvidas na maioria dos serviços de APS pesquisados, o que foi evidenciado a partir da presença de um déficit de conhecimento para identificação do SR, especialmente no domicílio, do não oferecimento de pote para realização de exame de baciloscopia, além da falta de recursos físicos e humanos, o que resulta em uma baixa identificação de SR e encaminhamento para o diagnóstico.

Em relação ao diagnóstico foi observado baixo índice de diagnósticos realizados pela APS e longo período para obtenção diagnóstica. Os serviços de pronto atendimento foram os mais procurados para o diagnóstico, o que decorre de diferentes questões evidenciadas pelos estudos, incluindo a baixa a taxa de solicitação de exames, falta de suspeição da doença pelos profissionais, dificuldade de acesso da pessoa com TB, realização de exames complementares em outros serviços de saúde, falta de estrutura física para atendimento do SR ou caso confirmado e para diagnóstico, demora para obtenção dos resultados de exames, bem como encaminhamento dos usuários para consulta médica e realização de exames em outros serviços.

No tratamento, notou-se baixa cobertura da Saúde da Família, altas taxas de abandono do tratamento, baixas taxas de efetivação do tratamento, maior tempo para finalização do tratamento, índices de cura que variaram de 70,42% a 87,8%, baixas taxas de efetivação do TDO, baixa do TDO, baixa oferta de incentivos sociais às pessoas em tratamento, alta adesão

a TAA, presença de barreiras organizacionais e estruturais dos serviços de saúde, busca ativa incipiente aos faltosos do TDO, baixo percentual de acompanhamento ao TDO, falta de protocolos assistenciais com diretrizes que guiem as equipes acerca do TDO, falta de conhecimento dos profissionais acerca do TDO, falta de envolvimento de todos os profissionais de saúde acerca do TDO, falta de organização da gestão dos serviços de saúde para condução das ações de controle da TB, falta de informações às pessoas com TB e seus familiares, não reconhecimento do TDO como parte da rotina da ESF e falta de sensibilização das equipes de saúde para a implantação das estratégias de controle da TB.

O controle de contatos evidenciou baixos índices da vigilância de contatos intradomiciliares devido a dificuldades e falhas na sua operacionalização, contradições entre os relatos dos profissionais de saúde, alegando a realização desta ação, e os indicadores de busca de contatos, falhas quanto à realização de consulta médica, solicitação de exames e processo terapêutico, baixas taxas de busca ativa de faltosos ao acompanhamento clínico e terapêutico, fragilidade no conhecimento dos profissionais durante a busca ativa e acentuado déficit na inclusão dos familiares desses contatos em seu processo terapêutico.

No que se refere à educação em saúde na TB, emergiram aspectos como a falta de qualificação, capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde atuantes no controle da TB, baixo investimento financeiro na capacitação desses profissionais, centralização desta atividade aos coordenadores dos PCT, sendo apresentados relatos nos quais estes repassam os conhecimentos aos médicos e enfermeiros anualmente ou em determinados períodos, e apenas devido a demandas recebidas das instâncias superiores de gestão, falhas na prevenção de doenças e promoção de saúde relacionadas ao controle da TB como campanhas, propagandas, trabalhos educativos, orientação entre outros, falta de conhecimento dos profissionais de saúde acerca da TB e seu controle e déficit na participação e representação da comunidade junto à equipe de saúde na resolução dos problemas relacionados à TB.

Ao examinar a gestão e organização da atenção à TB foram apontadas dificuldades na capacidade organizacional, fragilidades estruturais e processuais de trabalho, falhas nos sistemas de informação e registros nos serviços de saúde da APS para o controle da TB e alta rotatividade de profissionais que desencadeou influência negativa na organização dos serviços de saúde. Foi apontada em diversas pesquisas a necessidade de reorganização e qualificação dos gestores, coordenadores e equipe de saúde para o alcance do êxito no funcionamento dos serviços de saúde para o controle da TB.

Em suma, o presente estudo permitiu identificar que a APS carece de se estabelecer enquanto coordenadora e ordenadora da RAS. No que tange ao controle da TB, todas as

categorias analisadas apontaram dificuldades importantes a serem enfrentadas, necessitando especialmente de empoderamento da APS para o enfretamento dessa condição de saúde tão complexa e permeada por diferentes questões.

É importante pontuar que o presente estudo apresentou limitações quanto ao número expressivo de artigos encontrados nas buscas pelas bases de dados, fato que trouxe dificuldades ao pesquisador no momento de leitura, análise e organização desses artigos para obtenção de seus resultados, sendo considerado a maior limitação encontrada.

O estudo contribuiu para o conhecimento da TP no contexto das ações de controle da TB no cenário da APS, permitindo que os profissionais de enfermagem percebam como essas ações tem sido falha diante das preconizadas pelo Manual de Recomendações para Controle da TB no Brasil. Fato que, aponta a importância da execução de ação de cada categoria aqui pontuada por todas as equipes de saúde, para obter-se o controle da TB nas APS.

Sendo fundamental a implantação de estratégias dentro dos serviços de saúde para o aprimoramento e solução das fragilidades identificadas pelo presente estudo, de forma que transcenda a perspectiva acadêmica para uma efetiva contribuição com o cotidiano das ações de controle da TB.

Faz-se essencial a realização de estudos com outros tipos de delineamento metodológico, com o intuito de aprofundar a compreensão da realidade vivenciada e propor novas soluções para a presente questão.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALBAGLI, S.; MACIEL, M. L. Capital social e desenvolvimento local. In: LASTRES, H. M. M.; CASSIOLATO, J. E.; MACIEL, M. L. **Pequena empresa:** cooperação e desenvolvimento local. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 423-440, 2003.

ALBAGLI, S.; MACIEL, M.L. Informação e conhecimento na inovação e no desenvolvimento local. **Ciência e Informação**. Brasília, v. 33, n.3, p.9-16, 2004. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-19652004000300002

ALMEIDA, A.S.; LIMA, S.V.M.A.; DINIZ, F.S.; SILVA, C.C.; RIBEIRO, C.J.N.; SANTOS, P.L.; ARAUJO, K.C.G.M.; NUNES, M.A.P. Conhecimento de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre a Tuberculose. **Rev enferm UFPE on line.** Recife, v.12, n.11, p.2994-3000, 2018.

ALVES, R.S.; SOUZA, K.M.J.; OLIVEIRA, A.A.V.; PALHA, P.F.; NOGUEIRA, J.A.; SÁ, L.D. Abandono do tratamento da Tuberculose e integralidade da Atenção na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.21, n.3, p.650-7, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300021

ANDRADE, L. O. M. D. B., BEZERRA, I.C.H.C.; CLAÚDIO, R.; 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, p.845-902, 2012.

ANDRADE, C.R.B.; DIOGENES, C.C.; MACEDO, S.M.; ANDRADE, A.S.S.; VILLA, T.C.S.; PINTO, E.S.G. Ações de planejamento e monitoramento para o controle da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde. **Rev. APS**, v.20, n.4, p.493-500, 2017.

ANDRADE, H.S.; OLIVEIRA, V.C.; GONTIJO, T.L.; PESSOA, M.T.C.; GUIMARAES, E.A.A. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v.41, p.242-258, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042017S18

ANTUNES, L.B.; TOMBERG, J.O.; HARTER, J.; LIMA, L.M.; BEDUHN, D.A.V.; CARDOZO-GONCALVES, R.I. Sintomático respiratório de tuberculose na atenção primária: avaliação das ações segundo as recomendações nacionais**. Rev. Rene**, v.17, n.3, p.409-15, 2016.

ARAKAWA, T.; ARCENCIO, R.A.; SCATOLIN, B.E.; SCATENA, L.M.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.4, 09 telas, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000400019

ARAKAWA, T.; MAGNABOSCO, G.T.; BRUNELLO, M.E.F.; ANDRADE, R.L.P.; SAITA, N.M.; MONROE, A.A.; VILLA, T.C.S. Contextos locais e dos sistemas de saúde no controle da tuberculose, estado de São Paulo. **Rev. Min. Enferm.**, v.24, n.e-1296, 2020.

ARCENCIO, R.A.; ARAKAWA, T.; OLIVEIRA, M.F.; CARDOZO-GONZALES, R.I.; SCATENA, L.M.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. Barreiras econômicas na

acessibilidade ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto – São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.5, p.1121-7, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500013

ASSIS, E.G.; BERALDO, A.A.; MONROE, A.A.; SCATENA, L.M.; CARDOZO-GONZALES, R.I.; PALHA, P.F.; PROTTI, S.T.; VILLA, T.C.S. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.1, p.111-8, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100015

AUGUSTO, C.J.; CARVALHO, W.S.; GONCALVES, A.D.; CECCATO, M.G.B.; MIRANDA, S.S. Características da tuberculose no estado de Minas Gerais entre 2002 e 2009. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. São Paulo, v.39, n.3, p.357-364, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S1806-37132013000300013

AZIMI, A.; FATTAHI, R.; ASADI-LARI, M. Knowledge translation status and barriers. **J. Med. Libr. Assoc.**, v.103, n.2, p.96-99, 2015. DOI: https://doi.org/10.3163/1536-5050.103.2.008

BALDAN, S.S.; FERRAUDO, A.S.; ANDRADE, M. A eficácia da Estratégia Saúde da Família e do Tratamento Diretamente Observado no controle da Tuberculose. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**. Santa Cruz do Sul, v.6, n.4, 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i4.8193

BALDERRAMA, P.; VENDRAMINI, S.F.; SANTOS, M.L.S.G.; PONCE, M.A.Z.; OLIVEIRA, I.C.; VILLA, T.C.S.; WYSOCKI, A.D.; ANDRADE, R.L.P. Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.16, n.3, p.511-519, 2014.

BAUMGARTEN, A.; RECH, R.S.; BULGARELLI, P.T.; SOUZA, K.R.; SANTOS, C.M.; FRICHEMBRUDER, K.; HILGERT, J.B.; BULGARELLI, A.F. Ações para o controle da tuberculose no Brasil: avaliação da atenção básica. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.22, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-549720190031

BAUMGARTEN, A.; HILGERT, J.B.; PINTO, I.C.; ZACHARIAS, F.C.M.; BULGARELLI, A.F. Facility infrastructure of primary health services regarding tuberculosis control: a countrywide cross-sectional study. **Primary Health Care Research & Development,** v.20, 2018. DOI: https://doi.org/10.1017/S1463423618000646

BARRETO, A.A. A Informação em seus Momentos de Passagem: DataGramaZero, **Revista de Ciência da Informação**, v. 2, n. 4, 2001.

BARTHOLOMAY, P.; PELISSARI, D.M.; ARAUJO, W.N.; YADON, Z.E.; HELDAL, F. Quality of tuberculosis care at different levels of health care in Brazil in 2013. **Rev Panam Salud Publica,** v.39, n.1, 2016.

BENITO, G.A.V.; LICHESKI, A. P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet], v.62, n.3, p.447-450, 2009.

BEYEA, S.C.; NICOLL, L.H. Writing an integrative review. **AORN Journal,** v. 67, n. 4, p. 877-80, 1998. DOI: https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)62653-7

BERALDO, A.A.; ARAKAWA, T.; PINTO, E.S.G.; ANDRADE, R.L.P.; WYSOCKI, A.D.; SILVA-SOBRINHO, R.A.; SCATOLIN, B.E.; ORFAO, N.H.; PONCE, M.A.Z.; MONROE, A.A.; SCATENA, L.M.; VILLA, T.C.S. Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da Tuberculose em Ribeirão Preto (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.3079-3086, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100024

BERALDO, A.A.; ANDRADE, R.L.P.; ORFAO, N.H.; SILVA-SOBRINHO, R.A.; PINTO, E.S.G.; WYSOCKI, A.D.; BRUNELLO, M.E.F.; MONROE, A.A.; SCATENA, L.M.; VILLA, T.C.S. Adesão ao tratamento da tuberculose na Atenção Básica: percepção de doentes e profissionais em município de grande porte. **Esc Anna Nery**, v.21, n.4, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0075

BISSEL, K.; LEE, K.; FREEMAN, R. Analysing policy transfer: perspectives for operational research. **Int J TubercLungDis**, v.35, n.9, 2011. DOI: https://doi.org/10.5588/ijtld.11.0170

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C.A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade. Belo Horizonte**, v.5, n. 11, p. 121-136, 2011. DOI: https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. /** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. - 6. ed. rev. e ampl. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Brasília, 2010.

BRASIL. Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. **Diário Oficial da União**, 29 jun 2011, Seção 1. p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da tuberculose no**

Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Especial.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, Número Especial, março, 2020.

BRITO, E.W.G.; SILVA, A.K.F.; TEIXEIRA, G.G.A.; DIAS, G.B.S.; COSTA, N.D.L.; UCHOA, S.A.C. Organização do cuidado à Tuberculose na Atenção Básica do Rio Grande do Norte. **Rev. Enferm. UFPE on line**. Recife, v.9, n.6, p.8643-52, 2015. DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i6a10640p8643-8652-2015

BRUNELLO, M.E.F.; ANDRADE, R.L.P.; MONROE, A.A.; ARAKAWA, T.; MAGNABOSCO, G.T.; ORFAO, N.H.; SCATENA, L.M.; VILLA, T.C.S. Tuberculosis diagnostic pathway in a municipality in south-eastern Brazil. **Int. J. Tuberc. Lung. Dis.,** v.17, n.10, p.S41–S47, 2013. DOI: https://doi.org/10.5588/ijtld.13.0296

CALIARI, J.S.; FIGUEIREDO, R.M. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. **Acta Paul Enferm**, v.25, n.1, p.43-47, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000100008

CAMINERO, J. (ed). **Guidelines for clinical and operational management of drug-resistant tuberculosis**. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2013.

CAMPANI, S.T.A.; MOREIRA, J.S.; TIETBOHEL, C.N. Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS). **J. Bras. Pneumol.,** v.37, n.6, p.776-782, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000600011

CAMPOS, C.E.A.; FONSECA, A.C.F.; PESSINI, M.L. Análise dos percursos assistenciais de pacientes com tuberculose por equipes de saúde em três capitais brasileiras. Que lições os profissionais podem tirar? **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.188-194, 2012.

CARDOZO-GONZALES, R.I.; COSTA, L.M.; PEREIRA, C.S.; PINHO, L.B.; LIMA, L.M.; SOARES, D.M.D.; RODRIGUES, K.M.R.; KRONING, C.S. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família. **Rev. Enferm. Saúde.** Pelotas, v.1, n.1, p.24-32, 2011. DOI: https://doi.org/10.15210/JONAH.V1I1.3403

CECILIO, H.P.M.; HIGARASHI, I.H.; MARCON, S.S. Opinião dos profissionais de saúde sobre os serviços de controle da tuberculose. **Acta Paul Enferm.** v.28, n.1, p.19-25, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/1982-0194201500005

CECILIO, H.P.M.; TESTON, E.F.; MARCON, S.S. Acesso ao diagnóstico de Tuberculose sob a ótica dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v.26, n.3, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-07072017000230014

CECILIO, H.P.M.; MARCON, S.S. O tratamento diretamente observado da tuberculose na opinião de profissionais de saúde. **Rev enferm UERJ.** Rio de Janeiro, v.24, n.1, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/Interface.190160

CARVALHO, T.L. **A reutilização de políticas pelo mundo: compreendendo os processos e a literatura sobre difusão/transferência de políticas públicas**. Fronteira. Belo Horizonte, v. 11, n. 21, p. 66 - 85, 1o sem, 2012.

CLEMENTINO, F.S.; MARCOLINO, E.C.; GOMES, L.B.; GUERREIRO, L.B.; MIRANDA, F.A.N. Ações de controle da Tuberculose: Análise a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. **Texto Contexto Enferm,** v.25, n.4, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-07072016004660015

COSTA, P.V.; SENNA, A.L.; OLIVEIRA, L.G.D.; SIQUEIRA, R.C.A.G.; FIGUEIREDO, S.P. Demora no diagnóstico da tuberculose pulmonar em cinco municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil, 2009–2010. **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.195-202, 2012.

COSTA, H.M.G.S.; LEITE, A.R.; DUARTE, V.F.; LIMA, J.P.; SIMOES, K.C.; FERNANDES, N.T. A importância do trabalho em equipe na efetivação do tratamento diretamente observado em tuberculose. **Rev. Enferm. UFPE on line.** Recife, v.10, n.4, p.1202-9, 2016. DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i4a11104p1202-1209-2016

COSTA, A.G.C.; RODRIGUES, I.L.A.; GARCIA, W.M.B.; NOGUEIRA, L.M.V. Monitoramento de ações de prevenção e controle da Tuberculose em unidades básicas de saúde. **Rev. Enferm. UFPE on line.** Recife, v.10, n.3, p.1378-86, 2016. DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i3a11078p1378-1386-2016

COSTA, M.R.; QUEIROZ, R.C.S.; ROCHA, T.A.H.; SILVA, N.C.; VISSOCI, J.R.N.; TONELLO, A.S.; THUME, E.; MEDEIROS, M.N.L.; BRANCO, M.R.F.C.; SOUSA, M.E.L.; THOMAZ, E.B.A.F.; FACCHINI, L.A. Características das unidades básicas de saúde e detecção de casos de tuberculose. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** Uberaba, v.52, 2019.

COSTA, A.F.A.; GOMES, A.M.F.; FERNANDES, A.F.C.; SILVA, L.M.S.; BARBOSA, L.P.; AQUINO, P.S. Competências profissionais de promoção da saúde no atendimento a pacientes com tuberculose. **Rev. Bras. Enferm.** São Paulo, v.73, n.2, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0943

CRISPIM, J.A.; SCATOLIN, B.E.; SILVA, L.M.C.; PINTO, I.C.; PALHA, P.F.; ARCENCIO, R.A. Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.25, n.5, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-21002012005000021

CUNHA, N.V.; CAVALCANTI, M.L.T.; COSTA, A.J.L. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina – São Gonçalo (RJ), 2010. **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.177-87, 2012.

CURTO, M.; SCATENA, L.M.; ANDRADE, R.L.P.; PALHA, P.F.; ASSIS, E.G.; SCATOLIN, B.E.; VILLA, T.C.S. Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação a comunidade e participação comunitária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.5, 08 telas, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000500020

DANTAS, D.N.A.; ENDERS, B.C.; QUEIROZ, A.A.R.; COURA, A.S.; SILVA, M.P.M.; MENEZES, R.M.P. Fatores associados à primeira escolha de local para o diagnóstico da tuberculose. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.35, n.3, p.75-81, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.44767

DERY, D. Agenda setting and problem definition. **Policy Studies.** v.21, n.1, p. 34-47, 2000.

DOBBINS, M.; DECORBY, K.; TWIDDY, T. A Knowledge Transfer Strategy for Public Health Decision Makers. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**. v.1, n.2, p.120-128, 2004. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2004.t01-1-04009.x

DOLOWITZ, D.; MARSH, D. **Learning from abroad: the role of policy transfer in contemporary policy-making.** Governance, v. 13, n. 1, p. 5-23, jan. 2000.

FAÇANHA, M.C.; MELO, M.A.; VASCONCELOS, F.F.; SOUSA, J.R.P.; PINHEIRO, A.S. Treinamento da equipe de saúde e busca ativa na comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. **J. Bras. Pneumol**. São Paulo, v.35, n.5, p.449-454, 2009. DOI: https://doi.org/10.1590/S1806-37132009000500010

FALKENBERG, M.B.; MENDES, T.P.L.; MORAES, E.P.; SOUZA, E.M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.19, n.3, p.847-852, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013

FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SEIDL, H.; GAGNO, J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v.38, p. 13-33, 2014. DOI: https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003

FERREIRA, V.; BRITO, C.; PORTELLA, M.; ESCOSTEGUY, C.; LIMA.S. Implementação e resultados do DOTS em unidades básicas de saúde na cidade do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública,** v.45, n.1, p.40-8, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000055

FERREIRA, F.C.; VALENTE, G.S.C.; ANDRADE, M. Desafios do Enfermeiro no gerenciamento do programa de Tuberculose em rede básica de saúde. **Rev. Enferm. UFPE on line.** Recife, v.7, p.4978-83, 2013. DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i7a11759p014978-4983-2013

FIGUEIREDO, T.M.R.M.; VILLA, T.C.S.; SCATENA, L.M.; GONZALES, R.I.C.; RUFFINO-NETO, A.; NOGUEIRA, J.A.; OLIVEIRA, A.R.; ALMEIDA, S.A. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.5, p.825-831, 2009. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000054

FORAY, D. Characterizing the knowledge base: a review of available and missing indicators. In: **Organização para a cooperação e o desenvolvimento econômico.** Knowledge Management in the Learning Society. Paris, 2000.

GARCIA, M.C.C.; CIRINO, I.D.; ENDERS, B.C.; MENEZES, R.M.P. Incorporação das ações de controle da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde e seu contexto. **Rev. Enferm. UFPE on line.** Recife, v.7(esp), p.6294-302, 2013.

GAZETTA, C.; RUFFINO-NETO, A.; NETO, J.M.P.; SANTOS, M.L.S.G.; CURY, M.R.C.O.; VENDRAMINI, S.H.F. O controle de comunicantes de tuberculose no programa de controle da tuberculose em um município de médio porte da Região Sudeste do Brasil, em 2002. **J Bras Pneumol.** São Paulo, v.32, n.6, p.559-65, 2006. DOI: https://doi.org/10.1590/S1806-37132006000600014

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, p.575-625, 2008.

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, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219

GONÇALVES, L.T; LEHTO, J. Transfer of health for all policy – What, how and wich direction? A two-case study. **Health Research Policy and Systems**, v.2, n.8, p.1-13, 2004.

GRAHAM, I.D.; LOGAN, J. Innovations in Knowledge Transfer and Continuity of Care. **Can J Nurs Res.** v. 36, n.2, p.89-103, 2004. PMID: 15369167.

GREENHALGH, T.; ROBERT, G.; MACFARLANE, F.; BATE, P.; KYRIAKIDOU, O. Difusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Reccomendations. **The Milbank Quarterly.** v.82, n.4, p.581-629, 2004. DOI: https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x

HARTER, J.; ANDRADE, R.L.P.; VILLA, T.C.S.; ARCENCIO, R.A.; RUSSO-GONCALVES, E.; CARDOZO-GONZALES, R.I. Tuberculosis in primary health care: identifying priority cases in a municipality in southern Brazil. **Acta Scientiarum.** Health Sciences. Maringá, v.37, n.2, p.167-174, 2015.

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

HEUFEMANN, N.E.C.; GONÇALVES, M.J.F.; GARNELO, M.L. Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari. **ACTA AMAZONICA,** v.43, n.1, p.33-42, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S0044-59672013000100005

HIJAR, M.A.; OLIVEIRA, M.J.P.R.; TEIXEIRA, G.M. A tuberculose no Brasil e no mundo. **Bol. Pneumol. Sanit.**, v.9, n.2, p.9-16, 2001.

JULIASIH, N.N.; SOEDARSONO.; SARI, R.M. Analysis of Tuberculosis Program Management in Primary Health Care. **Infectious Disease Reports.** v.12, n.s1, p.8728, 2020. DOI: https://doi.org/10.4081/idr.2020.8728

KIGOZI, N.G.; HEUNIS, J.C.; ENGELBRECHT, M.C.; JANSE VAN RENSBURG, A.P.; DINGIE VAN RENSBURG, H.C.J. Tuberculosis knowledge, attitudes and practices of patients at primary health care facilities in a South African metropolitan: research towards improved

health education. **BMC Public Health**. 17:795, 2017. DOI: https://doi.org/10.1186/s12889-017-4825-3

LAFAIETE, R.S.; MOTTA, M.C.S.; VILLA, T.C.S. Satisfação dos usuários no programa de controle da tuberculose de um município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v.19, n.3, 2011.

LAFAIETE, R.S.; OLIVEIRA, C.B.; MOTTA, M.G.; VILLA, T.C.S. Investigação sobre o tratamento da tuberculose em Itaboraí/RJ. **Esc Anna Nery,** v.15, n.1, p.47-53, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000100007

LARKIN, G.L.; HAMANN, C.J.; MONICO, E.P.; DEGUTIS, L.; SCHUUR, J.; KANTOR, W.; GRAFFEO, C.S. Knowledge translation at the Macro Level: Legal and Ethical Considerations. **Acad Emerg Med**. Malden, v.14, n.11, p.1042-46, 2007. DOI: https://doi.org/10.1197/j.aem.2007.07.006

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. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4291816/mod_resource/content/1/24%20-%20LAVRAS.pdf > Acesso em: 08 jun. 2019

LEMOS, E.F.; ALVES, A.M.S.A.; OLIVEIRA, G.C.; RODRIGUES, M.P.; MARTINS, N.D.G.; CRODA, J. Health-service performance of TB treatment for indigenous and non-indigenous populations in Brazil: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, v.14, n.237, 2014.

LIMA, L.M.; SCHWARTZ, E.; CARDOZO-GONZALES, R.I.; HARTER, J.; LIMA, J.F. O programa de controle da tuberculose em Pelotas/RS, Brasil: investigação de contatos intradomiciliares. **Rev. Gaúcha Enferm.,** v.34, n.2, p.102-110, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200013

LIMA, M. C. R. Estratégias para o controle da tuberculose no sistema prisional: revisão integrativa da literatura**. Dissertação de Mestrado.** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. RibeirãoPreto, 2015.

LIMA, L.M.; HARTER, J. TOMBERG, J.O.; VIEIRA, D.A.; ANTUNES, M.L.; CARDOZO-GONZALES, R.I. Avaliação do acompanhamento e desfecho de casos de tuberculose em município do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.,** v.37, n.1, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.51467

LODGE, M.; OLIVER, J. The limitations of 'policy transfer' and 'lesson drawing' for public policy research. **Political Studies Review**, 1 (2). pp. 179-193, 2003. DOI: https://doi.org/10.1111/1478-9299.t01-1-00003

LOPES, L.M.G.; VIEIRA, N.F.; LANA, F.C.F. Análise dos atributos da atenção primária à saúde na atenção à tuberculose: uma revisão integrativa. **R. Enferm. Cent. O. Min.** Minas Gerais, v.5, n.2, p.1684-1703, 2015.

LOUREIRO, R.B.; VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A.; PERES, R.L.; BRAGA, J.U.; ZANDONADE, E.; MACIEL, E.L.N. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.4, p.1233-1244, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01002013

LOVGREN, G.; ASTROM, G.; ENGSTROM, B. A care policy and its implementation. **Int J Nurs Pract**, v.7, n.2, p.92-103, 2001. DOI: https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2001.00247.x

MACEDO, S.M.; ANDRADE, R.P.S.; SOUZA, C.R.B.A.; ANDRADE, A.S.S.; VILLA, T.C.S.; PINTO, E.S.G. Estratégias para capacitação ao cuidado em Tuberculose. **Cogitare Enferm,** v.21, n.3, p.01-08, 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.45339

MACIEL, E.L.N.; GOLUB, J.E.; PERES, R.L.; HADAD, D.J.; FÁVEO, J.L.; MOLINO, L.P.; BAE, J.W.; MOREIRA, C.M.; DETONI, V.V.; VINHAS, S.A.; PALACI, M.; DIETZE, R. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. **Int J Tuberc Lung DIS**, v.14, n.11, p.1403–1410, 2010. PMCID: PMC3697918

MAIA, V.F.; PINTO, E.S.G.; MACEDO, S.M.; REGO, C.C.D.; VIEIRA, C.J.O.; SILVA, S.Y.B.; MEDEIROS, E.R.; VILLA, T.C.S. Capacidade de oferta e execução dos serviços de atenção primária à saúde às pessoas com tuberculose. **Enferm. actual Costa Rica,** n.35, 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i35.32469

MARQUIEVIZ, J.; ALVES, I.S.; NEVES, E.B.; ULBRICHT, L. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.265-271, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100027

MEDEIROS, E.R.; SILVA, S.Y.B.; ATAIDE, C.A.V.; PINTO, E.S.G.; SILVA, M.L.C.; VILLA, T.C.S. Sistemas de informação clínica para o manejo da tuberculose na atenção primária à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.25, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.2238.2964

MEIRELLES, R.J.A.; PALHA, P.F. Tratamento diretamente observado da tuberculose no Estado de São Paulo. **Rev Bras Enferm,** v.72, n.5, p.1231-6, 2019.

MENDES, I.A.C. Desenvolvimento e Saúde: A Declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev Latino-am Enfermagem,** v.12, n.3, p.447-448, 2004. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000300001

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto – Enfermagem,** v.17 n.4, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf > Acesso em: 15 set 2020

MENDES, E.V.; **A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde** – CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf > Acesso em: 08 jun 2019

MENDONÇA, M.H.M.; MATTA, G.C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L.; (Org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.

MIZUHIRA, V.F.; GAZETTA, C.E.; VENDRAMINI, S.H.F.; PONCE, M.A.Z.; WYSOCKI, A.D.; VILLA, T.C.S. Procura da atenção básica para o diagnóstico da tuberculose. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.22, n.2, p.94-98, 2015. DOI: https://doi.org/10.17696/2318-3691.22.2.2015.150.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D.G. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med** v.6, n.7, p.e1000097. 2009 DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097

NEVES, R.R.; FERRO, P.S.; NOGUEIRA, L.M.V.; RODRIGUES, I.L.A. Acesso e vínculo ao tratamento de tuberculose na atenção primária em saúde. **J. res.: fundam. care,** v.8, n.4, p.5143-5149, 2016. DOI: https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5143-5149

NOBREGA, R.G.; NOGUEIRA, J.A.; RUFFINO-NETTO, A. SÁ, L.D.; SILVA, A.T.M.C.; VILLA, T.C.S. A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose, no cenário indígena potiguara, Paraíba, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** São Paulo, v.18, n.6, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000600018

NOGUEIRA, J.A.; TRIGUEIRO, D.R.S.G.; SÁ, L.D.; SILVA, C.A.; OLIVEIRA, L.C.S.; VILLA, T.C.S.; SCATENA, L.M. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. **Rev Bras Epidemiol**, v.14, n.2, p.207-16, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000200003

OELKE, N.D.; LIMA, M.A.D.S.; ACOSTA, A.M. Translação do conhecimento: traduzindo pesquisa para uso na prática e na formulação de políticas. **Rev Gaúcha Enferm.** v.36, n.3, p. 113-117, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.55036

OLIVEIRA, M.F.; ARCENCIO, R.A.; RUFFINO-NETTO, A.; SCATENA, L.M.; PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP**. Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.4, p.898-904, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400015

OLIVEIRA, A.A.V.; SÁ, L.D.; NOGUEIRA, J.A.; ANDRADE, S.L.E.; PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v.47, n.1, p.145-151, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100018

OLIVEIRA, R.C.C.; SÁ, L.D.; DIAS, D.C.B.; PINHEIRO, P.G.O.D.; PALHA, P.F.; NOGUEIRA, J.A. Discursos de gestores sobre a política do tratamento diretamente observado para tuberculose. **Rev Bras Enferm,** v.68, n.6, p.1069-77, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680611i

OLIVEIRA, C.B.B.; ASSOLINI, F.E.P.; PROTTI, S.T.; SOUZA, K.M.J.; MONROE, A.A.; VILLA, T.C.S.; PALHA, P.F. Gerência na Atenção Primária à Saúde: Discursividades sobre a busca de sintomáticos respiratórios da Tuberculose. **Texto Contexto Enferm,** v.25, n.3, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-07072016002330015

OLIVEIRA, D.R.C.; ENDERS, B.C.; VIEIRA, C.E.N.K.; MARIZ, L.S. Avaliação da consulta de enfermagem aos pacientes com tuberculose na atenção primária à saúde. **Rev. Eletr. Enf. [Internet],** v.18, 2016. DOI: https://doi.org/10.5216/ree.v18.32593

ORLANDI, G.M.; PEREIRA, E.G.; BIAGOLINI, R.E.M.; FRANCA, F.O.S.; BERTOLOZZI, M.R. Incentivos sociais na adesão ao tratamento da tuberculose. **Rev. Bras. Enferm.,** v.72, n.5, p.1247-53, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0654

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Alta. Alma-Alta: OMS**, 1978.

PAULA, D.G.; SILVA, A.S.; VILLA, T.C.S.; MOTTA, M.C.S. Permanência de profissionais que atuam no programa de controle da tuberculose. **Rev. Bras. Enferm.,** v.72, n.5, p.1323-9, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0403

PALHA, P.F.; SILVA, L.M.C.; WYSOCKI, A.D.; ANDRADE, R.L.P.; PROTTI, S.T.; SCATENA, L.M.; VILLA, T.C.S. Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.2, p.342-8, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200011

PAIVA, R.C.G.; NOGUEIRA, J.A.; SÁ, L.D.; NOBREGA, R.G.; TRIGUEIRO, D.R.S.G.; VILLA, T.C.S. Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. **Rev. Eletr. Enf. [Internet**], v.16, n.3, p.520-526, 2014. DOI: https://doi.org/10.5216/ree.v16i3.23491

PELISSARI, D.M.; BARTHOLOMAY, P.; JACOBS, M.G.; ARAKAKI-SANCHEZ, A.; ANJOS, D.S.O.; COSTA, M.L.S.; CAVALCANTI, P.C.S.; DIAZ-QUIJANO, A. Oferta de serviços pela atenção básica e detecção da incidência de tuberculose no Brasil. **Rev Saude Publica,** v.52, p. 53, 2018.

PEREIRA, J. C.; SILVA, M. R.; COSTA, R. R.; GUIMARÃES, M. D. C.; LEITE, I. C. G. Perfil e seguimento dos pacientes com tuberculose em município prioritário no Brasil. **Rev Saúde Pública.** São Paulo, v.49, n.6, 2015. DOI: 10.1590/S0034-8910.2015049005304

PERRECHI, M.C.T.; RIBEIRO, S.A. Desfechos de tratamento de tuberculose em pacientes hospitalizados e não hospitalizados no município de São Paulo. **J. Bras. Pneumol.,** v.37, n.6, p.783-790, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000600012

PERUHYPE, R.C.; MITANO, F.; HOFFMANN, J.F.; SURNICHE, C.A.; PALHA, P.F. Vias do planejamento na transferência do tratamento diretamente observado da tuberculose. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v.26, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.2213.3015

PERUHYPE, R.C.; SICSU, A.N.; LIMA, M.C.R.A.A.; HOFFMANN, J.F.; PALHA, P.F. Transferência de Política: Perspectiva do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose. **Texto Contexto Enferm,** v.27, n.3, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-070720180001710017

PRADO, J.C.J.; VIRGILIO, T.C.; MEDRONHO, R.A. Comparação da proporção de cura por tuberculose segundo cobertura e tempo de implantação de Saúde da Família e fatores socioeconômicos e demográficos no município do Rio de Janeiro, Brasil, em 2012. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.21, n.5, p.1491-1498, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.03912016

PINTO, E.S.G.; QUEIROZ, R.F.; CARREIRO, G.S.P.; MORAIS, L.J.; MEDEIROS, E.R.; VILLA, T.C.S. Articulação da saúde com a comunidade no manejo clínico da tuberculose. **Rev. Bras. Enferm.,** v.71, n.3, p.1188-93, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0255

PINHEIRO, P.G.O.D.; SÁ, L.D.; PALHA, P.F.; SOUZA, F.B.A.; NOGUEIRA, J.A.; VILLA, T.C.S. Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da Tuberculose. **Rev. Rene**, v.13, n.3, p.572-81, 2012.

PONCE, M.A.Z.; VENDRAMINI, S.H.F.; SANTOS, M.R.; SANTOS, M.L.S.G.; SCATENA, L.M.; VILLA, T.C.S. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v.19, n.5, 08 telas, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500021

PONCE, M.A.Z.; WYSOCKI, A.D.; SCATOLIN, B.E.; ANDRADE, R.L.P.; ARAKAWA, T.; RUFFINO-NETTO, A.; MONROE, A.A.; SCATENA, L.M.; VENDRAMINI, S.H.F.; VILLA, T.C.S. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.29, n.5, p.945-954, 2013.

PONCE, M.A.Z.; WYSOCKI, A.D.; ARAKAWA, T.; ANDRADE, R.L.P.; VENDRAMINI, S.H.F.; SILVA-SOBRINHO, R.A.; MONROE, A.A.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. Atraso do diagnóstico da tuberculose em adultos em um município paulista em 2009: estudo transversal. **Epidemiol. Serv. Saude.** Brasília, v.25, n.3, p.553-562, 2016. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000300011

POPOLIN, M.P.; TOUSO, M.M.; YAMAMURA, M.; RODRIGUES, L.B.B.R.; GARCIA, M.C.C.; ARROYO, L.H.; RAMOS, A.C.V.; BERRA, T.Z.; SANTOS-NETO, M.; CRISPIM, J.A.; CHIARAVALOTTI-NETO, F.; PINTO, I.C.; PALHA, P.F.; UCHOA, S.A.C.; LAPAO, L.V.; FRONTEIRA, I.; ARCENCIO, R.A. Integrated health service delivery networks and tuberculosis avoidable hospitalizations: is there a relation between them in Brazil? **BMC Health Services Research,** v.16, n.78, 2016. DOI: 10.1186/s12913-016-1320-y

PROTTI, S.T.; SILVA, L.M.C.; PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETO, A.; NOGUEIRA, J.A.; SÁ, L.D. A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da

tuberculose: um campo de desafios. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.3, p.665-70, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300016

QUEIROZ, E.M.; BERTOLOZZI, M.R. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v.44, n.2, p.453-61, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200030

QUEIROZ, E.M.; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M.; FERREIRA, K.R.; BERTOLOZZI, M.R. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.2, 08 telas, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000200021

QUINTERO, M.C.F.; VENDRAMINI, S.H.F.; SANTOS, M.L.S.G.; SANTOS, M.R.; GAZETTA, C.E.; LOURENCAO, L.G.; SOLER, Z.A.S.G.; OLIVEIRA, S.A.C.; SASAKI, N.S.G.M.S.; PONCE, M.A.Z.; WYSOCKI, A.D.; SCATENA, L.M.; VILLA, T.C.S. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em município brasileiro de médio porte. **Rev. Salud Pública,** v.20, n.1, p.103-109, 2018. DOI: https://doi.org/10.15446/rsap.V20n1.64177

RANZANI, O.T.; RODRIGUES, L.C.; WALDMAN, E.A.; PRINA, E.; CARVALHO, C.R.R. Quem são os pacientes com tuberculose diagnosticados no pronto-socorro? Uma análise dos desfechos do tratamento no Estado de São Paulo, Brasil. **J. Bras. Pneumol.,** v.44, n.2, p.125-133, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/S1806-37562017000000384

REGO, C.C.D.; MACEDO, S.M.; ANDRADE, C.R.B.; MAIA, V.F.; PINTO, J.T.J.M.; PINTO, E.S.G. Processo de trabalho da enfermeira junto à pessoa com tuberculose na Atenção Primária à Saúde. **Revista Baiana de Enfermagem,** Salvador, v. 29, n. 3, p. 218-228, jul./set. 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i3.13038

REIS, S.P.; HARTER, J.; LIMA, L.M.; VIEIRA, D.A.; PALHA, P.F.; GONZALES, R.I.C. Aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012. **Epidemiol. Serv. Saude.** Brasília, v.26, n.1, p.141-148, 2017. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000100015

RODRIGUES, I.L.A.; CARDOSO, N.C. Detecção de sintomáticos respiratórios em serviços de saúde da rede pública de Belém, Pará, Brasil. **Rev. Pan-Amaz. Saúde**, v.1, n.1, p.67-71, 2010. DOI: http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232010000100010

ROGERS, E. **Diffusion of Innovations.** 4th Edition. The Free Press: New York, 1995.

ROMAN, A.R.; FRIEDLANDER, M.R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm,** v.3, n.2, p.109-112, 1998. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v3i2.44358

RUFFINO-NETTO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, v.10, n.3, p.129-138, 2001. DOI: http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16732001000300004

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** São Paulo, v.35, n.1, p.51-58, 2002. DOI: https://doi.org/10.1590/S0037-86822002000100010

SÁ, L.D.; GOMES, A.L.C.; NOGUEIRA, J.A.; VILLA, T.C.S.; SOUZA, K.M.J.; PALHA, P.F. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v.19, n.2, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000200022

SÁ, L.D.; RODRIGUES, D.C.S.; BARRETO, A.J.R.; OLIVEIRA, A.A.V.; PINHEIRO, P.G.O.D.; NOGUEIRA, J.A. A organização da Estratégia Saúde da Família e aspectos relacionados ao atraso do diagnóstico da Tuberculose. **Cogitare Enferm,** v.16, n.3, p.437-42, 2011. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i3.21245

SÁ, L.D.; GOMES, A.L.C.; CARMO, J.B.; SOUZA, K.M.J.; PALHA, P.F.; ALVES, R.S.; ANDRADE, S.L.E. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf. [Internet],** v.15, n.1, p.103-11, 2013. DOI: 10.5216/ree.v15i1.15246

SACRAMENTO, D.S.; LAVOR, D.C.B.S.; OLIVEIRA, L.R.T.; GOMES, A.P.B.L.; GONCALVES, M.J.F. Organização dos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose em Manaus, Amazonas, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** v.28, n.2, 2019. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200007

SANTOS, M.L.S.G.; VILLA, T.C.S.; VENDRAMINI, S.H.F.; CARDOZO-GONZALES, R.I.; PALHA, P.F.; SANTOS, N.S.G.M.; GAZETTA, C.E.; PONCE, M.A.Z. A gerência das ações de controle da Tuberculose em municípios prioritários do interior Paulista. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.19, n.1, p.64-9, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000100007

SANTOS, T.M.M.G.; NOGUEIRA, L.T.; ARCENCIO, R.A. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Controle da Tuberculose. **Acta Paul. Enferm.** , v.25, n.6, p.954-61, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000600020

SANTOS, T.M.M.G.; NOGUEIRA, L.T.; SANTOS, L.N.M.; COSTA, C.M. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de Tuberculose em uma capital do Nordeste Brasileiro. **Rev. Enferm. UERJ.** Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.300-5, 2012. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000300002

SCATENA, L.M.; WYSOCKI, A.D.; BERALDO, A.A.; MAGNABOSCO, G.T.; BRUNELLO, M.E.F.; RUFFINO-NETTO, A.; NOGUEIRA, J.A.; SOBRINHO, R.A.S.; BRITO, E.W.G.; ALEXANDRE, P.B.D.; MONROE, A.A.; VILLA, T.C.S. Validação e confiabilidade: instrumento para avaliação de serviços que tratam tuberculose. **Rev Saúde Pública**, v.49, p.7, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005548

SCATOLIN, B.E.; PINTO, E.S.G.; ARCENCIO, R.A.; ANDRADE, R.L.P.; WYSOCKI, A.D.; PONCE, M.A.Z.; ARAKAWA, T.; BERALDO, A.A.; VILLA, T.C.S.; PALHA, P.F. Busca de pacientes sintomáticos respiratórios: Atuação do agente comunitário de saúde no controle da Tuberculose em município de grande porte, Brasil. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.23, n.2, p.261-269, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-07072014001600012

SHUHAMA, B.V., SILVA, L.M.C., ANDRADE, R.L.P., PALHA, P.F., HINO, P., SOUZA, K.M.J. Avaliação do tratamento diretamente observado da tuberculose segundo dimensões da transferência de políticas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.51, n.03275, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016050703275

SILVA, E.M.; ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S.; SCATENA, L.M. Coordenação dos serviços de Atenção Primária em Saúde no controle da Tuberculose em um município da Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública,** v.34, n.2, p. 227-239, 2010.

SILVA, D.M.; TRIGUEIRO, D.R.S.G.; MEDEIROS, A.P.D.S.; OLIVEIRA, L.C.S.; NOGUEIRA, J.A. Investigação de comunicantes de Tuberculose: Desempenho dos Serviços de Saúde. **FIEP Bulletin** – v.82, 2012.

SILVA, D.M.; NOGUEIRA, J.A.; SÁ, L.D.; WYSOCKI, A.D.; SCATENA, L.M.; VILLA, T.C.S. Avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.48, n.6, p.1044-53, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00112020

SILVA, L.M.C.; SURNICHE, C.A.; SICSÚ, A.N.; MITANO, F.; NOGUEIRA, J.A.; SANTOS, C.B.; CUNHA, F.T.S.; PALHA, P.F. Elaboração e validação semântica de um instrumento de avaliação da transferência do tratamento diretamente observado como política de controle da tuberculose. **Rev. Panam. Salud Publica.** v.38, n.2, p.129–35, 2015.

SILVA, L.M.C. Elaboração e validação de um instrumento de avaliação da transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose segundo a perspectiva de profissionais de saúde de nível e médio e superior (ATP-IINFOC-TB). **Tese de Doutorado.** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2016.

SILVA-SOBRINHO, R.A.; PONCE, M.A.Z.; ANDRADE, R.L.P.; BERALDO, A.A.; PINTO, E.S.G.; SCATENA, L.M.; MONROE, A.A.; PINTO, I.C.; VILLA, T.C.S. Efetividade no diagnóstico da tuberculose em Foz do Iguaçu, tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, n.6, p.1373-80, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000600018

SILVA-SOBRINHO, R.A.; SOUZA, A.L.; WYSOCKI, A.D.; SILVA, L.M.C.; BERALDO, A.A.; VILLA, T.C.S. Conhecimento de Enfermeiros de Unidade de Atenção Básica acerca da Tuberculose. **Cogitare Enferm.,** v.19, n.1, p.34-40, 2014. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i1.35930

SILVA-SOBRINHO, R.A.; ZILLY, A., MONROE, A.A.; PINTO, E.S.G.; SILVA, R.M.M.; VILLA, T.C.S. Ambivalência das ações de controle da tuberculose na atenção básica à saúde. **Rev. Rene,** v.15, n.4, p.605-12, 2014.

SILVA-SOBRINHO, R.A.; WYSOCKI, A.D.; SCATENA, L.M.; PINTO, E.S.G.; BERALDO, A.A.; ANDRADE, R.L.P.; ZILLY, A.; SILVA, R.M.M.; GOMES, M.P.; MAYER, P.C.M.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. Assessment of Primary Health Care in the Treatment of Tuberculosis in a Brazilian Locality of the International Triple Frontier. **The Open Nursing Journal,** v.11, 2017. DOI: 10.2174/1874434601711010124

SICSU, A.N. Transferência da política do Tratamento Diretamente Observado na Atenção Primária à Saúde em municípios prioritários para Tuberculose no Amazonas: um estudo de métodos mistos**. Tese de Doutorado**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2017.

SOARES, C. B.; HOGA, L.A.K.; PEDUZZI, M.; SANGALETI, C.; YONEKURA, T.; SILVA, D.R.A.D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-62342014000020000020

SOUZA, C.F.; BEM, A.J.; SCHNEIDER, S.M.B.; NASCIMENTO, B.P.; NEUMANN, C.R.; OLIVEIRA, F.J.A.Q. A importância das ações programáticas de saúde no controle da Tuberculose: Experiência de um serviço de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Clin Biomed Res,** v.34, n.2, p.175-183, 2014.

SOUZA, K.M.J.S.; SÁ, L.D.; SILVA, L.M.C.; PALHA, P.F. Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.48, v.5, p.874-82, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-62342014000050000014

SOUZA, M.P.L.; AQUINO, R.; PEREIRA, S.M.; COSTA, M.C.N.; BARRETO, M.L.; NATIVIDADE, M.; XIMENES, R.; SOUZA, W.; DANTAS, O.M.; BRAGA, J.U. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.31, n.1, p.111-120, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00000414

SOUZA, M.S.P.L.; PEREIRA, S.M.; MARINHO, J.M.; BARRETO, M.L. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. **Rev Saúde Pública.** São Paulo, v.43, n.6, p.998-1005, 2009. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000085

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

TETROE, J. Knowledge Translation at the Canadian Institutes of Health Research: a primer. **Focus Technical Brief.** v.18, p.1-8, 2007.

TRAJMAN, A.; WAKOFF-PEREIRA, M.F.; RAMOS-SILVA, J.; CORDEIRO-SANTOS, M.; ALBUQUERQUE, M.F.M.; HILL, P.C.; MENZIES, D. Knowledge, attitudes and practices on tuberculosis transmission and prevention among auxiliary healthcare professionals in three Brazilian high-burden cities: a cross-sectional survey. **BMC Health Serv Res,** v.19, n.1, 2019. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-019-4231-x

TRIGUEIRO, J.V.S.; NOGUEIRA, J.A.; SÁ, L.D.; PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S.; TRIGUEIRO, D.R.S.G. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v.19, n.6, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000600003

VAN RENSBURG, A.J.; ENGELBRECHT, M.; KIGOZI, G.; VAN RENSBURG, D. Tuberculosis prevention knowledge, attitudes, and practices of primary health care nurses. **Int J Nurs Pract**, v. 24, n.6, p.e12681, 2018. DOI: doi: 10.1111/ijn.12681

VIEIRA, A.A.; RIBEIRO,S.A. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, Grande São Paulo. **J. Bras. Pneumol.**, v.37, n.2, p.223-231, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000200013

VIEIRA, A.N.; LIMA, D.W.C.; SOUZA, J.B.; LEITE, A.C.Q.B.; MEDEIROS, C.P.P.; FONSECA, H.A. Acesso ao diagnóstico da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde. **Rev. APS,** v.20, n.3, p.323-330, 2017.

VILLA, T. C. S.; ANDRADE, R. L.P.; ARAKAWA, T.; MAGNABOSCO, G.T.; BERALDO, A. A.; MONROE, A. A. PONCE, M.A.Z.; BRUNELLO, M.E.F.; SCATENA, L.M.; PALHA, P.F.; RUFFINO-NETTO, A. Satisfação do usuário com os serviços de atenção à tuberculose em Ribeirão Preto, 2008. **Cadernos de Saúde Coletiva,** v.20, n.2, p.234-243, 2012.

VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A.; SCATENA, L.M.; ANDRADE, R.L.P.; BRUNELLO, M.E.F.; NOGUEIRA, J.A.; PALHA, P.F.; SÁ, L.D.; ASSIS, M.M.A.; VENDRAMINI, S.H.F.; MONROE, A.A.; ARCENCIO, R.A.; ARAKAWA, T. Health services performance for TB treatment in Brazil: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research,** v.11, n.1, p.241, 2011. DOI: 10.1186/1472-6963-11-241.

VILLA, T.C.S.; BRUNELLO, M.E.F.; ANDRADE, R.L.P.; ORFAO, N.H.; MONROE, A.A.; NOGUEIRA, J.A.; SILVA-SOBRINHO, R.A.; PINTO, E.S.G.; VENDRAMINI, S.H.F.; SCATENA, L.M.; MOTTA, M.C.S.; RUFFINO-NETO, A. Capacidade gerencial da Atenção Primária à Saúde para o controle da Tuberculose em diferentes regiões do Brasil. **Texto Contexto Enferm,** v.27, n.4, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-07072018001470017

WENDLING, A.P.B.; MODENA, C.M.; SCHALL, V.T. O abandono do tratamento da tuberculose sob a perspectiva dos gerentes de diferentes centros de saúde de Belo Horizonte-MG, Brasil. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.21, n.1, p.77-85, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000100009

WYSOCKI, A.D.; PONCE, M.A.Z.; BRUNELLO, M.E.F.; BERALDO, A.A.; VENDRAMINI, S.H.F.; SCATENA, L.M.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. **Rev Bras Epidemiol,** v.20, n.1, p.161-175, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010014

WYSOCKI, A.D.; VILLA, T.C.S.; ARAKAWA, T.; BRUNELLO, M.E.F.; VENDRAMINI, S.H.F.; MONROE, A.A.; KRITSKI, A.L. Latent Tuberculosis Infection Diagnostic and Treatment Cascade among Contacts in Primary Health Care in a City of Sao Paulo State, Brazil: Cross-Sectional Study. **PLoS ONE**, v.11, n.6, 2016. DOI: doi: 10.1371/journal.pone.0155348

World Health Organization (WHO). **Global Tuberculosis Report 2015.** Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/191102> Acesso em: 18 mar 2020

World Health Organization (WHO). **Global Tuberculosis Report 2018.** Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274453/9789241565646-eng.pdf?ua=1&ua=1> Acesso em: 18 mar 2020

World Health Organization (WHO). **Global Tuberculosis Report 2020.** Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131> Acesso em: 18 mar 2020

World Health Organization (WHO). **Dots:** um guide pour comprendre la stratégie DOTS contre la tuberculoserecommandée par I'OMS. WHO, 1999.

YAMAMURA, M.; FREITAS, I.M.; NETO, M.S.; NETO, F.C.; POPOLIN, M.A.P.; ARROYO, L.H.; RODRIGUES, L.B.B.; CRISPIM, J.A.; ARCENCIO, R.A. Análise espacial das internações evitáveis por tuberculose em Ribeirão Preto, SP (2006-2012). **Rev Saúde Pública**, v.50, n.20, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006049