

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MAYRLA LIMA PINTO

**CONTATOS DE INDIVÍDUOS COM TUBERCULOSE: ANÁLISE NA
PERSPECTIVA DA VULNERABILIDADE**

SÃO PAULO

2019

MAYRLA LIMA PINTO

**CONTATOS DE INDIVÍDUOS COM TUBERCULOSE: ANÁLISE NA
PERSPECTIVA DA VULNERABILIDADE**

Versão corrigida da Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Rita Bertolozzi

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO
2019

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.

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pinto, Mayrla Lima

Contatos de indivíduos com tuberculose: análise na perspectiva da vulnerabilidade / Mayrla Lima Pinto. São Paulo, 2019.

260 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Rita Bertolozzi

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Tuberculose. 2. Controle de doenças transmissíveis.
3. Vulnerabilidade. 4. Rastreamento. 5. Enfermagem. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Nome: Mayrla Lima Pinto

Título: Contatos de indivíduos com Tuberculose: análise na perspectiva da Vulnerabilidade

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências

Aprovada em: ____/____/____.

Banca Examinadora

Orientador: Prof^ª. Dr.^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu filho Miguel por ser a minha dose diária de força e o responsável por minha felicidade ter se multiplicado desde a sua chegada.

Ao meu pai Josenildo e a minha mãe Mércia por terem sempre me apoiado e incentivado aos estudos desde a infância até aqui

Às pessoas com tuberculose por serem sempre a fonte de inspiração para os estudos realizados, no intuito de vislumbrar um dia, um país livre dessa enfermidade social

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Profª Drª Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, por ter sonhado esse sonho junto comigo! Minha eterna gratidão! Obrigada pela parceria e apoio constante para a execução e finalização desse trabalho

À Profª Drª Maria Rita Bertolozzi, minha mais profunda gratidão pela paciência e compreensão em todos os momentos, além de toda a orientação recebida, a qual foi fundamental para a conclusão deste trabalho

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar o caminho nas horas incertas e me suprir em todas as necessidades.

Ao meu amado pai, **Josenildo Pinto da Silva**, pelo apoio incondicional, confiança, pelas orações e por ser a minha companhia durante todo o processo de coleta de dados.

À minha amada mãe, **Sônia Mércia Lima** pela paciência, por aguentar minhas lamentações, pelo apoio, por ser minha companhia e cuidar com tanto amor de Miguel para que eu pudesse me dedicar em alguns momentos aos estudos.

Aos meus irmãos, **Maryana Lima Pinto** e **Gabriel Lima Pinto** que estiveram sempre torcendo e acreditando em mim, pelo apoio, pela força e pela ajuda nos cuidados ao Miguel.

À minha madrastra, **Maria do Socorro M. Montenegro**, pelo incentivo, confiança, orações constantes, apoio e carinho em todos os momentos.

À **Talina Carla da Silva**, por seu ombro amigo, sua presença sempre constante, companheirismo, incentivo, apoio, parceria e carinho.

À **Izolda Freire** pela estadia em São Paulo, pela acolhida, pela torcida, pelo carinho e por cuidar de Miguel para que eu pudesse assistir às aulas e estudar.

À **Cibely Freire**, por abrir as portas de sua casa e ter nos acolhido tão bem, pelo carinho e torcida.

À **Giovanna Mariah Orlandi**, pela parceria e amizade, pela disponibilidade de sempre e pela torcida.

Ao meu amigo **Zé Filho** por seu carinho, por torcer pela minha vitória, pela força e apoio constantes.

Ao meu amigo **Márcio André Ferreira de Sousa**, pelo incentivo, pelas orações, pela força, torcida e por acreditar em mim e na minha vitória!

A **Kerginaldo Barros** e **Zoraide Barros**, pelas orações, pelo apoio e torcida.

A todos os integrantes do Grupo de Pesquisa **Avaliação de Serviços de Saúde**, pela torcida e apoio, em especial os alunos que contribuíram com a coleta de dados: **Valdízia, Pedro e Aline** e aos queridos **Aguinaldo** e **Rose**, pelo apoio nas horas difíceis.

Às professoras **Dra. Lúcia Izumi** e **Dra. Paula Hino** pelas contribuições no Exame de Qualificação.

Aos membros da Comissão Julgadora pela disponibilidade e pelas contribuições que foram sugeridas.

A Coordenação da **Vigilância Epidemiológica** e do **Programa de Controle da Tuberculose do município de Campina Grande-PB**, pelo fornecimento do banco de dados utilizados neste trabalho.

A todos os **professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da USP** que repartiram seus conhecimentos e experiências, contribuindo assim, para minha formação acadêmica.

Aos colegas de trabalho do Hospital das Clínicas da UFPE pelo carinho, torcida e apoio, em especial: **Rândson Soares, Francimar Nipo, Catarina Vasconcelos, Lílada Gomes** e **Míriam Marinho**.

Aos colegas de trabalho do Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB pelo carinho, torcida, incentivo e por acreditarem em mim, em especial **Carla Mattos, Ana Paula Dantas, Nadja Karla** e **Rafaela Félix**.

Enfim, a todos os citados, agradeço por acreditarem no meu potencial, na minha profissão, nas minhas ideias, nos meus devaneios, principalmente quando nem eu mais acreditava.

Sem vocês nada disso seria possível.

Minha imensa e perdurável gratidão! **Muito Obrigada!!**

- Eu sei como ele conseguiu.

Todos perguntaram: - Pode nos dizer como?

- É simples, respondeu o Einstein.

- Não havia ninguém ao seu redor, para lhe dizer que não seria capaz.

Albert Einstein

Pinto ML. Contatos de indivíduos com Tuberculose: análise na perspectiva da Vulnerabilidade [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Introdução: A tuberculose (TB) ainda se configura como epidemia global. A investigação de TB, ativa ou latente, entre os contatos de pessoas diagnosticadas com a doença e dos indivíduos que possuem maior susceptibilidade em desenvolvê-la, assim como a oferta de tratamento preventivo são componentes da nova estratégia para a eliminação da tuberculose até 2050. **Objetivo:** Analisar as vulnerabilidades de contatos de indivíduos que foram notificados com a tuberculose no município de Campina Grande/PB e suas implicações no controle da enfermidade. **Método:** Estudo descritivo-exploratório, com recorte transversal, de abordagem quanti-qualitativa. O conceito de Vulnerabilidade constituiu o referencial teórico. Os participantes no estudo foram 23 responsáveis por 46 contatos, com até 18 anos, das pessoas que foram notificadas com formas transmissíveis da TB no ano de 2016, além de 48 profissionais de saúde dos serviços de saúde que assistiram a pessoa com TB durante seu tratamento. A coleta de dados foi realizada por meio de análise documental de dados em prontuários, entrevista semiestruturada e registros de observação em campo. Foi utilizado um roteiro específico para cada grupo de participantes. A análise dos dados quantitativos compreendeu resultados descritivos. Para a análise dos depoimentos dos participantes foi realizada análise do discurso. **Resultados:** A maioria dos contatos possuía idade entre 6 e 14 anos (47,8%: 22), porém, também se verificou crianças com idade até 5 anos (37,0%: 17); 65,2% (30) eram filhos do caso índice. O domicílio foi o suposto local onde ocorreu a exposição dos contatos. Foram convocados para consulta, 29 (63%) contatos, dos quais 75,9% (22) foram levados pelos responsáveis. Dos contatos que fizeram algum exame, quatro foram diagnosticados com infecção latente e foram indicados para a quimioprofilaxia, mas apenas dois completaram o esquema preventivo. Dos depoimentos dos responsáveis pelos contatos emergiram duas categorias analíticas: Processo Saúde-Doença-Cuidado e Assistência; dos depoimentos dos profissionais emergiu a categoria Assistência. Da análise dos depoimentos foram encontrados elementos de vulnerabilidade individual, social e programática, dentre os quais, ressaltam-se: escasso conhecimento sobre a doença, ausência de informações repassadas pelos profissionais da saúde, e/ou orientações incorretas e inadequadas, o que compromete o entendimento sobre a importância da investigação dos contatos, e implica em atitudes inadequadas na prevenção da transmissão da doença aos contatos. A precariedade das condições sociais, concretizadas, dentre outros, pelo baixo poder aquisitivo, implicou, em alguns casos, na ausência às consultas, e na não realização de exames para o diagnóstico, também justificadas pela ausência de sintomatologia nos contatos, medo em relação a certos procedimentos (teste tuberculínico), falta de tempo para ir ao serviço, dificuldade de acesso aos serviços, escassez de teste tuberculínico e demora no agendamento de exames. A participação da equipe de saúde é fundamental para o controle dos contatos, com especial relevância para o Agente Comunitário de Saúde. **Conclusão:** Elementos de vulnerabilidade nas dimensões individual, social e programática representam limitações para o controle da tuberculose no Município e devem ser alvo de intervenções no âmbito das políticas públicas de saúde do Município, e requerem interação com a intersetorialidade.

Palavras-Chaves: Tuberculose, Controle, Vulnerabilidade, Rastreamento de Contatos, Enfermagem.

Pinto ML. Contacts of individuals with tuberculosis: analysis from the perspective of vulnerability [thesis]. Sao Paulo: School of Nursing, University of Sao Paulo; 2019.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis (TB) remains as a global epidemic. Searching TB patients contacts that could present active or latent TB and those most likely to develop it, as well as providing preventive treatment, are components of the new TB Elimination Strategy by 2050. **Objective:** To analyze vulnerabilities of TB patients contacts in the city of Campina Grande / PB and its implications for disease control. **Method:** Descriptive exploratory cross-sectional study with a quantitative and qualitative approach. The concept of Vulnerability constituted the theoretical framework. Study participants were 23 responsible for 46 contacts, aged up to 18 years, of people who were notified of transmissible forms of TB in 2016, and 48 health care professionals who assisted the person with TB during their treatment. Data collection was performed through documentary analysis of medical records, semi-structured interviews and field observation records. A specific questionnaire was used for each group of participants. The analysis of quantitative data included descriptive results. For the analysis of the participants' statements, speech analysis was performed. **Results:** Most contacts were aged between six and 14 years (47.8%: 22), but there were also children aged up to five years (37.0%: 17); 65.2% (30) were children of the index case. The domicile was the supposed place where contact exposure occurred. 29 (63%) contacts were called for consultation, of which 75.9% (22) were taken by their guardians. Of the contacts who underwent some screening, four were diagnosed with latent infection and were referred for chemoprophylaxis, but only two completed the preventive regimen. From the statements of those responsible for contacts emerged two analytical categories: Health-Disease-Care and Care Process; from the testimonies of professionals emerged the category Assistance. From the analysis of the testimonies, elements of individual, social and programmatic vulnerability were found, among which the following stand out: poor knowledge about the disease, lack of information provided by health professionals, and / or incorrect and inadequate guidelines, which compromises the understanding about the importance of contact investigation, and implies in inappropriate attitudes in preventing the transmission of the disease to contacts. The precariousness of social conditions, materialized, among others, by the low purchasing power, implied, in some cases, in the absence to medical appointments, and the lack of tests for diagnosis, also justified by the absence of symptomatology in contacts, fear regarding certain procedures (tuberculin skin test), lack of time to go to the service, difficulty in accessing services, shortage of tuberculin skin test, and delay in scheduling exams. The participation of the health team is fundamental for contact control, with special relevance for the Community Health Agent. **Conclusion:** Elements of vulnerability in the individual, social and programmatic dimensions represent limitations for the control of tuberculosis in the municipality and should be the target of interventions within the public health policies of the municipality, and require interaction with inter-sectoriality.

Keywords: Tuberculosis, Control, Vulnerability, Contact Tracking, Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 – Percentual de casos de tuberculose reportados e subnotificados no mundo, segundo faixa etária, 2017. 21
- Figura 2 – Coeficiente de incidência de tuberculose (por 100 mil hab.), Brasil, 2009-2018*. 23
- Figura 3 – Fluxo de seleção dos estudos, 2014-2018. 35
- Figura 4 – Mapa do Brasil com localização do Estado da Paraíba e Município de Campina Grande. 63
- Figura 5 – Mapa da distribuição das Macrorregiões e Regiões de Saúde na Paraíba. 65
- Figura 6 – Entrevistas previstas e realizadas nas Unidades Básicas de Saúde da Família por categoria profissional, Campina Grande/PB, 2018. 81
- Figura 7 – Entrevistas previstas e realizadas nos Centros de Saúde, considerando a categoria profissional, Campina Grande/PB, 2018. 82
- Figura 8 – Entrevistas previstas e realizadas no Ambulatório de Referência em Tuberculose considerando a categoria profissional, Campina Grande/PB, 2018. 83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese dos artigos selecionados na temática de Investigações de contato entre indivíduos expostos e fatores de risco associados à transmissão, adoecimento e infecção, 2014-2018.	37
Quadro 2 – Síntese dos artigos selecionados na temática de Desempenho de programas, serviços e profissionais no rastreamento dos contatos, 2014-2018.	43
Quadro 3 – Síntese dos artigos selecionados na temática de Tratamento da Infecção Latente para Tuberculose: indicação, adesão e efetividade, 2014-2018.	47
Quadro 4 – Síntese dos artigos selecionados na temática de Implementação do rastreamento dos contatos e de estratégias para melhorar as investigações, 2014-2018.	49
Quadro 5 – Síntese dos artigos selecionados na temática de fatores que podem representar barreiras para o rastreamento e acompanhamento dos contatos, 2014-2018.	52
Quadro 6 – Relações de parentesco dos entrevistados com o caso índice de tuberculose e seus contatos, Campina Grande/PB, 2018.	88
Quadro 7 – Categorias e Subcategorias de análise dos depoimentos dos Responsáveis pelos contatos, Campina Grande/PB, 2018.	97
Quadro 8 – Categoria e Subcategorias que emergiram da análise do discurso dos profissionais da saúde, Campina Grande/PB, 2018.	112
Quadro 9 – Ações realizadas pelos profissionais de saúde no atendimento aos contatos de pessoas diagnosticadas com tuberculose, segundo a categoria profissional, Campina Grande, Paraíba, 2018.	113
Quadro 10 – Critérios utilizados pelos profissionais para a convocação dos contatos, Campina Grande/PB, 2018.	119
Quadro 11 – Dificuldades apontadas pelos profissionais no controle dos contatos de pessoas com diagnóstico de tuberculose, Campina Grande/PB, 2018.	122
Quadro 12 – Sumarização dos artigos selecionados, 2014 a 2018.	196

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Série Histórica da Taxa de Incidência da Tuberculose no Estado da Paraíba e município de Campina Grande, 2008-2018.	66
Tabela 2 – Série Histórica da Taxa de Incidência de Tuberculose Bacilífera no Estado da Paraíba e município de Campina Grande, 2008-2018.	67
Tabela 3 – Distribuição dos casos índice de tuberculose, segundo características sociodemográficas, Campina Grande/PB/Brasil, 2016.	89
Tabela 4 – Distribuição dos casos índice segundo modalidade de tratamento indicada e serviço que realizou o acompanhamento, Campina Grande/PB/Brasil, 2016.	91
Tabela 5 – Características do Tratamento Diretamente Observado, Campina Grande/PB/Brasil, 2016.	92
Tabela 6 – Casos índice segundo resultados de Baciloscopia de escarro, Campina Grande/PB/Brasil, 2016.	93
Tabela 7 – Distribuição dos contatos dos indivíduos diagnosticados com tuberculose, com idade até 18 anos, segundo variáveis sociais e demográficas, Campina Grande/PB, 2018.	95
Tabela 8 – Perfil dos profissionais de saúde que acompanharam pessoas com tuberculose em 2016, segundo características sociais e demográficas, Campina Grande/PB, 2018.	109
Tabela 9 – Distribuição dos profissionais de saúde que acompanharam pessoas com tuberculose segundo participação em treinamentos/cursos sobre tuberculose, Campina Grande/PB, 2018.	111

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
Aids – *Acquired Immunodeficiency Syndrome*
APS – Atenção Primária em Saúde
BCG – *Bacillus Calmette-Guérin*
CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*
DOTS – *Directly Observed Treatment Short-course*
ESF – Estratégia de Saúde da Família
GEPLAN – Gerência de Planejamento e Gestão
H - Isoniazida
HIV – *Human Immunodeficiency Virus*
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
ILTB – Infecção Latente de Tuberculose
MS – Ministério da Saúde
MTB – *Mycobacterium tuberculosis*
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS – Organização Mundial da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT – Programa de Controle da Tuberculose
PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPD – *Purified Protein Derivate*
SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS – Sistema Único de Saúde
TB - Tuberculose
TDO – Tratamento Diretamente Observado
TPI – Terapia Preventiva com Isoniazida
TT – Teste Tuberculínico
UBSF – Unidades Básicas de Saúde da Família
WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE NO BRASIL E NO MUNDO	20
1.2 ESTRATÉGIAS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE E O NOVO PLANO PARA A ELIMINAÇÃO DA DOENÇA ATÉ 2050	24
1.2.1 DOTS Strategy: 1994 a 2005	24
1.2.2 The Stop TB: 2006 a 2015	25
1.2.3 The End TB: 2016 a 2030	26
1.3 TUBERCULOSE: POSSIBILIDADES DE TRANSMISSÃO, INFECÇÃO LATENTE E CONTROLE DE CONTATOS	29
1.3.1 Revisão da Literatura	34
1.3.1.1 Investigações de contato entre indivíduos expostos e fatores de risco para transmissão, adoecimento e/ou infecção	36
1.3.1.2 Desempenho de serviços e profissionais no rastreamento dos contatos infecção	42
1.3.1.3 Tratamento da Infecção Latente para Tuberculose: indicação, adesão e efetividade... 47	
1.3.1.4 Implementação do rastreamento dos contatos e estratégias para melhorar as investigações.....	48
1.3.1.5 Fatores que podem representar barreiras para o rastreamento e acompanhamento dos contatos	51
2 OBJETIVOS	56
2.1 GERAL.....	57
2.2 ESPECÍFICOS	57
3 PERCURSO METODOLÓGICO	58
3.1 TIPO DE ESTUDO	59
3.2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	60
3.3 CENÁRIO DE ESTUDO	62
3.3.1 Informações sobre o estado da Paraíba e o município de Campina Grande	62
3.3.2 Organização dos serviços de saúde no Estado da Paraíba e Campina Grande para atender a população com diagnóstico de tuberculose	64
3.3.3 O Controle da Tuberculose na Paraíba e em Campina Grande/PB	66
3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO	68
3.4.1 Critérios de inclusão e exclusão	68
3.4.1.1 Critérios de inclusão	68
3.4.1.2 Critérios de exclusão	69
3.5 COLETA DOS DADOS.....	69
3.5.1 Instrumento para a coleta de dados	70
3.5.1.1 Instrumento A – Contatos de Indivíduos diagnosticados com tuberculose	70
3.5.1.2 Instrumento B – Profissionais de Saúde que atuam no Controle da Tuberculose	72
3.5.2 Etapas da Coleta de Dados	72
3.5.2.1 Primeira Etapa	72
3.5.2.2 Segunda Etapa	74
3.5.2.3 Terceira etapa	79
3.5.2.4 Quarta etapa.....	80
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	84
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	86
4 RESULTADOS	87

4.1 OS RESPONSÁVEIS PELOS CONTATOS	88
4.1.1 Informações sobre os Casos Índice de tuberculose	89
4.1.2 Informações sobre os Contatos.....	94
4.1.3 As categorias de análise e os depoimentos dos Responsáveis pelos contatos	97
4.1.3.1 Categoria I: Processo Saúde-Doença-Cuidado.....	98
4.1.3.2 Categoria II – Assistência.....	103
4.2 ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	108
4.2.1 O perfil dos profissionais de saúde.....	108
4.2.2 Os depoimentos dos profissionais de saúde.....	112
4.2.2.1 Categoria I: Assistência	112
5 DISCUSSÃO	138
5.1 INFORMAÇÕES SOBRE OS CASOS ÍNDICE DE TUBERCULOSE	139
5.2 ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE À TUBERCULOSE NOS CONTATOS DE PESSOAS COM TUBERCULOSE	147
5.2.1 Os depoimentos dos Responsáveis pelos contatos dos casos índice.....	152
5.2.2 Os depoimentos dos Profissionais de Saúde	161
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	171
7 REFERÊNCIAS	176
APÊNDICES	195
ANEXOS	254

APRESENTAÇÃO

Foi durante o sexto período do curso de graduação em enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, após a conclusão de um ano de monitoria, que o interesse pela docência me foi despertado. Foi quando surgiu o convite para integrar o grupo de pesquisa coordenado pela Prof^a. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo: Avaliação de Serviços de Saúde, o qual trabalhava, à época, com projetos multicêntricos na área de saúde pública e epidemiologia, com foco em pesquisas nas temáticas de Hipertensão Arterial Sistêmica e Tuberculose.

Iniciei os trabalhos como apoio técnico na coleta de dados dos projetos do grupo, até que surgiu a oportunidade de ser bolsista de um projeto de extensão intitulado “*Contribuindo para a efetividade do DOTS como estratégia de controle ao tratamento da tuberculose no ambulatório de referência do município de Campina Grande-PB*”. Assim, foi possível minha aproximação às pessoas com tuberculose e seus familiares, por ocasião do acompanhamento da supervisão da tomada dos tuberculostáticos, durante todo o seu período de tratamento. Posteriormente, ingressei no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), com um plano de trabalho que investigava a efetividade do vínculo entre profissionais de saúde e doentes nos serviços de atenção à tuberculose do mesmo Município, que também foi o tema do meu trabalho de conclusão de curso e que resultou em minha primeira publicação em um periódico científico.

Após a conclusão da graduação, fui aprovada no processo seletivo para o curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, na linha de pesquisa Avaliação de Serviços de Saúde. Minha dissertação foi desenvolvida com o objetivo de mapear casos de tuberculose no Crato, município prioritário para o controle da doença no estado do Ceará, a partir da identificação de áreas “quentes” de surgimento da tuberculose, por meio de técnicas de geoprocessamento. Desta forma, pude contribuir com os gestores na vigilância em saúde, com a identificação de áreas estratégicas e prioritárias para o controle da tuberculose.

Percebi, durante os anos de estudo sobre tuberculose, que há inúmeras dificuldades para efetivar o controle da doença no País, sendo as falhas na detecção precoce dos casos, uma das principais. Nesse escopo encontra-se a investigação dos contatos de pessoas com tuberculose, estratégia ativa e eficaz que pode ser útil para acelerar a detecção de casos e, conseqüentemente, reduzir a transmissão da doença, diminuindo assim o sofrimento das

famílias, também determinado pelo ônus financeiro causado pelo afastamento dos doentes do trabalho e do custo decorrente de necessidades que passam a prevalecer em função da ocorrência da doença, como aporte alimentar e repouso adequado, por exemplo.

Nos países em desenvolvimento e com alta carga da doença, o acompanhamento dos contatos tem se mostrado complexo para os serviços de saúde pública e representa um desafio a ser enfrentado, não sendo diferente no município de Campina Grande-PB, cenário deste presente estudo. Durante os anos de pesquisa e acompanhamento dos doentes, através do projeto de extensão, foi possível identificar pessoas da mesma família sendo acometidas pela doença ao mesmo tempo, inclusive, os membros do grupo realizavam o Tratamento Diretamente Observado de parentes de primeiro grau concomitantemente.

Neste sentido, o presente estudo buscou analisar vulnerabilidades (individual, social e programática) de contatos de indivíduos com tuberculose, além de investigar como os profissionais de saúde compreendem a investigação epidemiológica da doença neste grupo, a fim de contribuir para o aprimoramento do Programa de Controle da Tuberculose do município de Campina Grande, no estado da Paraíba.

A tese apresenta, no Capítulo 1, a Introdução, com a contextualização do tema de pesquisa, problema central e revisão de literatura, justificando sua relevância e pertinência. No Capítulo 2 são listados os objetivos do estudo. Os fundamentos metodológicos e os passos percorridos nesta pesquisa constam do capítulo 3. Nos capítulos 4 e 5 são apresentadas e discutidas as características dos casos índice e seus contatos, assim como a análise das vulnerabilidades encontradas. Por fim, o capítulo 5 sintetiza reflexões e considerações realizadas em resposta aos objetivos propostos.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo toma como objeto a vulnerabilidade de indivíduos à tuberculose, especificamente na investigação e acompanhamento de contatos das pessoas que foram diagnosticadas com a doença em um município do estado da Paraíba.

Inicialmente, será exposto um breve panorama da doença no Brasil e no mundo e, na sequência, serão descritas as novas estratégias propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Eliminação da Tuberculose como problema de saúde pública até 2035, lançadas no ano de 2014. A seguir apresentam-se os elementos que compõem o Controle de Contatos e a importância desta atividade fundamental para a prevenção e detecção precoce da tuberculose. Seguidamente, são listados alguns estudos que abordam a temática estudada, no intuito de apoiar a problematização do objeto de estudo.

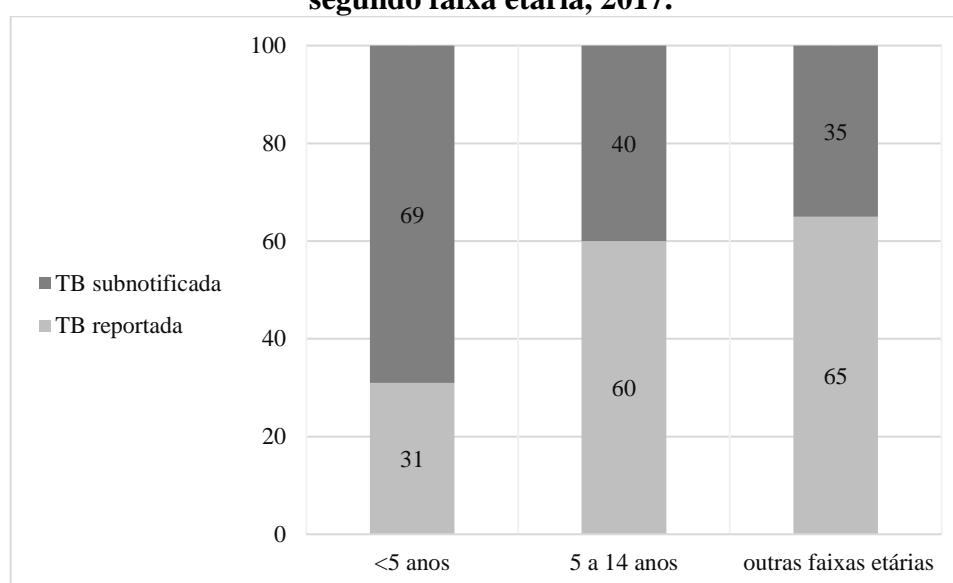
1.1 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE NO BRASIL E NO MUNDO

Apesar de antiga, curável e evitável, a tuberculose (TB) continua a merecer especial atenção, uma vez que ainda se configura como epidemia global; é uma das 10 causas de morte no mundo e a principal causa de morte por doenças infecciosas, superando a malária e o HIV/Aids (WHO, 2018a). Em 2017 a TB foi responsável pelo óbito de 1,3 milhões de pessoas HIV-negativas e 300 mil das que viviam com o HIV. A maior carga da doença é registrada em oito países que concentram dois terços de todos os casos. A Índia está à frente desse ranking (27%), seguida pela China (9%), Indonésia (8%), Filipinas (6%), Paquistão (5%), Nigéria (4%), Bangladesh (4%) e África do Sul (3%) (WHO, 2018a).

Mundialmente, em 2017, estimou-se que cerca de 10 milhões de pessoas adoeceriam por TB (o equivalente a 133 casos por 100 mil habitantes). Entretanto, as estimativas mais recentes sugerem que 36% dos pacientes com TB estão "desaparecidos", o que significa que, aproximadamente, 3,6 milhões de pessoas com TB podem não ter sido diagnosticadas e tratadas adequadamente (WHO, 2018b). Essa diferença ocorre devido à subnotificação, sobretudo, em países em que o setor privado também atua no tratamento dos casos (a exemplo da Índia), e naqueles que apresentam barreiras que limitam o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Esse dado demonstra um desafio mundial para o fim da TB, por demonstrar que cerca de três milhões de doentes ainda não são alcançados a cada ano (WHO, 2016, 2018a).

Em torno de 10% dos casos se manifestam em crianças (mais da metade daquelas menores de cinco anos de idade). Ainda assim, a doença é subnotificada na infância conforme se observa na Figura 1 a partir de dados divulgados pela OMS (WHO, 2018b), provavelmente devido à semelhança sintomática com outras enfermidades comuns nesse grupo, além das dificuldades em obter confirmação bacteriológica, devido à ausência de um exame que possa ser considerado padrão-ouro nesse grupo etário (Canoa et al., 2017). Em geral, 55% dos casos em crianças não são relatados para os programas nacionais (Figura 1) (WHO, 2018b).

Figura 1 – Percentual de casos de tuberculose reportados e subnotificados no mundo, segundo faixa etária, 2017.



Fonte: Adaptado de WHO, 2018b.

Estima-se que, a cada ano, 7,5 milhões de crianças (0 a 14 anos) sejam infectadas com a TB (Dodd et al., 2014). Após o nascimento, as crianças podem ser infectadas através do contato próximo com um portador de TB bacilífero, logo, a confirmação da doença nesta faixa etária é considerada um evento sentinela que alerta para a presença de adultos com TB que convivem com a criança (Seddon et al., 2015).

Um milhão de crianças, na faixa etária apontada acima, desenvolveu a doença em 2017, dos quais, 52% concentravam-se em menores de cinco anos (WHO, 2018b). Em relação aos óbitos, no ano de 2017 morreram por TB, 233 mil crianças (0 a 14 anos), destas, 80% ocorreram em menores de cinco anos. De forma geral, 69% não acessaram o tratamento para a doença (Dodd et al., 2017). Nesse mesmo ano, mais de 75% (1,3 milhões) dos contatos

domésticos elegíveis menores de cinco anos, não acessaram a terapia preventiva (WHO, 2018b), ou seja, oportunidades de prevenir e evitar a doença foram perdidas.

Apesar de representar um em cada seis pessoas do mundo, os adolescentes com idade entre 10 e 19 anos têm sido largamente negligenciados, e esse grupo representa uma população importante para o controle da TB. Quando adoecem, diferentemente das crianças menores, frequentemente têm múltiplos contatos em ambientes congregados, como escolas (WHO, 2018b). Essa faixa etária enfrenta desafios únicos devido à pressão por pares e ao medo do estigma, aumentando a prevalência de comorbidades, como o HIV, e comportamentos de risco, como o uso de álcool, tabaco e outras substâncias.

Cerca de 727 mil adolescentes (na faixa etária anteriormente referida) desenvolveram TB em 2012 no mundo (Snow et al., 2018). A OMS relata dificuldade em obter dados nessa faixa etária, pois a maioria dos casos são segmentados nas faixas de 5 a 14 anos e 15 a 24 anos, o que reforça a necessidade de coletar e reportar dados apropriados (WHO, 2018b).

Tendo em vista a situação epidemiológica da doença, a OMS redefiniu a classificação de países prioritários para o período de 2016 a 2020. Essa nova classificação é composta por três listas de 30 países (20 países com alta carga da TB, com base no número absoluto de casos incidentes¹ e 10 países com carga de TB elevada com base na incidência per capita²), segundo as seguintes características epidemiológicas: 1. Carga de tuberculose; 2. Tuberculose multidrogarresistente e 3. Coinfecção TB/HIV. Alguns países aparecem em mais de uma lista, somando, assim, 48 países prioritários para o controle da TB, que representam mais de 87% da carga mundial da doença (WHO, 2015, 2016).

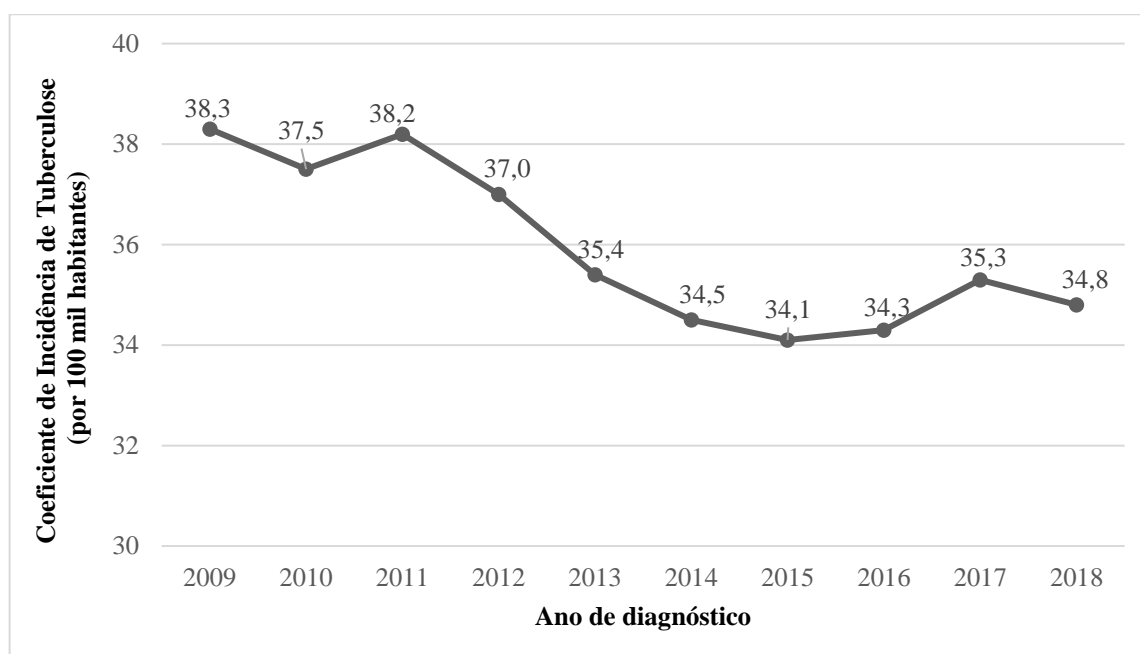
De acordo com os novos critérios, o Brasil ocupa a 20ª posição na classificação sobre a carga da doença e a 19ª quanto à coinfecção TB/HIV, encontrando-se em duas das listas anteriormente citadas (Brasil, 2019a). Em 2018 foram diagnosticados 72.788 casos novos de TB, perfazendo um coeficiente de incidência de 34,2/100.000 habitantes. Apesar de queda média anual de 1,0%, observada entre os anos de 2009 a 2018, o coeficiente de incidência apresentou elevação nos anos de 2017 e 2018, em relação ao período de 2014 a 2016 (Figura 2) (Brasil, 2019b).

¹ Angola, Bangladesh, Brasil, China, República Democrática da Coreia, República Democrática do Congo, Etiópia, Índia, Indonésia, Quênia, Moçambique, Myanmar, Nigéria, Paquistão, Filipinas, Rússia, África do Sul, Tailândia, Tanzânia, Vietnam.

²Cambodja, República Centro-Africana, Congo, Lesotho, Libéria, Namíbia, Nova Guiné, Serra Leoa, Zâmbia, Zimbábue.

O Boletim Epidemiológico, divulgado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (MS), em 2019, aponta que o aumento do coeficiente de incidência da TB nos anos de 2017 e 2018 poderia representar uma ampliação do acesso às ferramentas de diagnóstico, possivelmente em virtude da implantação e ampliação do Teste Rápido Molecular para a Tuberculose, que ocorreu de 2014 a 2018, ou ainda, estar associado à importante piora dos indicadores de desigualdade social, tendo em vista a crise econômica pela qual o país tem passado, particularmente a partir de 2015 (Brasil, 2019b).

Figura 2 – Coeficiente de incidência de tuberculose (por 100 mil hab.), Brasil, 2009-2018*.



* Dados sujeitos a alterações.

Fonte: SAGE/MS, 2018.

Em 2018, no Brasil, 4,5% (2.704) dos casos novos de TB ocorreram em crianças com idade até 14 anos, com incidência de 12/100 mil habitantes; desses, 1.087 ocorreram em menores de cinco anos. Foram examinados no país somente 62,2% dos contatos identificados entre os casos confirmados de TB pulmonar nesse ano (Brasil, 2019b).

Quanto ao número de óbitos por TB, de acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, em 2017, ocorreram cerca de 4,5 mil mortes, com taxa de mortalidade de 2,2/100.000 habitantes (a mesma obtida no ano anterior). Entre 2008 e 2017, a queda média anual do indicador foi igual a 2,1%, com decréscimo de 2008 a 2012 e posterior estabilização

(Brasil, 2019b; SIM, 2018). Esses dados colocam a doença no terceiro lugar como causa de morte por doenças infecciosas e parasitárias. Já para os que vivem com o HIV, a TB é a primeira causa de morte (Brasil, 2019c).

No Brasil, o controle da TB também tem se mostrado complexo. Atualmente, a organização dos serviços tem se concentrado na demanda de pessoas que buscam assistência. Entretanto, esforços devem ser empregados em atividades preventivas, na perspectiva de reduzir a transmissão da doença a partir da detecção precoce dos casos, rastreamento de contatos e oferta de tratamento preventivo para a TB, a fim de evitar a progressão da doença.

1.2 ESTRATÉGIAS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE E O NOVO PLANO PARA A ELIMINAÇÃO DA DOENÇA ATÉ 2050

1.2.1 DOTS Strategy: 1994 a 2005

No ano de 1993, a OMS declarou a TB como emergência global e foram estabelecidas as seguintes metas para a resolução do problema: detectar 70% dos casos novos e curar, no mínimo, 85% desses até o ano 2000. Posteriormente, em 1994, foi lançada a Estratégia *Directly Observed Treatment Short-course (DOTS)*, composta por cinco pilares:

1. Detecção de casos por baciloscopia entre os sintomáticos respiratórios que demandam os serviços de saúde
2. Tratamento padronizado de curta duração, diretamente observado e monitorado em sua evolução
3. Fornecimento regular das drogas
4. Sistema de registro e informações que assegure a avaliação do tratamento
5. Compromisso do governo colocando o controle da tuberculose como prioridade entre as políticas de saúde (Opas, 1997).

A implementação dessa estratégia foi fundamental para ajudar 182 países a melhorarem os Programas Nacionais de Controle da Tuberculose (PNCTs) e grandes progressos foram alcançados no controle global da TB. Em 2004, mais de 20 milhões de pacientes haviam sido tratados sob a estratégia em todo o mundo e mais de 16 milhões deles

tinham sido curados. A mortalidade por TB apresentou declínio e a incidência foi diminuindo ou estabilizando em todas as regiões do mundo, com exceção da África Subsaariana e da Europa Oriental. A taxa global de sucesso do tratamento, entre os novos casos de TB com baciloscopia positiva, atingiu 83% em 2003 (pouco abaixo da meta de 85%) e, em 2004, a taxa de detecção de casos, que se acelerou globalmente desde 2001, foi de 53% (abaixo da meta de 70%) (WHO, 2006).

1.2.2 The Stop TB: 2006 a 2015

A Estratégia Stop TB teve como foco principal melhorar o uso das ferramentas atualmente disponíveis para o diagnóstico e tratamento da TB, garantindo o acesso equitativo aos cuidados para todos os pacientes com TB (ativa ou latente, adultos e crianças, com e sem HIV e/ou TB resistente aos medicamentos), independentemente de receberem atendimento de um serviço público ou privado, além de reduzir os efeitos adversos da doença, incluindo suas consequências sociais e econômicas. O impacto epidemiológico dessa Estratégia tinha como meta reduzir, até 2015, as taxas de prevalência e mortalidade por TB em 50%, considerando o ano de 1990, para assim, conseguir eliminar a doença como problema de saúde pública (menos de um caso por milhão de habitantes) em 2050 (WHO, 2006). Para alcançar tais objetivos, organizava-se em seis pilares:

1. Prosseguir com a expansão e melhoria da estratégia DOTS de alta qualidade
2. Abordar a TB/HIV, a TB-MR e outros desafios especiais
3. Contribuir para o fortalecimento do sistema de saúde
4. Envolver todos os prestadores de cuidados (setor público e privado)
5. Capacitar as pessoas com TB e as comunidades
6. Aprimorar e promover a pesquisa

Mesmo com todos os esforços empreendidos nesta Estratégia, em 2015 foram registrados, oficialmente, 6,1 milhões de casos (a estimativa era de 10,4 milhões). Nesse mesmo ano, a TB foi responsável pelo óbito de 1,8 milhões de pessoas; desses, 0,4 milhão viviam com o HIV (WHO, 2017).

1.2.3 The End TB: 2016 a 2030

Devido à situação epidemiológica da TB, o ano de 2015 foi marcado pelo lançamento dos novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e pelo lançamento da Estratégia pelo Fim da Tuberculose Pós-2015, ambos aprovados por todos os estados membros na Assembleia Mundial de Saúde de 2014 (WHO, 2015).

A estratégia Pós-2015, para a eliminação da TB como pandemia, é um projeto ambicioso e que necessita de longo prazo para o alcance dos resultados. Entre 2016 e 2020, as metas do *Stop TB Partnership* são: identificar 90% dos casos de TB, garantindo-lhes tratamento apropriado e preventivo (conforme indicação, após anamnese, exame clínico, avaliação de exame radiográfico e teste tuberculínico); alcançar 90% das populações chave (os mais vulneráveis, marginalizados e grupos de risco); e curar, no mínimo, 90% dos casos diagnosticados, por meio de tratamento acessível, correto e apoio social (WHO, 2015).

Nesse contexto, o terceiro dos ODS para 2030 está pautado na Saúde de Qualidade, por meio da promoção de vida saudável e do bem-estar para todos, independentemente da idade. Entre as metas que integram esse Objetivo, encontra-se a que faz referência às doenças transmissíveis, orientada para extinguir as epidemias de Aids, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, além de combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras. No caso da TB, os indicadores são de redução das taxas de incidência, prevalência e mortalidade, associadas a todas as formas de TB (WHO, 2013a, 2015).

No longo prazo, a estratégia da Agenda Pós-2015 tem a finalidade de eliminar a doença até 2050 (menos de um caso por milhão de habitantes), por meio de um acordo global, expresso nas metas estabelecidas de redução da incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes e redução da mortalidade em 95% até 2035 (WHO, 2013b). É importante destacar que a erradicação da TB (o completo desaparecimento da doença) não é factível, considerando seu modo de transmissão, a grande quantidade de indivíduos infectados, além da ausência de uma vacina capaz de proteger todos os vacinados (Matteelli et al., 2018).

Por meio da pactuação se propõe a ampliação das ações de controle da doença, assentadas sobre três pilares, com seus respectivos componentes (WHO, 2015):

1. Cuidado integrado, centrado no paciente, e prevenção.

Componentes

- A. Diagnóstico precoce universal, investigação sistemática dos contatos e das populações mais vulneráveis;
- B. Tratamento e apoio a todas as pessoas com tuberculose, inclusive os drogarresistentes;
- C. Atividades colaborativas entre TB-HIV e manejo de comorbidades;
- D. Tratamento preventivo para pessoas com alto risco de adoecimento e vacinação contra a tuberculose.

Esse pilar resumiu os conceitos centrais das estratégias anteriores, relacionadas ao diagnóstico e tratamento da TB, introduzindo, pela primeira vez, o conceito de prevenção, baseado principalmente na identificação e tratamento de indivíduos com infecção latente por TB, como elemento chave para a eliminação da doença.

2. Políticas Públicas arrojadas e sistemas de apoio.

Componentes

- A. Comprometimento político, alocação adequada de recursos para o cuidado e prevenção da tuberculose;
- B. Engajamento comunitário, das organizações da sociedade civil e dos setores público e privado;
- C. Políticas de cobertura universal em saúde, marcos regulatórios para a notificação de casos, registros vitais, uso racional de medicamentos de qualidade e controle de infecção;
- D. Proteção social, redução da pobreza e ações relacionadas aos determinantes da tuberculose.

O segundo pilar resumiu todas as atividades interministeriais que se encontram em um nível acima das equipes do PNCT e são relevantes para o impacto no controle e eliminação da doença.

3. Intensificação de pesquisas e inovações.

Componentes

- A. Descoberta, desenvolvimento e rápida incorporação de novas ferramentas, intervenções e estratégias;
- B. Pesquisas para otimizar a implantação, o impacto e a promoção de inovações.

Para atingir as metas estabelecidas, o declínio anual das taxas de incidência global de TB deve ser acelerado de 2% ao ano (referência de 2015) para 10% ao ano até 2025. Da mesma forma, a proporção de óbitos por TB deve sofrer declínio de 15% em 2015 para 6,5% até 2025 (WHO, 2015, 2016). Entretanto, para manter o progresso para além de 2025 e alcançar as metas dos ODS até 2030 e, finalmente, eliminar a TB como problema de saúde pública, ferramentas adicionais devem estar disponíveis, tais como uma nova vacina eficaz antes e após a exposição, tratamento mais seguro e eficaz para a infecção latente da TB (ILTB), regimes mais curtos de medicamentos e, incentivo a mecanismos de proteção social (WHO, 2015, 2016).

De acordo com a OMS, essas reduções são viáveis com as ferramentas existentes atualmente, se complementadas por cobertura de saúde universal e proteção social. De fato, as metas são ambiciosas e necessidades essenciais persistem, especialmente as que estão relacionadas ao diagnóstico, tratamento da TB drogarresistente e acesso a medidas de prevenção (Barreira, 2018). Neste sentido, os *guidelines* isolados não são suficientes, mas precisam ser adaptados aos contextos sociais, econômicos e dos serviços onde serão aplicados (Ogden, 2000). Ademais, é importante apontar que a cobertura universal de saúde, como proposta pela OMS não garante a acessibilidade universal, mas acaba por segmentar o acesso segundo a capacidade de pagamento.

Em maio de 2018 a Assembleia Mundial da Saúde adotou o 13º Programa Geral da OMS (GPW-13) com atuação no período de 2019 a 2023, bem como uma resolução que inclui compromissos para agir mais rapidamente, pois os atuais esforços para implementar a Estratégia para a Eliminação da TB e atingir a meta dos ODS estão aquém do esperado. Assim, foram incluídos os seguintes alvos: redução do número de mortes por TB, em pelo menos 50% entre 2018 e 2023; mínimo de 80% de cobertura de tratamento para pessoas com TB resistente a medicamentos até 2023; alcançar 40 milhões de pessoas com TB durante o período de 2018-2022, incluindo 3,5 milhões de crianças e 1,5 milhões de pessoas com TB resistente a medicamentos; e alcançar pelo menos 30 milhões de pessoas com serviços de prevenção da TB durante o período de 2018-2022 (WHO, 2018c). E ainda, para apoiar o alcance dessas metas, a OMS, a Parceria *Stop TB* e o Fundo Global de Combate à Aids, TB e

Malária lançaram uma iniciativa conjunta intitulada "Encontrar. Tratar. Tudo" (WHO, 2018d).

Seguindo as estratégias da OMS, o PNCT no Brasil propôs um Plano para a Eliminação da Doença como Problema de Saúde Pública (Brasil, 2017a), utilizando os mesmos pilares da *The End TB*. Os principais pontos fortes do programa brasileiro são a cobertura diagnóstica universal, o tratamento administrado pelo sistema público de saúde, a descentralização do acompanhamento dos pacientes com TB e o envolvimento ativo tanto da sociedade civil quanto da Rede-TB, a busca por estratégias que fortaleçam o acesso à prevenção e a capacidade de atingir algumas metas da OMS (por exemplo, taxas de detecção de TB ao nível de 87%) (Brasil, 2017a).

O Plano Nacional dividiu os municípios brasileiros em oito cenários, levando em consideração as similaridades dos contextos socioeconômicos e a capacidade para a implementação das ações de controle da TB, associados à incidência da doença. Esta iniciativa permitiu a recomendação de ações específicas em cada cenário, tendo em vista os estágios diferentes no controle das doenças (Brasil, 2017b).

1.3 TUBERCULOSE: POSSIBILIDADES DE TRANSMISSÃO, INFECÇÃO LATENTE E CONTROLE DE CONTATOS

A TB é transmitida por via aérea, a partir da inalação de aerossóis, contendo o *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), produzidos pela tosse, espirro ou fala de doentes com TB ativa de vias aéreas (pulmonar ou laríngea) (Veronesi, Focaccia, 2015). Os casos bacilíferos, ou seja, aqueles que possuem resultado positivo para a baciloscopia de escarro, são os principais responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão, podendo infectar, anualmente, quando não tratados, em torno de 10 a 15 pessoas numa comunidade (Brasil, 2014a). Os bacilos expelidos podem permanecer entre cinco e doze horas no ambiente, dependendo da ventilação e iluminação do local (Brasil, 2019c).

Quando a quantidade de bacilos inalados é pequena, eles podem ser destruídos antes de induzirem uma resposta imune ou provocarem lesões. Em outros casos, os bacilos ficam encapsulados, em estado latente, em pequenos focos quiescentes, que não progridem, nem provocam o adoecimento, caracterizando a ILTB. Embora a maioria dos infectados desenvolva a doença entre dezoito e vinte e quatro meses após a infecção inicial (Feng et al.,

2015; Gounder et al., 2015), uma vez infectada, a pessoa pode adoecer em qualquer momento da vida, caso não receba o tratamento preventivo preconizado (Brasil, 2019c).

Aproximadamente um terço da população mundial possui a ILTB, ou seja, não possuem a doença ativa (WHO, 2016). Cerca de 5,0% dos infectados não conseguem impedir a multiplicação inicial do bacilo e adoecem na sequência da primo-infecção (TB primária), ou seja, o adoecimento ocorre logo após a infecção, sendo mais comum essa ocorrência em crianças e em pessoas em condições imunossupressoras. Em torno de 5,0% dos que conseguem bloquear a infecção nessa fase adoecem posteriormente (TB pós-primária ou secundária) por reativação dos bacilos (reativação endógena) ou por exposição a uma nova fonte de infecção (reinfecção exógena) (Veronesi, Focaccia, 2015).

É importante destacar que, para que a transmissão seja bem-sucedida, é necessário certo tempo de exposição, calculado entre 200 e 300 horas, para a população geral. Entre os fatores que influenciam a transmissão do MTB entre humanos, estão as características do caso-índice, do ambiente, a intensidade de contato e a suscetibilidade do exposto (CDC, 2005; Lima et al., 2013).

O caso índice é o primeiro caso de TB ativa diagnosticado na cadeia de transmissão (Brasil, 2014a), é aquele em torno do qual a investigação dos contatos é centrada, porém, nem sempre corresponde ao caso fonte. O caso fonte é o caso infectante, não necessariamente, o primeiro caso identificado (Brasil, 2019c). A transmissão da TB é mediada pela carga do bacilo e o estado geral da pessoa acometida. Assim, aqueles com melhores condições nutricionais possuem maior vigor de tosse, liberando mais bacilos no ambiente (Lima et al., 2013; Melo et al., 2010). São ambientes favoráveis para a transmissão da doença os pouco ventilados, com deficiência de luz solar, em aglomerados de pessoas, além da proximidade e tempo de permanência no mesmo lugar com a fonte infectante.

A intensidade de contato está relacionada ao tempo de exposição e ao tipo de relação com o enfermo, tendo em vista que a proximidade e o parentesco guardam relação direta com a infecção. Nesse contexto, moradores do mesmo domicílio, que dividem o mesmo dormitório e ainda, o mesmo leito, têm maior susceptibilidade de adquirir a forma latente da doença e, futuramente, vir a desenvolver a forma ativa da TB (Melo et al., 2010).

A competência imunológica do hospedeiro também é relevante no adoecimento. Aqueles com imunidade comprometida (infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida/HIV, portadores de outras doenças ou em tratamento com imunodepressores ou imunossupressores, os maiores de 60 anos e/ou desnutridos), os que vivem em condições inadequadas de vida, além daqueles em situações especiais, como crianças, idosos

institucionalizados, indígenas, profissionais de saúde, as populações privadas de liberdade e em situação de rua são mais vulneráveis a desenvolver a TB em sua forma ativa (Brasil, 2011a, 2019c; WHO, 2016).

Uma das formas de prevenir a transmissão e o adoecimento seria por meio da vacinação. No entanto, a vacina atualmente disponível, a BCG (Bacillus Calmette-Guérin), é pouco eficaz contra a forma pulmonar, tendo importância, por evitar o desenvolvimento das formas miliar e meníngea, consideradas as mais graves, em menores de cinco anos de idade (Brasil, 2014a).

Outro ponto a ser considerado, em relação à prevenção, é a identificação dos casos de ILTB. O rastreamento dos indivíduos com maior susceptibilidade em vir a desenvolver a forma ativa da TB, a partir de casos de ILTB, e a oferta de tratamento preventivo são componentes do Pilar 1 da nova estratégia para a eliminação da TB até 2050, assim como a investigação dos contatos de pacientes diagnosticados com a doença.

Considera-se contato toda pessoa que foi exposta ou convive no mesmo ambiente com o caso índice, quando foi estabelecido o diagnóstico da TB. O convívio pode ser domiciliar, em ambientes de trabalho, em instituições de longa permanência ou na escola (Brasil, 2019c). No presente estudo, serão utilizadas as expressões “*comunicantes*” e “*contactantes*” para se referir aos contatos, nomenclatura que já foi utilizada anteriormente e que ainda persistem no vocabulário de alguns profissionais da saúde.

É considerada alta a prevalência de ILTB, em contatos de pessoas diagnosticadas com TB (Moran-Mendonça et al., 2010). Alguns estudos têm sugerido que o risco subsequente de desenvolver a doença, entre os contatos próximos de pacientes com TB, é maior entre os indivíduos inicialmente sensíveis ao Teste Tuberculínico (TT) (Chan et al., 2014; Lienhardt, 2003), o qual tem sido tradicionalmente utilizado para identificar pessoa com ILTB e, posteriormente, indicação para o tratamento preventivo da TB.

Esses indivíduos também apresentam maior possibilidade de desenvolver a forma ativa, sendo o rastreamento dos contatos um meio eficaz para a pesquisa de novos casos, detecção precoce e oferta de tratamento preventivo. Todos esses com a finalidade de interromper a cadeia de transmissão, diminuindo assim o número de casos, além de auxiliar na redução da propagação da resistência microbiana às drogas de primeira escolha para o tratamento, nos contatos de pacientes com formas resistentes da doença (Moran-Mendonça et al., 2010).

As diretrizes internacionais recomendam a abordagem tradicional de círculos concêntricos para conduzir investigações de contatos de casos com alta carga bacilar. Esta abordagem consiste em testar sistematicamente os contatos regulares do domicílio, do

trabalho, escola, entre outros, de acordo com o grau de exposição ao caso índice nos 3 (três) meses anteriores ao início dos sintomas. Assim, o início da investigação consiste em identificar e testar os contatos mais próximos do caso-índice (Círculo 1). Na evidência de transmissão entre eles, o rastreamento é expandido para contatos regulares (Círculo 2) e, posteriormente, para contatos ocasionais (Círculo 3), quando houver (CDC, 2005).

Em estudo realizado nos EUA, que investigou o desenvolvimento de TB ativa após resultado anterior positivo à prova tuberculínica, foi identificado que a maioria dos contatos que adoeceu após a infecção foi exposta ao caso-índice em um ambiente doméstico e desenvolveu a doença após dois anos de exposição. Tal resultado é consistente com evidências de que esse é o período de maior risco para aqueles que têm substancial convívio (≥ 8 horas/semana) com uma pessoa diagnosticada com TB pulmonar ou laríngea, ou quando a transmissão definitiva for observada. Além disso, os resultados dessa pesquisa também indicaram que todos os contatos em que foram inoculados o *Protein Purified Derived* (PPD), com resultado do TT positivo anterior, foram expostos em um ambiente doméstico (Gounder et al., 2015).

A avaliação dos contatos de pessoas com TB é feita por meio de uma busca sistemática. Para tal, deve ser realizada entrevista com o caso índice com o intuito de obter os nomes dos contatos, idades, tipo de convívio, formas de localização e, assim, avaliar o risco dos contatos para priorizar a intervenção. De acordo com a segunda edição do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, devem ser priorizados, na investigação dos contatos: sintomáticos para TB, crianças menores de cinco anos, pessoas vivendo com HIV, pessoas com comprometimento imunológico conhecido ou suspeito e os contatos de casos índice portadores de TB drogarresistente (Brasil, 2019c).

A avaliação dos contatos, no Brasil, é realizada através da utilização de um protocolo, que apresenta normatizações, em forma de fluxograma, quanto à solicitação e realização de exames (prova tuberculínica, radiografia de tórax e baciloscopia de escarro – quando sintomáticos respiratórios), além de distribuir os contatos em duas faixas etárias: “menores de 10 anos” e “adultos e adolescentes (≥ 10 anos)”. É a partir dessa investigação que é feita a indicação para o tratamento da infecção latente ou doença ativa para os contatos (Brasil, 2014a, 2019c).

A prevenção da doença com o tratamento da ILTB é uma das importantes estratégias para o alcance das novas metas que visam eliminar a TB como problema de saúde pública. Apenas a isoniazida (H) era utilizada no Brasil para a quimioprevenção da TB, na dose de 5 a 10mg/kg de peso, até a dose máxima de 300mg/dia, durante 9 a 12 meses, totalizando 270

doses para o tratamento da ILTB em adultos, adolescentes e crianças ou 180 doses entre seis a nove meses (Brasil, 2011a, 2014a).

Atualmente, foi incorporada no país a rifampicina, com tempo de tratamento de 4 a 6 meses, sendo o regime preferencial para pessoas com mais de 50 anos, crianças menores de dez anos, hepatopatas e contatos de monoresistentes à isoniazida. A dose é de 10mg/kg/dia (em adultos e adolescentes) e 15mg/kg/dia (em menores de 10 anos), até a dose máxima de 600mg por dia, totalizando, no mínimo, 120 doses. Esses regimes terapêuticos são capazes de reduzir em torno de 60 a 90% o risco de adoecimento, se completado o total de doses, mesmo com a eventualidade de uso irregular (Getahun et al., 2015) e não induzem a resistência (Boon et al., 2016), a não ser quando utilizados como monoterapia em pessoas que possuam a TB ativa (WHO, 2018a). A indicação do tratamento da ILTB depende de vários fatores, a saber: resultado do Teste Tuberculínico (TT), idade da pessoa, probabilidade de ILTB e risco para o desenvolvimento de TB ativa (Brasil, 2018, 2019c).

No Brasil, até 2017 não se dispunha de metas para acompanhar a finalização com sucesso do tratamento de infecção latente e o seguimento dos contatos era registrado apenas em impressos que foram padronizados, apesar da recomendação do PNCT, de notificar e registrar os casos de ILTB em todas as unidades da federação, através da publicação do Ofício Circular nº 27 (Brasil, 2014c). Também não havia um sistema nacional de informações para o diagnóstico e acompanhamento dos casos de tratamento para a infecção latente.

Em 2018 foi publicado o “Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil” (Brasil, 2018), em que foram padronizados a Ficha de notificação das pessoas em tratamento da ILTB e o Livro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da ILTB. Também foi desenvolvido o IL-TB que é o sistema de informação para a notificação das pessoas em tratamento para a infecção latente. Através dele serão gerados os dados para calcular os seguintes indicadores para o monitoramento e avaliação do seguimento dos casos de infecção latente:

- Proporção de indicação de tratamento da ILTB entre os contatos de TB ativa avaliados;
- Proporção de tratamentos de ILTB iniciados dentre os tratamentos indicados;
- Proporção de tratamentos de ILTB concluídos dentre os tratamentos iniciados;
- Número e proporção de tratamentos de ILTB;
- Proporção de tratamentos de ILTB que não tiveram TB ativa descartada;

- Situação de encerramento dos casos em tratamento de ILTB.

Conforme anteriormente assinalado, o controle de contatos é considerado uma atividade complexa, sobretudo em países onde a TB é endêmica, como é o caso do Brasil, em que o foco está posto no atendimento aos doentes com diagnóstico estabelecido, em detrimento da investigação dos contatos. Para modificar tal realidade, há necessidade de reformular, entre outras providências, a forma como os serviços de atenção à TB são ofertados à população, tendo em vista que se estima uma média de quatro contatos por paciente, razão porque os serviços teriam de ser ampliados quanto à organização estrutural e recursos humanos disponíveis, para receber, no mínimo, uma demanda quatro vezes superior à atual (Freire, Bonametti, Matsuo, 2007).

Em países desenvolvidos, o rastreio dos contatos é prioridade para os programas de TB; mesmo assim, nos Estados Unidos da América (EUA), onde já existe um sistema de informações consolidado, um estudo demonstrou as seguintes dificuldades: mais de um terço dos contatos identificados não se submeteram ao tratamento preventivo; um em cada cinco contatos não foram examinados e; mais de 50% dos contatos infectados não completaram o regime para prevenir a doença (Young et al., 2016). Entre as barreiras identificadas por esse estudo, a principal foi o tempo e o regime dedicados ao tratamento com a isoniazida (Young et al., 2016).

1.3.1 Revisão da Literatura

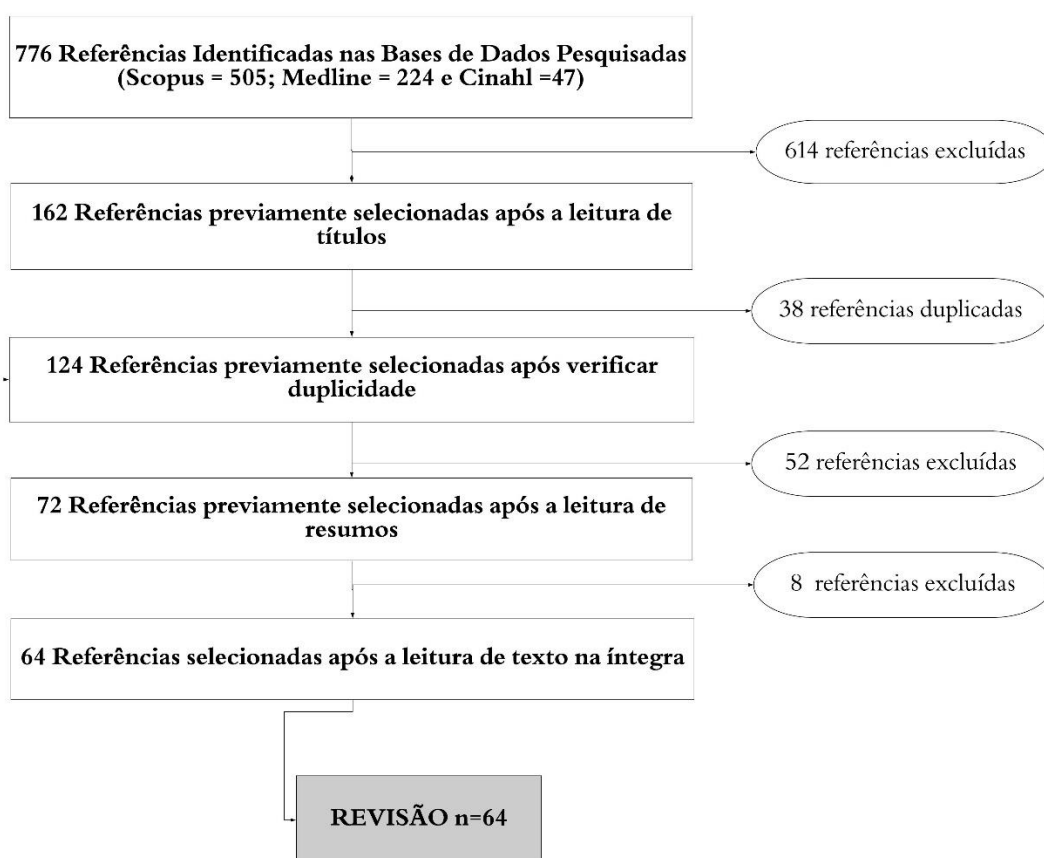
Com o intuito de conhecer a produção científica sobre o controle de contatos de pacientes diagnosticados com TB, realizou-se uma busca sistemática nas bases de dados Scopus, Medline e Cinahl com os seguintes descritores “*Tuberculosis AND Contact Tracing*” e “*Tuberculosis AND household contact investigations*”. Foram utilizados os seguintes critérios: artigos com texto completo disponíveis nos idiomas inglês, português e espanhol, definindo-se o período de captura de dados de 2014 a 2018, escolhido em função de observar a produção acadêmica sobre a temática, após o lançamento das novas estratégias de controle da doença publicadas pela OMS em 2014.

Foram identificadas 776 referências. Após a leitura dos títulos, foram excluídos 614 estudos, pois: os participantes não eram contatos de pacientes com TB; tuberculose diagnosticada em animais; estudos exclusivamente genéticos e biomoleculares; contatos de

pacientes com TB que se caracterizavam como população privada de liberdade e em situação de rua; TB entre profissionais da saúde; investigações de transmissão da TB em decorrência do uso de meios de transporte coletivo (aéreo e terrestre); investigações de transmissão da TB em hospitais, abrigos para refugiados e regiões transfronteiriças.

Posteriormente, foram verificadas as duplicações e, logo após, realizada a leitura dos resumos, utilizando os mesmos critérios citados anteriormente, sendo então excluídos um total de 52 estudos. Por fim, foi realizada leitura do texto na íntegra, sendo então excluídos 8 estudos, restando assim, 64 artigos que foram selecionados para compor a revisão de literatura. A figura a seguir apresenta o fluxo para seleção dos artigos:

Figura 3 – Fluxo de seleção dos estudos, 2014-2018.



Um quadro com as informações gerais dos estudos selecionados pode ser consultado no Apêndice A. A maior parte das publicações foi realizada nos anos de 2014 (23,4%) e 2017 (23,4%), cada ano com 15 estudos encontrados nas bases pesquisadas. Cerca de 80,0% (52) foram encontrados na Scopus no idioma inglês. Entre os periódicos que mais publicaram

estudos, destacaram-se a *Plos One* com 20,3% (13) e a *BMC Infectious Diseases*, com 15,6% (10) dos trabalhos. Os estudos foram realizados, em sua maioria, em países com alta carga de tuberculose, a exemplo da China, Índia, Indonésia, Vietnã, África do Sul, Nigéria e Paquistão. Foram encontrados cinco estudos desenvolvidos no Brasil.

Os seguintes temas foram apontados nos resumos: Investigações de contato entre indivíduos expostos e fatores de risco para transmissão e/ou adoecimento; Desempenho dos serviços e profissionais no rastreamento dos contatos; Tratamento da Infecção latente para tuberculose: indicação, adesão e efetividade; Implementação do rastreamento dos contatos e estratégias para melhorar as investigações; Fatores que podem representar barreiras para o rastreamento e acompanhamento dos contatos.

Tendo em vista a variedade de assuntos encontrados, para melhor visualização da busca, os estudos serão apresentados por tema, em quadros separados.

1.3.1.1 Investigações de contato entre indivíduos expostos e fatores de risco para transmissão, adoecimento e/ou infecção

Foi possível observar que 45,3 % (29) dos estudos tinham, em sua maioria, o objetivo de investigar ou avaliar a transmissão da TB para os contatos (domiciliares ou não) após exposição ao caso índice (Quadro 1). Em geral, foram utilizados, para diagnóstico e/ou rastreamento, testes de sensibilidade, pesquisa bacteriológica (cultura e/ou baciloscopia) e radiológica (radiografia de tórax). O ano de 2017 foi o que apresentou maior número de estudos relacionados ao tema, totalizando 7 (24,1%), porém não muito atrás dos outros anos.

Desse modo, 93,1% (27) dos estudos apontaram que o rastreamento de contatos contribuiu para a detecção de casos de TB ativa nesse grupo, não identificados anteriormente, assim como o diagnóstico de infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

Além da temática apontada, 44,8% (13) dos estudos também apresentam fatores de risco associados ao desenvolvimento da doença ativa ou infecção latente entre os contatos, entre os quais, se destacaram: tempo de exposição (quanto maior o tempo, maior o risco); idade (crianças e idosos); sexo do caso índice (feminino); possuir outra doença de base (infecção por HIV); ser tabagista (ativo ou passivo) ou usuário de outras drogas, como também consumir bebidas alcóolicas; a alta carga bacilar do caso-índice, assim como ser seu cuidador e fazer menos de três refeições por dia.

Quadro 1 – Síntese dos artigos selecionados na temática de Investigações de contato entre indivíduos expostos e fatores de risco associados à transmissão, adoecimento e infecção, 2014-2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
1	Improving detection of tuberculosis among household contacts of index tuberculosis patients by an integrated approach in Myanmar: A cross-sectional study (2018)	Avaliar a taxa de detecção entre os contatos e identificar fatores de risco para TB.	Estudo transversal; triagem através de radiografia de tórax, escarro e exame do gene Xpert MTB/RIF.	O percentual de casos de TB detectados entre os contatos domiciliares foi de 13,8%. Fatores de risco entre os contatos: ser cuidador de um caso índice, tabagismo ativo e passivo e consumo de bebidas alcoólicas.
2	Tuberculosis Transmission in Households and Classrooms of Adolescent Cases Compared to the Community in China (2018)	Avaliar a relação da exposição à TB e os casos diagnosticados em escola e a taxa de detecção de TB ativa entre contatos domiciliares e em sala de aula.	Estudo de caso-controle prospectivo e pareado entre casos de adolescentes detectados em sistema de vigilância da TB e controles saudáveis.	A exposição à TB no domicílio foi um forte fator de risco. Ter um caso índice na sala de aula aumentou o risco de colegas de turma contraírem TB ativa.
3	A contact investigation after exposure to a child with disseminated tuberculosis mimicking inflammatory bowel disease (2018)	Relatar um caso de TB disseminada em uma criança e investigar contatos entre indivíduos expostos	Pesquisa exploratória utilizando um estudo de caso índice de TB e seus contatos.	Dos 327 indivíduos examinados, 18 (5,5%), dos contatos eram irmãos do paciente índice. 17 crianças do jardim da infância foram diagnosticadas com infecção latente por TB. O diagnóstico foi mais frequente nas crianças menores.
4	Investigation of household contacts of pulmonary tuberculosis patients increases case detection in Mwanza City, Tanzania (2018)	Determinar a magnitude e os preditores de TB entre os contatos domiciliares	Pesquisa exploratória de abordagem quantitativa, rastreando os contatos de TB confirmados.	No total, 29 (6,4%) contatos tiveram TB pulmonar confirmada bacteriologicamente. Os preditores principais foram ser casado e fazer menos de 3 refeições ao dia.
10	Yield of household contact tracing for tuberculosis in rural South Africa (2018)	Rastrear TB ativa em contatos domiciliares no distrito de Vhembe, África do Sul	Estudo exploratório descritivo em que foram recrutados os contatos dos casos-índice de TB.	Foram identificados 11 casos previamente não diagnosticados de TB bacteriologicamente confirmada, com prevalência de 3,9% (IC 95%: 2,0-6,9%) entre os contatos.
12	Incident Mycobacterium tuberculosis infection in household contacts of infectious tuberculosis patients in Brazil (2017)	Descrever as características individuais de uma coorte de contatos domiciliares com conversão de teste tuberculínico.	Estudo de coorte entre contatos domiciliares em Vitória, Brasil, realizado entre 2008 e 2013.	7% dos contatos tiveram conversão do TT durante o período de 8-12 semanas. O risco individual e o tempo da infecção são variáveis e modulada por uma combinação de fatores do caso índice, contato e fatores ambientais no domicílio e na comunidade circunvizinha.

Quadro 1 – Síntese dos artigos selecionados na temática de Investigações de contato entre indivíduos expostos e fatores de risco associados à transmissão, adoecimento e infecção, 2014-2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
13	School and household tuberculosis contact investigations in Swaziland: Active TB case finding in a high HIV/TB burden setting (2017)	Investigar contatos em uma escola após a identificação de um aluno com TB infecciosa.	Estudo de investigação. Foram notificados 7 casos índice que pertenciam a 6 escolas diferentes. Foram investigados 1896 alunos do ensino fundamental, 119 do ensino médio e 40 contatos domiciliares dos casos índice. Os contatos foram submetidos a triagem voluntária de TB e aqueles com sintomas positivos forneceram escarro para exames.	A razão de chances para o desenvolvimento de TB ativa após a exposição da escola vs. TB domiciliar foi de 0,00 (IC 95% 0,00 a 0,18, P = 0,02). Nesse caso, a triagem baseada em sintomas não identificou casos adicionais de TB entre os contatos escolares. Em comparação, as investigações de contato domiciliares renderam um caso adicional de TB.
14	Yield of facility-based verbal screening amongst household contacts of patients with multi-drug resistant tuberculosis in Pakistan (2017)	Avaliar o perfil de contatos domésticos de pacientes com TB multirresistente.	Estudo transversal com contatos próximos de pacientes com TB-MDR.	De 154 casos-índice, 610 contatos que poderiam ser estudados, 41 (17,4%) foram diagnosticados com TB-MR e 10 (4,2%) tinham TB.
16	BUTIMBA: Intensifying the hunt for child tb in Swaziland through household contact tracing (2017)	Avaliar o rendimento das investigações de contato e dos agregados familiares de casos fonte infectados pelo HIV.	Estudo transversal com pacientes que recebiam tratamento para TB.	Os contatos eram mais propensos a ter TB se <5 anos, infectados pelo HIV, relatando ≥ 1 sintomas de TB e compartilhando uma cama ou no domicílio com o caso índice. A Chance é 1,4 vezes maior de detectar um caso de TB em domicílios conhecidos por serem afetados pelo HIV.
17	Extensions to Bayesian generalized linear mixed effects models for household tuberculosis transmission (2017)	Estimar a probabilidade de um contato doméstico de um caso índice de TB ser infectado a partir de uma fonte extra domicílio.	Estudo transversal	Estima-se que quase um quinto dos contatos domiciliares de um caso de TB ativa irá adquirir a doença de uma fonte da comunidade.
18	Recent household transmission of tuberculosis in England, 2010-2012: retrospective national cohort study combining epidemiological and molecular strain typing data (2017)	Estimar a proporção de TB na Inglaterra; identificar fatores associados ao fato de ser um transmissor doméstico.	Estudo descritivo de casos de TB notificados entre 2010 e 2012 na Inglaterra.	7,7% (1849/24.060) dos casos de TB viviam em um domicílio com outro caso. Os fatores de risco para ser um transmissor doméstico incluem ter menos de 25 anos de idade, ter nascido no Reino Unido, etnia negra africana, e atraso no início do tratamento.

Quadro 1 – Síntese dos artigos selecionados na temática de Investigações de contato entre indivíduos expostos e fatores de risco associados à transmissão, adoecimento e infecção, 2014-2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
22	TST positivity in household contacts of tuberculosis patients: A case-contact study in Malawi (2017)	Explorar se as observações clínicas e bacteriológicas podem ajudar a identificar aqueles com maior risco de transmissão.	Investigações de caso-contato	37 (66%) dos contatos tiveram um teste tuberculínico positivo. Presença de cavidades ou alto percentual de pulmão afetado na radiografia de tórax, sexo masculino, aumento da contagem de glóbulos brancos do sangue periférico em pacientes-índice foram fatores de risco para os contatos.
26	Household contact screening and yield of tuberculosis cases-a clinic based study in Chennai, South India (2016)	Avaliar o rendimento do achado de caso ativo em contatos domiciliares e os fatores associados ao aumento da detecção.	Revisão retrospectiva dos registros dos contatos domiciliares de pacientes com baciloscopia positiva Chennai, 2007-2014.	Um total de 643 contatos foram registrados, dos quais, 544 (85%) apresentaram-se para realização da radiografia torácica e triagem de sintomas. Havia 71 (13%) pacientes com radiografia torácica anormal. Entre os contatos com radiografia torácica anormal, 50 (70%) apresentaram sintomas sugestivos de TB. 23 (4,2%) contatos foram diagnosticados como casos novos de TB pulmonar com baciloscopia positiva.
27	The yield of community-based "retrospective" tuberculosis contact investigation in a high burden setting in Ethiopia (2016)	Determinar o rendimento e os determinantes da investigação retrospectiva de contato com TB.	Estudo transversal de base comunitária, realizado entre junho e outubro de 2014, na Etiópia.	A TB ativa foi duas vezes mais provável entre os contatos cujo índice de casos havia sido registrado para tratamento de TB nos últimos 12 meses, em comparação com aqueles que foram registrados 24 ou mais meses antes.
31	A prospective longitudinal study of tuberculosis among household contacts of smear-positive tuberculosis cases in Lima, Peru (2016)	Determinar a incidência de TB entre os contatos em dois anos após a exposição e identificar os fatores de risco individuais e domiciliares.	Estudo de coorte entre os casos de TB e seus contatos domiciliares.	Em 402/1.178 (34,1%) domicílios, pelo menos um contato havia sido exposto a um paciente com TB. A incidência de TB, entre os contatos, foi 1.918/100.000 pessoas-ano. Associação significativa com a incidência de TB nos contatos domiciliares: a carga bacilar, o tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento, a relação com o caso-índice e o sexo do contato.
33	Contacts of retreatment tuberculosis cases with a prior poor treatment outcome are at increased risk of latent tuberculosis infection (2016)	Estimar a prevalência e fatores de risco para infecção latente de tuberculose entre os contatos.	Estudo transversal de base populacional.	A prevalência de ILTB foi significativamente maior entre os contatos cujo paciente com TB índice teve um desfecho de tratamento desfavorável em comparação com aqueles com desfecho favorável.

Quadro 1 – Síntese dos artigos selecionados na temática de Investigações de contato entre indivíduos expostos e fatores de risco associados à transmissão, adoecimento e infecção, 2014-2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
34	Household symptomatic contact screening of newly diagnosed sputum smears positive tuberculosis patients-An effective case detection tool (2016)	Avaliar a prevalência de TB entre os contatos domiciliares, os fatores de risco e as características dos casos índice.	Estudo de coorte exploratório.	Dezoito contatos de 521 (3,45%) apresentaram sintomas sugestivos de TB. Destes, 6 foram diagnosticados com TB; 5 eram casos positivos de escarro e um com radiografia sugestiva de TB; com prevalência de 1,15%.
35	A prospective cohort study of latent tuberculosis in adult close contacts of active pulmonary tuberculosis patients in Korea (2016)	Avaliar o diagnóstico e o tratamento da infecção latente por tuberculose em adultos com contatos próximos de pacientes com tuberculose pulmonar ativa na Coreia.	Estudo prospectivo com adultos contatos próximos de pacientes com TB. Foram usados o TT e/ou o teste QuantiFERON-TB Gold (QFT-G).	Foram examinados 189 contatos próximos adultos (> 18 anos) de 107 pacientes com TB pulmonar ativa. O TT e o QFT-G foram positivos em 75/183 (39,7%) e em 45/118 (38,1%) dos participantes testados, respectivamente. 88 (46,6%) participantes possuíam ILTB, 45 (51,1%) concordaram em receber tratamento preventivo, dos quais, foram aleatoriamente designados para receber 4RIF (n = 21) ou 9INH (n = 24), respectivamente. O tratamento foi completado em 25 participantes (4RIF, n = 16; 9INH, n = 9), com maior adesão para o esquema mais curto.
39	Tuberculosis case finding in first-degree relative contacts not living with index tuberculosis cases in Kampala, Uganda (2015)	Avaliar a prevalência de tuberculose pulmonar entre os contatos parentes de primeiro grau (FDR) não convivendo com casos de tuberculose.	Análise transversal de contatos domiciliares em Kampala, Uganda.	Os contatos FDR eram mais velhos, mais sintomáticos (50% vs 33%), tinham uma porcentagem maior de radiografias torácicas anormais (19% vs 11%), baciloscopia positiva (15% vs 5%), e muitos fatores de risco epidemiológicos similares, incluindo infecção pelo HIV (13% vs 10%).
40	Integrated source case investigation for tuberculosis (TB) and HIV in the caregivers and household contacts of hospitalised young children diagnosed with TB in South Africa: An observational study (2015)	Determinar a prevalência de TB e HIV não diagnosticados em cuidadores e em contatos domiciliares de crianças pequenas hospitalizadas.	Estudo transversal.	Em média, os contatos de triagem de cada nove crianças com TB resultaram na identificação de um caso de TB recém-diagnosticada, três casos de infecção pelo HIV recém-diagnosticada e três pessoas infectadas pelo HIV elegíveis para o TARV.

Quadro 1 – Síntese dos artigos selecionados na temática de Investigações de contato entre indivíduos expostos e fatores de risco associados à transmissão, adoecimento e infecção, 2014-2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
41	The yield of screening symptomatic contacts of multidrug-resistant tuberculosis cases at a tertiary hospital in Addis Ababa, Ethiopia. (2015)	Identificar e rastrear contatos próximos de pacientes com MDR-TB	Estudo retrospectivo. Feita revisão dos pacientes durante o período de fevereiro de 2009 a dezembro de 2012.	Os contatos domiciliares sintomáticos foram identificados em 29 (5,7%) dos 508 casos-índice atendidos no hospital. Havia um total de 155 membros da família nos domicílios localizados, dos quais 16 (10%) haviam confirmado a TB-MDR.
45	Challenges to delivery of isoniazid preventive therapy in a cohort of children exposed to tuberculosis in Timor-Leste (2015)	Avaliar o número e a localização geográfica de crianças com idade <5 anos, expostas à tuberculose com baciloscopia positiva no Timor-Leste.	Estudo prospectivo descritivo.	Um total de 255 contatos foram identificados. Apenas 66 (26%) dos contatos compareceram para avaliação, dos quais 46 (18%) iniciaram terapia preventiva e 9 (3,5%) foram diagnosticados com TB.
46	Risk of infection and disease with Mycobacterium tuberculosis among children identified through prospective community-based contact screening in Indonesia (2015)	Identificar características do contato infantil, caso-índice ou ambiente, associados à TB em contatos de crianças.	Estudo de coorte prospectivo, realizado em crianças, em Yogyakarta, na Indonésia, de agosto de 2010 a dezembro de 2012.	Cerca de 269 crianças de 141 casos-índice foram investigadas. A classificação final foi TB em 25 (9%) e ILTB em 121 (45%). O risco de infecção foi significativamente maior se o caso era do sexo feminino, tinha TB com baciloscopia positiva ou dormia no mesmo dormitório.
49	Risk for Tuberculosis Disease Among Contacts with Prior Positive Tuberculin Skin Test: A retrospective Cohort Study, New York City (2015)	Avaliar os fatores associados à doença tuberculosa ativa.	Estudo de coorte retrospectivo de base populacional, em Nova York, no período de 1º de janeiro de 1997 a 31 de dezembro de 2003.	39 (1,3%) desenvolveram TB ativa ≤ 4 anos após a exposição (≤ 2 anos: 34). Os fatores de risco para os contatos foram: idade <5 anos, exposição domiciliar a pacientes infecciosos e exposição a um paciente índice nascido nos EUA.
50	Yield of contact investigations in households of patients with drug-resistant tuberculosis: Systematic review and meta-analysis (2014)	Realizar uma revisão sistemática e meta-análise de investigações de contato entre os contatos domiciliares de casos fonte de tuberculose resistentes a drogas.	Revisão sistemática e metanálise. O objetivo foi identificar estudos que avaliaram a taxa de TB ativa ou latente entre os contatos de pacientes com TB resistente aos medicamentos. Foi calculada a proporção de TB e ILTB entre os contatos domiciliares com intervalos de confiança de 95%; método de Wilson; as proporções foram estimadas por metanálise.	Os 25 estudos avaliaram uma mediana de 111 contatos domiciliares e mediana de 26 casos de fontes resistentes aos medicamentos. A proporção de contatos com ILTB foi 47,2% (IC: 30,0%–61,4%). A proporção de contatos domiciliares com TB ativa foi 8,7% (IC: 6,08% -11,2%, $I^2 = 95,6\%$), entre 12 estudos com alto índice de TB e 6,3% (IC: 2,4% -10,1%, $I^2 = 79,7\%$) entre 13 estudos de baixo nível de sobrecarga ($P = ,316$)

Quadro 1 – Síntese dos artigos selecionados na temática de Investigações de contato entre indivíduos expostos e fatores de risco associados à transmissão, adoecimento e infecção, 2014-2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
51	A household survey on screening practices of household contacts of smear positive tuberculosis patients in Vietnam (2014)	Avaliar as práticas de triagem de contatos no Vietnã e determinar a proporção de contatos domiciliares de pacientes com TB.	Estudo transversal descritivo.	Dos 4.118 contatos domiciliares, 474 se auto-referiram para triagem de TB. O rastreamento de contato identificou 27 casos de TB pulmonar, dos quais 20 foram detectados por baciloscopia de escarro.
53	Transmission of multidrug-resistant tuberculosis in the UK: A cross-sectional molecular and epidemiological study of clustering and contact tracing (2014)	Investigar a proporção de casos de tuberculose MDR (multirresistente) decorrentes no Reino Unido e fatores de risco associados.	Estudo com dados secundários na Inglaterra, País de Gales e Irlanda do Norte, entre 1º de janeiro de 2004 e 31 de dezembro de 2007.	O ambiente de transmissão mais comum foi o domicílio. Indivíduos que tiveram contato com um caso fonte conhecido de TB MDR em um país com alta carga de doença devem ter testes de sensibilidade a drogas para garantir que o tratamento apropriado seja fornecido.
57	High utility of contact investigation for latent and active tuberculosis case detection among the contacts: A retrospective cohort study in Tbilisi, Georgia, 2010-2011 (2014)	Avaliar a utilidade da investigação de contato para detecção de casos de tuberculose; e avaliar a prevalência de casos.	Estudo de coorte retrospectivo, em 2010-2011, em Tbilisi, Geórgia.	Entre os 869 contatos, 47 (5,4%) apresentaram ou desenvolveram tuberculose ativa. A taxa de incidência de TB ativa entre os contatos foi de 1.126,0 por 100.000 pessoas-ano. Entre os 402 contatos que realizaram o TT, 52,7% (IC 95%: 47,7-57,7%) tinham ILTB.
62	Tuberculosis burden in China: a high prevalence of pulmonary tuberculosis in household contacts with and without symptoms. (2014)	Investigar a eficácia da triagem de contatos domiciliares de pacientes com tuberculose, na China.	Estudo transversal, com base na carga de TB em quatro regiões da China, em 2008.	Dos 3.355 contatos, 92 (2,7%) tinham TB, 46 assintomáticos. A prevalência de casos nos contatos sem sintomas foi 7 vezes maior do que as taxas de notificação. A incidência ocorreu principalmente nos cônjuges, irmãos e aqueles que estavam em contato com os casos-índice femininos.

1.3.1.2 Desempenho de serviços e profissionais no rastreamento dos contatos

Foram identificados 12 (18,7%) estudos que tiveram como objetivo, em sua maioria, avaliar o desempenho dos profissionais e serviços de saúde no rastreamento dos contatos, com posterior indicação de tratamento preventivo para infecção latente ou para doença ativa. O estudo de número 43 (Quadro 2) evidenciou que, nos países com baixa e média renda apenas

50,0% dos contatos terminam o rastreamento por completo, o que foi possível visualizar em 4 (36,4%) estudos listados, que foram realizados em países com alta carga da doença, sendo três deles no Brasil. Verifica-se falhas na identificação dos contatos e a maioria das perdas ocorre na realização dos exames para investigação, o que limita a detecção precoce de casos de doença ativa e o diagnóstico de infecção latente, com posterior indicação de tratamento preventivo. Um dos estudos realizados no Brasil (de número 47) evidenciou que, quando os casos eram acompanhados em serviços de atenção primária e secundária, muitos casos de infecção latente não eram diagnosticados e, quando isto ocorria, não havia prescrição de tratamento preventivo, sugerindo que há necessidade de melhorar o desempenho do serviço e dos profissionais que ali atuam.

Os países com baixa carga da TB apresentaram melhor desempenho no cumprimento das etapas de identificação, avaliação dos contatos e indicação de tratamento preventivo, com adesão por parte dos contatos, como observado em 41,6% (5) dos estudos, com exceção do de número 7, em que a profilaxia para a infecção latente foi pouco prescrita.

Outro ponto destacado em um dos trabalhos (de número 20) foi a importância da educação em saúde, apontando-se que, quanto mais a população tem informação sobre o assunto, mais a sintomatologia é identificada e melhor é o entendimento sobre a necessidade de realização de tratamento preventivo. Em um dos estudos (de número 28) ficou demonstrado que quanto maior a experiência dos profissionais, melhor a detecção dos casos e rastreamento dos contatos.

Quadro 2 – Síntese dos artigos selecionados na temática de Desempenho de programas, serviços e profissionais no rastreamento dos contatos, 2014-2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS
7	Monitoring tuberculosis contact tracing outcomes in Western Sydney, Australia (2018)	Avaliar o desempenho dos serviços de rastreamento de contato.	Estudo retrospectivo de casos de TB pulmonar	A busca e a triagem de contatos próximos de pessoas com TB foram geralmente bem realizadas (86%). Uma lacuna de implementação foi o fato de que o tratamento preventivo foi iniciado em <20% daqueles com ILTB documentada.

Quadro 2 – Síntese dos artigos selecionados na temática de Desempenho de programas, serviços e profissionais no rastreamento dos contatos, 2014-2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS
19	An evaluation of tuberculosis contact investigations against national standards (2017)	Apresentar os níveis de referência dos indicadores de rastreamento e identificar características demográficas.	Análises descritivas e multivariadas de rastreamento de contatos em Londres, entre 01 de julho de 2012 e 31 de dezembro de 2015.	91% dos casos na forma pulmonar têm pelo menos um contato identificado e 86% são avaliados quanto à sintomatologia de TB e ILTB; houve diferenças entre os casos, quando agrupados segundo sexo e idade. Os contatos identificados de casos índice masculinos tiveram menor probabilidade de serem avaliados do que os casos-índice femininos (OR: 0,68 (0,54 a 0,85)), assim como os contatos com mais de 14 anos (OR: 0,30 a 0,29), quando comparados aos menores de 15 anos.
20	Knowledge about tuberculosis transmission and prevention and perceptions of health service utilization among index cases and contacts in Brazil: Understanding losses in the latent tuberculosis cascade of care (2017)	Descrever os passos em que ocorrem as perdas na cascata de contato e explorar conhecimentos sobre a TB.	Estudo transversal e descritivo.	Perdas na cascata: 43% na identificação de contatos, e 91% na aplicação do teste tuberculínico. Em relação aos contatos: 67% sabiam como a TB é transmitida, 87% sabiam sobre os principais sintomas e 81% declararam que tomariam terapia preventiva se prescrita. Em relação aos casos: 67% sabiam que poderiam disseminar a TB, 70% temiam pela saúde de suas famílias e 88% gostariam que sua família fosse avaliada nos mesmos serviços.
28	Association Between Staff Experience and Effective Tuberculosis Contact Tracing in North Carolina, 2008-2009 (2016)	Examinar associações entre a experiência da equipe de saúde em relação à TB e as medidas de qualidade da investigação.	Estudo transversal descritivo.	Para os contatos de casos com baciloscopia positiva, a identificação dos contatos foi mais rápida e esteve associada à maior experiência da equipe em TB, sobretudo em áreas com alta carga da doença.

Quadro 2 – Síntese dos artigos selecionados na temática de Desempenho de programas, serviços e profissionais no rastreamento dos contatos, 2014-2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS
36	Tuberculosis contact investigations — United States, 2003–2012 (2016)	Analisar as tendências nos rendimentos das investigações de contato.	Estudo exploratório com dados do CDC (Centro de Controle de Doenças) de 50 estados americanos, do Distrito de Colúmbia (DC) e de Porto Rico. Dados de 2003-2012.	Em 2012, 105.100 contatos foram identificados de 9.945 casos índices de TB. Desses, 84.998 (80,9%) foram examinados. A TB foi diagnosticada em 532 (0,6%) e a ILTB em 15.411, dos quais 10.137 iniciaram tratamento preventivo e 66% o completaram. Ao investigar os contatos em 2012, estimaram-se 128 casos de TB nos primeiros 5 anos, mas um adicional de 66% poderia ter sido evitado, se todos os pacientes potencialmente bacilíferos tivessem seus contatos investigados e tratados.
42	Cross sectional study evaluating routine contact investigation in Addis Ababa, Ethiopia: A missed opportunity to prevent tuberculosis in children (2015)	Avaliar a implementação da triagem e manejo de crianças de 0 a 5 anos que são contatos de casos índice de TB pulmonar bacilíferos.	Estudo transversal, realizado em dezembro de 2013, em Ababa, na Etiópia.	Das 230 crianças que viviam com o caso índice bacilífero, 78 (33,9%) foram triadas, 2 (2,6%) tiveram TB ativa e 3 (3,8%) receberam tratamento preventivo para ILTB.
43	Comparative meta-analysis of tuberculosis contact investigation interventions in eleven high burden countries (2015)	Avaliar as intervenções de investigação em países de renda média e baixa.	Análise transversal do percentual de rendimento de notificações de casos	Cada 100 casos-índice geraram, em média, 5,1 contatos de pessoas com baciloscopia positiva e 6,9 contatos com qualquer forma de TB. O abandono foi substancial em todas as fases do processo de rastreio, com apenas 50% dos contatos identificados entrando e terminando o rastreio completo.
47	Tuberculosis contact tracing among children and adolescent referred to children's hospital in Rio de Janeiro, Brazil (2015)	Descrever a investigação da infecção latente por tuberculose e terapia preventiva com isoniazida em crianças e adolescentes.	Estudo retrospectivo, de 2002-2009, no ambulatório de pneumologia de um hospital infantil no Rio de Janeiro, Brasil.	Dos 286 casos de ILTB, 169 (59,1%) eram acompanhados por unidades de saúde primárias e secundárias. O diagnóstico sem a prescrição de terapia preventiva esteve presente em 142 (49,6%) casos, antes da chegada ao ambulatório de pneumologia.

Quadro 2 – Síntese dos artigos selecionados na temática de Desempenho de programas, serviços e profissionais no rastreamento dos contatos, 2014-2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS
48	Medidas de controle dispensadas a contatos \leq 15 anos de casos índices com tuberculose pulmonar ativa (2015)	Verificar o cumprimento das etapas aplicáveis a contatos \leq 15 anos de idade de casos índice de tuberculose pulmonar ativa.	Estudo descritivo realizado em uma cidade de médio porte no Brasil, em contatos \leq 15 anos de casos índice de TB pulmonar ativa. Avaliou-se o cumprimento das etapas do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.	Dos 43 contatos, aproximadamente 80% não foram avaliados pelo sistema municipal de saúde e apenas 21% foram submetidos ao teste cutâneo com tuberculina.
54	Quality control in the follow-up of pulmonary tuberculosis contacts in Camagüey, Cuba (2008-2011) (2014)	Avaliar o cumprimento das diretrizes do Programa Nacional de Controle da Tuberculose.	Levantamentos epidemiológicos e registros de casos relatados foram revisados.	96,2% dos contatos realizaram exames satisfatoriamente e estavam de acordo com as diretrizes do Programa Nacional.
56	Yield of tuberculosis contact investigations in Amsterdam: Opportunities for improvement (2014)	Determinar a cobertura e o rendimento da investigação de contatos com tuberculose.	Estudo com dados secundários.	Entre os contatos vacinados com BCG, a proporção rastreada aumentou de 9% em 2008 para 43% em 2011. Dos 254 contatos com diagnóstico de infecção latente, 142 (56%) iniciaram tratamento preventivo. O início do tratamento foi associado à nacionalidade holandesa e ser um contato próximo. A conclusão do tratamento foi alcançada por 129 (91%) dos 142 contatos que iniciaram o tratamento.
64	Yield of tuberculosis contact investigation in a low-incidence country (2014).	Avaliar o rendimento do programa de investigação de contatos e avaliar os seus determinantes.	Estudo transversal.	Os contatos de TB, com idade \leq 35 anos, contatos regulares e domiciliares, apresentaram maior probabilidade de serem avaliados. Os nascidos no exterior foram os menos rastreáveis. Taxas mais altas de infecção por TB foram observadas em contatos com 35 anos de idade ou mais jovens que também viviam no mesmo domicílio com casos índice ou expostos a casos índice bacilíferos.

1.3.1.3 Tratamento da Infecção Latente para Tuberculose: indicação, adesão e efetividade

Os quatro estudos listados a seguir demonstram que a terapia preventiva, quando indicada e realizada com sucesso, tem determinado proteção eficaz contra a tuberculose em pessoas com ILTB. Estudos comparativos apontam a importância do tratamento preventivo não apenas em crianças que são contatos de casos índice de TB, mas também em adultos.

Quadro 3 – Síntese dos artigos selecionados na temática de Tratamento da Infecção Latente para Tuberculose: indicação, adesão e efetividade, 2014-2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS
29	Uptake of isoniazid preventive therapy among under-five children: TB contact investigation as an entry point (2016)	Determinar a cobertura e o resultado da implementação do TPI (terapia preventiva com isoniazida)	Estudo descritivo na Etiópia.	282 crianças menores de 5 anos foram identificadas como contato de 504 casos índice bacilíferos. 84% foram rastreadas para sintomas de TB; a doença foi confirmada em 5 crianças, produzindo um rendimento global de 2,11%. 221 crianças eram elegíveis para TPI, 64,3% (142) receberam tratamento preventivo e 80,3% (114) concluíram seis meses de terapia. Nenhuma criança desenvolveu TB ativa.
30	Tuberculosis screening and efficacy of prophylaxis in contacts of patients with pulmonary tuberculosis (2016)	Avaliar o rastreamento da tuberculose e a eficácia da profilaxia nos contatos de pacientes com tuberculose pulmonar.	Estudo descritivo realizado em Istambul.	184 (2,5%) casos de TB foram detectados em uma média de 2,9 anos de acompanhamento. A menor proporção ocorreu em contatos que receberam terapia profilática não apenas na infância, mas também em adultos, particularmente com idades entre 16 e 35 anos.
37	Latent Tuberculosis Infection diagnostic and treatment cascade among contacts in the Primary Health Care in a city of Sao Paulo State, Brazil: cross-sectional study (2016)	Analisar o diagnóstico e tratamento da infecção latente da tuberculose entre os contatos em serviços de atenção primária à saúde (APS) de São José do Rio Preto-SP	Estudo transversal, realizado com contatos de pacientes com TB, de maio a setembro de 2014, no Sistema de Notificação de Casos de TB.	Entre 267 rastreados, apenas 64 (24%) iniciaram o tratamento preventivo. As taxas de conclusão, entre os contatos que iniciaram, aqueles com resultado positivo de teste tuberculínico e aqueles selecionados foram de 56,3% (36/64), 16,3% (36/221) e 13,5% (36/267), respectivamente.

Quadro 3 – Síntese dos artigos selecionados na temática de Tratamento da Infecção Latente para Tuberculose: indicação, adesão e efetividade, 2014-2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS
63	Bacillus Calmette-Guérin and isoniazid preventive therapy protect contacts of patients with tuberculosis (2014)	Estimar a eficácia específica da terapia preventiva com isoniazida e da BCG na prevenção da TB, de acordo com a idade.	Estudo de coorte prospectivo e observacional de contatos domiciliares de pacientes com TB em Lima, Peru.	A BCG confere proteção contra a TB coprevalente e incidente entre crianças HIV-negativas com menos de 10 anos de idade. O IPT confere proteção contra a TB incidente em contatos negativos para o HIV com menos de 30 anos. O risco de TB incidente foi associado à infecção por TB latente, e foi maior em crianças menores de 5 anos, diminuindo com o aumento da idade.

1.3.3.4 Implementação do rastreamento dos contatos e estratégias para melhorar as investigações

Foram incluídos aqui 15,6% (10) dos estudos selecionados para compor a revisão, os quais se referem à implementação do rastreamento de contatos em sua prática, em condições consideradas ideais para atuação. A maioria dos trabalhos sugere que o manejo dos contatos domiciliares pode reduzir substancialmente a TB na infância, e a morte causada pela doença, especialmente quando se tem acesso ampliado à terapia preventiva.

As intervenções mais abordadas nos estudos foram a busca de contatos com critérios para priorização como, por exemplo, em relação aos menores de 5 anos de idade; obter a listagem dos contatos, triar os suspeitos elegíveis para testes diagnósticos e acessá-los; e possuir um sistema de registro para permitir a medição e o acompanhamento de indicadores globais de infecção latente por tuberculose. Um dos estudos apresentados (de número 58) demonstrou que a utilização de uma intervenção educativa melhorou a adesão às investigações de contato, sendo um elemento fundamental em todos os passos e protocolos padronizados. Outro trabalho (de número 6) evidenciou que, após a implementação do rastreamento de contato, ao longo dos anos, o percentual de pessoas examinadas apresentou queda e sugere que estudos que abordem as barreiras de acesso aos testes diagnósticos sejam realizados com o intuito de aumentar os rendimentos da investigação de contatos e melhorar a compreensão do processo.

Quadro 4 – Síntese dos artigos selecionados na temática de Implementação do rastreamento dos contatos e de estratégias para melhorar as investigações, 2014-2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS
6	Yield of tuberculosis among household contacts of tuberculosis patients in Accra, Ghana (2018)	Documentar os resultados e a viabilidade de implementar atividades de investigação de contato sob condições programáticas, em Gana.	Análises retrospectivas com dados do Programa Nacional de TB, de junho de 2010 a dezembro de 2014	A proporção de casos de TB com contatos listados e a proporção de contatos selecionados anualmente foi de 88-96% e 83-100%, respectivamente. A proporção de casos presuntivos de TB testados e a proporção de casos de TB diagnosticados, entre os contatos testados, foi de 100% e 36%, respectivamente; em 2010 diminuiu para 40% e 14%, respectivamente, até 2014.
8	Implementation of tuberculosis prevention for exposed children, Burkina Faso (2018)	Desenvolver e testar um sistema para registrar o diagnóstico e tratamento da infecção latente por TB.	Estudo exploratório descritivo com crianças menores de cinco anos.	Durante o período de estudo, 3.717 casos de TB pulmonar e 1.166 contatos correspondentes, com menos de cinco anos, foram relatados, como resultado do rastreamento de rotina e do rastreamento passivo de contato. A cobertura de triagem foi de 82,0% (956/1166) e a proporção de crianças que iniciaram o tratamento preventivo foi de 90,5% (852/941).
9	Potential effect of household contact management on childhood tuberculosis: a mathematical modelling study (2018)	Estimar o impacto da mudança de zero para cobertura total do gerenciamento de contato domiciliar	Estudo de modelagem matemática.	Estima-se que a implementação completa do manejo de contatos domiciliares evitaria casos de TB e mortes em crianças menores de 15 anos.
11	Drop-out from the tuberculosis contact investigation cascade in a routine public health setting in urban Uganda: A prospective, multi-center study (2017)	Aplicar análise em cascata em relação à implementação da investigação de contato domiciliar, em uma configuração programática.	Estudo observacional multicêntrico prospectivo.	Entre 287 contatos elegíveis, 256 foram rastreados para sintomas ou fatores de risco para TB. 131 tinham indicação para posterior avaliação da TB. Estes incluíram 59 com sintomas isolados, 58 crianças <5 anos e 14 crianças com HIV. Entre 131 contatos para serem sintomáticos ou em risco, 26 completaram a avaliação, incluindo cinco diagnosticados e tratados para TB ativa, com um rendimento global de 1,7%. A probabilidade cumulativa de completar toda a cascata foi de 5%.
23	Feasibility and effectiveness of tuberculosis active case-finding among children living with tuberculosis relatives: A cross-sectional study in Guinea-Bissau (2017)	Demonstrar a alta carga de TB infantil não diagnosticada e a eficácia do rastreamento ativo em um contexto de baixos recursos.	Estudo transversal descritivo, de janeiro a dezembro de 2013.	Das 287 crianças examinadas, 44 (15%) foram diagnosticadas com TB. 35 pacientes (80%) tinham TB pulmonar; 2 deles eram positivos para esfregaço de expectoração. Nenhum custo adicional de pessoal foi necessário para a intervenção.

Quadro 4 – Síntese dos artigos selecionados na temática de Implementação do rastreamento dos contatos e de estratégias para melhorar as investigações, 2014-2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS
52	Rendimento de rastreamento de contato próximo, usando duas abordagens programáticas de casos de tuberculose índice: um estudo retrospectivo e quase-experimental (2014)	Determinar o rendimento do traçado de contato utilizando duas definições programáticas de contato.	Estudo quase-experimental retrospectivo, no Rio de Janeiro.	De 2001 a 2004, dos 810 contatos, a prevalência de TB ativa e ILTB foi de 2% e 62%, respectivamente. De 2005 a 2008, dos 1.310 contatos, a prevalência de TB ativa e ILTB foi de 2,7% e 69%, respectivamente. Não houve diferença estatisticamente significativa na detecção de TB ativa entre os dois períodos, mas a detecção de ILTB foi significativamente maior.
58	Strengthening contact tracing capacity of pulmonary tuberculosis patients in Enugu, southeast Nigeria: A targeted and focused health education intervention study (2014)	Melhorar as habilidades de rastreamento de contato de pacientes com tuberculose, no principal centro de TB, no estado de Enugu, na Nigéria.	Intervenção educacional com um grupo de controle, selecionados segundo técnicas de amostragem em múltiplos estágios.	O conhecimento de que o rastreamento de contatos envolve trazer todos os contatos domiciliares de pacientes com TB para triagem foi de 44,9% (79) e 19,2% (33) para os grupos de estudo e controle no início do estudo, mas 85,8% (151) e 20,9% (36) na pós-intervenção. No início do estudo, apenas 5 (2,8%) pertencentes ao grupo do estudo e 6 (3,5%) do grupo controle trouxeram dois ou mais contatos para triagem. No pós-intervenção, o número subiu para 114 (64,8%) e 9 (5,2%) para os grupos de estudo e controle, respectivamente.
59	Risk for tuberculosis in child contacts. Development and validation of a predictive score. (2014)	Desenvolver e validar um escore preditivo simples e de fácil de aplicação para o risco de TB.	A coorte de derivação consistiu de 9.411 crianças de 0 a 12 anos, de 2008 a 2009.	Um sistema de pontuação de 8 pontos foi desenvolvido, incluindo reação ao teste tuberculínico dos contatos, bem como baciloscopia positiva, residência em áreas de alta incidência e sexo dos casos-índice. O risco de desenvolver TB ativa em 3 anos é de 100, 7,8, 4,3, 1,0, 0,7 e 0,2% para contatos com escores de risco de 7, 6, 5, 4, 3 e 2, respectivamente.
60	Timing of Tuberculosis Transmission and the Impact of Household Contact Tracing. An Agent-based Simulation Model (2014)	Projetar o impacto máximo do rastreamento de contato domiciliar para TB em um ambiente de sobrecarga moderada.	Estudo descritivo.	Com rastreamento 100% sensível de todos os contatos por 5 anos consecutivos, a incidência de TB diminuiu em 10 a 15%, com um declínio ano-a-ano médio de 2% ao ano. Os efeitos foram mantidos por muitos anos após a interrupção da intervenção. O fornecimento de terapia preventiva com rastreamento de contato quase duplicou esse impacto (17-27% de declínio na incidência). O impacto foi proporcional à sensibilidade e cobertura.

Quadro 4 – Síntese dos artigos selecionados na temática de Implementação do rastreamento dos contatos e de estratégias para melhorar as investigações, 2014-2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS
61	Age-Specific Risks of Tuberculosis Infection from Household and Community Exposures and Opportunities for Interventions in a High-Burden Setting (2014)	Mostrar uma nova abordagem para estimar os riscos específicos de infecção por idade.	Estudo de coorte prospectivo de base populacional de contatos em Lima, Peru.	O risco de infecção de fontes domésticas e comunitárias aumentou desde o nascimento até os 20 anos de idade. O risco de infecção associado à exposição domiciliar representou 58% da prevalência de ILTB entre crianças expostas com menos de 1 ano de idade, 48% entre crianças de meia idade a 10 anos e 44% entre adolescentes de 15 anos de idade.

1.3.1.5 Fatores que podem representar barreiras para o rastreamento e acompanhamento dos contatos

Nove estudos (14%) foram elencados, pois tratavam da temática, dentre eles, um realizado no Brasil. Os principais empecilhos para o rastreio de contatos apresentados pelos trabalhos estão relacionados a três fatores:

- Relacionados aos profissionais: falta de conhecimento, qualificação e\ou liderança, preconceito, desmotivação, não comprometimento, monitoramento insuficiente e não realizar o rastreio corretamente e simplificado, além da inadequada avaliação clínica de todos os contatos com o caso-índice.
- Relacionados aos pacientes: aceitabilidade, não conhecer realmente a patologia ou ter limitações a respeito, falta de conscientização, não saber identificar seus contatos, percepção de risco, estigma e discriminação, acesso ao serviço, mobilidades, migrações e locomoção.
- Administrativos dos serviços: infraestrutura inadequada, falta de estoque de isoniazida, dificuldades de acesso, flexibilização de tempo e notificação deficiente dos casos.

Quadro 5 – Síntese dos artigos selecionados na temática de fatores que podem representar barreiras para o rastreamento e acompanhamento dos contatos, 2014-2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS
5	Household contact non-attendance of clinical evaluation for tuberculosis: A pilot study in a high burden district in South Africa (2018)	Investigar o conhecimento sobre a TB, a percepção sobre a discriminação e os fatores que influenciaram o não comparecimento para a avaliação clínica da TB.	Estudo piloto de contatos domésticos.	Foram 259 participantes; 87,3% de contatos adultos descreveram corretamente a etiologia da TB, porém, 59,9% acreditavam que era hereditária, e 65,5% que poderia ser curada pela fitoterapia. Cerca de 22,9% dos contatos acreditavam que os pacientes com TB foram discriminados. Dois em cada cinco (39,4%) contatos foram encaminhados para avaliação clínica, dos quais, mais da metade (52,9%) não compareceu à clínica. O não comparecimento foi significativamente associado ao gênero masculino, diagnóstico prévio de TB e compartilhamento de um dormitório com o caso índice.
15	Identifying barriers to and facilitators of tuberculosis contact investigation in Kampala, Uganda: A behavioral approach. (2017)	Identificar barreiras e facilitadores na investigação dos contatos em Kampala, Uganda.	Estudo de dados qualitativos transversais, por meio de discussões em grupos focais.	As barreiras comumente observadas incluíam estigma, conhecimento limitado sobre a TB entre os contatos, tempo e espaço insuficientes nas clínicas para aconselhamento, desconfiança do pessoal da unidade de saúde entre os pacientes índice e contatos e altos custos de viagens para a realização dos exames. Foram identificados como facilitadores a educação, a capacidade de persuasão, e a capacitação dos profissionais.
21	Influence of identification of contacts in adherence of index tuberculosis cases to treatment in a high-incidence country (2017)	Avaliar a influência da identificação de contatos de casos de TB nos resultados do tratamento da TB.	Estudo epidemiológico observacional, transversal, entre 2008 e 2012, no Paraná, Brasil.	Um total de 9.867 novos casos de TB foram identificados. 29% dos casos adultos não tiveram seus contatos examinados e, destes, 61,8% foram bacilíferos. Os adultos, cujos contatos não foram examinados, foram submetidos a menos exames e apresentaram menor taxa de cura e maiores taxas de abandono do tratamento e óbito.

Quadro 5 – Síntese dos artigos selecionados na temática de fatores que podem representar barreiras para o rastreamento e acompanhamento dos contatos, 2014-2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS
24	Isoniazid preventive therapy among children living with tuberculosis patients: Is it working? A mixed-method study from Bhopal, India (2017)	Avaliar a adoção da terapia preventiva com isoniazida (PTI) entre os contatos infantis.	Estudo de método misto: quantitativo e qualitativo.	De 59 contatos de crianças (<6 anos) de 129 pacientes índice; 86,4% (51) foram contatados. Entre eles, 37,2% (19) foram rastreados para TB e um apresentava TB. Apenas 57,9% (11) crianças tiveram o tratamento iniciado e 91% (10) completaram o PTI. Revelou-se falta de conscientização, percepção de risco entre os pais, processo de triagem complicado, falta de estoque de isoniazida, conhecimento inadequado entre os prestadores de serviços de saúde e monitoramento programático insuficiente como principais barreiras à implementação do PTI.
25	Child contact management in high tuberculosis burden countries: A mixed-methods systematic review (2017)	Realizar uma revisão sistemática para identificar desafios, preditores e recomendações em relação ao manejo do contato entre crianças (CCM).	Revisão sistemática dos bancos de dados eletrônicos do PubMed/MEDLINE, Scopus e Web of Science publicados entre 1996-2017	Os desafios do CCM incluíram: infraestrutura, conhecimento, atitudes, estigma, acesso, prioridades competitivas e tratamento. Educação em saúde e estratégias ativas baseadas em evidências podem diminuir as barreiras.
32	A multi-perspective service evaluation exploring tuberculosis contact screening attendance among adults at a North London hospital (2016)	Explorar porque adultos que estiveram em contato com pacientes com TB comparecem e não comparecem à sua consulta.	Estudo com abordagem multi-método.	Os resultados dos questionários e entrevistas foram categorizados em três temas principais após análise: consciência, fatores hospitalares e liderança. Esses temas desconstruem os fenômenos complexos da falta de atendimento dos pacientes nesse serviço de triagem de contatos com TB.

Quadro 5 – Síntese dos artigos selecionados na temática de fatores que podem representar barreiras para o rastreamento e acompanhamento dos contatos, 2014-2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS
38	Factors influencing health care workers' implementation of tuberculosis contact tracing in Kweneng, Botswana (2016)	Descrever os fatores que influenciam a implementação do rastreio de contatos de pacientes com TB dos profissionais de saúde.	Estudo transversal, em Kweneng East Health District.	Os fatores dos profissionais foram seus conhecimentos, atitudes e práticas, bem como fatores pessoais, incluindo diminuição da motivação e falta de comprometimento. Em relação ao paciente, incluíram morar mais distante da clínica, endereço residencial desconhecido e altas taxas de migração e mobilidade. Os administrativos incluíram escassez de pessoal, falta de transporte, notificação deficiente de casos de TB e infraestrutura médica precária (serviços laboratoriais abaixo do ideal, por exemplo).
44	Barriers to adherence with tuberculosis contact investigation in six provinces of Vietnam: A nested case-control study (2015)	Caracterizar o conhecimento sobre TB e barreiras para a participação na investigação de contatos.	Estudo de caso-controle aninhado, conduzido no Vietnã.	A aceitabilidade da investigação de contatos foi alta em casos e controles. Ambos os casos (47%) e controles (36%) relataram discriminação entre pessoas com TB. Os casos foram menos propensos do que os controles a entender que dividir o dormitório com um paciente com TB aumenta o risco de doença ou reconhecer a TB como uma doença infecciosa.
55	Tuberculosis: Which patients do not identify their contacts? (2014)	Analisar os determinantes associados à não identificação de contatos.	Estudo transversal em Vila Nova de Gaia, de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2010.	Dos 646 contatos: 154 foram identificados apenas pela Unidade de Saúde Pública e 492 identificados pelos casos-índice. Uma média de 10,59 contatos foi identificada por caso índice, dos quais 83 foram positivos. Dos identificados pela Unidade de Saúde Pública, 10 tinham ILTB e 5 tinham TB ativa, e pelo caso índice, 61 tinham ILTB e 7 tinham TB ativa. A análise multivariada mostrou que o emprego esteve associado à não identificação dos contatos e a tendência dos pacientes a identificarem familiares e coabitantes.

Assim, a partir dos estudos apresentados, foi possível observar a importância do rastreamento de contatos para a detecção de casos de doença ativa ou latente, sobretudo na

prevenção da TB infantil e progressão da doença naqueles que se configuram como reservatório. É essencial compreender a importância da Investigação de Contatos para o controle da epidemia de TB. Os estudos destacados também sinalizam que é fundamental entender quais os aspectos relacionados ao indivíduo-contato que também representam barreiras para que o processo investigativo ocorra.

Com base na revisão de literatura verificou-se que a maioria dos estudos buscou demonstrar o risco de os contatos adoecerem e os fatores de risco envolvidos nesse processo. Em alguns estudos a atuação dos profissionais foi avaliada, em outros, foram evidenciadas as barreiras para que esse processo de investigação tivesse sido realizado. Foram encontrados poucos estudos realizados em nosso país sobre a temática nas bases pesquisadas. Em nenhum dos trabalhos incluídos nesta revisão foi utilizado o conceito de vulnerabilidade à TB dos contatos de indivíduos diagnosticados com a doença. Nesse contexto, o presente estudo buscou responder a seguinte pergunta de pesquisa: Quais são os elementos de vulnerabilidade (individual, social e programática) à TB nos contatos de indivíduos que foram diagnosticados com a doença, que podem representar barreiras para a redução da sua transmissão e para as ações de prevenção no município de Campina Grande/PB?

Portanto, considerando a situação epidemiológica da TB no Brasil, as novas estratégias para a eliminação da doença até 2035, a importância do desenvolvimento de ações de controle da TB com enfoque principalmente na família e, ainda, a escassez de estudos nacionais sobre este tema, fundamental para a Enfermagem, que se encontra na linha de frente da vigilância epidemiológica no País, que se aponta a relevância e justifica-se o presente estudo.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar as vulnerabilidades dos contatos de indivíduos que foram notificados com a tuberculose no município de Campina Grande/PB e suas implicações no controle da enfermidade.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar os casos índice de formas transmissíveis da tuberculose que possuam contatos registrados com idade até dezoito anos.
- Identificar características sociais, demográficas e epidemiológicas dos casos índice de tuberculose e seus contatos com idade até dezoito anos.
- Verificar os elementos de vulnerabilidade individual, social e programática.
- Apontar possibilidades para reduzir as vulnerabilidades dos contatos no Município.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Diante das características do objeto em questão, optou-se pela realização de um estudo do tipo descritivo-exploratório com abordagem quanti-qualitativa.

A escolha desse delineamento se justifica, uma vez que tem como propósito observar, descrever, explorar e elucidar os aspectos de uma situação ou fenômeno (Gonçalves, 2014; Polit, Hungler, 1995). Nesse sentido, explorar um assunto significa reunir mais conhecimento e incorporar características até então pouco estudadas, com o intuito de formular hipóteses precisas (Gil, 2007).

O estudo foi desenvolvido em quatro etapas: a primeira etapa foi documental e necessária para observar aspectos organizacionais dos serviços de saúde que atenderam pessoas notificadas com TB no ano de 2016, assim como identificar os casos índice que possuíam contatos registrados com idade até dezoito anos e os profissionais que prestaram assistência às pessoas com TB e seus respectivos comunicantes. Nesse momento também foram coletadas as informações referentes aos casos índice e seus contatos nos documentos que foram consultados nos serviços de saúde.

A segunda etapa teve abordagem quantitativa e teve o objetivo de identificar as características dos casos índice que poderiam ter relação com a transmissão da doença para os contatos com idade até 18 anos, como também traçar o perfil dos contatos registrados, além de verificar como ocorreu a investigação e o acompanhamento nos serviços de saúde.

A terceira e a quarta etapas tiveram abordagem qualitativa e tiveram o objetivo de verificar e analisar as vulnerabilidades à TB, dos contatos de indivíduos que foram notificados com a doença no ano de 2016, a partir dos depoimentos de seus responsáveis e dos profissionais de saúde que acompanharam o tratamento das pessoas com TB nos serviços de saúde pesquisados.

Entendendo-se que a pesquisa qualitativa é capaz de responder a questões muito particulares, por se preocupar com a realidade que não pode ser quantificada, aprofundando-se ao mundo dos significados (Minayo, 2002) é que na terceira e quarta etapas do estudo, a abordagem qualitativa foi realizada para ajudar a ampliar a leitura dos achados quantitativos. Segundo Minayo (2002, p.22), “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não

se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”.

3.2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O conceito de Vulnerabilidade, com base na proposição de Ayres et al. (2006), foi empregado como referencial neste estudo e orientou a análise dos depoimentos.

Estes autores compreendem a vulnerabilidade como resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos, contextuais e sociais que ocasionam maior susceptibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos em todos os setores para se proteger de ambos (Ayres et al., 2009).

O conceito de vulnerabilidade passou a ser mais utilizado quando os conceitos de grupo e comportamento de risco se manifestaram insuficientes para compreender a disseminação contínua da Aids e, posteriormente, com sua crescente concentração entre as pessoas mais pobres. As políticas de prevenção da doença almejavam produzir modificações nos comportamentos das pessoas para reduzir a probabilidade de infecção pelo vírus. Contudo, logo se tornou evidente que a exposição ao vírus e as possibilidades de transformar comportamentos não são iguais para toda a população (Ayres et al., 2009).

Dessa forma, foi proposto o conceito de vulnerabilidade, tendo em vista que as análises de risco chegam a relações probabilísticas entre variáveis, enquanto os estudos sobre vulnerabilidade se baseiam nas relações particulares entre as partes e o todo, expressando as potencialidades de qualquer indivíduo que vive num conjunto específico de condições adquirir a doença/agravo (Ayres et al., 2009).

Apesar de alguns autores ainda utilizarem o termo para relacioná-lo à chance ou risco de adoecer e para enfatizar a susceptibilidade, a identificação de vulnerabilidades específicas a determinados grupos pode favorecer o seu empoderamento, uma vez que estes são reconhecidos como sujeitos sociais. Essa perspectiva integra a organização comunitária e a construção da cidadania e requer intervenções estruturais (Junges, 2007), não apenas presumindo-se o risco de adoecimento ou não.

Desse modo, o conceito de vulnerabilidade apresenta elementos abstratos associáveis aos processos de adoecimento para uma concepção mais concreta e particularizada do processo saúde-doença (Bertolozzi et al., 2009), fornecendo elementos para avaliar, objetivamente, as diferentes chances que cada pessoa ou grupo particular tem de se contaminar, dada a totalidade de características envolvidas em seu cotidiano, julgadas

relevantes para a maior exposição ou proteção diante do problema indicado (Ayres, 1997). Assim, o quadro conceitual da vulnerabilidade pode ser aplicado a qualquer agravo ou condição de relevância para a saúde pública (Ayres, Paiva, Buchala, 2012).

Entendendo a Vulnerabilidade a partir de um escopo mais amplo, pode ser definida como o conjunto de aspectos sociais, programáticos e individuais (Ayres, 1997), que relacionam os sujeitos à questão/problema, assim como expressa os possíveis elementos atinentes ao adoecimento, não adoecimento e o enfrentamento de tais processos, associados a todo e a cada indivíduo (Ayres et al., 2006).

Neste contexto, um indivíduo está vulnerável a determinado agravo, considerando uma série de circunstâncias, que podem ser ordenadas em três perspectivas:

1. Individual, caracterizada pelos comportamentos que criam a oportunidade do indivíduo de infectar-se e/ou adoecer, os quais se relacionam ao grau de consciência dos sujeitos quanto aos possíveis danos decorrentes de atitudes, ou seja, a capacidade individual de transformar conhecimentos em possibilidades práticas de prevenção frente a uma situação de risco. Aqui estão elencados o modo de vida das pessoas e sua compreensão sobre a determinada questão, o uso de drogas, suas características pessoais como idade, sexo, raça, desenvolvimento emocional, assim como o entendimento dos riscos e da importância da adoção de medidas de proteção, entre outras (Ayres et al., 2006);

2. Social, relacionada à perspectiva de que a incorporação do conhecimento em mudanças práticas, em favor das pessoas, não depende apenas dos seus anseios, mas também de aspectos como: acesso à informação, recursos materiais, quantidade de recursos destinados à saúde por parte das autoridades e legislação locais; acesso e qualidade dos serviços de saúde; aspectos sócio-políticos e culturais; grau de liberdade de pensamento e expressão; grau de prioridade política (e, portanto, econômica); condições de bem-estar social, como moradia, escolarização, acesso a bens de consumo, entre outros (Ayres et al., 2006);

3. Programática, que se refere à identificação de como as instituições de saúde e áreas afins atuam como elementos que reduzem, reproduzem ou aumentam as condições de vulnerabilidade, revelando o quanto os serviços de saúde propiciam, aos indivíduos e grupos sociais, possibilidades de enfrentamento, adoecimento ou a promoção de possibilidades de superação. Para tal são analisadas a existência de ações institucionais (compromisso e ações efetivamente propostas pelas autoridades locais para o enfrentamento do problema); coalizão interinstitucional e intersetorial (saúde, educação, bem-estar social, trabalho, etc.) para a atuação específica; planejamento e gerenciamento das ações; capacidade de resposta das

instituições envolvidas; financiamento adequado e estável dos programas propostos; continuidade, avaliação e retroalimentação dos programas, entre outras (Ayres et al., 2006).

As três dimensões analíticas da vulnerabilidade são inseparáveis e sua sinergia precisa ser considerada para tornar os conceitos de prevenção e de promoção da saúde pautados na realidade e eticamente orientados (Ayres, Paiva, Buchala, 2012). A intervenção (seja de prevenção, tratamento e reabilitação) não é apenas solução, é também parte do problema em estudo. Desse modo, os processos saúde-doença, portanto, são sempre processos saúde-doença-cuidado.

Essa abordagem pode ampliar a atuação em saúde e convida a uma reflexão sobre as práticas de saúde, redefinindo estratégias e ações, de forma a contemplar as necessidades das populações (Muñoz Sánchez, Bertolozzi, 2007).

3.3 CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Campina Grande, situado no Agreste do estado da Paraíba.

3.3.1 Informações sobre o estado da Paraíba e o município de Campina Grande

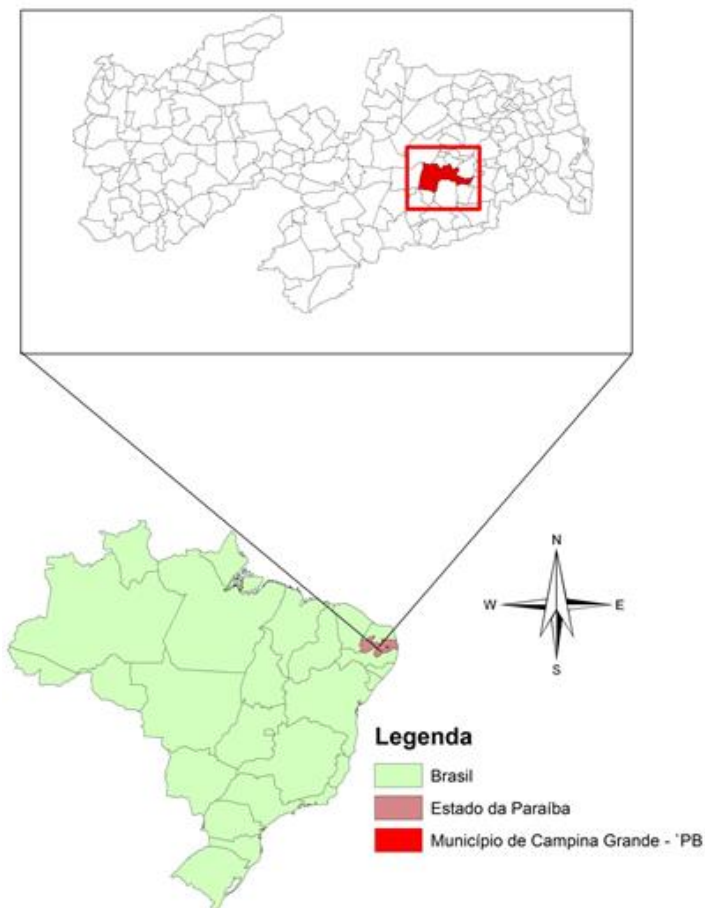
O Estado da Paraíba está situado a leste da Região Nordeste do Brasil e tem como limites, o estado do Rio Grande do Norte ao norte, o Oceano Atlântico a leste, o estado de Pernambuco ao sul e o estado do Ceará a oeste (Figura 4). Possui território dividido em 223 municípios, que integram uma área de 56.469,778 km² e população de 3.996.496 de habitantes (estimada em 2018), com maior concentração populacional na área urbana (75,0%) em relação à área rural, totalizando densidade demográfica de 66,7 habitantes por km². O Estado da Paraíba é considerado o décimo quarto mais populoso do Brasil. Os municípios com essa mesma característica e que apresentam população superior a cem mil habitantes são, respectivamente, João Pessoa (capital do estado), Campina Grande, Santa Rita e Patos (IBGE, 2019).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado da Paraíba é 0,722 (IPEA, 2019), considerado alto pelas Nações Unidas; assim, ocupa a 20^a colocação no ranking nacional e a quarta em nível regional. Considerando-se o índice da educação, seu valor é de 0,671 (22^o), o índice de longevidade é de 0,809 (19^o) e o de renda é 0,694 (16^o). Entretanto, o

índice de Gini do Estado, em 2017, foi de 0,563, com crescimento de 4,3% quando comparado ao ano anterior (IPEA, 2019).

Entre os municípios do Estado está Campina Grande, situada no Agreste Paraibano (Figura 4), entre o litoral e o sertão, o que lhe confere um clima equatorial semiárido. Apresenta área territorial que compreende 594,182 km². A área urbana do Município ocupa 98 km² e a rural, 420 km², possuindo, nesse contexto, três distritos rurais: Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista.

Figura 4 – Mapa do Brasil com localização do Estado da Paraíba e Município de Campina Grande.



Apresenta divisão territorial que estabelece a organização de seis distritos sanitários, conformados, a partir de 1988, no processo de distritalização, que foi desenvolvido pela Secretaria de Estado para os municípios que tinham população superior a 50.000 habitantes (IBGE, 2010). Possuía população estimada, em 2018, de 407.472 habitantes, densidade

demográfica de 648,3 habitantes/km² (Censo de 2010) e média de 3,7 moradores por domicílio, o que a tornava a segunda cidade mais populosa da Paraíba (IBGE, 2017).

Apesar de apresentar um IDH de 0,720 (PNUD, 2010), considerado alto pelas Nações Unidas, o Município apresenta desigualdade socioeconômica média, evidenciada pelo Índice de Gini de 0,450 (IBGE, 2017). Em 2017, o salário médio mensal da população ocupada era de 2,2 salários mínimos. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, havia 39,5% da população nessas condições, ocupando a posição 220 de 223 dentre as cidades do Estado e 2.810 de 5.570, dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2017).

Quanto às características econômicas, destaca-se como um dos principais polos industriais e tecnológicos da Região Nordeste por possuir, em suas atividades econômicas, indústrias de transformação, beneficiamento e desenvolvimento de software. Além dessas atividades, ainda se mostra como polo regional, no que diz respeito às atividades de extração mineral, cultura agrícola, pecuária, artesanato, comércio varejista e atacadista (PMCG, 2019).

Campina Grande ainda se destaca, na Paraíba, pelas políticas relacionadas à situação de saneamento, pois apresenta 84,1% dos domicílios com esgotamento sanitário adequado. Quando comparado a outros municípios do Estado, fica na posição 4 de 223; já quando comparada a outras cidades do Brasil, sua posição é a de 757 considerando 5.570 (IBGE, 2017).

3.3.2 Organização dos serviços de saúde no Estado da Paraíba e Campina Grande para atender a população com diagnóstico de tuberculose

O planejamento da saúde, em âmbito estadual, deve ser realizado de maneira regionalizada, atendendo aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); dessa forma, a atual configuração da regionalização da saúde na Paraíba, organiza o Estado em 16 regiões de saúde, distribuídas em 04 Macrorregiões, contemplando os seus 223 municípios (em consonância à Resolução CIB nº 203/2011, atualizada pela Resolução CIB nº 13/2015) (GEPLAN, 2016). A primeira Macrorregião de Saúde, com sede em João Pessoa, é composta por 04 (quatro) Regiões de Saúde; a segunda, com sede em Campina Grande, é composta por 05 (cinco) Regiões de Saúde; a terceira, com sede em Patos, é composta por 03 (três) Regiões de Saúde; e a quarta, com sede em Sousa, é composta por 04 (quatro) Regiões de Saúde (Figura 5).

Campina Grande está inserida no 3º Núcleo Regional de Saúde, unidade integrante da divisão geopolítica administrativa do Estado e é um dos oito municípios da Paraíba, habilitados desde 1998 na modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal. No Plano diretor de Regionalização Estadual está configurada como sede de módulo assistencial microrregional para dez municípios e macrorregional para setenta municípios. Assim, apresenta-se como um importante polo assistencial, com a responsabilidade de atender mais de um milhão de pessoas em todos os níveis de atenção.

Figura 5 – Mapa da distribuição das Macrorregiões e Regiões de Saúde na Paraíba.



Fonte: GEPLAN/SES-PB, 2016.

O Sistema Municipal de Saúde possui serviços distribuídos em 6 (seis) Distritos Sanitários, composto por instituições públicas, privadas e filantrópicas. O Município conta com 112 (cento e doze) estabelecimentos de saúde que integram o SUS, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; destes, 78 (setenta e oito) são de gestão municipal (CNES, 2017).

Entre os estabelecimentos que estão ligados ao Programa de Controle da Tuberculose (PCT) municipal, Campina Grande possui 80 Unidades Básicas de Saúde, onde atuam 105 (cento e cinco) equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF (perfazendo uma cobertura de 87%), um Ambulatório de Referência em TB, 6 (seis) Centros de Saúde, 2 (duas) Policlínicas, além de uma Equipe de Consultório de Rua. Tem como referência estadual, o Hospital Clementino Fraga, localizado na capital do Estado (João Pessoa), que dista 130 km do município (CNES, 2017).

O PCT teve sua implantação no Município em 1998, viabilizando a melhoria de medidas relacionadas à tomada de decisões. Dessa forma, o diagnóstico, acompanhamento e o tratamento para a TB passaram a fazer parte da esfera municipal de ação.

3.3.3 O Controle da Tuberculose na Paraíba e em Campina Grande/PB

De acordo com a Tabela 1 a seguir, a Série Histórica da Taxa de Incidência da TB no estado da Paraíba, apesar de não ocupar os piores números do país, revela que a doença, para ser controlada, exige uma mudança nas atividades desenvolvidas, tendo em vista que sua incidência no Estado vinha apresentando tendência de queda desde o ano de 2012, no entanto, voltou a crescer consideravelmente em 2018, quando comparada ao ano anterior. Os dados do município de Campina Grande demonstram certa dificuldade em controlar o surgimento de casos novos e, após o ano de 2015, a incidência da doença manteve tendência crescente.

Tabela 1 – Série Histórica da Taxa de Incidência da Tuberculose no Estado da Paraíba e município de Campina Grande, 2008-2018.

Ano	Taxa de Incidência de Tuberculose	
	Paraíba	Campina Grande
2009	27,58	30,74
2010	27,29	26,73
2011	28,45	30,18
2012	29,80	28,97
2013	28,63	30,49
2014	26,16	26,80
2015	25,12	26,16
2016	24,20	29,18
2017	26,50	31,92
2018	29,80	37,05

Fonte: SAGE/MS, 2018.

Em relação à Incidência de Tuberculose bacilífera na Paraíba, desde o ano de 2011 o Estado vem apresentando queda no indicador. Já os dados do município de Campina Grande demonstram anos com queda e subsequente aumento. Observa-se um pico de crescimento no ano de 2016, em que se verifica a maior taxa entre os dez anos apresentados (18,39) e, logo após, há decréscimo no indicador nos dois anos seguintes (Tabela 2).

Tabela 2 – Série Histórica da Taxa de Incidência de Tuberculose Bacilífera no Estado da Paraíba e município de Campina Grande, 2008-2018.

Ano	Taxa de Incidência de Tuberculose Bacilífera	
	Paraíba	Campina Grande
2009	14,64	17,97
2010	15,76	17,64
2011	17,75	17,79
2012	17,29	15,89
2013	16,75	16,24
2014	15,72	16,13
2015	15,38	17,77
2016	13,50	18,39
2017	13,48	17,05
2018	12,73	16,93

Fonte: SAGE/MS, 2018.

No ano de 2016 foram registrados 78 óbitos por TB no estado da Paraíba, destes, 3 foram notificados como sendo de pessoas residentes em Campina Grande. A Taxa de Mortalidade foi, respectivamente, 2/100 mil habitantes e 0,73/100 mil habitantes. Em relação ao percentual de casos bacilíferos que evoluíram com cura, o Estado registrou, nos anos de 2016 e 2017, respectivamente, 68,51% e 56,35%. Para os mesmos anos, Campina Grande apresentou 52% e 37,14%, respectivamente.

Em se tratando do indicador de avaliação e monitoramento do PNCT: “% de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados laboratorialmente”, o Estado da Paraíba destaca-se pela baixa investigação dos contatos de pessoas diagnosticadas com TB nos anos de 2018, 2017 e 2016, quando foram examinados, respectivamente, 52,3%, 54,8% e 32% dos contatos. Campina Grande, nesse contexto, examinou, em 2016 (ano em

que foi utilizado o banco de dados das pessoas diagnosticadas no presente estudo), 13,8% dos contatos de pessoas com TB (Brasil, 2019a; Sinan, 2016).

Tendo em vista a situação epidemiológica da TB no Município, a sua importância na prestação de assistência às pessoas com TB no Estado e o baixo percentual de investigação dos contatos, é que Campina Grande foi escolhida para ser o cenário deste presente estudo.

3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os responsáveis pelos contatos (com idade até 18 anos) de indivíduos notificados com TB no ano de 2016 e os profissionais da saúde dos serviços de saúde da atenção primária e secundária que assistiram a pessoa com TB e seus contatos durante o tratamento no município de Campina Grande/PB.

Para os profissionais de saúde, foram incluídos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde que atuavam nos serviços de saúde da atenção primária. Já em relação aos que atuavam na referência secundária do Município, foram incluídos médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem. Foram entrevistados os profissionais dos serviços de saúde que atenderam pacientes com TB em 2016, os quais possuísem contatos com idade até 18 anos.

3.4.1 Critérios de inclusão e exclusão

3.4.1.1 Critérios de inclusão

Contatos:

- Contatos com idade até 18 anos (completos) de indivíduos diagnosticados com as formas pulmonar, laríngea e pulmonar + extrapulmonar.
- Contatos de pessoas diagnosticadas com tuberculose, que eram residentes no local de estudo.

Responsáveis pelos Contatos:

- Possuir idade mínima de 18 anos.
- Possuir capacidade de comunicação verbal e compreensão preservadas.

Profissionais da Saúde:

- Profissionais de saúde que atuaram no controle da TB e prestaram assistência às pessoas notificadas com tuberculose no ano de 2016 em Campina Grande-PB.
- Profissionais da saúde que atenderam pessoas com tuberculose que possuíam o registro de contatos com idade até 18 anos.

3.4.1.2 Critérios de exclusão

- Pessoas notificadas com tuberculose, em 2016, que não possuíam registro de contatos.
- Pessoas notificadas com tuberculose, em 2016, residentes dos distritos rurais de Campina Grande/PB.

Contatos:

- Contatos de indivíduos com diagnóstico de formas extrapulmonares não transmissíveis isoladamente.
- Contatos de casos que compõem: população indígena, população privada de liberdade, em situação de rua e profissionais de saúde.

Profissionais:

- Profissionais com menos de um ano de atuação nos serviços pesquisados ou que não acompanharam as pessoas com tuberculose, notificadas no ano de 2016.
- Profissionais que estavam usufruindo de licenças, durante o período da coleta de dados.

3.5 COLETA DOS DADOS

Primeiramente, foram realizadas visitas às Coordenações de Vigilância Epidemiológica, da Atenção Básica e Serviço de Referência Secundária do cenário do estudo,

para apresentar o projeto de pesquisa e planejar a coleta de dados, que ocorreu segundo a disponibilidade dos serviços de saúde e após autorização das instâncias pertinentes.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2017 a abril de 2018 e ocorreu em etapas. Foram utilizadas as seguintes técnicas para a obtenção das informações dos casos-índice de TB e seus contatos: base de dados do Sinan, fornecida pela Vigilância Epidemiológica; coleta documental; entrevista semiestruturada; e registros de observação em campo.

Os dados foram coletados em unidades básicas de saúde da família, centros de saúde em que estavam inseridas unidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Ambulatório de Referência em Tuberculose, Secretaria Municipal de Saúde e domicílios dos comunicantes, conforme agendamento prévio, quando possível.

3.5.1 Instrumento para a coleta de dados

Foi utilizado um formulário específico para cada grupo de participantes do estudo. A primeira versão dos instrumentos foi submetida a teste piloto e sofreu modificações relacionadas à sequência de algumas questões e melhor forma de desenvolvimento da entrevista.

3.5.1.1 Instrumento A – Contatos de Indivíduos diagnosticados com tuberculose (Apêndice B)

Este instrumento foi dividido em duas partes: a primeira compreendeu dados secundários dos casos índice e seus contatos, coletados a partir da análise documental em fichas de notificação, prontuário, fichas de acompanhamento, entre outros; esses dados foram completados nas entrevistas. A segunda parte foi composta pelos dados primários obtidos por meio das entrevistas.

Foram pesquisadas as seguintes variáveis, tendo como orientação as Diretrizes para Investigação de Contatos com TB Infecciosa, publicadas pelo CDC, no ano de 2005:

- **Casos índice:** sexo; idade (em anos); escolaridade; ocupação; forma clínica; informações sobre o domicílio; história de exposição prévia a TB; histórico de TB e tratamento prévio; sintomas da doença; resultados de baciloscopia de escarro; solicitação e resultado do teste de HIV; uso e abuso de substâncias; tipo de entrada no

Sinan (caso novo, reingresso após abandono, recidiva); número de comunicantes registrados; número de comunicantes examinados; realização de tratamento diretamente observado ou autoadministrado; e situação de encerramento de caso (cura, abandono, óbito).

- **Contatos:** sexo, idade (em anos), escolaridade, grau de parentesco com o doente, local de exposição; tempo de exposição; compartilhamento de dormitório com o caso índice; resultado de prova tuberculínica; exames laboratoriais e de imagem realizados; presença de sintomas de TB; realização de tratamento para a infecção latente; quantidade de doses de isoniazida; esquema completo de quimioprofilaxia; tempo de tratamento preventivo; falta de medicamentos; número de comunicantes que adoeceram por TB; quantidade de consultas/atendimentos para acompanhamento; tempo de seguimento; agravos associados; transplantados; cirurgias anteriores; uso e abuso de substâncias; vacinação BCG; Convocação e comparecimento ao serviço de saúde; tratamento anterior para TB; visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde.

A realização das entrevistas a esse grupo teve por base um questionário, pautado no que se segue.

Perguntas norteadoras direcionadas aos responsáveis dos contatos com idade até 18 anos:

1. *Seu (Sua)(s) filho (a)(s) teve contato com alguém que teve tuberculose? Se sim: Quem foi?*
2. *O que o (a) senhor (a) sabe sobre a tuberculose?*
3. *Como foi para o (a) senhor (a) saber que seu (sua)(s) filho (a)(s) convive/convivia com uma pessoa com tuberculose?*
4. *Seu (Sua) filho (a) foi acompanhado (a) pelo serviço de saúde durante o período em que esta pessoa esteve realizando tratamento para tuberculose? Conte como foi.*
5. *Quais as orientações que foram fornecidas pelos profissionais de saúde para prevenir a transmissão da doença?*
6. *Qual a sua opinião sobre o acompanhamento dos contatos que foi realizado pelo serviço de saúde durante o tratamento para tuberculose?*

As perguntas tiveram como ponto de partida a resposta positiva acerca do conhecimento dos responsáveis sobre a pessoa com TB. Cada pergunta foi ajustada de acordo com o parentesco do responsável com os contatos. Todos os responsáveis sabiam quem era o caso índice de tuberculose.

3.5.1.2 Instrumento B – Profissionais de Saúde que atuam no Controle da Tuberculose (Apêndice C)

Este instrumento foi composto por perguntas fechadas acerca de informações do profissional, além de um roteiro com perguntas norteadoras correspondentes à atuação da equipe no controle de comunicantes.

Foram pesquisadas as seguintes variáveis: sexo, idade (em anos), características da formação (categoria profissional, tempo de formação e treinamentos sobre tuberculose recebidos), tempo de atuação no serviço e atividades desenvolvidas no controle de contatos.

A realização das entrevistas a esse grupo teve por base um questionário, pautado no que se segue.

Perguntas norteadoras

- 1. O que faz o serviço de saúde em relação aos contatos de pacientes com diagnóstico de TB?*
- 2. O (a) senhor (a) utiliza algum critério para convocar os contatos dos pacientes com tuberculose, acompanhados por este serviço? Qual (is)?*
- 3. Quais as dificuldades encontradas no controle de contatos de indivíduos com tuberculose no serviço de saúde em que atua?*
- 4. Como deveria ser a investigação e acompanhamento dos contatos de pacientes diagnosticados com tuberculose na comunidade?*

3.5.2 Etapas da Coleta de Dados

3.5.2.1 Primeira Etapa

Consistiu na captação do Banco de Dados do Sinan junto à Coordenação da Vigilância Epidemiológica e listagem das unidades de saúde (com seus respectivos endereços e telefones) junto à Coordenação de Atenção Básica. Após essa captação foi feita a organização do banco de dados a ser utilizado para a coleta, o qual, inicialmente, possuía 190 casos de TB notificados em 2016. Foram excluídos aqueles que apresentaram:

- Duplicidade (11)
- Forma clínica exclusivamente extrapulmonar, exceto a forma laríngea (39)
- Município de residência diferente daqueles pertencentes aos distritos sanitários de Campina Grande (21)
- Casos notificados pelo sistema prisional e registrados como população privada de liberdade (16)
- Casos notificados como população em situação de rua (2)

Dessa forma, iniciou-se a primeira parte da coleta com um banco de dados que possuía 101 casos de TB, previamente elegíveis para a identificação de seus contatos.

Após esse processo, com o auxílio do código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), foi feita a separação dos casos por unidade notificadora ou de acompanhamento, sendo os casos distribuídos da seguinte maneira:

- 17 casos no Ambulatório de Referência em Tuberculose
- 12 casos em Hospitais
- 2 (dois) casos em Policlínicas
- 9 (nove) casos em Centros de Saúde ou Unidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- 61 casos das Unidades Básicas de Saúde da Família

A facilidade dessa etapa da coleta consistiu no rápido acesso ao banco de dados. A dificuldade encontrada foi o grande número de informações que não estavam preenchidas, tendo que ser completadas posteriormente, através da consulta aos documentos nas unidades de saúde e por ocasião das entrevistas, quando realizadas com o caso índice.

3.5.2.2 Segunda Etapa

As informações obtidas na primeira etapa foram registradas em uma planilha do Excel e os casos do ano de 2016 foram agrupados por unidade notificadora para facilitar a sua localização, documentos a serem consultados e profissionais de saúde que acompanharam a pessoa com diagnóstico de TB durante o tratamento.

Logo após, foi feito o treinamento de duas alunas do curso de graduação em Enfermagem, para auxílio à pesquisadora, durante a extração das informações dos prontuários e documentos das unidades de Saúde da Família. O treinamento consistiu na apresentação do instrumento de coleta de dados e das planilhas a serem preenchidas durante o processo, além de terem sido bastante bem explicitados os critérios de exclusão e inclusão dos casos e dos profissionais das unidades visitadas. Cada aluna recebeu um *kit* para a realização da coleta de dados, contendo: pasta, crachá, prancheta, diário de campo, cópias do instrumento de coleta, cópias do termo de autorização institucional, uma lista contendo a localização e o telefone das respectivas unidades, duas cópias de planilhas com os casos a serem localizados nas unidades, lápis, borracha, apontador, clips, post-it, caneta esferográfica, marca-texto e envelopes.

Esta etapa foi documental e teve o objetivo de identificar os casos notificados que possuíam contatos com idade até 18 anos, registrados pelos profissionais durante o atendimento à pessoa com TB, assim como para identificar os contatos domiciliares presentes no cadastro das unidades de Saúde da Família. No momento da visita aos serviços também foram identificados os profissionais que assistiram os indivíduos durante o tratamento da TB. Foi possível, ainda, observar aspectos importantes a respeito de como se encontravam organizados os serviços de saúde do Município, no tocante aos documentos e às formas de registro das informações dos usuários com o diagnóstico de TB, acompanhados e de seus familiares. Nesse momento também foram coletadas informações a respeito da assistência prestada aos casos índice e seus contatos.

Dos 101 casos foram excluídos 71, de acordo com os critérios estabelecidos:

- 11 moravam sozinhos e não possuíam registro de contatos
- 36 não apresentavam contatos com idade até 18 anos
- 6 (seis) foram transferidos para outro município durante o tratamento
- 3 (três) eram institucionalizados

- 1 (uma) mudança de diagnóstico
- 5 (cinco) residiam em outra cidade
- 9 (nove) prontuários não foram encontrados nos serviços visitados

Facilidades da coleta documental

1. Serviço de Referência em Tuberculose

- As visitas para a consulta dos documentos conseguiram ser agendadas previamente via contato telefônico;
- Fácil localização geográfica;
- Profissionais colaborativos no processo de localização dos prontuários;
- Facilidade no acesso aos documentos mediante apresentação da autorização institucional e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética. Assim, foi possível realizar a coleta de dados mesmo na ausência do profissional enfermeiro no serviço;
- Os prontuários estavam organizados em pastas diversas, porém classificadas por ano, ordem alfabética, tipo de encerramento do caso e município (Campina Grande-PB e outros municípios do Estado);
- Presença de alguns impressos padronizados: ficha para o atendimento inicial à pessoa com TB em que o cabeçalho é padronizado e nele estão contidas as informações pessoais do indivíduo em tratamento. Também há uma ficha padronizada para a supervisão do tratamento supervisionado: em seu verso são anotados os contatos identificados, sua idade e os exames realizados para a investigação. Ademais, há a ficha para o tratamento da ILTB.

2. Unidades Básicas de Saúde da Família

- Recepcionistas colaborativas na localização dos prontuários;
- As unidades localizadas em bairros centrais e menos populosos foram fáceis de serem encontradas.

3. Centros de Saúde/Unidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

- Recepcionistas colaborativas no repasse de informações sobre os profissionais que atuavam nas equipes;
- Fácil acesso e localização geográfica.

Dificuldades da coleta documental

1. Serviço de Referência em Tuberculose

- Volume de pastas a serem consultadas para encontrar os casos selecionados previamente;
- As transferências de caso, em sua maioria, não especificavam em qual unidade a pessoa em tratamento para a TB deveria ser acompanhada, o que dificultou a sua localização, sobretudo, em bairros populosos;
- Alguns impressos com as informações sobre os contatos não preenchidas ou incompletas;
- Localização de informações sobre o tratamento da infecção latente: no Município em estudo essas informações são de responsabilidade do Ambulatório de Referência, tendo em vista que é neste serviço que é fornecido o medicamento para a quimioprevenção da TB. O acompanhamento, se ocorreu, continha poucas informações anotadas e os registros são restritos à quantidade de medicamento entregue mensalmente. Não havia separação das fichas por indicações do tratamento preventivo no ano de 2016 e anteriores, seja por ser contato de TB, por viver com o vírus HIV ou demais indicações. Entretanto, foi encontrado um livro em que foi iniciado esse registro, para os casos de 2017 e 2018. Portanto, não foi possível localizar as informações do ano em estudo de maneira detalhada;
- Muitas informações encontravam-se registradas com letra ilegível, o que restringiu a compreensão, mesmo com o auxílio de outras pessoas que trabalhavam no serviço;
- Muitas informações não foram encontradas sobre os que realizaram tratamento e seus contatos: o exame dos contatos é registrado de forma limitada nos prontuários, tanto em relação ao caso-índice como sobre os contatos domiciliares. As anotações eram muito sucintas, sem detalhamento dos casos.

2. *Unidades Básicas de Saúde da Família, Centros de Saúde/Unidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde*

- A maioria das visitas às UBSF não foram agendadas previamente por telefone, uma vez que as chamadas eram pouco atendidas e, quando se conseguia contato, havia muita dificuldade em ter acesso ao profissional enfermeiro para o agendamento e, conseqüentemente, obter a liberação para consultar os documentos. A justificativa era a demanda de atendimento, além da ausência desse profissional, na unidade de saúde, no momento das chamadas telefônicas. Desse modo, a maioria das visitas foram agendadas somente mediante a presença da pesquisadora na unidade. Em alguns momentos foi necessário comparecer mais de uma vez ao serviço para o agendamento, devido à ausência do profissional enfermeiro na unidade de saúde;
- As visitas para consulta aos documentos em unidades do PACS não conseguiram ser agendadas previamente por telefone, devido à existência de muitas equipes e profissionais atuando nos centros de saúde em que estavam inseridos essas equipes, o que fez necessária a presença da pesquisadora no serviço para, inicialmente, buscar os profissionais de saúde que foram responsáveis pelo atendimento e, somente depois, tentar localizar as informações para a coleta documental;
- A condição para o acesso aos documentos era de que o enfermeiro autorizasse a consulta. Entretanto, no período de férias, licença médica ou folga desse profissional, não foi possível a coleta das informações nos prontuários e demais documentos. Em alguns poucos casos, a liberação de consulta aos documentos foi realizada pela gerente da unidade e profissionais médicos;
- Alta demanda de pessoas nas unidades: em alguns casos foi preciso aguardar a conclusão de todos os atendimentos para ter acesso aos profissionais enfermeiros e, assim, consultar os documentos;
- As unidades de saúde pertencentes aos bairros periféricos da cidade foram mais difíceis de serem localizadas;
- Algumas unidades de saúde possuíam horário restrito devido às situações de violência urbana em algumas áreas;
- Ausência de impressos padronizados, ficando a cargo do profissional que realizava o atendimento anotar o que julgava ser importante. Assim, a maioria das informações

sobre a pessoa com diagnóstico de TB e seus contatos não foi localizada nos prontuários consultados;

- Muitas informações encontravam-se registradas com letra ilegível, limitando a sua compreensão, mesmo buscando auxílio de outras pessoas que trabalhavam na unidade de saúde;
- Muitas informações não foram encontradas sobre os que realizaram tratamento e seus contatos: o exame dos contatos é pouco relatado nos prontuários do caso-índice e de seus contatos domiciliares; em um dos casos foi necessário o contato telefônico para buscar essa informação junto à família. Ademais, as anotações são muito sucintas, sem detalhamento dos casos e estavam principalmente relacionadas à entrega de medicamentos, solicitações de exames e resultados de baciloscopia de escarro;
- Em algumas situações foi encontrada a informação de convocação dos contatos, porém, não havia registro, na maioria dos prontuários, sobre a realização ou não de investigação, como também de acompanhamento;
- As transferências de caso que ocorreram entre as unidades de saúde, em decorrência de mudança de endereço das famílias e remapeamento das unidades, que ocorreu no ano de 2016, ocasionaram perda de informações, não sendo possíveis de serem coletadas;
- Muitas unidades visitadas apresentaram documentos sem organização em prontuários da família, sendo reunidos por ordem alfabética, o que enfraquece o controle da doença para os demais membros da unidade familiar e restringe a possibilidade de acompanhar a sintomatologia e o seguimento terapêutico de todos os componentes familiares. Tal aspecto foi elemento de dificuldade na coleta de dados, por ser necessária a presença de um profissional que conhecesse toda a composição familiar para conseguir o acesso a todos os prontuários individualizados;
- Em algumas unidades os prontuários das pessoas que realizaram o tratamento para a TB estavam centralizados nos consultórios de enfermagem, o que dificultou a sua localização num primeiro momento; ao mesmo tempo, a ausência do enfermeiro na unidade ou o fato de encontrar-se em atendimento, restringiu o acesso ao prontuário para a coleta das informações. Outro ponto negativo desse tipo de organização é o fato de que quando o prontuário fica restrito a um único profissional, os demais membros não podem acessá-lo. Em uma unidade específica, o prontuário com as

informações sobre o tratamento da TB, não se encontrava no envelope da família, mesmo o tratamento tendo ocorrido no ano de 2016;

- Mudança do profissional enfermeiro que acompanhou um dos casos, inviabilizando a localização de informações a respeito das pessoas que fizeram tratamento para a TB no serviço no ano de 2016;
- Em uma das unidades visitadas, um dos prontuários não foi consultado pois havia sido danificado por água e roedores, segundo informações repassadas pelo arquivo do serviço;
- Em algumas unidades, muitos prontuários não foram encontrados no interior dos envelopes da família e os profissionais não souberam informar sua localização;
- Envelopes desatualizados quanto à idade e número de moradores do domicílio;
- Para garantir o acesso ao tratamento, algumas pessoas com diagnóstico de TB optaram por receber os medicamentos na unidade mais próxima de seu domicílio, sendo estas unidades tradicionais (livre demanda) e do Programa de Agentes Comunitários. Entretanto, alguns prontuários não foram localizados e algumas enfermeiras recém-chegadas ao serviço relataram não existir o registro das pessoas que realizaram o tratamento nessas unidades. Assim, não foi possível coletar informações da maioria dos casos acompanhados por esses serviços;
- Em uma ocasião, uma das pessoas foi acompanhada por uma equipe mais próxima de sua residência, mas não era adscrita a ela, e tal situação decorria (segundo relato), de acordo entre as enfermeiras. Neste caso em especial, mesmo após três tentativas, não foi possível ter acesso ao prontuário do paciente, pois não foi localizado em nenhuma das equipes;
- Constantes paralizações dos profissionais de saúde devido ao atraso no pagamento salarial.

3.5.2.3 Terceira etapa

Esta etapa consistiu na realização das entrevistas com os responsáveis dos contatos com idade até 18 anos. É importante destacar que todos os contatos identificados eram domiciliares e foram registrados através do caso índice, durante o atendimento nos serviços de saúde pesquisados. Em algumas situações, o responsável pelos contatos foi a própria pessoa que já havia se submetido ao tratamento para a TB.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e por uma estudante do curso de graduação em enfermagem que foi previamente treinada para a aplicação do instrumento, roteiro a ser utilizado para as perguntas norteadoras e utilização do gravador. Todas as entrevistas ocorreram no domicílio dos contatos e, quando possível, foram previamente agendadas, por meio de contato telefônico.

A partir da coleta documental, foram identificadas 30 pessoas que possuíam registro de contatos com idade até 18 anos. Entretanto, só foi possível a realização de 23 entrevistas, devido às seguintes situações:

- Uma recusa;
- Duas exclusões: o responsável pelos menores vivia em situação de violência, acarretando risco para a pesquisadora; a responsável era idosa e não conseguiu compreender as perguntas, mesmo após algumas tentativas de esclarecimento;
- Um endereço não foi localizado;
- Uma residência localizada, mas o morador encontrava-se ausente nas quatro tentativas de visita, em dias e horários diferentes;
- Dois casos em que os contatos com idade até 18 anos não residiam com o caso índice, não tiveram contato durante a fase de transmissão e enquanto a pessoa notificada encontrava-se em tratamento para a TB.

As facilidades encontradas nessa etapa da coleta foram a disponibilidade dos participantes em colaborar com a pesquisa. Já em relação às dificuldades estiveram relacionadas à localização dos domicílios, pois se encontravam, em sua maioria, em áreas de violência urbana; o agendamento prévio por telefone nem sempre foi possível, pois os números estavam desatualizados, uma vez que foram registrados no ano de 2016; a presença de crianças, animais e o ruído de eletrodomésticos, aparelhos de televisão e telefônicos no domicílio, fez com que algumas entrevistas tivessem que ser interrompidas por alguns instantes.

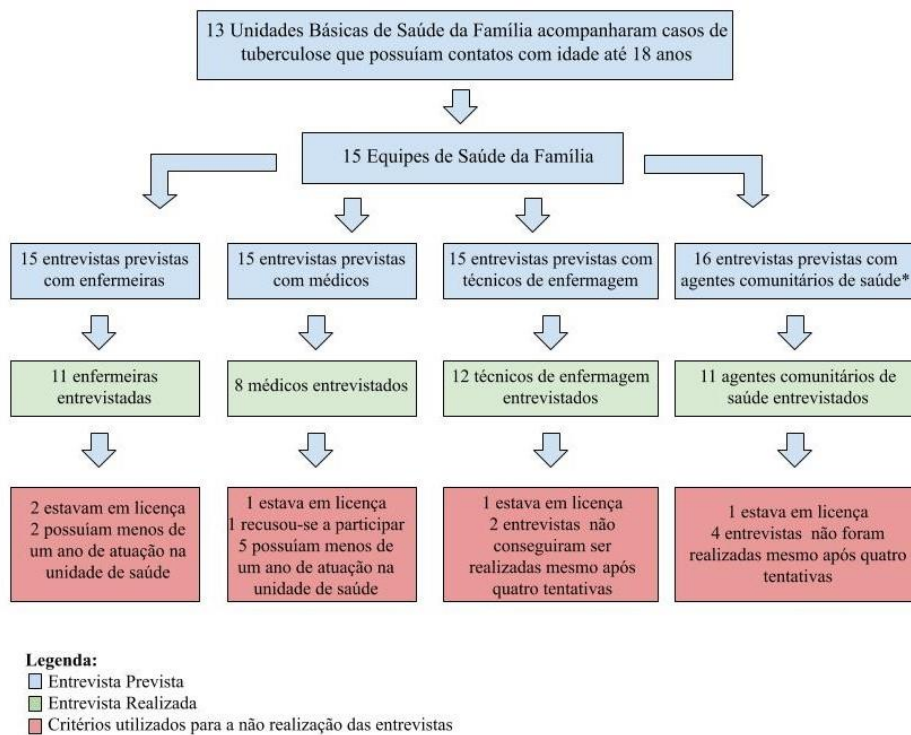
3.5.2.4 Quarta etapa

A partir da coleta documental foram visitados os serviços de saúde que notificaram casos de TB no ano estudado. Posteriormente, foram selecionados aqueles que possuíam contatos registrados com idade até dezoito anos. Esses casos foram acompanhados pelos

profissionais de 13 Unidades Básicas de Saúde da Família, 2 (dois) Centros de Saúde em que estavam inseridas unidades do PACS e 1 (um) Ambulatório de Referência em Tuberculose. Foram realizadas 48 entrevistas com esses profissionais, sendo 15 enfermeiras, 14 técnicos de enfermagem, 8 médicos e 11 agentes comunitários de saúde.

Na Figura 6, observa-se a distribuição das entrevistas previstas e realizadas nas Unidades Básicas de Saúde da Família, por categoria profissional, com base nos critérios de inclusão, exclusão e aspectos éticos do estudo.

Figura 6 – Entrevistas previstas e realizadas nas Unidades Básicas de Saúde da Família por categoria profissional, Campina Grande/PB, 2018.



*Foram previstas 16 entrevistas com Agentes Comunitários de Saúde, pois uma das equipes notificou mais de um caso, os quais foram acompanhados por profissionais diferentes, uma vez que os usuários pertenciam à distintas microáreas.

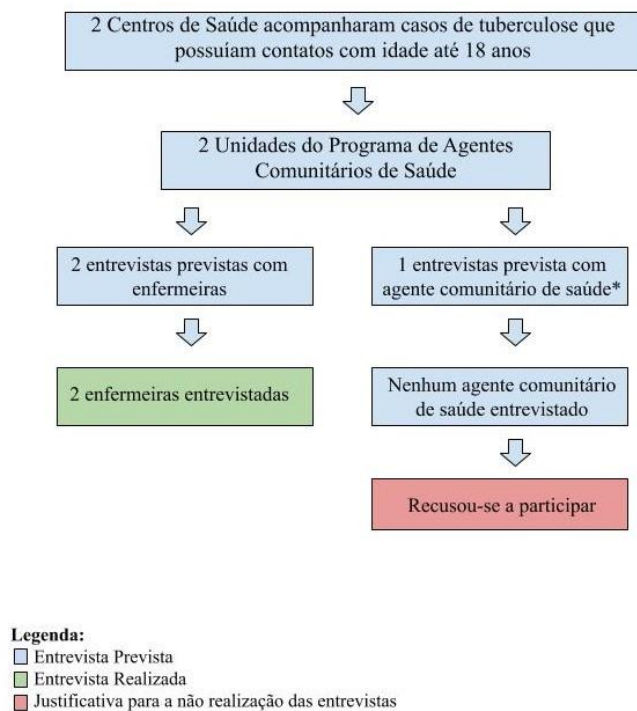
As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, dois estudantes de curso de Mestrado em Saúde Pública e três alunos do curso de Graduação em Enfermagem. Todos foram previamente treinados para a aplicação do instrumento, com base no roteiro a ser utilizado e uso do gravador.

Inicialmente, tentou-se o agendamento prévio das entrevistas a serem realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde/Equipes do PACS por telefone, entretanto,

pouco êxito foi obtido, tendo em vista que os profissionais, em sua maioria, encontravam-se em atendimento por ocasião das chamadas telefônicas, ausentes do serviço ou as ligações telefônicas não foram atendidas, mesmo após várias tentativas em horários e turnos diferentes. Assim, a maioria dos agendamentos foram realizados pela visita da pesquisadora nas unidades. Em alguns casos foi possível realizar a entrevista no dia da ida à unidade, em outras situações, o profissional indicava o melhor dia e horário de sua preferência. Em outros casos, mesmo após quatro tentativas não foi possível realizá-las, optando-se por excluir os profissionais que seriam entrevistados.

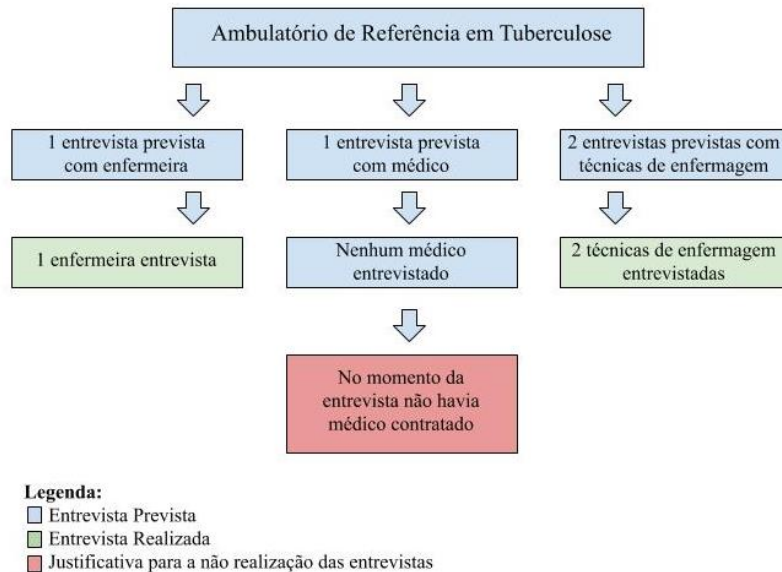
Nas figuras 7 e 8 observa-se a distribuição das entrevistas que foram previstas e as realizadas nos Centros de Saúde/Equipes do PACS e Ambulatório de Referência em Tuberculose, considerando a categoria profissional, tendo em vista os critérios de inclusão, exclusão e aspectos éticos do estudo.

Figura 7 – Entrevistas previstas e realizadas nos Centros de Saúde, considerando a categoria profissional, Campina Grande/PB, 2018.



*Mesmo sendo duas unidades do PACS, um dos usuários acompanhados residia em área sem cobertura pela equipe, logo, não possuía agente comunitário de saúde na microárea.

Figura 8 – Entrevistas previstas e realizadas no Ambulatório de Referência em Tuberculose considerando a categoria profissional, Campina Grande/PB, 2018.



No caso das entrevistas realizadas no Ambulatório de Referência em tuberculose, foi possível agendá-las por telefone, sem dificuldade. Todas ocorreram no final dos turnos, por volta das 11 horas e entre as 15 horas e 17 horas e foram realizadas nos consultórios médicos, de enfermagem, salas de acolhimento ou sala de reuniões.

Facilidades

- Acolhimento dos agentes comunitários de saúde, quando presentes nas unidades de saúde, os quais intermediavam o agendamento e as entrevistas com os demais profissionais;
- Os técnicos de enfermagem foram os mais facilmente localizados nas unidades de saúde e não apresentaram óbice em participar das entrevistas.

Dificuldades

- O agendamento prévio das entrevistas, por meio de contato telefônico, nem sempre foi possível. Assim, a maioria das entrevistas foram agendadas através de visitas às unidades;

- Os enfermeiros foram os mais resistentes em agendarem e participarem das entrevistas, possivelmente pela sobrecarga de trabalho;
- Os mais difíceis de serem localizados foram os agentes comunitários de saúde, devido à sua atuação na área adscrita e restrição das atividades nas unidades;
- Constantes paralizações dos profissionais devido ao atraso salarial;
- Alguns profissionais não reconheciam o termo “contato”, mesmo após explicação no início de cada entrevista. Assim, foi preciso retomar a definição do termo, em alguns momentos, quando as respostas se referiam às pessoas com TB.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis quantitativas foram armazenadas em planilhas eletrônicas do Microsoft Office Excel e, posteriormente, as informações foram transferidas para a tabela de entrada de dados do Software Epi Info, versão 7. A análise dos dados quantitativos compreendeu resultados descritivos, considerando os valores das distribuições de frequências, valores médios, medianos e/ou modais.

As entrevistas foram gravadas utilizando dois equipamentos diferentes e, posteriormente transcritas na íntegra pela pesquisadora. Posteriormente, foi feita a conferência de fidedignidade, ou seja, as gravações foram ouvidas no intuito de conferir as frases transcritas, as mudanças de entonação, as interrupções, usos e demais ocorrências. O material empírico, resultante da transcrição, foi submetido à técnica de análise de discurso, proposta por Fiorin (1989) e adaptada por Car e Bertolozzi (1999).

O discurso é um conjunto de frases que demonstra o pensamento do sujeito, sua concepção acerca do mundo exterior e interior e seu modo de agir sobre a realidade, logo, o objetivo da análise do discurso é apreender os significados dos depoimentos, ou seja, compreendê-los de forma articulada às condições remotas de suas produções. Para tal, é relevante a identificação do contexto onde ele é produzido, se religioso, filosófico, jurídico e/ou sociopolítico (Car, Bertolozzi, 1999).

É importante apontar que, entendendo-se uma formação ideológica como a visão de mundo de uma dada classe social, esta não existe desvinculada da linguagem. Assim, a cada formação ideológica corresponde uma formação discursiva, que é um conjunto de temas e figuras que materializa uma dada visão de mundo (Car, Bertolozzi, 1999).

Os depoimentos foram desconstruídos, identificando-se as figuras e os temas. As figuras são os termos ou expressões que remetem a algo existente no mundo natural (substantivos concretos, verbos que indicam atividades físicas, adjetivos que expressam qualidades). Os temas são palavras ou expressões que não correspondem ao mundo natural, mas que organizam, categorizam, ordenam a realidade percebida pelos sentidos, ou seja, os temas dão sentido às figuras (Car, Bertolozzi, 1999; Fiorin, 1988). Segundo Fiorin (1988, p.92) *“quando tomamos um texto figurativo, precisamos descobrir o tema subjacente às figuras, pois para que estas tenham sentido precisam ser a concretização de um tema, que por sua vez, é o revestimento de um esquema narrativo”*.

Dessa forma, para analisar os depoimentos procedeu-se, após repetidas aproximações com o material empírico produzido, à identificação dos temas (elementos abstratos) e figuras (elementos concretos) subjacentes ao discurso. Posteriormente, buscou-se a articulação entre os elementos, tentando-se identificar congruências e/ou ambiguidades na fala dos depoentes. Por fim, foi realizado o agrupamento das frases, procedendo à categorização do material empírico (Car, Bertolozzi, 1999).

Cada participante recebeu uma letra maiúscula do alfabeto, seguida de um número de ordem, que se refere à frase temática correspondente, de forma a possibilitar a sua visualização no conjunto de frases. No caso dos profissionais de saúde, antes de cada letra maiúscula foram utilizadas letras que se referem à categoria profissional: os enfermeiros como “ENF”, os médicos como “M”, os técnicos de enfermagem como “TE” e os agentes comunitários de saúde como “ACS”.

Na descrição dos resultados e discussão segue-se o padrão: os números são separados por vírgulas quando as frases temáticas pertencem ao mesmo sujeito, e as letras por ponto e vírgula, por exemplo: A1, 8; G5 – excertos de frases 1 e 8 do entrevistado A e o excerto da frase 5 do entrevistado G. É necessário esclarecer que não foram utilizados todos os excertos, mas aqueles que mais se relacionavam ao objeto de estudo.

As frases extraídas das entrevistas, apresentadas nos Apêndices D, E, F e G, mostram as dimensões que compõem cada uma das categorias analisadas, as quais, por sua vez, estão articuladas e possuem interdependência, conforme demonstrado por Bertolozzi (2005). No entanto, para melhor entendimento dos resultados, dividiu-se os temas gerados em categorias e subcategorias.

A análise dos dados qualitativos foi realizada com base na hermenêutica-dialética. Nesta, a fala dos participantes é situada em seu contexto para ser melhor compreendida (Gomes, 2002), ou seja, o pesquisador interage com os resultados encontrados, ao interpretar

o discurso que examina (Minayo, 2002), compreendendo o contexto, as razões, as lógicas de falas, ações e interrelações entre grupos e instituições (Gomes et al., 2005; Gomes, Nascimento, Araújo, 2007).

A hermenêutica é considerada a “*disciplina básica que se ocupa da arte de compreender textos*” (Minayo, 2002, p. 84) e se introduz no tempo presente, na cultura de determinados grupos, com o intuito de buscar o sentido que vem do passado ou de uma visão de mundo própria através da linguagem, “*envolvendo em um único movimento, o ser que compreende e aquilo que é compreendido*” (Minayo, 1992, p.221). A dialética, por sua vez, introduz, na compreensão da realidade, o princípio do conflito, de contradição, de mudança, de processo, de movimento, como algo permanente e que se explica na transformação (Minayo, 2002). Segundo Minayo (1992, 2002), a hermenêutica dialética deve preceder e iluminar qualquer trabalho científico que vise compreender a comunicação, uma vez que tem a capacidade de realizar uma reflexão fundamental, e convida a superar o “quantitativismo” (que exclui e reconhece o que há de essencial nos processos) e o “qualitativismo” (na medida em que induz a pensar além da especificidade e diferenciação interna dos acontecimentos, mas no conjunto e na configuração dos fenômenos da realidade).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi inserido na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CAAE: 67802017.4.0000.5392 - Anexo 1). Houve autorização para a realização do estudo pela Coordenação de Vigilância Epidemiológica do município de Campina Grande/PB (Anexo 2), atendendo às orientações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo teve início somente após sua aprovação nessas instâncias.

A entrevista foi realizada após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes do estudo e seus responsáveis. Para menores de 15 anos, foi feita entrevista com seus genitores, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, no caso dos maiores de 15 anos até 18 anos de idade, foi feita entrevista mediante autorização do participante e de seu responsável, também mediante TCLE e Termo de Assentimento. Para os profissionais de saúde, as entrevistas também foram realizadas após concordância e assinatura do TCLE. A pesquisadora responsável se comprometeu em manter o sigilo sobre a identidade do doente, na investigação dos contatos, firmado por meio de Termo de Confidencialidade e Sigilo (Apêndice I).

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 OS RESPONSÁVEIS PELOS CONTATOS

É importante destacar que, na condição de responsáveis pelos contatos que tinham idade até 18 anos, encontraram-se alguns casos índice que realizaram o tratamento para a TB no ano de 2016. No quadro abaixo (Quadro 6) é possível visualizar o parentesco dos entrevistados com os contatos de TB e com o caso índice, quando pertinente:

Quadro 6 – Relações de parentesco dos entrevistados com o caso índice de tuberculose e seus contatos, Campina Grande/PB, 2018.

IDENTIFICADOR	PARENTESCO COM O CASO ÍNDICE	PARENTESCO COM O (S) CONTATO (S)
A/P	Caso índice	Mãe e Avó
H/I/J/S/W	Caso índice	Mãe
B	Neta	Mãe
C/E/F/G/L/T	Caso índice	Pai
D	Esposa	Mãe
K	Caso índice	Mãe, Avó e Tia
M/R	Mãe	Avó
N	Caso índice	Irmão
O/Q	Mãe	Mãe
U	Filha	Mãe e Tia
V	Caso índice	Avó

Observa-se que, entre os responsáveis pelos contatos menores, 69,6% (16) foram casos índice no ano de 2016; destes, 56,3% (9) eram do sexo feminino. Entre as entrevistadas, 55,6% (5) eram mães, 22,2% (2) mães e, simultaneamente avós, 11,1% (1) além de mãe, possuía também parentesco de avó e tia dos contatos e 11,1% (1) era apenas avó. Dos 43,7% (7) casos índice do sexo masculino, 85,7% (6) eram pais dos contatos e apenas 1 (14,3%) possuía parentesco de irmão.

Dos 30,4% (7) entrevistados que não possuíam relação de caso índice com os contatos menores, a totalidade era do sexo feminino, 57,1% (4) possuíam parentesco com o caso índice, na posição de mãe, 14,3% (1) de filha, 14,3% (1) de esposa e 14,3% (1) como neta. Em relação aos contatos, 57,1% (4) das entrevistadas eram mães dos contatos, seguidas de 28,6% (2) que eram avós e 14,3% (1) era mãe, mas também possuía parentesco de tia dos contatos menores de 18 anos.

4.1.1 Informações sobre os Casos Índice de tuberculose

Essas informações foram coletadas para caracterizar as pessoas que tiveram TB no ano de 2016 e possuíam contatos registrados com idade inferior a 18 anos e identificar condições que poderiam favorecer a transmissão da doença. Os dados apresentados a seguir foram obtidos a partir das entrevistas e coleta documental, entretanto, aqueles constantes nos documentos consultados tiveram que ser checados e complementados ou corrigidos, considerando-se mais fidedignas as informações obtidas nos depoimentos, sobretudo quando o entrevistado era o caso índice.

Tabela 3 – Distribuição dos casos índice de tuberculose, segundo características sociodemográficas, Campina Grande/PB/Brasil, 2016.

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Masculino	11	43,8
Feminino	12	57,2
Idade (em anos)		
Inferior a 18	1	4,4
18 a 29	5	21,8
30 a 39	7	30,4
40 a 59	7	30,4
Maior ou igual a 60	3	13,0
Situação Familiar		
Convive com companheiro (a) e filho (a)(s)	10	43,5
Convive com companheiro (a), com filho (a)(s) e/ou outro (s) familiar (es)	3	13,0
Convive com familiar (es) sem companheiro (a)	10	43,5
Escolaridade		
Não alfabetizado	2	8,7
Ensino Fundamental Incompleto	10	43,5
Ensino Fundamental Completo	3	13,0
Ensino Médio Incompleto	1	4,4
Ensino Médio Completo	3	13,0
Ensino Superior Incompleto	3	13,0
Ensino Superior Completo	1	4,4
Situação no Mercado de trabalho		
Desempregado (a)	9	39,1
Empregado (a) Formal	1	4,4
Empregado (a) Informal	1	4,4
Aposentado (a)/Pensionista/Auxílio-doença	5	21,7
Autônomo (a)	5	21,7
Não se aplica	2	8,7

Tabela 3 – Distribuição dos casos índice de tuberculose, segundo características sociodemográficas, Campina Grande/PB/Brasil, 2016.

VARIÁVEIS	N	%
Ocupação		
Cuidador (a) do lar	6	26,1
Reciclador (a)	4	17,4
Estudante	4	17,4
Vigilante	2	8,7
Operador (a) de máquina	2	8,7
Agricultor (a)	1	4,4
Comerciante	1	4,4
Auxiliar de Serviços Gerais	1	4,4
Topógrafo (a)	1	4,4
Professor (a)	1	4,4

Os dados da Tabela 3 demonstram que, dos 23 casos índice, 54,5% (12) eram do sexo feminino, a média de idade foi de 39,4 anos, e a escolaridade prevalente foi relativa ao Ensino Fundamental Incompleto (43,5%: 10). Em relação à situação familiar, 43,5% viviam com o(a) companheiro(a) e filho(a)(s); e a mesma porcentagem convivia com familiares, sem presença de companheiro. A respeito da situação de trabalho, 39,1% (9) se encontravam desempregados e 21,7% (5) atuando como autônomos. A ocupação mais desempenhada foi a de cuidadora do lar, atingindo percentual de 26,1% (6), seguida de 17,4% (4) que eram estudantes e 17,4% (4) que trabalhavam na coleta de material reciclado.

Em relação ao tipo de entrada, 82,6% (19) foram notificados como caso novo, 13,0% (3) como reingresso após abandono e 4,4% (1) como recidiva. Possuíam a forma pulmonar, 95,7% (22) dos casos índice incluídos no estudo, e apenas um foi diagnosticado com a forma pulmonar + extrapulmonar, do tipo miliar. O Ambulatório de Referência em Tuberculose diagnosticou 60,9% (14) dos casos analisados, seguido de 17,4% (4) em consultórios particulares, 13,0% (3) em Hospitais e 4,4% (1) em Unidades de Pronto Atendimento 24 horas. As Unidades Básicas de Saúde da Família foram responsáveis por apenas 4,4% (1) dos diagnósticos, entretanto, foram o serviço que mais acompanhou os casos do estudo, atingindo 78,3% (18) dos acompanhamentos. O Ambulatório de TB acompanhou 13,0% (3) e 8,7% (2) foram acompanhados pelos Centros de Saúde em equipes do PACS.

Entre os casos índice, 21,7% (5) relataram TB anterior, na forma pulmonar. 60,9% (14) afirmaram exposição prévia à TB, sendo 57,1% (8) com familiares, 28,6% (4) nos ambientes de trabalho e 14,3% (2) em presídios e albergues. Entre os sinais e sintomas da TB, foram relatados por 65,2% (15), a tosse com expectoração, 21,7% (5) a tosse seca, 69,6% (16)

apresentaram febre, 56,5% (13) referiram inapetência, 91,3% (21) perderam peso, 69,6% (16) sentiram dor em região torácica e mencionaram astenia, 47,9% (11) tiveram sudorese e 26,1% (6) relataram episódios de hemoptise. Além dos sinais e sintomas destacados, também foram mencionadas a dispneia, em 21,8% (5) dos casos e a presença de calafrios, em 4,4% (1). Apenas em um dos casos, que possuía idade inferior a dezoito anos, não houve solicitação de sorologia para o vírus HIV.

Sobre o uso e abuso de substâncias foi relatado por 56,5% (13) a ingestão de álcool, dos quais 23,0% (3) referiram o consumo diário, 38,5% (5) faziam uso semanalmente e 38,5% (5) mencionaram ingerir bebidas alcoólicas eventualmente. Em relação ao consumo de tabaco, 47,8% (11) afirmaram fazer uso, sendo que 72,7% (8) fumavam diariamente, 9,1% semanalmente e 18,2% (2) disseram fumar eventualmente. Em menor proporção verificou-se a utilização de drogas ilícitas, sendo que 17,4% (4) expuseram fazer uso, 75% (3) destes afirmaram que ocorria semanalmente e o restante referiu apenas o consumo eventual.

Em relação à modalidade de tratamento indicada, apenas 30,4% (7) dos casos índice investigados realizaram a tomada diretamente observada, os demais, 69,6% (18) tiveram as doses medicamentosas autoadministradas. Na Tabela 4, a seguir, é possível observar a modalidade de tratamento que foi realizada pelos profissionais que acompanharam os casos índice, estratificada por serviço de saúde.

Tabela 4 – Distribuição dos casos índice segundo modalidade de tratamento e serviço que realizou o acompanhamento, Campina Grande/PB/Brasil, 2016.

MODALIDADE DE TRATAMENTO INDICADA	SERVIÇO QUE ACOMPANHOU O TRATAMENTO DO CASO ÍNDICE		
	Centros de Saúde	Unidade Básica de Saúde da Família	Ambulatório de Referência em TB
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
Tratamento Diretamente Observado	_____	4 (57,1)	3 (42,9)
Tratamento Autoadministrado	2 (12,5)	14 (87,5)	_____

A partir dos dados da Tabela 4, é possível observar que os casos índice acompanhados pelo Ambulatório de Referência em Tuberculose foram indicados a realizar TDO, no entanto, 77,8% (14) dos acompanhamentos realizados pelas Unidades Básicas de Saúde da Família e a

totalidade (2) dos efetuados nos Centros de Saúde foram indicados ao Tratamento Autoadministrado.

Por meio da Tabela 5 é possível observar aspectos relacionados à execução do Tratamento Diretamente Observado nos Serviços de Saúde entre os casos investigados:

Tabela 5 – Características do Tratamento Diretamente Observado, Campina Grande/PB/Brasil, 2016.

TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO	Nº	%
Profissionais de Saúde responsáveis pela administração medicamentosa		
Enfermeiro e Técnico de Enfermagem	4	57,1
Enfermeiro e Agente Comunitário de Saúde	1	14,3
Enfermeiro	1	14,3
Técnico de Enfermagem e acadêmicos de Enfermagem	1	14,3
Local de realização		
Serviço de Saúde	6	85,7
Domicílio	1	14,3
Frequência semanal		
Diariamente	3	42,9
Três a quatro vezes	4	57,1
Quantidade de doses supervisionadas		
Acima de 72 doses	1	14,3
Abaixo de 72 doses*	2	28,6
Sem registro de contabilização das doses	4	57,1

* Um dos casos precisou de ajuste em quantidade de doses, pois a paciente apresentava, também, Doença Renal Crônica Dialítica.

Os que foram submetidos ao TDO foram indagados quanto aos profissionais responsáveis pela supervisão da tomada medicamentosa. Assim, o profissional enfermeiro foi o maior responsável pela execução dessa atividade. Em relação ao local de realização da supervisão medicamentosa, a maioria referiu que foi realizada no serviço de saúde. É importante destacar que, para 4 casos que foram indicados ao TDO não havia registro de contabilização de doses.

Entre os que realizaram tratamento autoadministrado, em alguns dos prontuários consultados havia o registro de “Doses Supervisionadas”, as quais ocorriam no dia em que o caso índice ia buscar os medicamentos na unidade de saúde. Quando questionados sobre a frequência de entrega dos medicamentos, 62,5% (10) afirmaram comparecer ao serviço de

saúde a cada trinta dias para receber os tuberculostáticos, 12,5% (2) mencionaram ir quinzenalmente e 25% (4) buscavam os remédios uma vez por semana.

Em relação à duração do tratamento, 69,6% (16) afirmaram ter realizado o tratamento por seis meses. Apenas uma das pessoas, por possuir Doença Renal Crônica Dialítica, necessitou de doses ajustadas, assim, a duração do tratamento foi de 12 meses. Os demais estavam em situação de abandono.

A Tabela 6 apresenta os resultados da baciloscopia de escarro dos casos índice. É possível verificar que a maioria apresentou resultado positivo com carga bacilar alta. Os que não realizaram baciloscopia de escarro para o diagnóstico da TB ou tiveram resultado negativo obtiveram o diagnóstico de TB por meio de outros métodos, conforme constava dos prontuários consultados, sendo os principais: broncoscopia com lavado brônquico, broncoscopia com biópsia e tomografia computadorizada de tórax, com injeção de contraste.

A maioria dos que realizaram a baciloscopia do primeiro mês apresentaram resultado negativo, com exceção de um caso que permaneceu positivo. Não foi encontrado o registro dos resultados de 34,8% (8) dos casos índice, nos documentos consultados. Em relação às baciloscopias do segundo mês, a maioria não foi realizada e essa informação não constava do registro nos documentos consultados. Os resultados subsequentes, inclusive do sexto mês, permanecem praticamente constantes, com número elevado de pessoas que não realizaram a baciloscopia de controle e em que o registro não foi feito pelos profissionais no prontuário e, tampouco constava do banco de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Tabela 6).

Tabela 6 – Casos índice segundo resultados de Baciloscopia de escarro, Campina Grande/PB/Brasil, 2016.

RESULTADOS DE BACILOSCOPIA DE ESCARRO	N	%
Baciloscopia diagnóstica		
+++	10	43,5
++	6	26,1
+	3	13,0
Negativo	2	8,7
Não realizada	2	8,7
Baciloscopia do 1º Mês		
++	1	4,4
Negativo	9	39,1
Não realizada	5	21,7
Ignorado	8	34,8

Tabela 6 – Casos índice segundo resultados de Baciloscopia de escarro, Campina Grande/PB/Brasil, 2016.

Baciloscopia do 2º Mês		
Negativo	6	26,1
Não realizada	10	43,5
Ignorado	7	30,4
Baciloscopia do 3º Mês		
Negativo	8	34,8
Não realizada	8	34,8
Ignorado	7	30,4
Baciloscopia do 4º Mês		
Negativo	8	34,8
Não realizada	7	30,4
Ignorado	8	34,8
Baciloscopia do 5º Mês		
Negativo	7	30,4
Não realizada	7	30,4
Ignorado	9	39,2
Baciloscopia do 6º mês		
Negativo	7	30,4
Não realizada	7	30,4
Ignorado	9	39,2

Em relação à situação de encerramento dos casos índice de TB, 73,9% (17) evoluíram com cura, os demais foram encerrados como abandono, dos quais 50% (3) desistiram do tratamento após 5 meses de seu início e 50% (3) o fizeram com apenas 2 meses.

Em relação a alguns dados que se relacionam às vulnerabilidades das pessoas à TB, a média do número de cômodos e de habitantes por domicílio foi de 4,6, logo, a densidade habitacional foi de um cômodo por morador. Já a média do número de pessoas com quem o caso índice dividia o dormitório foi de aproximadamente dois, com moda e mediana também de dois, tendo sido o valor mínimo de zero e o máximo de cinco.

4.1.2 Informações sobre os Contatos

Foram registrados 105 contatos dos casos índice estudados, sendo 43,8% (46) com idade até 18 anos, sendo esta a amostra considerada no estudo. Nesta faixa etária, a média foi de 2,04 contatos para cada caso índice. A mediana foi de 2 contatos, o valor mínimo foi 1 e o

valor máximo 5. A Tabela 7 apresenta a distribuição dos contatos com idade até 18 anos, segundo variáveis sociais e demográficas.

Tabela 7 - Distribuição dos contatos dos indivíduos diagnosticados com tuberculose, com idade até 18 anos, segundo variáveis sociais e demográficas, Campina Grande/PB, 2018.

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Masculino	21	45,7
Feminino	25	54,3
Faixa Etária (em anos)		
Até 5	17	37,0
6 a 14	22	47,8
15 a 18	7	15,2
Escolaridade		
Nenhuma	10	21,7
Creche ou Pré-escolar	7	15,2
Ensino Fundamental Incompleto	24	52,2
Ensino Médio Incompleto	4	8,7
Ensino Médio Completo	1	2,2
Parentesco com o caso índice		
Filho (a)	30	65,2
Neto (a)/Bisneto (a)	7	15,2
Sobrinho (a)	4	8,7
Irmã (ão)	4	8,7
Primo (a)	1	2,2

É possível observar que a maioria dos contatos era do sexo feminino, com idade entre 6 e 14 anos, porém, um número considerável de crianças com idade até 5 anos também pode ser verificado (37,0%: 17). A maioria frequentava alguma instituição de ensino (78,3%: 36) e possuía o parentesco de filho com o caso índice (65,2%: 30).

O local onde ocorreu a exposição foi o domicílio dos casos índice. Quanto à convivência no domicílio, 21,7% (10) dos contatos conviviam o tempo todo, 65,2% (30), passavam no mínimo 12 horas com os casos índice e 13% (6) menos de 12 horas. Quando questionados em relação ao tempo de exposição dos contatos até o esclarecimento do diagnóstico de TB, 28,3% (13) dos responsáveis afirmaram que os contatos ficaram expostos menos de um mês, 41,3% (19) de um a três meses, 17,4% (8) de três a seis meses e 13% (6) permaneceram em exposição por mais de seis meses. Compartilhavam o dormitório com o caso índice, 50% (23) dos contatos.

Foram convocados para consulta, 29 (63%) contatos com idade até 18 anos, dos quais foram levados pelos responsáveis ou compareceram, 22 ou seja, 75,9% dos que foram convocados. Entre os exames realizados: 21,7% (10) realizaram o TT, 19,6% (9) fizeram radiografia de tórax, sendo destes, 3 em serviço particular, mesmo sem convocação para consulta ou solicitação pelos profissionais que acompanharam o tratamento e 17,4% (8) realizaram baciloscopia de escarro, sendo uma delas feita em serviço particular.

Quanto à vacinação com BCG, 89,1% (41) dos contatos apresentavam a situação vacinal regular. Os cinco contatos restantes não possuíam cartão de vacina no domicílio para confirmação, a responsável não soube afirmar com certeza a administração da vacina e em todos não se visualizou a cicatriz vacinal no deltoide direito. É importante destacar que todos esses últimos eram contatos de um mesmo caso índice.

Nenhum dos contatos com idade até 18 anos possuía histórico de tratamento anterior para a TB. Ao serem questionados quanto aos antecedentes clínicos dos contatos, 89,1% (41) dos responsáveis referiram que estes gozavam de boa saúde e não possuíam nenhuma doença diagnosticada. As patologias referidas pelos responsáveis foram: epilepsia (2,1%), sopro cardíaco (2,1%), sinusite (2,1%), asma (2,1%) e paralisia do plexo braquial (2,1%). Ao serem perguntados quanto ao uso de substâncias, 4,3% (2) dos responsáveis relataram que os contatos consumiam bebida alcoólica eventualmente.

Dos contatos que fizeram algum exame para a investigação da TB, quatro foram diagnosticados com infecção latente e indicados para a quimioprofilaxia, entretanto, duas completaram o esquema preventivo com nove meses de uso de isoniazida. As responsáveis pelos contatos que se submeteram a terapia preventiva, afirmaram que nunca houve falta dos medicamentos e que não foram realizadas consultas de acompanhamento, apenas a entrega dos fármacos, que ocorria mensalmente. Após o término do tratamento preventivo não foi realizada nenhuma consulta ou avaliação. Os dois que não realizaram o tratamento preventivo, eram contatos de um mesmo caso índice.

Quando questionados se foram visitados pelos profissionais da saúde durante o período de tratamento para a TB, 52,2% (12) dos responsáveis pelos contatos afirmaram ter recebido a visita domiciliária, destes 50,0% (6) receberam visita do enfermeiro e 75,0% (9) do agente comunitário de saúde. Durante a visita domiciliária, 33,3% (4) dos responsáveis afirmaram que não houve questionamento sobre a presença de tosse entre os contatos.

Durante a entrevista, os responsáveis foram questionados pelos entrevistadores quanto à presença de sintomatologia da TB nos contatos: 73,9% (34) não apresentavam nenhum sintoma, 8,7% (4) estavam com tosse produtiva, 4,4% (2) com tosse seca, 2,2% (1)

encontrava-se com tosse produtiva e febre por três dias e 10,9% (5) não responderam. Entre os que apresentavam a tosse como sinal, 57,1% (4) tossiam há mais de três semanas.

Na oportunidade das entrevistas todos os responsáveis foram orientados a procurar o serviço de saúde na presença de sintomatologia da TB nos contatos, principalmente tosse por mais de três semanas. Também se reforçou a necessidade da investigação da TB, mesmo na ausência de sintomatologia, sobretudo para aqueles que não foram convocados e nem compareceram ao serviço para avaliação. Quando houve resposta positiva para qualquer sinal/sintoma da doença, os responsáveis foram orientados a procurar a unidade mais próxima do domicílio.

4.1.3 As categorias de análise e os depoimentos dos Responsáveis pelos contatos

As categorias e subcategorias de análise (Quadro 7) emergiram dos depoimentos dos participantes, conforme já mencionado no capítulo referente ao Método. Reitera-se que foram necessárias sucessivas reaproximações com o material empírico resultante das entrevistas realizadas para a conformação das categorias e subcategorias.

Quadro 7 – Categorias e Subcategorias de análise dos depoimentos dos Responsáveis pelos contatos, Campina Grande/PB, 2018.

CATEGORIAS	
I. PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO	II. ASSISTÊNCIA
SUBCATEGORIAS	
a) Conhecimento sobre a tuberculose	a) Orientações recebidas pelos profissionais para prevenir a transmissão aos contatos
b) Sentimento em relação à possibilidade de transmissão da tuberculose aos contatos	b) A investigação e o acompanhamento dos contatos nos serviços de saúde
c) Atitudes e procedimentos adotados para evitar a transmissão da tuberculose aos contatos	
d) Percepções e atitudes em relação à necessidade de investigação e acompanhamento dos contatos	

4.1.3.1 Categoria I: Processo Saúde-Doença-Cuidado

Esta categoria inclui as subcategorias relacionadas ao conhecimento sobre a tuberculose, aos sentimentos em relação à possibilidade de transmissão da tuberculose aos contatos menores de 18 anos, as atitudes e procedimentos adotados para evitar a transmissão da tuberculose aos contatos e as percepções e atitudes diante da necessidade de investigação e acompanhamento dos contatos.

a) Conhecimento sobre a tuberculose

Alguns entrevistados referiram não conhecer a TB (E1, R1, V1) nem ter sido informados sobre a doença (E1, G1, I2). Os que manifestaram algum conhecimento relataram que estes foram adquiridos do senso comum (R2), nos serviços de saúde (K1), de médicos (D1, F2) e, de outros profissionais da saúde (A3, F3, L1). Em outros casos, houve relato de experiência anterior de adoecimento (H5) e busca de informações por meio de pesquisas (I2, K1): *“E também como eu já tive a primeira vez, eu não ignorei tanto a segunda, que eu já sabia os sintomas...”* (H5); *“E eu lia e pesquisava, que agora a gente tem tudo na mão né?”* (K1).

Alguns depoimentos revelaram que os entrevistados tinham a noção de que a TB é uma doença infectocontagiosa (S1, T1, V1), transmissível (M1), grave (M1, R3, U1) e que pode provocar a morte (R2, T1, U4): *“Mas pra matar ...é ligeiro, sabe, se não se cuidar né?”* (R2); *“Sei que é uma doença infectocontagiosa, se você não tratar direito, você corre o risco de morrer (...)”* (T1).

Houve relatos que indicaram que o agente etiológico era uma bactéria (K1, W1), entretanto, a TB também foi associada à consequência de “uma gripe mal curada” (M1). A imunidade comprometida (I1, L1), a exposição à poeira, fumaça, chuva (F1,2) e o consumo excessivo de bebida alcoólica e cigarro (F2), foram citados como condições que poderiam acarretar predisposição à doença.

As formas de transmissão mencionadas pelos entrevistados foram a tosse (B1, C3, I1, O2), a fala (A3, B1, K1), o espirro (K1, O2), o contato com secreções (W1), inclusive a saliva (J1) e por meio de beijo na boca (B1). O contato manual (K1) e o compartilhamento de objetos possivelmente contaminados (B1, J1, R4) foram apontados como fonte de infecção. Uma das entrevistadas afirmou que, após quinze dias de tratamento, não havia mais risco de transmissão (S1).

Quanto às formas da TB, alguns entrevistados afirmaram saber que a doença acomete o pulmão (I1) e outros órgãos (J1). Vários depoimentos sobre a sintomatologia da doença revelaram a experiência pessoal de adoecimento ou de convivência com a pessoa que teve TB: *“porque... eu convivi com ela, né? Dentro de casa... (...) aí a gente tava vendo que ela emagreceu muito, falta de apetite, aí a gente tava vendo que não era uma coisa normal, só que a gente não suspeitava disso...?”* (O1). Foram citados como sinais/sintomas, a tosse (F3, L1), a dor torácica (A1, R3), a febre (F3), a falta de apetite (O1), a fraqueza (R3) e o emagrecimento (A1, L1,2).

Os entrevistados afirmaram que a TB tinha tratamento (F3, G1) e cura (F3, H2, L2, N1), embora houve um relato contrário (V3): *“Pensava que era uma doença que não tinha cura”*. Alguns enfatizaram a necessidade de que, para a melhora efetiva, deveria cumprir à risca os seis meses de duração do tratamento e, assim, alcançar a cura (L2, Q1, T1). Também foi associada à morte e ao abandono de tratamento (U4): *“(...) até hoje muita gente eu sei que morre também porque abandona o tratamento”*.

b) Sentimento em relação à possibilidade de transmissão da tuberculose aos contatos

O medo (A5, B2, O2, T2, 4; W3), a preocupação (Q2, S2, T2, U5, 8; W3), a culpa (U8) e o sofrimento (T2) foram apontados como sentimentos relacionados à possibilidade de transmissão da doença para os contatos menores.

O medo de transmitir a doença aos filhos menores foi referido pelos entrevistados que eram casos índice (A5, T4, W3):

“(...) o problema era minha filha, tava muito preocupado com ela, na hora, eu fiquei muito nervoso, minha pressão subiu muito. “Ficou nervoso?”. “(...) é porque eu tenho uma filhinha que vai fazer quatro meses, eu fiquei, tô com muito medo dela ter adquirido” (T4).

Quando o adoecimento foi de um dos filhos, a mãe entrevistada relatou medo da transmissão para o contato menor: *“... no começo eu tive medo de ela ter também, aí ia ser mais outras coisas, outra preocupação, com dois”* (Q2).

Quando a exposição aos contatos era íntima e prolongada, a preocupação foi apontada (T2, U5): *“A gente ficou aperriadinha! Eu fiquei muito aperreada porque minha filha dormia com mainha, ... elas eram mais ligadas... E pelo fato dela ser pequenininha...”* (U5).

A culpa pela possibilidade de contaminar os contatos menores também ocasionou sofrimento, como se observa no depoimento de uma das entrevistadas quanto ao diagnóstico de ILTB: *“Mainha mesmo, ficou bem aperreada quando descobriu que minha filha tava infectada”* (U8).

O fato de os menores terem recebido imunização com a Vacina BCG (W3) e a redução de transmissão da doença após o início do tratamento (S2) foram elementos tranquilizadores utilizados para minimizar o medo da transmissão aos menores, além do enfrentamento dessa situação por meio da fé (B2, Q2): *“entregar a Deus e orar pra que eles não pegassem”* (B2); *“a gente tem muita fé em Deus e tendo medo demais, sempre acontece né?”* (Q2).

c) Atitudes e procedimentos adotados para evitar a transmissão da tuberculose aos contatos

O uso frequente de máscara simples foi a atitude adotada pela maioria dos entrevistados que foram casos índice (C9, F4, K17, P4, W8, L12). Também houve relatos de uso de máscara apenas nos primeiros dias de tratamento (T7) ou quando próximos dos contatos (E2). Frente a uma situação de abandono de tratamento recorrente, o uso da máscara foi feito pelos contatos como está explicitado no depoimento da entrevistada D4: *“Eu que tomei a atitude, porque assim, a gente via que ele não se esforçava, então é um risco que a gente corre, é tanto que quando ele tá positivo, a gente que usa máscara, porque ele não usa. Porque já é a quarta vez”*.

A não utilização da máscara também foi relatada (S5, H7). Em uma das situações, a entrevistada não aderiu a esta recomendação por entender que os contatos já haviam sido expostos antes do diagnóstico, não considerando assim essa medida como eficaz para reduzir a transmissão da doença: *“(…), mas também eu não usei não. Usei pouco porque eu já passei esses nove anos tudinho tossindo em cima dos meninos, aí, agora, eu vou usar máscara durante quinze dias? Não adiantava mais nada não”* (S5).

Em um dos casos, o entrevistado foi orientado a suspender o uso da máscara após dez dias de tratamento (T7): *“Eu fiz o uso da máscara os dez primeiros dias, depois a moça do posto me comunicou: “Não, você não precisa usar mais não, você já começou o tratamento, não precisa usar mais não”. Foi quando eu tirei”*.

O afastamento foi referido como uma das atitudes adotadas, seja em relação ao convívio ou proximidade (A5, F5, H7, K8, M3), ou à compartilha do dormitório (D3, H3,7): *“Mandei a menina logo pra morar na casa da frente e eu fiquei lá atrás que era pra ela não*

pegar e evitar que a menina também pegasse” (A5); “Então, a gente começou logo a separar né? Tem logo um quarto ali separado, até hoje, a gente convive em quarto separado e eu fico com minha filha e as coisas são mais cuidadosas né?” (D3).

Evitar tossir próximo aos contatos menores também foi mencionada pelos entrevistados como atitude para evitar a transmissão da doença (C9, H6): *“Aí eu mesmo, eu fazia por onde, num tossir na frente das crianças, perto da minha esposa, perto da minha família (...)” (C9).*

A separação de objetos de uso pessoal (F4, H6, K9, L10, P4) e os cuidados excessivos com a higiene dos utensílios domésticos, utilizados pelas pessoas que realizavam tratamento para TB (D5, K9), foram relatados pelos entrevistados: *“Eu disse: ‘Olhe, separe tudo, de toalha até a bucha de lavar minhas coisas’. Era separado. Ninguém pegava (...)” (K9); “Aí pronto, foram os seis meses, ele usando só o materialzinho dele, copo, colher, prato, essas coisas” (L10); “E eu lavo sempre minhas coisas com detergente, água sanitária, prato, talher, copo, essas coisas” (D5).*

d) Percepções e atitudes em relação à necessidade de investigação e acompanhamento dos contatos

Quanto à percepção dos entrevistados acerca da investigação e acompanhamento dos contatos, alguns referiram ser necessária por se tratar de doença transmissível (C10, D12, G8), grave (L15) e que pode provocar a morte (D12): *“E acho que deveria ser acompanhado, porque, de todo jeito, é uma doença que se pega, eu pesquisei muito pela internet né? E a gente vê muitos casos de morte” (D12).*

Em alguns depoimentos, os participantes relataram que a investigação dos contatos é importante para prevenir a doença (A10, U16,17,19), para ser diagnosticado precocemente e para curar-se (T8, U17): *“Acho que deveriam ser acompanhados, porque evitava antes né? Deles ter também. Porque que a tuberculose é uma doença horrível.... E se for antecipado, é bem mais rápido de resolver” (A10); “Então, deveria voltar a ter um acompanhamento sério em relação a isso e não esperar que a doença se manifeste (...)” (U19).*

Em outros relatos, os entrevistados mencionaram que o acompanhamento é necessário durante o tratamento para a tuberculose (C10, F10): *“Naquele momento, quando eu se encontrava doente, eles podia vir, pra mandar fazer algum exame (...)” (C10); “É importante o acompanhamento deles, durante o tratamento (F10).*

Alguns dos responsáveis apontaram que o acompanhamento dos contatos é necessário, sobretudo se forem idosos (K20) e crianças (G8, K20): *“E se tavam suspeitando de mim, eles deveriam ter sido acompanhados também, porque com criança pequena em casa, era pra ter tido uma certa assistência aí, o mesmo exame que eu fiz, o PPD era pra eles ter feito também, não tava convivendo comigo?”* (G8).

Um dos entrevistados afirmou que é importante o acompanhamento dos contatos, inclusive com a realização de visita domiciliária pela equipe do serviço de saúde (L13,15): *“Eu acho que é importante porque se tem aquele foco na residência era pra eles ver que foi um problema grave né? (...) era pra eles tá assim, visitando, pelo menos umas duas vezes, pra ver se tá tudo bem”* (L15).

Em contrapartida, uma das responsáveis declarou que era desnecessário o acompanhamento dos contatos, tendo em vista a ausência de sintomatologia (H10): *“Eu não vejo motivo né? Pra acompanhar eles. Porque sintoma nenhum tem de nada...”*. E um não soube opinar (E5).

Alguns dos responsáveis, frente à necessidade de investigação e acompanhamento dos contatos, não compareceram ao serviço de saúde, quando convocados pelos profissionais (A7, B7, Q6, R9,10,11,12). As justificativas para tal foram: a ausência de sintomatologia nos contatos (A7, B4, Q6, R9, S3): *“Eles disseram pra levar, mas eu não levei porque eles não sentem nada.”* (S3); o medo dos contatos em relação ao TT e administração de vacinas (F7, R11): *“A doutora pediu os exames do meu filho, mas ele não quis ir, a gente só faltou arrastar ele pra ir, mas ele não foi, disse que tinha medo de injeção. Aí ele não foi”* (F7); a falta de tempo (R11) e de querer (B4, 6; R12, V4,7): *“Pediram pra todo mundo ir, mas a gente não foi. Porque a gente não quis. Eu nunca senti nada e os meninos também.”* (B4); *“Pediram pra fazer o exame e nenhum não quis ir, vamos ser realista né? Ele disse: “Eu não vou não”, o rapaz que tinha dezessete anos”* (V4).

Em síntese, em relação à *Categoria I – Processo Saúde-Doença-Cuidado* conclui-se que os entrevistados possuem pouco conhecimento sobre a doença, e que, em geral, restringe-se à experiência do adoecimento e à convivência com as pessoas que realizaram o tratamento para a TB. Entretanto, a sintomatologia da doença era conhecida, sobretudo porque a maioria dos entrevistados foram as pessoas diagnosticadas com TB no ano estudado, aqui, na condição de responsáveis pelos contatos menores.

É possível identificar, em alguns relatos, a noção de que a TB era uma doença infectocontagiosa, transmissível e grave, porém passível de tratamento. Afirmou-se, ainda,

que o tratamento, quando seguido corretamente, garante a cura, caso contrário, o indivíduo acometido pode ir a óbito.

O agente etiológico é pouco conhecido, alguns sabem se tratar de uma bactéria, no entanto, ainda houve associação da TB como consequência de uma gripe “mal curada”. Quanto às formas de transmissão, apesar de conhecerem ser por meio da tosse, fala, espirro e contato com secreções, alguns identificaram como fonte de infecção o compartilhamento de utensílios domésticos. Poucos mencionaram os órgãos que podem ser acometidos pela doença. Os depoimentos revelam que as informações foram obtidas nos serviços de saúde, por meio do senso comum e através de buscas na mídia eletrônica.

Quanto à percepção em relação à necessidade de investigação e acompanhamento dos contatos, a maioria afirmou ser importante, em decorrência da transmissibilidade, gravidade e possibilidade da doença causar a morte. Alguns responsáveis declararam que os contatos devem ser acompanhados para prevenir a doença, detectá-la mais rapidamente e, assim, alcançar a cura. Também foi considerada a realização de visitas domiciliares durante o tratamento para elucidar a investigação dos contatos. Alguns responsáveis afirmaram que esta atividade é necessária enquanto a pessoa encontra-se em tratamento e, outros, quando no domicílio encontram-se idosos e crianças. Uma das entrevistadas não considerou a atividade importante devido à ausência de sintomatologia da doença nos contatos.

Apesar da percepção da maioria dos responsáveis pelos contatos, quando convocados pelos profissionais para realizar o rastreamento, alguns não o fizeram, justificando ausência da sintomatologia. Os contatos jovens, no depoimento dos entrevistados, se recusaram a comparecer para avaliação, referindo medo em relação aos procedimentos relativos à administração de vacinas e ao TT. Logo, não foram levados para consulta, nem realizaram exames.

4.1.3.2 Categoria II – Assistência

Esta categoria revela como ocorreu a assistência aos contatos das pessoas que foram diagnosticadas com TB, de acordo com o discurso dos responsáveis, em relação à investigação e ao acompanhamento, acesso dos contatos aos serviços de saúde e o acompanhamento das crianças que tiveram indicação para realizar o tratamento preventivo.

a) Orientações recebidas dos profissionais para prevenir a transmissão aos contatos

Quando questionados sobre as informações que foram repassadas pelos profissionais para evitar a transmissão às pessoas mais próximas, a maioria afirmou que foi orientado a utilizar a máscara (A9, E4, I9, K15,16; O6, L11, T6, U14), se manterem afastados do convívio frequente, do dormitório (D9, 10; F9, H9, J11, Q8) e a separar objetos de uso das pessoas acometidas pela TB (F9, H9, L9, M6, Q7, U14).

O uso da máscara também foi orientado em caso de internação hospitalar da pessoa com TB, mas nesse caso, a utilização foi feita pelos contatos que estavam acompanhando o doente (U15). Outras informações também foram repassadas, tais como: estar atento aos sinais e sintomas da doença nos contatos (A8,9), orientar pessoas em locais coletivos de convivência (à exemplo, de uma clínica de hemodiálise, em que várias pessoas realizam sessões durante o dia e ao mesmo tempo) (I9), evitar tossir próximo às pessoas, principalmente quando estas forem crianças (H9, M6), evitar lugares fechados e com concentração de indivíduos (W7), além de cuidados com a ventilação do ambiente (A9, F9).

Iniciar o tratamento também foi repassado pelos profissionais como uma medida para prevenir a transmissão da TB aos contatos (K16, M4, R8, T6): *“Olhe, enquanto não tiver tomando o remédio, tá arriscado de as crianças pegarem essa tuberculose. Mas depois disseram: ‘A partir que ele começou a tomar não prejudica mais ninguém’”* (R8).

Alguns entrevistados referiram ter sido alertados que, após quinze dias do uso dos tuberculostáticos, não mais haveria risco de transmissão aos contatos (J11, K16, R8): *“O bom é porque você já tá sendo imunizada, aí até quinze dias você pode passar pra outra pessoa, mas como você já tá sendo imunizada, você já vai combatendo (...)”* (K16).

Em alguns casos, os entrevistados referiram conhecer muitas das medidas preventivas, devido ao diagnóstico anterior de TB (H9, U12); afirmaram ter sido bem informados (K5, U14), enquanto outros declararam não ter recebido informações (B5, C2).

b) A investigação e o acompanhamento dos contatos nos serviços de saúde

Quando questionados sobre como ocorreu a investigação e o acompanhamento dos contatos, um dos responsáveis afirmou que apenas o caso-índice era acompanhado em consulta médica (D11): *“Apenas levava ele pra consulta e ela consultava só ele, mas os comunicantes não”*. Apenas alguns mencionaram que durante as consultas com a pessoa

diagnosticada com TB, o profissional de saúde questionou sobre a presença de tosse entre os contatos (K11, L8, S4). É importante apontar que houve relatos em que os responsáveis afirmaram que os contatos foram convocados pelos profissionais (A6, E3, K11, L7).

Uma das entrevistadas compareceu à consulta para a avaliação dos contatos e referiu que não houve solicitação de exames (H8): *“teve um dia que eu levei todos no posto, mas não foi pedido nenhum exame”*. Outro responsável declarou que, ao questionar os profissionais se as pessoas mais próximas deveriam realizar algum exame, lhe foi informado que não era necessário (G4): *“Eu ainda perguntei lá... se precisava fazer de quem era mais próximo e ela disse que não”*.

Alguns responsáveis mencionaram que foi feita a investigação dos contatos (E3, K11, 12; P10, Q5, T3). Entre os exames solicitados foram citados aos responsáveis a baciloscopia de escarro (F6, Q5), o TT (F6, K11), a radiografia de tórax (K11, W4, 5) e laboratoriais com coleta de sangue (F6, L7). É importante destacar que alguns depoimentos demonstram, provavelmente, despreparo profissional quanto à investigação dos contatos, como a solicitação de exames inadequados (C7, L4) e a não convocação das crianças para consulta e rastreamento (L4): *“A enfermeira pediu pra minha esposa fazer o exame do escarro, estava grávida, mas não saía nada, não tinha tosse, aí ela não foi. As crianças não”*.

Em um dos casos, a pessoa com TB referiu ter solicitado ao profissional os exames para os contatos, dado que se tratava de crianças (P6,7): *“Fui eu que pedi os exames, porque eu disse que tinha criança em casa, tinha muita criança e tinha um netinho ainda, aí pronto”* (P7).

Em algumas entrevistas, os responsáveis afirmaram que os profissionais de saúde da rede pública não solicitaram exames para os contatos, tendo estes recorrido à serviços particulares para que a investigação fosse realizada (J3,5,13; W5):

De jeito nenhum. Nenhuma assistência. Eu fui que peguei os dois e levei para Doutora X, particular, e ela pediu todos os exames, raios-x e exame de escarro. Os dois tavam cheio de catarro. Mas deu negativo. E o PPD eles não tão mais fazendo. E meu marido se tem ou deixou de ter, ele ficou sem saber, porque ninguém fez nada. Mas pelo menos, não tem uma tosse. (J5)

Os contatos, possivelmente considerados como ocasionais, não foram investigados pelos profissionais (F8). Um dos entrevistados declarou que, dos moradores do domicílio, apenas houve investigação de TB para a mãe (idosa) (F6). Em alguns depoimentos, os responsáveis relataram que não foi feito rastreamento em relação aos contatos (H8, O5, W10).

Em relação ao acompanhamento dos contatos, alguns referiram que não foi realizado (M5, O5, P6,10). Em outros depoimentos observa-se que a investigação foi suficiente para os profissionais (E3, P6,10) e para os responsáveis (L6, P5, T3): *“Eles foram, foram no posto, foram lá na ... (serviço de saúde), fazer exames deles, pra ver se tava também, aí depois, não foram mais não”* (E3); *“Fiz exame deles, deu negativo, não deu positivo não, graças a Deus”* (P5); *“Mas graças a Deus, fizeram os exames, as duas, deu tudo normal”*(T3).

A dificuldade de acesso e de seguir o fluxo do sistema foi referida por uma das pessoas que tentou realizar a investigação dos contatos (I6,8):

“Eu queria muito fazer o PPD nelas, mas por eu não ter tempo de ir no posto, o posto só tem um dia de atendimento na minha área e é justamente na sexta-feira, eu faço hemodiálise logo cedo, no primeiro turno né, aí não tem quem vá com as meninas, (...) se fosse no horário da tarde até poderia, mas o médico só atende de manhã”. (I6)

Em relação ao TT, utilizado para a investigação dos contatos, uma das entrevistadas demonstrou preocupação quanto aos critérios para sua aplicação (U19):

“Porque o problema que eu vejo é que como é uma doença antiga, que se manifesta rápido, que pega, então, era pra ter tudo mais simples, mais fácil, todo acesso... o exame de toda a família no mínimo, era pra ser obrigatório que fosse de dezessete, vinte e dois, quarenta anos, tudinho. Por que? Porque a família táali, no foco da doença, isso era pra ser obrigatório fornecer pra gente e a medicação preventiva, como aconteceu só com uma criança da família, mas isso era pra vir pra toda a família. Pelo menos isso, seria o básico. Pra você não espalhar mais essa doença”.

Além dos critérios para sua aplicação, também foi referido que o TT era escasso (J3, 5; W5).

Após o rastreamento para a TB, duas crianças tiveram indicação de quimioprofilaxia com Isoniazida, conforme evidenciado nos depoimentos das responsáveis entrevistadas (D6, U10): *“A gente foi com ele pra consulta e a médica encaminhou a gente pra o ... (serviço de saúde), aí lá foi feito o PPD, ela também, mas o dela deu positivo, aí já iniciou logo o tratamento. O preventivo”.* (D6); *“... o da minha sobrinha, o PPD deu zero e o da minha filha deu treze, elas também fizeram Raios-x, mas não deu alterações. Aí ela foi indicada pra fazer o tratamento preventivo (...)”* (U10).

Entrevistadas referiram que não houve consultas para acompanhamento, tampouco solicitação de exames (D7) e que o tratamento preventivo se restringiu à entrega de medicamentos (U10). A orientação recebida, em relação ao uso do medicamento e às

possíveis reações adversas foi “... *olhar durante quinze dias pra ver se elas tinham alguma reação, aí como ela não teve nada, tá mantendo*” (U10).

Em um dos depoimentos, a responsável referiu que a filha apresentava cefaleia, mal-estar e tontura, apesar disso, fez o tratamento por nove meses, conforme indicado (D7,8). Após o término do tratamento preventivo, uma das entrevistadas declarou que a criança não foi examinada (D8): “*Quando terminou eu perguntei à médica se precisava fazer exame e ela disse que não*”.

Em síntese, em relação à *Categoria II – Assistência*, conclui-se que as orientações repassadas para evitar a transmissão aos contatos foram: utilizar máscara, afastamento do convívio e ambiente do dormitório, separar objetos de uso da pessoa com TB, evitar locais fechados e com concentração populacional, cuidados com a ventilação do ambiente domiciliar, evitar tossir próximo às pessoas, orientar pessoas em locais onde pode haver maior número de pessoas, iniciar o tratamento e estar atento a sinais e sintomas de TB nas pessoas mais próximas.

Destaca-se que boa parte das orientações repassadas pelos profissionais para evitar a transmissão da doença aos contatos, são informações que, em sua maioria, visam evitar novas exposições após o diagnóstico de TB, pois os contatos com idade até 18 anos moravam no mesmo domicílio do caso índice, ou seja, foram expostos algum tempo antes do diagnóstico da doença ser efetivado. Também se verificou que algumas informações eram inadequadas, a exemplo da separação de utensílios para uso exclusivo da pessoa com TB, indicação do uso da máscara em ambiente domiciliar e interromper o uso da máscara no serviço de saúde, sem a confirmação bacteriológica de diminuição da carga bacilar, destacando-se que uma das principais orientações a serem oferecidas aos pacientes refere-se à necessidade de levar os contatos ao serviço de saúde para que sejam avaliados e examinados.

Outros achados relevantes referem-se ao fato de que os entrevistados mencionaram ter sido informados que, após quinze dias de tratamento não haveria mais risco de transmissão da TB, alguns declararam, inclusive, que foram bem informados pelos profissionais ou outros que já tinham conhecimento prévio por possuírem história anterior de TB. Por outro lado, alguns revelaram não ter sido informados sobre a doença.

Tendo em vista que os casos índice eram procedentes de distintas unidades de saúde, verificou-se importante variação na conduta dos profissionais em relação à investigação dos contatos. Houve casos em que apenas a pessoa em tratamento tinha seguimento por meio das

consultas médicas e, nessas ocasiões, alguns profissionais questionavam o caso índice sobre a presença de sintomatologia entre os contatos. Em algumas entrevistas os responsáveis mencionaram que os contatos foram convocados para consulta, no entanto, em certas situações após avaliação, nenhum exame foi solicitado.

Os depoimentos revelaram ainda, que exames inadequados foram solicitados pelos profissionais de saúde para o rastreamento dos contatos, a exemplo de exames laboratoriais com material sanguíneo e baciloscopia de escarro, mesmo na ausência de tosse com expectoração. Alguns usuários pediram aos profissionais que solicitassem exame para os contatos, enquanto outros recorreram à rede privada para que os comunicantes fossem avaliados em relação à TB.

O acesso dos contatos para o rastreamento, em alguns momentos, foi difícil, seja pelos critérios estabelecidos pelo MS para a utilização do TT, seja pela dificuldade de adentrar a rede de serviços públicos. As crianças que tiveram indicação para o tratamento preventivo da TB receberam os medicamentos, porém não foram submetidas à consulta durante o tratamento e nem após o término dos nove meses indicados de terapêutica.

4.2 ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

A quarta etapa do estudo referiu-se às entrevistas realizadas com os profissionais da saúde que atuaram nos serviços de saúde da atenção primária e secundária do município de Campina Grande e atenderam pessoas com diagnóstico de TB, no ano de 2016.

4.2.1 O perfil dos profissionais da saúde

A Tabela 8 apresenta a distribuição dos profissionais de saúde dos serviços visitados no município de Campina Grande/PB e que assistiram as pessoas em tratamento para a TB no ano de 2016 e seus contatos. É possível observar que, para todas as categorias profissionais, o sexo feminino foi prevalente. Em relação à faixa etária, a categoria médica foi a mais jovem, quando comparada às demais. A maioria das enfermeiras e agentes comunitários de saúde tinham entre 30 e 39 anos. Em contrapartida, a maior parte dos técnicos de enfermagem apresentava idade entre 40 e 49 anos. Em menor proporção, os profissionais incluídos na faixa etária de 60 anos e mais, foram enfermeiras, médicos e agentes comunitários de saúde (Tabela 8).

A maioria dos enfermeiros e agentes comunitários possuía mais de dez anos de formação, enquanto a maior parte dos médicos tinha até cinco anos de formados. Quanto ao grau de escolaridade/titulação, os enfermeiros e os médicos, em sua maioria, possuíam pós-graduação lato sensu, mas os enfermeiros foram os únicos a apresentar curso de pós-graduação senso estrito (mestrado). Em relação ao tipo de vínculo, a maior parte dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde eram estatutários, enquanto um número elevado de técnicos de enfermagem era prestador de serviços. Na categoria de médicos, destaca-se o vínculo com base no Programa Mais Médicos do Governo Federal. Os agentes comunitários de saúde foram os profissionais com maior tempo de atuação nos serviços, seguidos pelos enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos (Tabela 8).

Tabela 8 –Perfil dos profissionais de saúde que acompanharam pessoas com tuberculose em 2016, segundo características sociais e demográficas, Campina Grande/PB, 2018.

VARIÁVEL	Enfermeiros	Médicos	Técnicos de Enfermagem	Agentes Comunitários de Saúde
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Sexo				
Feminino	15 (100)	6 (75,0)	11 (78,6)	6 (54,5)
Masculino	--	2 (25,0)	3 (21,4)	5 (45,5)
Idade categorizada (em anos)				
20-29	--	3 (37,5)	1 (7,1)	--
30-39	5 (33,3)	3 (37,5)	4 (28,6)	6 (54,5)
40-49	5 (33,3)	--	7 (50,0)	4 (36,4)
50-59	3 (20,1)	--	2 (14,3)	--
60 e mais	2 (13,3)	2 (25,0)	--	1 (9,1)
Grau de Escolaridade				
Ensino Médio	--	--	9 (64,3)	8 (72,7)
Ensino Superior	1 (6,7)	3 (37,5)	5 (35,7)	3 (26,3)
Pós-Graduação/ Especialização	11 (73,3)	5 (62,5)	--	--
Pós-Graduação/Mestrado	3 (20,0)	--	--	--

Tabela 8 –Perfil dos profissionais de saúde que acompanharam pessoas com tuberculose em 2016, segundo características sociais e demográficas, Campina Grande/PB, 2018.

VARIÁVEL	Enfermeiros	Médicos	Técnicos de Enfermagem	Agentes Comunitários de Saúde
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Tempo de Formação (em anos)				
1-5	--	4 (50,0)	2 (14,3)	--
6-10	3 (20,0)	2 (25,0)	11 (42,9)	2 (18,2)
11-15	6 (40,0)	--	4 (28,6)	4 (36,4)
16 -20	1 (6,7)	--	--	2 (18,2)
Mais de 20	5 (33,3)	2 (25,0)	3 (21,4)	--
Não responderam	--	--	--	3 (27,3)
Tipo de Vínculo				
Estatutário	10 (66,7)	2 (25)	7 (50,0)	11 (100%)
Contrato de Prestação de Serviços	5 (33,3)	1 (12,5)	7 (50,0)	--
Programa Mais Médicos	--	5 (62,5)	--	--
Tempo de atuação no serviço				
1-5	3 (20,0)	6 (75,0)	4 (28,6)	--
6-10	6 (40,0)	1 (12,5)	5 (35,7)	4 (36,4)
11-15	5 (33,3)	1 (12,5)	5 (35,7)	2 (18,2)
16 -20	1 (6,7)	--	--	--
Mais de 20	--	--	--	5 (45,4)

A partir da Tabela 9 é possível observar os resultados referentes à participação dos profissionais da saúde do município de Campina Grande em treinamentos que abordaram o tema tuberculose. Com exceção dos técnicos de enfermagem, os demais profissionais apresentaram participação mais intensa em treinamentos e/ou cursos. Entretanto, a maioria não conseguiu responder há quanto tempo tais treinamentos/cursos tinham sido realizados. Quando questionados sobre a forma de custeio, a maior parte dos profissionais referiu que os

curso foram ofertados pela esfera pública, principalmente no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.

Tabela 9 - Distribuição dos profissionais de saúde que acompanharam pessoas com tuberculose segundo participação em treinamentos/cursos sobre tuberculose, Campina Grande/PB, 2018.

VARIÁVEL	Enfermeiros	Médicos	Técnicos de Enfermagem	Agentes Comunitários de Saúde
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Participação em treinamentos sobre TB				
Sim	10 (66,7)	7 (87,5)	4 (28,6)	8 (72,7)
Não	5 (33,3)	1 (12,5)	10 (71,4)	3 (27,3)
Tempo de realização do último treinamento sobre TB				
Até 5 anos	2 (13,3)	4 (50,0)	2 (14,3)	1 (9,1)
Mais de 5 anos	3 (20,0)	--	2 (14,3)	4 (36,4)
Não responderam	6 (40,0)	3 (37,5)	--	3 (27,3)
Não se aplica	4 (26,7)	1 (12,5)	10 (71,4)	3 (27,3)
Custeio				
Ministério da Saúde	1 (6,7)	--	1 (7,1)	--
Secretaria Municipal de Saúde	6 (40,0)	4 (50,0)	3 (27,3)	7 (63,7)
Secretaria Estadual de Saúde	2 (13,3)	--	--	--
Recursos Próprios	--	1 (12,5)	--	--
Mais Médicos	--	2 (25,0)	--	--
Não responderam	2 (13,3)	--	--	1 (9,1)
Não se aplica	4 (26,7)	1 (12,5)	10 (71,4)	3 (27,3)

4.2.2 Os depoimentos dos profissionais de saúde

Uma categoria e suas respectivas subcategorias (Quadro 8) emergiram da análise dos depoimentos dos participantes, conforme já mencionado no capítulo referente ao Método. Reitera-se que foram necessárias sucessivas reaproximações com o material empírico resultante das entrevistas realizadas para a conformação das categorias e subcategorias.

Quadro 8 – Categoria e Subcategorias que emergiram da análise do discurso dos profissionais da saúde, Campina Grande/PB, 2018.

CATEGORIA I. ASSISTÊNCIA
SUBCATEGORIAS
a) Assistência aos contatos de pessoas com diagnóstico de tuberculose
b) Critérios utilizados pelos profissionais para convocar os contatos
c) Dificuldades encontradas pelos profissionais no controle dos contatos
d) Percepção dos profissionais sobre como deveria ser a investigação e o acompanhamento dos contatos nos serviços de saúde

Os excertos de frases extraídas das entrevistas, apresentadas nos Apêndices E, F, G e H mostram as dimensões que compõem cada uma das categorias analisadas, as quais, por sua vez, estão articuladas e possuem interdependência, conforme demonstrado por Bertolozzi (2005). Também é necessário explicitar que optou-se por apresentar, separadamente, segundo categoria profissional, os elementos essenciais, constitutivos das subcategorias, conforme mostra o Quadro 9.

4.2.2.1 Categoria I: Assistência

Esta categoria revela, em seu conjunto, a concretização da assistência aos contatos de pessoas diagnosticadas com tuberculose, como resultado das percepções dos profissionais de saúde sobre suas práticas nos serviços de saúde do município de Campina Grande/PB.

a) Assistência aos contatos de pessoas com diagnóstico de tuberculose

O quadro a seguir apresenta as ações efetivadas pelos profissionais de saúde, por ocasião do atendimento aos contatos de pessoas com diagnóstico de TB, acompanhados no município de Campina Grande no ano de 2016 (Quadro 9).

Quadro 9 – Ações realizadas pelos profissionais de saúde no atendimento aos contatos de pessoas diagnosticadas com tuberculose, segundo a categoria profissional, Campina Grande, Paraíba, 2018.

Enfermeiros	Médicos	Técnicos de Enfermagem	Agentes Comunitários de Saúde
Solicitação dos nomes dos contatos durante a notificação do caso (ENF A1, ENF H1, 2; ENF K2)	Convocação dos contatos (M A1, M D1, 2, M E1, M F1,)	Convocação dos contatos pelo ACS, médico ou enfermeiro (TE D2, TE K1, TE L1, TE M1)	Acompanhamento da pessoa com tuberculose no domicílio (ACS A1, ACS C8, ACS D7)
Convocação dos contatos (ENF B1, ENF D1, ENF H1,2; ENF I1, ENF J1, ENF M1)	Avaliação/Consulta dos Contatos (M D1)	Consulta/Avaliação dos contatos com médico ou enfermeiro (TE G1, TE I2, TE J2, TE K1)	Encaminhamento para avaliação e solicitação de exames com o médico e/ou enfermeiro (ACS C1, ACS G1, ACS H1, ACS I1)
Avaliação/Consulta dos Contatos (ENF B1, ENF D1, ENF E1, ENF H1, ENF L1, ENF M1)	Solicitação de exames para investigação (M A1, M C1, M D1, M E1, M F1, M G1, M H1)	Solicitação de exames pelo médico ou enfermeiro (TE A2, TE H1, TE I1, TE J1, TE K1, TE M1)	Orientações à pessoa em tratamento e seus familiares (ACS A1, ACS B2, ACS C1, ACS D1, 8, ACS E1, ACS G2, ACS I1, ACS J1)
Solicitação de exames para investigação (ENF C1, ENF D1, ENF E1, ENF J1, ENF L1)	Indicação de vacinação com BCG, se necessário (M C1)	Indicação de tratamento preventivo pelo médico, quando necessário (TE L1, TE N1)	Busca ativa e encaminhamento de casos suspeitos à unidade (ACS E1)

Quadro 9 – Ações realizadas pelos profissionais de saúde no atendimento aos contatos de pessoas diagnosticadas com tuberculose, segundo a categoria profissional, Campina Grande, Paraíba, 2018.

Enfermeiros	Médicos	Técnicos de Enfermagem	Agentes Comunitários de Saúde
Avaliação da situação vacinal e, quando necessário, indicação de vacinação com BCG (ENF E1, ENF L1, ENF M1)	Orientações à pessoa em tratamento (M C2, M E1)	Avaliação da situação vacinal e, quando necessário, indicação de vacinação com BCG (TE E1, TE M1, TE N1)	Avaliação da situação vacinal (ACS B2, ACS E1, ACS H1)
Orientação à família (ENF D3, ENF J1, ENF L1, ENF O1)	Visita domiciliária para os contatos que não compareceram à convocação (M D2, M E1)	Busca ativa dos contatos pelo ACS (TE N1)	Comunicação com o médico e enfermeiro, quando há necessidade de avaliação (ACS B10, ACS C9, 11, ACS D1, ACS E1)
Visita domiciliária com o ACS (ENF D1, ENF J1), quando faltosos (ENF B4, ENF J1) e quando as pessoas são “ <i>difíceis de aderir às recomendações</i> ” (ENF D3)	Busca ativa de contatos e sintomáticos respiratórios (M G1, M H1)	Visita domiciliária de outros profissionais (médicos, enfermeiros e ACS) (TE E2, TE F1)	Monitoramento dos contatos no domicílio (ACS B10, ACS D7)
Busca ativa de contatos no domicílio (ENF D1, ENF L1, ENF O1)	Indicação de tratamento preventivo, quando necessário (M F1)	Orientações à pessoa em tratamento e familiares (TE A2, TE B3, TE E2, TE H1, TE N1)	----
Indicação de tratamento preventivo, quando necessário (ENF A13)	----	Atividade geralmente restrita a outros profissionais da equipe (TE C1, TE F1 TE H1)	----

Quadro 9 – Ações realizadas pelos profissionais de saúde no atendimento aos contatos de pessoas diagnosticadas com tuberculose, segundo a categoria profissional, Campina Grande, Paraíba, 2018.

Enfermeiros	Médicos	Técnicos de Enfermagem	Agentes Comunitários de Saúde
Atividade educativa quando há disponibilidade de tempo (ENF C3)	----	Acompanhamento do contato até a alta por cura da pessoa em tratamento (TE M1)	----
Acompanhamento do contato até alta por cura da pessoa em tratamento (ENF E1)	----	----	----

De acordo com o Quadro 9, a solicitação verbal para a identificação do nome dos contatos, durante a notificação do caso, foi referida por alguns enfermeiros, como parte das ações realizadas no atendimento: “... geralmente quem faz essa notificação sou eu, a enfermeira (...) pergunta quantas pessoas tem na casa...” (ENF H1, 2); “Na hora que a gente notifica o paciente, a gente solicita o nome dos contatos” (ENF A1); “Pergunta na ficha quando vai cadastrar o paciente de TB, uma das perguntas é quantos comunicantes existem na casa, e eles dizem...” (ENF K2).

A convocação dos contatos foi mencionada pela maioria dos enfermeiros e médicos, conforme apresentado no Quadro 9. Alguns enfermeiros referiram que a convocação era feita pelos ACS e/ou outro profissional durante a visita domiciliária (ENF C2, ENF D4, ENF F2, ENF G2, ENF J2): “A gente pede ao paciente, no primeiro atendimento, né? Que no outro dia ele retorne, juntamente com os comunicantes e, às vezes, quando não retorna, a gente faz a visita com o agente de saúde, na casa deles, sabe? Se por acaso, algum comunicante não vir...” (ENF F2).

Alguns enfermeiros informaram que, além do ACS, solicitavam à pessoa com diagnóstico de TB para que encaminhasse os seus contatos para a unidade de saúde (ENF G2, ENF I2, ENF K2, ENF M2, ENF O2): “A gente já fala com o paciente que tem o diagnóstico de tuberculose, pergunta quantas pessoas tem na casa e ele já sai com as consultas agendadas pra cá. E, a depender do caso, a gente encaminha e pede os exames, se é criança, adulto...” (ENF H2). Uma das enfermeiras referiu que a maioria dos contatos já são avaliados pelo ambulatório de referência, não sendo necessária a convocação (ENF N2,3)

Alguns médicos relataram que a convocação era feita pelos ACS e/ou outro profissional durante a visita domiciliária (M E2, M G2, M H2):

“a gente faz algumas coisas assim, devido aos ACSs, porque têm um conhecimento muito grande na área, então eles são... como eu posso dizer, o meu braço direito nisso, quando a gente já tem a suspeita, quando tem o sintoma da tosse... então a gente faz isso, vai visitar e pede o exame de escarro pra ele” (M G2).

Por vezes, na tentativa de garantir que os contatos compareçam à unidade de saúde para avaliação, a convocação ocorre com base em persuasão: *“(...) aqui eu pratico a teoria do medo nesse tipo de coisa, se não vier, boto! E olha que eu sei fazer um medo... Você tem que abordar o paciente de acordo com a necessidade, tem paciente que você tem que botar o medo mesmo, infelizmente, essa é a questão” (M C4); “O agente de saúde faz aquele medo né? E eles vêm” (ENF D2);*

“Os contactantes, a maioria vem, porque a gente diz logo: “O paciente só em ele tossir e espirrar, dentro de casa ele tá soltando bacilos, o bacilo ele passa oito horas, isso aí vocês inalam entendeu? A gente não sabe quem tem e quem não tem, então, é melhor fazer o exame”. Isso aí eles vão se preocupando e vão se ‘animando’ pra vir né?” (TE B4).

Outros pontos destacados pelos profissionais foram a realização de consulta e a solicitação de exames. Conforme mencionado por alguns médicos e enfermeiros, a avaliação é realizada para definir as necessidades de investigação (Quadro 9):

“A gente aqui mesmo, examina o paciente e avalia qual a necessidade. Se o paciente tem sintoma de tosse e escarro, a gente pede o teste de escarro. Se ele não tem sintoma de tosse e nem escarro e o exame físico for normal, a gente pode pedir um raios-x de tórax ou fazer o PPD” (M D1);

“Primeiro, a gente faz o levantamento, ... a entrevista, pra ver a quantidade de pessoas que são comunicantes, e a gente faz a determinação de crianças, adultos, e as crianças, a gente encaminha pra fazer a avaliação, o teste da tuberculina, o raio-x. Se tem algum sintomático respiratório (...) pra fazer baciloscopia...” (ENF F1).

Sobre esse processo, alguns técnicos de enfermagem referiram: *“Geralmente quem faz isso aí é a enfermeira juntamente com o ACS. Em nenhum momento eu participei de nenhuma visita, ou acompanhei esses pacientes ou, até mesmo seus familiares, pra evitar a transmissão pra eles. Sempre fica a critério da enfermeira (...)” (TE C1);*

(...) fica bem específico entre enfermeiro e médico. Eu num participo muito nos contatos dos pacientes com tuberculose, mas eu vejo que elas pedem, requisitam exames diversos (...) e faz algumas orientações de cuidados de higiene, cuidados com os contatos e até orientações de levar o paciente (...) pra a referência, tá acompanhando” (TE H1).

Já os ACS participam ativamente realizando a busca ativa, encaminhando os contatos e sintomáticos respiratórios para as unidades e comunicando os profissionais médicos e enfermeiros sobre as necessidades encontradas em suas microáreas (Quadro 9).

Em relação à solicitação de exames para os contatos, alguns profissionais mencionaram que só encaminhavam para exame os sintomáticos respiratórios (ENF I1, TE A2), que só examinavam com o PPD crianças menores de 15 anos e imunodeprimidos (ENF A1, ENF K1, M D1) e procuravam o contato epidemiológico dos últimos cinco anos (M H1): *“(...) A gente chama quem tiver tossindo só”(TE A2); “Como tá tendo dificuldade de ter o PPD, a gente só tá fazendo PPD nos menores de 15 anos, é... e nos maiores, a gente vê se tem algum sintomático respiratório” (ENF A1); “mas o PPD, no momento, no município só faz para crianças, ou para pacientes portadores de HIV (...) ou alguma imunodepressão confirmada. E isso aí ainda tem que (...) provar que o paciente tem isso...” (M D1).*

Uma das enfermeiras referiu que são solicitados exames inadequados para os contatos:

(...) “faz uma coisa que não deve, quer que as pessoas que não sejam sintomáticos respiratórios façam exame. Eu não posso exigir que uma pessoa que não é sintomático respiratório faça o exame do escarro. Como é que vai colher material pra fazer isso, né? Então isso às vezes atrapalha muito o serviço, a questão de você querer de todo jeito dar solução pro contato” (ENF A17).

Uma das enfermeiras mencionou que boa parte dos contatos já vem examinada pelo serviço de Referência em Tuberculose: *“(...) geralmente, a gente encaminha ao serviço de referência, que é quem faz praticamente tudo. O exame dos contatos, quem encaminha, se for o caso de fazer a BCG... tudo é eles que fazem. A gente aqui mesmo, fica com pouca parte disso aí...” (ENF N1).* Em relação a esse aspecto, um dos profissionais que atua nesse serviço de Referência em Tuberculose relatou: *“(...) tem unidade também que não solicita o exame pra os contatos. Aí a gente mesmo manda vir direto aqui, que a gente já solicita, até o teste rápido” (TE A2).*

A partir da realização dos exames nos contatos é possível identificar a ILTB e, até mesmo casos de TB ativa. Sobre a indicação de tratamento preventivo foi referida por alguns profissionais: *“A gente consegue o impacto de quebrar essa cadeia, inclusive fazendo o*

tratamento da infecção latente. A gente aqui tem casos de, em uma casa, um doente e quatro, cinco infecções latente, quer dizer, é uma forma da gente quebrar, essa cadeia de transmissão, é... se tratando a infecção latente” (ENF A13); “(...) nós tivemos uma família que pra vir aqui deu muito trabalho e quando eles fizeram deu muito alto o teste e aí era pra começar também o tratamento e eles se negaram...” (M F1).

Entretanto, sobre a quimioprofilaxia para os contatos, um dos agentes comunitários apresentou certo desconhecimento, ao afirmar que após a realização da prova tuberculínica *“os reagentes passam a fazer tratamento também, igual”* (ACS D1). Já a avaliação da situação vacinal foi referida por todos os profissionais como uma das atividades realizadas na prevenção da doença. Dessa forma, quando há necessidade, os contatos são encaminhados para a vacinação com a BCG (Quadro 9).

Em relação ao acompanhamento dos contatos pelos serviços, dois profissionais referiram que ocorre até a pessoa em tratamento para a TB receber alta por cura (ENF E1, TE M1). Alguns agentes comunitários de saúde relataram acompanhar a pessoa com TB no domicílio (Quadro 9), outros afirmaram que durante esse atendimento, os contatos são monitorados: *“E os contatos (...) são monitorados, na realidade (...) eu vou várias vezes na casa de uma pessoa... eu não vou só uma vez no mês, algumas vezes, tem que acompanhar. Justamente pra monitorar essas pessoas”* (ACS B10); *“... no acompanhamento do doente, eles terminam sendo acompanhados, a gente não deixa de tá acompanhando (...). Quando você vai em fulano lá olhar se ele tá tomando a medicação, automaticamente você já vai perguntar pelo parente”* (ACS D7).

Além do acompanhamento da pessoa em tratamento no domicílio pelo ACS, também foi referida a busca ativa dos casos e visita domiciliária com o enfermeiro e/ou médico, em sua maioria, para situações específicas, tais como: famílias numerosas, contatos que não compareceram à convocação e pessoas “difíceis” de aderirem às recomendações repassadas pelos profissionais (Quadro 9).

Entre as orientações fornecidas pelos profissionais destacam-se: cuidados para evitar a transmissão (ACS G2, ENF D3), uso de máscara (ACS A1, TE A9), higiene e separação de objetos para uso pessoal (ACS C1, ACS D8, ACS I1, TE H1): *“orienta os cuidados de tudo separado”* (ACS C1); *“...depois que se alimentou, lavou com detergente, não transmite...”*(ACS D8); permanecer em locais com boa ventilação e com presença de luz solar (TE A9), presença de sintomas da doença (M C2, ENF A21, TE A1, TE B3), necessidade de consulta e exames para a investigação de TB (ACS B3, ACS C1, ACS D1, ACS G2, M E, ENF J1, TE A1), vacinação (ACS B2). Quando há disponibilidade de tempo, são realizadas

palestras na unidade de saúde, conforme mencionado por um dos enfermeiros entrevistados (ENF C3).

Destacam-se algumas orientações em relação à diminuição da transmissão após a realização do tratamento (ACS D1,8; ACS H1): “a partir do momento que ele começa a fazer o tratamento, ele não é mais transmissor, quem passa é o centro de referência...” (ACS D1);“(...) depois que ele começa a fazer o tratamento, aí já não há mais risco de transmissão” (ACS H1).

Um dos médicos fez uma crítica em relação ao serviço de Referência em Tuberculose, pois, segundo ele, as pessoas diagnosticadas para a TB retornam para a unidade básica de saúde com informações insuficientes acerca de seu atual problema de saúde (M C2):

“só que eu acho falho a questão deles, da referência, a referência manda o paciente, tipo, você manda o paciente com um possível diagnóstico, (...) volta, o paciente não sabe de nada, não sabe o que tem, dão diagnóstico, dão remédio na mão dele e vai simhora, tá entendendo? (...) O que é falho? É a explicação que eles dão pra o paciente, o paciente chega com um monte de remédio, um monte de papel, um monte de coisa que ele não sabe o que é. Tudo bem, eu explico, mas aí... vai e recai tudo sobre você e não sou eu a referência de TB do município, se fosse eu, tudo bem, então vamos conversar de TB com todo mundo, aí você tem que explicar pra o paciente e tudo mais, ... acho que deveria ter um pouco mais de educação lá. (...) Aqui, a gente não falta com educação na questão do paciente reconhecer essas doenças infecciosas, endêmicas, geralmente, a gente tem um controle legal aqui de hanseníase e TB. E educação né?”

b) Critérios utilizados pelos profissionais da saúde para convocar os contatos

O quadro abaixo (Quadro 10) apresenta os critérios utilizados pelos profissionais da saúde para realizarem a convocação dos contatos.

Quadro 10 – Critérios utilizados pelos profissionais para a convocação dos contatos, Campina Grande/PB, 2018.

CRITÉRIO UTILIZADO	CATEGORIA PROFISSIONAL			
	Enfermeiros	Médicos	Técnicos de Enfermagem	Agentes Comunitários de Saúde
Contatos domiciliares	(ENF B5, ENF D4, ENF E2, ENF F2, ENF H3)	(M A2, M C3, M D2, M F2, M H2)	(TE A2, TE D2, TE H2, TE I2, TE J2, TE K2, TE L2, TE N2)	(ACS B4, ACS D2, ACS G3)

Quadro 10 – Critérios utilizados pelos profissionais para a convocação dos contatos, Campina Grande/PB, 2018.

CRITÉRIO UTILIZADO	CATEGORIA PROFISSIONAL			
	Enfermeiros	Médicos	Técnicos de Enfermagem	Agentes Comunitários de Saúde
Familiares próximos e pessoas que convivem com maior frequência	(ENF B5, ENF E2, ENF H3)	(M B2, M D2)	(TE A2, TE I2, TE K2 TE N2)	(ACS C2, ACS F2, ACS I2, ACS J2)
Presença de sintomas da TB	(ENF A2, ENF L2)	----	(TE A2, TE B5, TE E2)	(ACS E2, ACS F2)
Situação vacinal	----	(M H2)	----	(ACS H2)
Contatos do local de trabalho	(ENF B5, ENF H4)	(M C3, M D2)	----	----
Todos os contatos que a pessoa com tuberculose listar, porém é realizada triagem; são priorizadas crianças, idosos e sintomáticos respiratórios	(ENF A2, 3, 4).	----	----	----
Não participa da convocação, atividade realizada pelo enfermeiro e/ou médico	----	----	(TE J2, TE L2)	----
Não souberam informar	----	----	(TE C2, TE F2, TE G2)	----
Pessoas com a imunidade comprometida	----	----	----	(ACS B4)
Não são utilizados critérios para convocação	(ENF K2, ENF L2)	(M E2)	---	(ACS A2, ACS K2)

De acordo com o Quadro 10, os seguintes critérios foram relatados por todos os profissionais de saúde como utilizados para realizar a convocação dos contatos de pessoas

com diagnóstico de TB: residir no mesmo domicílio, ser familiar próximo e frequentar o domicílio. A avaliação da situação vacinal foi utilizada como critério por um médico e um agente comunitário de saúde, este último referiu, inclusive, ser esse o único considerado: “*Pra tuberculose é só esse...*” (ACS H2).

A presença de sintomatologia da TB, principalmente a tosse, foi citada como critério por alguns enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde: “*... é só paciente que tem alguma sintomatologia, no caso, a gente sempre orienta os agentes comunitários... Até porque eles já tão há muito tempo no trabalho e sabem que pacientes com história de tosse há mais de duas semanas, com história de perda de peso, devem ser encaminhados...*” (ENF L2); “*a gente sempre pergunta: ‘E aí, tem gente tossindo em casa? Tem gente com febre’, entendeu? A gente pergunta pra saber como fazer.*” (TE B5).

A convocação de contatos expostos no local de trabalho foi referida por alguns enfermeiros e médicos, entretanto, umas das médicas referiu não fazê-lo: “*A gente chama todos os contatos que moram na residência. Os outros ... se ele trabalha, aí esses aí não...*” (M F2).

Uma das enfermeiras afirmou convocar todos os contatos listados pela pessoa com TB, porém, realiza-se triagem com priorização de crianças, idosos e sintomáticos respiratórios: “*A gente orienta o doente que precisa que se traga todos os contatos. É necessário que todos os contatos sejam examinados, agora, desde que, como a gente não tem PPD pra fazer em todos, a gente vai pelo sintomático respiratório e menores*” (ENF A2); “*a gente tem cuidado com o idoso...*” (ENF A3).

Uma das agentes comunitárias de saúde referiu convocar os contatos que possuíam a imunidade comprometida. Alguns técnicos de enfermagem informaram não participar da convocação por ser atividade realizada por enfermeiros e/ou médicos: “*Quem faz essa avaliação é o médico ou a enfermeira que atende esse doente*” (TE L2); como também alguns não souberam informar os critérios utilizados. Alguns enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde relataram não utilizar critérios para convocar os contatos.

c) Dificuldades encontradas pelos profissionais no controle dos contatos

O quadro a seguir aponta as dificuldades encontradas pelos profissionais em relação ao controle dos contatos de pessoas com diagnóstico de TB.

Quadro 11 – Dificuldades apontadas pelos profissionais no controle dos contatos de pessoas com diagnóstico de tuberculose, Campina Grande/PB, 2018.

Dificuldade	CATEGORIA PROFISSIONAL			
	Enfermeiros	Médicos	Técnicos de Enfermagem	Agentes Comunitários de Saúde
Usuários de drogas e alcoolistas	(ENF H9)	(M C5)	(TE E4, TE J4, TE M5)	(ACS E4, ACS F6)
Dificuldades financeiras para os contatos se locomoverem aos serviços e realizarem exames	(ENF A9, ENF H6, 7, 8, 9, ENF O4)	(M A4)	(TE B8, TE H4, TE N7)	---
Contatos não realizam os exames solicitados	(ENF G4, ENF I3)	(M A4, M D4, 8; M H4)	---	(ACS C5, ACS F6)
Resistência da pessoa com TB em aderir ao tratamento	---	(M B4, M C6)	(TE D4, TE J6, TE I4, TE N5)	(ACS A4, ACS B6, ACS C4, ACS F4, ACS G4, ACS H4, ACS I4)
Não aceitação da doença por parte da pessoa com TB e seus familiares	---	(M C6)	(TE I4)	(ACS C4, 5)
Ausência de sintomas nos contatos	(ENF A6, ENF L5)	---	(TE A6, TE I4)	(ACS B7)
Demora no agendamento de radiografia de tórax via SISREG	(ENF D6) e na entrega de resultados (ENF H16)	(M D4)	(TE E3)	---
Critérios para solicitar o teste tuberculínico	(ENF A1, 14)	(M D4)	(TE B9)	---
Contatos que trabalham	(ENF F4, ENF L5, ENF R4)	---	(TE C4, TE F5, TE J4, TE K5)	---
Contatos são convocados, mas não comparecem ao serviço	(ENF B2, 8,9)	(M A4, M C7)	---	---

Quadro 11 – Dificuldades apontadas pelos profissionais no controle dos contatos de pessoas com diagnóstico de tuberculose, Campina Grande/PB, 2018.

Dificuldade	CATEGORIA PROFISSIONAL			
	Enfermeiros	Médicos	Técnicos de Enfermagem	Agentes Comunitários de Saúde
Suporte familiar insuficiente para que a pessoa com TB não abandone o tratamento	(ENF H9)	---	(TE L5, TE N5, 6)	---
Excesso de trabalho dos profissionais	(ENF B10, ENF L4)	(M E4)	---	---
Falta de colaboração dos gestores	(ENF A12, ENF H13, 14)	---	---	(ACS F4)
Fluxo de realização de exames e distância dos postos de coleta	(ENF A12, ENF H13, 14)	---	---	---
Recursos humanos e/ou insumos insuficientes	---	---	(TE A1,14; TE B9, TE F8)	---
Dificuldades em possuir atrativos para oferecer à pessoa com TB e seus familiares	---	---	(TE M5, TE N6)	---
Preconceito da pessoa com TB e seus familiares	(ENF L5)	---	(TE B6, TE I4)	---
Receio dos profissionais em relação à possibilidade de infecção	---	---	---	(ACS K4)
Pessoa com tuberculose não fazia uso de máscara, o que dificultava a proteção do ACS	---	---	---	(ACS C4)

Quadro 11 – Dificuldades apontadas pelos profissionais no controle dos contatos de pessoas com diagnóstico de tuberculose, Campina Grande/PB, 2018.

Dificuldade	CATEGORIA PROFISSIONAL			
	Enfermeiros	Médicos	Técnicos de Enfermagem	Agentes Comunitários de Saúde
Conhecimento insuficiente e pouca disseminação de informações sobre a doença	---	---	(TE B8, TE K5)	---
Conhecimento insuficiente e baixa compreensão sobre a doença	---	(M A4, M C5)	---	---
Fragilidade na atuação do ACS na comunidade	(ENF H11, ENF N5)	---	---	---
Rotatividade de médicos e falta de profissionais	---	---	---	(ACS H4)
Áreas sem cobertura pela ESF e PACS	(ENF B3, 7, ENF M5)	---	---	---
Familiars de população do sistema prisional	---	(M G4, M H4)	---	---
Violência em algumas áreas dificulta a realização de busca ativa na comunidade e visita domiciliária	(ENF H13)	---	---	---
Não há dificuldades	(ENF C6, ENF E4, 6, ENF M4)		(TE G4)	(ACS D4, ACS F4, ACS J4)

Todos os profissionais apontaram o fato de os contatos ou o caso índice (devido ao risco conhecido de abandono de tratamento, o que levaria à exposição dos contatos e comunidade) serem usuários de drogas, como elemento que dificulta o controle de contatos: “... em certos grupos de homens alcoólatras que têm na comunidade, eles são bem resistentes a tarem vindo pra unidade” (ACS F6).

Enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem citaram como dificuldades: a demora no agendamento de radiografia de tórax via SISREG, os critérios do MS para solicitar o TT e seu protocolo de leitura, além das dificuldades financeiras dos contatos para se locomoverem para outros serviços e realizarem os exames investigatórios: *“eu acho que a dificuldade é mais a distância para a referência (...) a nossa área é uma comunidade carente, então, muitas vezes, eles não têm o dinheiro nem pra comer. Aí imagina pra pegar um ônibus pra ir lá pra referência... Pra ir em busca de fazer exame...”* (TE H4); *“(...) é uma dificuldade pra fazer o PPD, é um grupo seletivo e tem todo aquele protocolo dos dias da semana, porque a leitura tem que ser feita quarenta e oito horas depois...”* (M D4).

Enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde referiram que a ausência de sintomas nos contatos faz com que estes não tenham interesse em procurar os serviços para realizarem os exames investigatórios: *“Os contatos só vêm quando tão doentes, só se sentir algum sintoma é que eles procuram, ou quando vem, já tá doente”* (TE A6); *“A dificuldade da família é grande, a maioria não quer vir não, porque acha que não tá sentindo nada, certo? A maioria não tá sentindo febre, não tá tossindo e não tá tendo nenhuma sequela, aí acha que não há necessidade de vir...”* (ACS B7). Enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde relataram como dificuldade o fato de os contatos serem convocados, mas não realizarem os exames solicitados, em um dos depoimentos, o ACS afirmou que os homens são mais resistentes para comparecer ao serviço: *“caso de mulheres não, as esposas, elas vêm, mas os maridos, assim, eles são bem resistentes”* (ACS F6).

Médicos, técnicos de enfermagem e ACS mencionaram que a resistência da pessoa com TB em aderir ao tratamento e a não aceitação da doença pelo portador e sua família atuam como elemento que dificulta o controle de contatos: *“Tanto ele, como a esposa não aceitam, tanto não aceitam a doença, como fazem um tratamento falho...”* (M C6); *“Ele, assim, não se aceita, ele não aceita orientações do problema...”* (ACS C4).

Os enfermeiros e os técnicos de enfermagem refeririam como dificuldades o suporte familiar insuficiente para que a pessoa com TB não abandone o tratamento, o preconceito sofrido pela pessoa com TB e por seus familiares, assim como o fato de os contatos trabalharem no mesmo horário de funcionamento dos serviços: *“ (...) às vezes, a gente tem dificuldade de trazer esse contato, porque ele não quer nem ser identificado como parente de uma pessoa que tem”* (ENF L5); *“Tem pacientes que tem vergonha, entendeu? Tem muitos pacientes aqui que não quer que outras pessoas saiba”* (TE B6).

Enfermeiros e médicos relataram que o excesso de trabalho dificulta o controle de contatos e que quando convocados para o serviço, estes não comparecem para avaliação: *“(...*

São muitas coisas pra gente e a gente fica muito dependente dos agentes de saúde, pra eu mesmo sair atrás, eu não vou” (M E4).

A falta de colaboração dos gestores, na resolução dos problemas, foi apontada por alguns enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Alguns ACSs referiram receio em infectar-se e o fato de a pessoa em tratamento para TB não utilizar a máscara durante as visitas são dificuldades que ocorrem no processo: “(...) *você sempre fica com aquele receio que pode ser que você vá pegar né?*” (ACS K4); : “*ele não faz uso de proteção nenhuma até mesmo para eu visitar, e eu não posso fazer uso de proteção nenhuma (...) Porque, se eu colocar uma máscara, é constrangimento pra ele*” (ACS C4); “*Toda vez que eu visitava, ele tossia praticamente no meu rosto...*” (ACS C4).

Alguns médicos mencionaram que é difícil controlar os contatos da população do sistema prisional: “*A maior dificuldade é a migração das pessoas, porque elas tão aqui hoje, aí sai seu esposo ou namorado do presídio, aí vão embora... às vezes dá um endereço que não tá lá...*” (M G4).

Uma das enfermeiras referiu que há dificuldade na realização de visita domiciliária em áreas de violência urbana, em decorrência de impedimentos para a entrada de profissionais da saúde: “*Eu não vou mais entrar naquele ambiente, porque não me é permitido como era antigamente..., hoje a questão da droga virou uma coisa muito mais forte, isso envolve muitas outras coisas, né? A violência!*” (ENF H13).

d) Percepção dos profissionais sobre como deveria ser a investigação e o acompanhamento dos contatos nos serviços de saúde

Enfermeiros

Alguns enfermeiros afirmaram que a investigação e o acompanhamento dos contatos são resolutivos, da maneira que é realizada (ENF A15, ENF D8, ENF F6, ENF M6, ENF N7). Entretanto, o profissional que atua no ambulatório de referência em tuberculose mencionou a necessidade de profissional que realize visita aos domicílios com a finalidade de melhorar a busca junto aos contatos e, com isso, melhorar o exame dos contatos: “(...) *eu acho que quando a gente trabalhava com o visitador, que a gente buscava o caso, em casa, aqui no nosso caso, a gente não busca (...)*” (ENF A15); “(...) *antigamente, existia o visitador*

sanitário, que era quem ia pras casas buscar esses pacientes, a gente conseguia bem mais. A gente conseguia melhorar a questão do exame de contato (...) (ENF A16).

Esse mesmo profissional declara que é necessário uma equipe com olhar voltado para prevenir a doença: *“quando você vai pra estatística, você vê que o exame de contato está lá embaixo, principalmente os que a gente encaminha para as unidades de saúde que, muitas vezes, não tão nem aí pra o contato, não se preocupa se fez, se não fez, se foi, se não foi...” (ENF A17, 18).*

Alguns enfermeiros que atuam em unidades básicas de saúde mencionaram que a investigação e o acompanhamento dos contatos deveriam ser realizados através da visita domiciliária, com atuação principal do agente comunitário de saúde, que concretizaria a busca dos contatos e sintomáticos respiratórios em suas respectivas microáreas (ENF B11, ENF C8, ENF D11, ENF F7, ENF G6, ENF H17, ENF J7): *“... o agente de saúde que vai até lá, até a residência... eu acho que já é o suficiente” (ENF C8); “Eles podem não vir de uma forma correta e bem certinha, mas o agente de saúde sempre dá notícia, quando dá, a gente vai no domicílio...” (ENF D11).*

Um enfermeiro referiu que a busca dos contatos deve ser de responsabilidade da atenção básica, mas que há necessidade de melhorar a visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde, assim como retomar a função desse profissional na equipe, conforme pode ser verificado no excerto de frase a seguir, que ainda que longo, expressa o que anteriormente foi afirmado:

“Eu acho que a busca ativa realmente tem que ser da equipe de saúde da família, não tem outra, é a pessoa que está mais próxima dessa família, mas eu acho que hoje a gente tem uma descaracterização muito grande do agente comunitário de saúde. Então, a gente tem uma dificuldade muito grande de chegar até esses usuários, porque a gente tá aqui todos os dias no território, mas a gente tá dentro de um posto. A gente só vai até a comunidade quando solicitado pelo agente comunitário de saúde. E a gente também, só pode tratar, ou se o usuário vem, ou se o agente de saúde encaminhar (...). Então, essas visitas também, quando a gente vai questionar, a gente percebe que eles não fazem nenhum questionamento... Tuberculose mesmo, a gente que faz os questionamentos ao ACS, que manda ele ir lá, que vá atrás, porque o próprio ACS, ele não tem aquilo como rotina. É um hipertenso? Eu tenho que ver se tá tomando a medicação, eu tenho que pegar o cartão dele, tenho que ver quais são os remédios, pedir a ele pra trazer os remédios, perguntar como que ele tá tomando cada um, vê se ele tá tomando de acordo com a receita. A gente não vê isso no ACS. Quando a gente questiona: ‘Ah, eu fui lá e tá tudo bem...’ Quer dizer, ele só faz perguntar: ‘Tá tudo bem?’. Isso não é visita de agente comunitário de saúde, como é que com uma visita dessa ele vai achar um paciente que tá tossindo? Com queixa de febre? Enfim, uma Hanseníase? Não vai desconfiar nunca! Então assim, acho que tem que ser sim o saúde da família, mas a gente tem que resgatar a caracterização do agente comunitário de saúde, porque ele é de suma importância, né? Se deu muita importância a esse profissional, a esse

trabalhador de saúde, mas assim, ele se perdeu dentro das próprias conquistas dele, hoje só se pensa em questões salariais e se perdeu a questão do trabalho mesmo, da importância do trabalho que ele tem. Então, eu acho que essa questão dos contactantes, essa questão do acompanhamento, tem que ser a equipe mesmo. Mas aí não é a equipe médico-enfermeiro, é a equipe desde o agente comunitário de saúde” (ENF H17, 18).

Ainda em relação à investigação dos contatos, alguns enfermeiros referiram que os contatos devem ser orientados a comparecer ao serviço para rastreamento (ENF I6, ENF O7) e na presença de sintomatologia (ENF E8, ENF A21). Outros profissionais mencionaram que seria importante dispor de um posto de coleta de exames, com espaço adequado nas unidades de saúde (ENF K6, ENF N7), tendo em vista as dificuldades já listadas anteriormente.

Uma profissional afirmou que deveria repetir o TT após término de tratamento da pessoa com TB, o que não tem sido feito na prática:

“ (...) seis meses depois, até um ano depois a gente deveria repetir, porque segundo os manuais, até dois anos, a gente deveria tá diretamente junto daquele contato, pra examinar, porque em dois anos ele pode desenvolver, até dois anos a gente considera o contato direto. Depois de dois anos, já pode ser uma recontaminação, mas até dois anos, é um contato direto ainda. A gente deveria orientar que até dois anos, mas a gente não tem feito isso não. É uma coisa que eu até me esqueço de fazer, mas que a gente deveria fazer, até dois anos. Mas Ministério da Saúde em si não orienta muito isso não. Examinou uma vez, orienta e fica naquilo” (ENF A22, 23).

Quanto ao acompanhamento dos contatos, os profissionais enfermeiros referem que deveria haver maior atenção à família das pessoas com TB, mesmo após a investigação apresentar resultados negativos (ENF D10); alguns relataram que os contatos devem ser acompanhados até o final do tratamento (ENF E8, ENF F6) e até doze meses após o término, pelo risco de desenvolvimento da doença pós exposição (ENF E8, ENF A22).

Alguns enfermeiros declararam a necessidade de realizar atividades educativas na comunidade e no serviço (ENF L7) e a necessidade de maior número de campanhas educativas sobre o tema tuberculose, por veiculação da mídia, para incentivar a procura de contatos e sintomáticos aos serviços de saúde (ENF J5, 6).

Médicos

As percepções dos profissionais médicos, em relação a como deveria ser a investigação e o acompanhamento dos contatos, apresentaram-se bastante distintas. Em relação à investigação, um dos médicos sugeriu que houvesse maior disponibilidade de locais para a realização de exames: *“que fosse descentralizado, tivesse mais de um ponto”* (M A6), e para agilizar o diagnóstico, e completa: *“... se o paciente não tiver secreção para fazer uma baciloscopia ou um teste rápido, não se faz lavado brônquico, de jeito nenhum”* (M A6).

Outro profissional relatou que, após a investigação inicial dos contatos, se *“... deu negativa, aí meio que abandona...”* (M B8) *“é como se eles se dessem por imune”*; a partir disso, essas pessoas não comparecem às consultas com o familiar (M B7), nem para o acompanhamento (M B8). Por isso, na percepção desse profissional, *“(...) devia ser um controle mais efetivo. Eles deviam vir mais no posto, deveria repetir mais vezes essa baciloscopia...”* (M B8).

Um dos médicos afirmou que deveria *“... facilitar o acesso deles à unidade, quando eles se dispõem a vir”*, além de fornecer orientação adequada à pessoa com TB e aos funcionários do serviço, para que todos possam colaborar e entender a necessidade de examinar os contatos na unidade (M E6). Outro profissional indicou que a investigação deveria ser realizada segundo critérios de prioridade nas áreas: *“aqui, por ser uma área crítica, deveria ter um pouco mais de olhar. Mas, a gente sabe que é difícil por conta disso. Porque a área que tem dois presídios, ...é muito difícil você conseguir trabalhar”* (M G6).

Para a investigação de contatos assintomáticos, um dos médicos referiu que o rastreamento em unidades básicas de saúde seria suficiente, sem a necessidade de acompanhamento com especialista e que a investigação no serviço era adequada, porém, deveria ser disponibilizado TT para examinar todos os contatos, assim como priorizar a realização de radiografia de tórax para tais situações (M D7, 8): *“... agilidade de raios-x deveria ser uma coisa priorizada e não pelo sistema geral da unidade, por exemplo, ia pelo centro de saúde e já fazia, ou já marcava, uma coisa mais fixa, ... ter um encaminhamento certo pra eles, um direcionamento certo, um fluxograma, digamos”* (M D8).

Um dos profissionais acredita que haveria necessidade de dispor, no serviço municipal, de responsável pela busca dos contatos, sobretudo aqueles que ocorreram antes da pessoa receber o diagnóstico de TB, ao explicar que, após iniciado o tratamento, a transmissão é reduzida. Da mesma forma, sugere que seria interessante investigar o local que aquela

pessoa frequente, a exemplo de escolas, quando crianças: “deveria ter uma pessoa específica só pra isso” (M F6).

Em outro depoimento, um dos médicos reflete que há necessidade de melhorar as condições de vida das pessoas que, em sua maioria, adoecem por TB:

“(...) eu acho que nosso problema não é a questão do contato, nem da tuberculose, nosso problema é nacionalmente, é casa ruim, é social. Se você tira o problema social, você vai tirar tanto a hanseníase, como a tuberculose, que são duas doenças endêmicas... Mas, se o paciente mora num buraco, infelizmente o que é que eu posso fazer...? (...) você chega numa casa, tem um acumulador que tem quinhentos milhões de latas, vive com bolsa família a oitenta reais por mês, é pouco! Como é que você vai falar pra esse paciente não pegar hanseníase? E que se ele pegar vai ter que ir lá tomar um remédio que é cheio de efeito colateral, fora os efeitos da doença? A mesma coisa é com tuberculose, você sabe que a medicação é fortíssima, a medicação te dá efeito colateral que faz você desistir até de viver, tem caso até de depressão inclusive, por tratamento de TB, então, é complicado, o problema é social, o problema não é atenção médica, é social, se a gente melhora o viver, a casa da pessoa, melhora o saneamento, você vai ter melhora dos casos. (...) Não é uma doença que é difícil de controlar, é uma questão social. (...) Eu posso tratar hanseníase aqui, fazer o exame de todo mundo, fazer o exame de tuberculose em todo mundo, pra descobrir os casos, tudo bem tratar e depois? Vai voltar pra mesma coisa, tem paciente que mora no lixo, praticamente, todas essas doenças infecciosas são relacionadas com onde essa pessoa ocupa socialmente, né? Pronto, então é uma questão social pra mim. Se a pessoa tem (gesticula esfregando os dedos, polegar, indicador e médio), muito raramente ela terá uma tuberculose, assim como uma hanseníase, assim como qualquer outra doença, por mais que a gente trabalhe com ela...” (M C10).

Técnicos de Enfermagem

Em relação aos depoimentos dos técnicos de enfermagem sobre como deveria ser a investigação dos contatos pelo serviço em que atuam, referiram que há necessidade de realizar a busca dos contatos de pessoas com TB e sintomáticos respiratórios no domicílio (TE A8), realizar visita domiciliária com profissionais capacitados para atuar junto às pessoas com diagnóstico de TB (TE B11), examinar todos os contatos para garantir a detecção precoce (TE D6), além de priorizar crianças e idosos, porque “são os mais frágeis” (TE B11). Também mencionaram que, quando convocados, os contatos deveriam procurar a unidade e realizar os exames solicitados (TE A8).

Para garantir o atendimento aos contatos que trabalham, um dos técnicos de enfermagem sugeriu que, em determinadas situações, o serviço deveria estender o horário de atendimento para viabilizar a investigação da doença (TE C6):

“Eu acho que deveria ser mais presente, que mesmo eles colocando obstáculo, como a questão do horário de trabalho, de que só tá em casa à noite ou final de semana, acho que o saúde da família deveria disponibilizar um horarizinho, fora desse horário comercial e fazer a busca ativa desses familiares, até mesmo pra orientá-los, ou até pra tentar identificar de maneira precoce novos casos e evitar transmissão de um paciente pra um familiar, de maneira mais eficaz, porque isso hoje em dia, fica mais a critério do ACS”.

Um dos profissionais relatou que os agentes comunitários de saúde deveriam ser capacitados para atuar no controle da doença, tendo em vista o seu papel na comunidade e na busca ativa de casos em suas microáreas de atuação (TE K7):

“Eu acho que aí o vínculo é o ACS, eu acho que o maior elo entre a população e a equipe é o agente de saúde, então... eu acredito que, nesses casos, é o olhar, é o olhar atencioso do agente de saúde, ... nessa hora, eu acho que é fundamental um agente de saúde bem instruído, e é ele quem faz esse elo. Eu acredito que a responsabilidade, nesse caso, é maior dele, de pelo menos identificar, de pelo menos achar, suspeitar, pra poder a gente ir, fazer a busca, a busca ativa desses pacientes”.

Em um dos depoimentos, o técnico de enfermagem refere que o atendimento prestado tem eficácia, devendo permanecer como se realiza, pois não há outra estratégia a ser utilizada (TE L7). No entanto, outro profissional mencionou que deveria melhorar a acessibilidade ao médico da equipe de Saúde da Família, uma vez que este se limita aos atendimentos diários realizados pela triagem, devido à demanda de trabalho:

“Eu acho que deveria se ter uma acessibilidade maior, sabe? Quando se tem sintomas, por exemplo, no meu caso, algumas triagens que eu faço, que eu chego pra a médica, ela... faz: ‘(...) Tá bom, chega! Eu não vou atender...’ (...) Muitas vezes eu vejo algumas coisas que eu acho que deveria ser atendido. (...) E assim... eu chego pra ela: ‘Doutora, tem isso aqui’. ‘(...) não coloque mais ninguém...’ (...) A questão da demanda, entendeu? Eu acho que a acessibilidade prejudica muito”. (TE H6).

Em alguns depoimentos dessa categoria profissional, verifica-se que o controle dos contatos deveria ser realizado pelo serviço de Referência em Tuberculose, ou que fosse disponibilizado outro setor pelo município para tal atividade, principalmente por ser alta a demanda de trabalho das equipes de Saúde da Família (TE F7, 8, TE M8, TE N9): *“a gente*

não tem suporte aqui pra esse acompanhamento não. Por isso que eu tô dizendo a você, essa família deveria ser acompanhada pelo setor de tuberculose, entendeu? Pra fazer esse rastreio...” (TE F8); “a gente deveria ter mais tempo pra ir nessa busca, ir nos comunicantes (...) Esse tempo fica muito vulnerável pela demanda da unidade, a gente não tem esse tempo todo... (TE N9).

Quando questionados sobre como deveria ser o acompanhamento dos contatos pelos serviços de saúde, os técnicos de enfermagem reafirmaram que as unidades de saúde não possuem estrutura e nem recursos humanos para tal (TE F8, TE M8, TE N9).

Em outros depoimentos, os técnicos de enfermagem do serviço de Referência em Tuberculose mencionaram que é necessário que os profissionais que atuam na atenção básica melhorem as orientações fornecidas para a comunidade (TE A9), ao passo que o acompanhamento das famílias deveria ser mais frequente e priorizado pela equipe (TE B13).

Alguns técnicos de enfermagem relataram que o acompanhamento dos contatos deveria ser ampliado, pois há possibilidade de desenvolvimento da doença nessas pessoas, após doze meses de exposição (TE A10, TE J7, TE I6). Entretanto, em outro depoimento, o técnico de enfermagem refere que o foco de atuação dos profissionais está na pessoa em tratamento, ficando os contatos em segundo plano, principalmente após a primeira investigação:

“A gente dá mais atenção aos pacientes. O contato já fica de segundo plano até porque o paciente, depois ele para de transmitir mesmo. Mas, a atenção mesmo do sistema e da própria equipe aqui é com o paciente. Depois que pediu os exames de todos os contatos e eles passaram pela consulta, foi visto que num tinha a doença, depois não se repete não, mesmo que seja seis meses depois, não se repete. Porque pode ser que eles não estejam na hora e pegue depois, né? Mas não se pede”.

Agentes Comunitários de Saúde

Alguns agentes comunitários de saúde acreditam que o trabalho desenvolvido já é eficaz e suficiente para o controle da TB entre os contatos (ACS A6, ACS C7, ACS D6, ACS E6, ACS J6): “o que está sendo feito hoje é bastante” (ACS C7); “Eu acho que a gente já faz esse trabalho... Esse trabalho de investigação do agente de saúde, analisar na área se tem algum caso e trazer pra unidade, isso acontece...” (ACS E6). Uma das profissionais

complementa “... o único diferencial é se ele tivesse a condição de trazer esse paciente num horário em que os demais pacientes do dia já tivessem se ausentado da unidade” (ACS A6).

Em outros depoimentos, os agentes comunitários de saúde sugeriram a necessidade de melhorar a investigação dos contatos (ACS G9, ACS H6, ACS K6), “... porque, geralmente, quando essas pessoas têm esses sintomas, algumas coisas, é atrelado a um tipo de virose, certo? Esse ‘virose’ parece que virou a palavra do momento...” (ACS B9), pois apenas os sintomáticos respiratórios são examinados (ACS H6), apontando, ainda, que não há agilidade no processo. Outro ACS declarou que médicos especialistas deveriam atender na unidade ou visitar as pessoas com TB e seus contatos no domicílio, “porque eles morrem de vergonha” (ACS I6). Um dos ACSs afirmou que seria interessante a realização de capacitação, treinamentos, reciclagem, para ajudar no processo de investigação e acompanhamento de pessoas com TB e seus contatos (ACS D6).

Um dos agentes comunitários de saúde alertou sobre a necessidade do envolvimento de outros atores no acompanhamento dos contatos, na tentativa de melhorar a prevenção da transmissão para a comunidade, uma vez que nem sempre a pessoa com TB revela todas as pessoas com as quais possui contato; ao mesmo tempo, enfatiza que é imprescindível se expressar delicadamente para que o doente não se sinta discriminado (ACS G8, 9, 10):

“...a gente às vezes fica preocupado nesse sentido, porque as pessoas que convivem com ele, muitas vezes eles não dizem... E daí, no início pode transmitir pra uma outra pessoa.... tem que saber falar uma linguagem que eles entenda... Pra que eles não se sintam, um lixo, no sentido da palavra, tá entendendo? (...) Esse acompanhamento, deveria ser mais profundo, ... porque, as vezes também... tem as dificuldades, com o sistema de saúde... Eu sei que o agente de saúde tem que tá em cima, mas... a comunidade, os amigos, deveriam ter um cuidado maior e que tivesse uma prevenção melhor... Porque ... a gente fazia assim, umas palestras aqui, conversava com a comunidade, se tem uma pessoa, que tem uma tosse de duas semanas ou mais, tem que trazer na unidade, pra fazer uns testes, pra saber como está aquela pessoa, tudo isso, mas, às vezes, é complicado porque o povo não entende e não aceita... Principalmente num bairro que tem muita carência... você sabe que tudo no início é difícil, pra chegar naquele determinado local, pra atender, pra atendimento falta muita coisa, infelizmente. Mas, graças a Deus, esse, até que esse que teve, eu posso dizer que teve um bom resultado, que a família ajudou, nós, a equipe em si e a comunidade também, porque tinha umas pessoas vizinhas que comentaram, que ele confiava, que tinha medo e dizia, ficava falando e não dizia diretamente quem era, mas tentava conscientizar”.

Em síntese, em relação à *Categoria I- Assistência* conclui-se que, uma vez que as entrevistas foram realizadas com profissionais de serviços diversos, em alguns momentos, os

depoimentos foram bastante distintos, refletindo o modo particular de atuação de cada equipe de saúde e de organização do serviço. Foi possível observar que os profissionais que se destacam no atendimento aos contatos de pessoas com TB são enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde. Os técnicos de enfermagem, apesar de contribuírem no acolhimento e assistência às pessoas com TB, pouco participam desse processo, que tem como principal foco a detecção precoce da doença e a prevenção da transmissão para pessoas próximas e à comunidade.

O agente comunitário de saúde exerce papel fundamental no controle da TB, uma vez que este profissional é o elo entre o serviço e a comunidade, assim foi reconhecido seu trabalho, inclusive como elemento facilitador para o controle dos contatos, através da realização da visita domiciliária, do acompanhamento da pessoa em tratamento e da busca ativa de sintomáticos respiratórios e contatos. A visita domiciliária, realizada por outros profissionais da saúde, ocorre em casos específicos, quando o ACS solicita, ou em casos de famílias “difíceis” na adesão às recomendações repassadas, ou no caso de famílias numerosas. Em um depoimento, uma das enfermeiras referiu a dificuldade de realizar a visita domiciliária em sua área de atuação devido à violência urbana e possível impedimento impetrado por pessoas envolvidas com o tráfico de drogas.

Em relação à convocação dos contatos, os profissionais referiram, em sua maioria, que realizam essa ação com os contatos domiciliares, familiares próximos e, em menor quantidade, com as pessoas dos locais de trabalho. Também foi mencionado que, em alguns casos, a pessoa com TB não revela seus contatos por receio de ser discriminado. Também é importante destacar que, para que os contatos compareçam à convocação, alguns profissionais provocam o temor em relação à possibilidade de transmissão e gravidade da doença.

Quando os contatos comparecem ao serviço, ocorre uma consulta com o profissional médico e/ou enfermeiro, que avalia a faixa etária e a sintomatologia; a partir de então são identificadas as necessidades e particularidades. Tendo em vista que o TT não estava disponível para todos, em alguns casos, os profissionais referiram solicitá-lo apenas para as crianças e os idosos e, para os demais, somente na presença de sintomatologia de TB. Para os adultos assintomáticos, alguns médicos mencionaram solicitar a radiografia de tórax, entretanto, uma das enfermeiras referiu solicitar a baciloscopia de escarro para pessoas que não apresentam queixa de tosse, o que de fato dificulta a realização do exame.

Uma das médicas referiu que é feita a busca do contato no período de cinco anos do diagnóstico do caso índice, entretanto, as recomendações da OMS (WHO, 2012) são de

buscar as pessoas que tiveram contato três meses antes do início da sintomatologia até a elucidação diagnóstica.

Em alguns momentos, os profissionais revelaram que a prioridade da atenção é a pessoa com TB e que nos serviços de atenção primária, muitas vezes, não são solicitados os exames de investigação para as formas latente e ativa nos contatos, o que justificaria a atuação do Ambulatório de Referência, em transferir o acompanhamento do doente para as equipes de Saúde da Família, com alguns contatos já examinados.

Todos os profissionais referiram avaliar a situação vacinal em relação à BCG nos contatos e encaminhar para vacinação, quando necessário. É importante destacar que a vacina com BCG é eficaz na prevenção de formas graves da doença, principalmente nas crianças com até 5 anos de idade (Brasil, 2019c).

Em relação às orientações fornecidas para a pessoa com TB e seus contatos, observa-se que ainda são repassadas informações inadequadas, tais como a separação de objetos e utensílios de uso pessoal, além da ampla indicação de uso da máscara cirúrgica em ambiente domiciliar. Em outra situação, colocou-se que, após o início do tratamento para a TB até a sua conclusão, não há mais risco de transmissão, ou este é reduzido. Apesar de ter a função de diminuir o estigma da doença, essa orientação não leva em consideração a exposição dos contatos que ocorreu até o início do tratamento, fazendo inclusive, com que alguns não tenham o interesse em procurar o serviço para realizar os exames investigatórios para a forma latente da doença, principalmente naqueles assintomáticos. Assim, é preciso que esta orientação seja reformulada, pois só há risco diminuído de transmissão quando os exames de controle passam a ser negativados para o *Mycobacterium tuberculosis* (Brasil, 2011, 2019c).

As atividades educativas nas unidades pouco ocorrem; alguns profissionais mencionaram que só são realizadas quando há disponibilidade de tempo, pois a demanda de atendimentos dificulta essa atuação, também apontaram que a comunidade tem pouco interesse em participar, exceto quando há oferta de atrativos. Alguns afirmaram a necessidade de maior veiculação de informações sobre a TB na mídia, para incentivar a busca das pessoas em procurar o serviço.

Assim, também é importante aproveitar o momento em que os contatos comparecem ao serviço para repassar estas informações, da mesma forma que durante as visitas do ACS, em conjunto com outros membros da equipe. Para tal, se faz necessário que os profissionais estejam capacitados para esclarecer as dúvidas da pessoa em tratamento para a TB e seus contatos, além de reafirmar a importância da realização dos exames de investigação, mesmo

na ausência de sintomas, uma vez que, quando estes compreendem e se interessam em realizar o rastreamento, foi apontado como uma das facilidades para o controle dos contatos.

Entre as dificuldades relatadas pelos profissionais para o controle dos contatos estão a resistência das pessoas em tratamento em relação ao seu seguimento, principalmente quando há associação com o uso de álcool e outras drogas, preconceito e não aceitação da doença por parte do doente e seus familiares, ou em casos em que o apoio do núcleo familiar é insuficiente para o enfrentamento do adoecimento e para incentivar o tratamento.

Segundo os profissionais, as dificuldades relacionadas aos contatos referem-se ao baixo interesse em comparecer ao serviço e realizar os exames, à ausência de sintomatologia, às dificuldades financeiras para se locomoverem para realizar os exames, à falta de compreensão da doença e ao fato de trabalharem nos horários de atendimento do serviço.

As dificuldades relacionadas à atuação dos profissionais referem-se ao excesso de trabalho demandado no serviço, ao receio de infectar-se, à fragilidade na atuação do agente comunitário de saúde que exerce seu trabalho em um único turno e que deveria ser aprimorada a interpretação da enfermidade durante a visita domiciliária.

As dificuldades em relação à organização do serviço incidiram sobre: os critérios para solicitar o TT, a demora no agendamento de radiografia de tórax e liberação dos resultados dos exames, insumos e recursos humanos insuficientes, a falta de médico e rotatividade dos profissionais, o fluxo para a realização dos exames e pontos de coleta, além da falta de colaboração dos gestores na resolução dos problemas e a presença de áreas no município sem cobertura pela Estratégia Saúde da Família/PACS.

Em relação a como deveria ser a investigação e acompanhamento dos contatos, alguns profissionais referiram que o atendimento já é eficaz, e que não há necessidade de modificá-lo. Por outro lado, foram referidas sugestões para o aprimoramento da investigação e o acompanhamento dos contatos: que o atendimento seja de responsabilidade de um setor ou pessoa específica ou do Ambulatório de tuberculose, o que de certo modo é contraditório, tendo em vista que, entre as dificuldades relatadas, o maior entrave está na renda insuficiente das famílias para o deslocamento até os serviços para realizarem os exames investigatórios. Outras sugestões referem-se à disponibilização do TT para a investigação de todos os contatos, à maior oferta de locais para a realização dos exames (TT, radiografia de tórax e baciloscopia de escarro) e que a radiografia de tórax para os contatos tenha agendamento mais rápido ou garantido.

Ainda outras sugestões mencionadas foram a necessidade de melhorar as orientações que são fornecidas pelos profissionais; para isso, é fundamental que haja treinamento para

aqueles que atuam mais frequentemente nesse processo. Em outros depoimentos, os profissionais referiram que o acompanhamento dos contatos pode ser aprimorado, pois após a realização dos exames e na presença de resultado negativo, eles não retornam para uma reavaliação, só comparecendo ao serviço quando já apresentam a sintomatologia compatível com a TB.

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

5.1 INFORMAÇÕES SOBRE OS CASOS ÍNDICE DE TUBERCULOSE

Os dados encontrados revelam alguns aspectos que podem ocasionar maior exposição aos contatos e, conseqüentemente, à infecção latente ou ao adoecimento por TB e foram fundamentais para conhecer as características dos casos índice e identificar elementos de vulnerabilidade dos contatos à TB.

O perfil encontrado assemelha-se ao demonstrado em outros estudos, já realizados no Brasil, em que a faixa etária economicamente ativa e aqueles com baixa escolaridade, são os mais afetados pela doença (Araújo et al., 2013; Barros et al., 2015; Cavalcante, Silva, 2013; Hino et al., 2011; Silva et al., 2015). Entretanto, em relação ao sexo, o feminino foi o prevalente, na condição de genitora e, em alguns casos, de avós. O perfil de adoecimento, segundo sexo, encontrado no estudo, difere do padrão nacional, em que o coeficiente de incidência e a proporção de casos novos, respectivamente, são maiores no sexo masculino (50,4/100 mil habitantes; 68,7%), quando comparados ao sexo feminino (22,3/100 mil habitantes; 31,3%) (Brasil, 2019c). No entanto, como só foram incluídos os casos que possuíam contatos com idade até dezoito anos, esse dado pode retratar a importante participação da mulher como cuidadora, que além de ser cultural, é também histórico, apesar das múltiplas atribuições desempenhadas hoje na sociedade.

Em pesquisa desenvolvida no Paquistão se enfatizou a necessidade de expandir o olhar sobre as mulheres nos programas de controle da TB, devido ao papel da mãe na transmissão da doença. Esse estudo foi desenvolvido por Batra e colaboradores (2012), com o objetivo de avaliar a carga de TB infantil em contatos domiciliares de pacientes recém-diagnosticados com a doença, no período de 2008 a 2010. Foram selecionadas 6.613 crianças menores de 15 anos, que eram contatos de pacientes adultos com TB, das quais, 1,8% (121) desenvolveram a doença ativa. O caso índice era do sexo feminino para 66,1% (76) das crianças, sendo a genitora em 41,0% dos casos.

Em decorrência de fatores, como o aumento da expectativa de vida; a inserção das mulheres no mercado de trabalho; a proporção de mulheres chefes de família; as novas configurações familiares (a exemplo: das famílias monoparentais; as famílias recasadas, sem aceitação das crianças por parte do novo cônjuge); a gravidez na adolescência, que acomete principalmente as famílias de baixo nível socioeconômico; genitores usuários de drogas, em

conflito com a lei, portadores de transtornos mentais, falecidos precocemente e até mesmo desempregados, não é raro que as avós venham se tornando figuras fundamentais e participativas no cuidado e na criação dos netos, especialmente, quando estes são pequenos (Cardoso, Brito, 2014; Falcão, 2012; Zanatta, Arpini, 2017). Quando desempenham a função de cuidadoras, em média, as avós o fazem por cerca de seis horas diárias (IBGE, 2011; Zanatta, Arpini, 2017).

Triasih et al. (2015) realizaram pesquisa em uma comunidade urbana da Indonésia, com casos índice de TB e com as crianças que foram identificadas como contato. O estudo teve como objetivo identificar as características associadas ao risco de ILTB ou ao desenvolvimento de TB ativa. Foram investigados 141 casos índice e 269 crianças. As crianças foram acompanhadas por 12 meses; durante esse período, 9,0% (25) desenvolveram TB ativa e 45,0% (121) possuíam a forma latente da TB. Características importantes, relacionadas à transmissão, foram identificadas nesse estudo: o risco de infecção foi significativamente maior se o caso índice fosse do sexo feminino, possuísse resultado de baciloscopia positiva ou dormisse no mesmo quarto que a criança.

Em uma das entrevistas realizadas no presente estudo, foi possível identificar que a avó (caso índice) do contato menor, exercia cuidados diretos a uma das crianças que fez tratamento para ILTB, além de com ela dividir o dormitório, antes do diagnóstico e início do tratamento: *“Eu fiquei muito aperreada porque minha filha dormia com mainha, assim, elas eram mais ligadas né?”* (U5); *“(...) o da minha sobrinha, o PPD deu zero e o da minha filha deu treze (...) Aí, ela foi indicada pra fazer o tratamento preventivo”* (U10).

Ainda em relação ao presente estudo, os casos índice masculinos possuíam menos contatos identificados na faixa etária pesquisada. Uma pesquisa realizada em Londres, com o objetivo de apresentar os indicadores de rastreamento de contato, demonstrou que os contatos de casos índice masculinos tiveram menor probabilidade de serem identificados e avaliados do que os contatos dos casos índice femininos, assim como aqueles com histórico de encarceramento, quando comparados aos que não o tinham, mas o sexo não teve efeito significativo sobre se os contatos avaliados tinham ILTB ou TB ativa (Cavany et al., 2017).

Voltando ao presente estudo, a faixa etária mais acometida foi a de 30 a 59 anos, o que corrobora os perfis de adoecimento por TB já realizados no Brasil e internacionalmente. Os adolescentes e adultos, em geral, quando comparados às crianças, possuem a doença bacteriologicamente infecciosa e com cavidades pulmonares, observadas na radiografia de tórax e, por conseguinte, possuem elevado potencial de transmissão em contextos congregados, como em relação aos agregados familiares (WHO, 2018b).

Houve um caso, no presente estudo, que ocorreu na faixa etária inferior a dezoito anos, na época do adoecimento, a criança possuía nove anos de idade. A responsável pela criança afirmou: “*A gente não sabe de quem ela pegou (O3)*”; de fato, não havia caso conhecido de TB anterior entre os familiares da criança.

Crianças geralmente desenvolvem a doença após contato com um adolescente ou adulto bacilífero, assim, preconiza-se a investigação de todos os seus contatos, independentemente da forma clínica da TB na criança, com a finalidade de se identificar não somente os casos de ILTB, mas, principalmente, o caso fonte, visando interromper a cadeia de transmissão (Brasil, 2018; WHO, 2019). No presente estudo, a criança já frequentava escola e morava em um bairro da cidade considerado endêmico para a doença. Ao consultar o seu prontuário na unidade de saúde, detectou-se que seus contatos menores foram examinados, assim como a genitora que, à época, se encontrava gestante. Também se verificou a realização de visitas domiciliares com frequência, conforme relatado pela enfermeira que acompanhou o caso: “*... a gente teve um caso ano passado, de uma criança de nove anos ou dez anos, (...) a gente ia muito na casa, porque era uma casa que moravam muitas pessoas, e a gente ia conversando né? Pra não transmitir... a mãe grávida...*” (ENF D3).

Ser cuidador de um caso índice de TB tem se mostrado um forte determinante de TB positiva entre os contatos (Htet et al., 2018), o que pode ser explicado pela exposição próxima às gotículas infecciosas expelidas pelos casos índice, sem a devida proteção (Guwatudde et al., 2003). No presente estudo, apesar da conduta correta do profissional, em relação à investigação dos contatos menores e genitora que, naquele momento, encontrava-se gestante, não foi verificada nenhuma atividade na escola em que a criança frequentava, para identificar o potencial caso índice ou, até mesmo, novas crianças com formas latente ou ativa da doença na sala de aula ou a outro caso fonte no ambiente escolar, tendo em vista que não havia pessoa próxima da criança com histórico de TB. Esta situação demonstra vulnerabilidade programática em relação à ausência de medidas preventivas para aqueles que foram expostos fora do ambiente domiciliar do caso índice.

O contato de doentes com TB com crianças em creches e escolas é semelhante à frequência de contato domiciliar (Garcia-Prats et al., 2014). Um estudo realizado na China, em 2018 (Pan et al., 2018), que tinha como objetivo avaliar a relação entre o histórico de exposição à TB e os casos diagnosticados na escola, evidenciou que ter um caso índice na sala de aula aumentou significativamente o risco de colegas de turma contraírem a doença em sua forma ativa. Os autores do estudo citado apontam que maiores esforços na detecção precoce e prevenção da doença deveriam ter sido empregados pelos profissionais e gestores locais, no

intuito de detectar o potencial caso fonte no ambiente escolar ou, ainda, casos futuros de colegas que dividiam a sala de aula com o caso índice, já conhecido (Pan et al., 2018).

Em relação à situação familiar dos casos índice do presente estudo, parte importante das famílias era do tipo tradicional, ou seja, casais compartilhando o domicílio apenas com seus filhos. No entanto, para parcela também importante, o caso índice convivia com familiares sem a presença de companheiro. Além dessas configurações familiares, em menor proporção, verificaram-se casais que dividiam o domicílio com os filhos e outros parentes. Este dado retrata as mudanças que têm ocorrido no país, gradativamente, em relação à diversidade dos arranjos familiares. Segundo dados divulgados pelo IBGE, 51,0% das casas brasileiras já não são compostas por pai, mãe e filhos (IBGE, 2017). O Censo de 2010 registrou 57 milhões de unidades domésticas, das quais, cerca de 50 milhões eram habitadas por duas pessoas ou mais com parentesco. A pesquisa do IBGE também mostrou que existem 4 milhões de domicílios com famílias conviventes, proporção que subiu de 13,9%, em 2001, para 15,4% no ano em que foram coletadas as informações. Além disso, 18,0% são famílias extensas, nas quais, além do núcleo principal, também há outro não parente (IBGE, 2011). No caso dos domicílios visitados no presente estudo, parte importante era habitada por famílias extensas, com pessoas agrupadas com graus diversos de parentesco.

Apesar de a densidade habitacional encontrada ter sido de um cômodo por morador, a média do número de pessoas com quem o caso índice dividia o dormitório foi dois, mas chegou ao valor máximo de cinco. Alguns estudos apontam que compartilhar o dormitório com o caso índice e, ainda, o leito, eleva as chances de infecção por TB (Mandalakas et al., 2017; Triasih et al., 2015).

A maioria dos casos índice que fizeram parte do estudo possuía baixa escolaridade, estavam desempregados, alguns trabalhando de forma autônoma ou informalmente. As ocupações informadas, de modo geral, revelam baixa qualificação para o trabalho, o que evidencia vulnerabilidade individual e social dos contatos, tendo em vista que parcela relevante dos casos índice era também responsável por eles, ou seja, os contatos viviam nas mesmas condições que seus familiares. Destaca-se que o grau de escolaridade influencia a compreensão sobre a doença, que se mostrou inadequada por parte importante dos responsáveis pelos contatos, o que, por sua vez, pode influir na procura aos serviços de saúde para a investigação da doença nesse último grupo.

Essas características, junto com as anteriormente mencionadas decorrem, em última instância, da forma de organização da sociedade e dos processos de produção e reprodução social. Pessoas com determinada renda não ocupam aleatoriamente, nem por desejo, ou

intencionalmente, determinadas posições sociais, mas isso decorre de suas trajetórias de vida moldadas pelo contexto em que vivem, em que as desigualdades sociais e o processo de exclusão social são a regra (Barata, 2005). Tal processo pode influenciar negativamente na busca e compreensão de informações acerca da doença e sua prevenção, além de determinar os modos de vida e de trabalho e o acesso às necessidades para a manutenção da vida com dignidade (Bowkalovsky, Bertolozzi, 2010). Há que se considerar que tais processos determinam vulnerabilidades, principalmente as relativas à dimensão individual e social dos contatos em relação à TB, mas também a dimensão programática, a exemplo do que se vivencia no presente momento, em que os serviços de saúde pública sofrem as decorrências do desmantelamento do SUS, com o congelamento dos gastos para a saúde no período de 20 anos através da promulgação da Emenda Constitucional Nº 95 de 2016 (Brasil, 2016).

Ainda no que se refere às características dos casos índice, o ato de fumar cigarros diariamente foi relatado por 34,8% (8). O tabagismo passivo foi considerado fator de risco para o adoecimento por TB entre contatos domiciliares investigados, em estudo realizado em Mianmar (Htet et al., 2018), o que pode ser considerado elemento de vulnerabilidade individual à TB, principalmente nos contatos domiciliares menores. Em menor proporção foram citados o consumo diário de álcool e outras drogas ilícitas, os quais, conhecidamente podem contribuir para o abandono do tratamento.

O abandono ao tratamento da TB esteve presente no tipo de entrada do caso índice (reingresso após abandono), assim como em seis casos incluídos no estudo, os quais foram encerrados sem completar a terapêutica indicada (situação conhecida pelos profissionais que acompanharam o tratamento). A interrupção do tratamento pode induzir à resistência medicamentosa, e contribui para a manutenção da cadeia de transmissão da doença, o que favorece à maior exposição dos contatos, inclusive às formas resistentes da doença. As causas conhecidas, comumente associadas ao abandono, envolvem condições intrínsecas ao caso índice (uso de álcool e outras drogas, falsa impressão de cura, desconforto causado pela falta de alimento, comorbidades) e condições extrínsecas (modalidade de tratamento aplicado, esquema terapêutico longo, forma de organização dos serviços de saúde, baixa condição socioeconômica, dificuldades de acesso aos serviços, dentre outros) (Couto et al., 2014; Maciel et al., 2009; Silva, Moura, Caldas, 2014; Soares et al., 2017). Em um dos depoimentos, o caso índice, que era o responsável pelos contatos, afirmou ter abandonado o tratamento, pois os medicamentos sempre chegavam com atraso na unidade de Saúde da Família (G7). Há que se apontar que esse é um elemento de vulnerabilidade programática e

que acaba por repercutir nos contatos, uma vez que, nesse caso, o abandono levou a exposição à doença no domicílio.

A maioria dos casos índice do estudo foram diagnosticados pelo Ambulatório de Referência em Tuberculose, enquanto as Unidades Básicas de Saúde da Família foram responsáveis pelo diagnóstico de apenas um caso, o que pode ser justificado pois no município de Campina Grande, a Vigilância Epidemiológica preconiza que todos os casos suspeitos da doença sejam encaminhados ao Serviço de Referência para a elucidação diagnóstica. Da mesma forma, os casos diagnosticados pelos hospitais, unidades de pronto atendimento 24h e consultórios particulares, mesmo após a confirmação do diagnóstico, foram encaminhados primeiramente ao Ambulatório de Referência, conforme verificado nos prontuários, para depois serem transferidos para a unidade básica de saúde mais próxima ao domicílio da pessoa com TB.

Conforme observado nos resultados, o serviço que mais acompanhou os casos índice do estudo foram as ESFs, o que vai de encontro ao processo de hierarquização da saúde, com responsabilização do controle da TB como competência da Atenção Primária em Saúde (APS), favorecendo o acesso e a assistência às pessoas com a doença e a seus familiares (Cardozo-Gonzales et al., 2011), apesar de no município, não ser prioritário o diagnóstico da TB pelas equipes da APS. No âmbito da APS há que se reconhecer que as equipes de Saúde da Família ocupam uma posição privilegiada, uma vez que atuam com uma população adscrita, conhecem os indivíduos e seus familiares, são responsáveis por identificar problemas e áreas de risco no território de abrangência, buscam reconhecer as necessidades de saúde das pessoas de sua área, planejam e executam ações educativas e prestam atenção integral às famílias (Escorel et al., 2007; Maciel et al., 2009; Trigueiro et al., 2013). No caso da TB, esses serviços devem estar aptos para o reconhecimento de sinais e sintomas da doença na comunidade, diagnosticar e tratar a doença, realizar a busca ativa e passiva de casos, proceder à investigação da situação vacinal com BCG, sobretudo em menores de cinco anos de idade, realizar o TDO em local de escolha da pessoa em tratamento e, ainda, se responsabilizar pela prevenção da doença entre os contatos, sobretudo os domiciliares (Brasil, 2011b).

Em relação à modalidade de tratamento realizada verificou-se, no presente estudo, baixa adesão ao tratamento diretamente observado nos serviços da APS, com priorização da modalidade autoadministrada, tendo-se verificado a retirada dos medicamentos nas unidades de saúde, em sua maioria, a cada trinta dias. Já os que realizaram acompanhamento no Serviço de Referência em Tuberculose, todos foram indicados à modalidade supervisionada, com idas ao serviço de, no mínimo, três vezes por semana, assim, a situação mencionada se

configura como elemento de vulnerabilidade programática à TB, que incide nos contatos, uma vez que a modalidade escolhida não vai de encontro às recomendações do MS, com repercussões no controle dos contatos (Brasil, 2011a, 2019c).

É possível verificar, no depoimento de uma das profissionais, as dificuldades na transferência dos casos para o acompanhamento pelos serviços de APS: “*E quando transfere pras unidades é muito problema, a maioria abandona o tratamento, porque leva pra trinta dias e elas esquecem daquele paciente né? Elas querem se ver livre (...)*” (TE A4). Apesar da modalidade de escolha ser a autoadministrada, é possível identificar que os profissionais consideraram como facilidade para o controle da doença o fato de os medicamentos estarem à disposição das pessoas em tratamento nas unidades mais próximas do domicílio, tendo em vista as dificuldades financeiras que apresentam para se locomoverem até a unidade de saúde, pois necessitam de transporte.

Segundo o MS (2019c), o TDO deve ser oferecido a todas as pessoas diagnosticadas com TB. Nessa modalidade, a tomada medicamentosa deve ser realizada sob a supervisão de um profissional de saúde, idealmente, todos os dias da semana. É uma ferramenta utilizada para promover a adesão com vistas a reduzir o risco de transmissão da doença, contribuindo, assim, para o seu controle. Durante o acompanhamento, nessa modalidade, há potencial para a formação de vínculo entre o profissional-paciente-família; quando ocorre no domicílio também possibilita aproximação ao contexto social em que vive a pessoa em tratamento; e compreender possíveis elementos que podem comprometer a adesão; além de facilitar o acompanhamento dos contatos. Para facilitar o acesso ao cuidado, o TDO deve ser ofertado de forma descentralizada; assim, a presença das equipes de SF na comunidade facilita essa abordagem, principalmente por reduzir os gastos com deslocamento a serviços mais distantes (Brasil, 2019c; Cecílio, Marcon, 2016). Conforme recomendação do MS, nos regimes sem TDO, o retorno aos serviços deve ser o mais breve possível, para a identificação de eventuais dificuldades, esclarecimento de dúvidas e diminuir a chance de abandono. Dessa forma, se faz necessário que a gestão local pactue, junto aos profissionais que atuam na APS, alternativas para melhorar a adesão ao TDO e, quando não for possível, tentar reduzir os dias de entrega de medicamentos, evitando que as pessoas fiquem muito tempo sem serem acompanhadas pelos profissionais.

Outra situação observada foi que, mesmo para aqueles tratados na modalidade supervisionada, a quantidade de doses da maioria que se tinha registro, foi inferior ao preconizado pelo MS, que são 72 doses, sendo 24 doses na fase intensiva (dois primeiros meses) e 48 doses (quatro meses subsequentes) na fase de manutenção (em casos de

tratamento padronizado por seis meses) (Brasil, 2019c). Também verificou-se a necessidade de melhorar os registros dos profissionais em relação ao TDO, uma vez que, nos documentos consultados não havia informações suficientes, nem a contabilização das doses supervisionadas. Tal situação pode decorrer da falta de um instrumento de registro padronizado para uso pelas equipes da APS.

Um estudo que tinha por objetivo conhecer a opinião de profissionais médicos e enfermeiros que atuam na APS apontou que a falta de tempo para realizar o TDO era a maior dificuldade encontrada, pois o enfermeiro encontrava-se sobrecarregado de atividades, o médico não conseguia atender todas as demandas e, algumas equipes não dispunham de agentes comunitários de saúde suficientes para colaborar na supervisão (Cecílio, Marcon, 2016).

Apesar do MS recomendar a indicação de TDO a todos os pacientes, nesse mesmo estudo mencionado anteriormente, alguns profissionais questionaram a observação diária da tomada medicamentosa, justificando que há pacientes que não necessitam ser acompanhados nessa modalidade, da mesma forma que os recursos humanos limitados impossibilitavam a utilização dessa estratégia (Cecílio, Marcon, 2016). Em outro estudo realizado no Rio de Janeiro, aponta-se que os pacientes se sentem submissos ou punidos pela irresponsabilidade de outrem, não aceitando a imposição que subjaz a essa modalidade de tratamento (Cruz et al., 2012), da mesma forma que algumas pessoas não aceitam essa modalidade devido ao receio de serem discriminadas (Cecílio, Marcon, 2016).

Ainda em relação à incompletude das informações foi possível observar a quantidade de registros ignorados em relação aos resultados das baciloscopias de escarro referentes ao acompanhamento dos casos. É a partir da baciloscopia de escarro de controle que se confirma a eficácia do esquema terapêutico, assim como a avaliação de risco para os contatos em caso de persistência da carga bacilar (Brasil, 2019c). Assim, quando essas informações não são preenchidas não é possível analisar e interpretar os dados corretamente e, conseqüentemente, há fragilidade na prevenção, vigilância e assistência à saúde, o que se configura como elemento de vulnerabilidade programática, também com repercussão sobre os contatos.

Os resultados das baciloscopias também são utilizados como um dos critérios para que a pessoa em tratamento receba alta por cura. Assim, se faz necessária a apresentação de duas baciloscopias negativas, sendo uma em qualquer mês de acompanhamento e, outra, ao final do tratamento (5º ou 6º mês). Em casos em que haja necessidade de ampliar o tempo de tratamento, são considerados os dois últimos meses (Brasil, 2019c).

Registros ignorados também foram encontrados na situação de encerramento dos casos. A maioria dessas informações foi obtida durante as entrevistas, principalmente quando este era o caso índice, sendo posteriormente conferidas no ano de 2019, quando novamente foi disponibilizado o banco de dados, com os casos devidamente encerrados. É importante destacar que se recomenda que os casos de tuberculose, tratados com o esquema básico (duração de seis meses), sejam encerrados no sistema em até nove meses após a finalização do tratamento (Brasil, 2019c). No presente estudo, o banco de dados do Sinan foi captado no ano de 2018 e ainda existiam lacunas no preenchimento do encerramento.

Esses fatos podem se justificar, em parte, pela saída da gestora anterior do Programa de Controle da Tuberculose do Município, o que ocasionou ausência de um coordenador por alguns meses. Outros aspectos a serem considerados são a realização de um re-mapeamento do território de algumas unidades de saúde, que provocou a perda de documentos, além da rotatividade dos profissionais que realizam o acompanhamento dos casos. A situação mencionada é considerada como elemento de vulnerabilidade programática que também pode incidir sobre os contatos, tendo em vista que enfraquece o controle da enfermidade, assim como a assistência recebida.

Assim, a análise das características sociodemográficas e epidemiológicas dos casos índice mostrou elementos de vulnerabilidade individual, social e programática dos contatos em relação à tuberculose.

5.2 ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE À TUBERCULOSE NOS CONTATOS DE PESSOAS COM TUBERCULOSE

A mediana de contatos do presente estudo foi 2 (dois), porém, foi calculada baseando-se na faixa etária dos contatos, ou seja, refere-se apenas aos contatos com idade até 18 anos. Em estudos realizados na China, a média de contatos encontrada foi de 2 a 3 contatos por caso índice (Jiang et al., 2018; Jia et al., 2014; Qin et al., 2008), entretanto, pesquisas de outros países relataram 5 a 12 contatos por caso índice (Izumi et al., 2017; Hirsch-Moverman et al., 2015; Angers et al., 2012; Denholm et al., 2012).

A maioria dos contatos do presente estudo eram familiares, enquanto os contatos não familiares foram negligenciados e dificilmente poderiam ser investigados devido à privacidade dos pacientes ou ao medo de discriminação. Um estudo realizado com contatos de

peessoas com TB pulmonar demonstrou que a grande proporção de infecções entre crianças e jovens adultos pode ter sido o resultado da exposição domiciliar (Zelner et al., 2014a), além de outros trabalhos que apontam o contato domiciliar como fator de risco para o adoecimento (Mandalakas et al., 2018; Gounder et al., 2015).

Considerando que os contatos, em sua maioria, se concentravam na faixa etária de 0 a 14 anos e dependiam dos responsáveis para a prestação dos cuidados e comparecimento aos serviços de saúde, e que em algumas situações o responsável adulto (na maioria das vezes era o genitor ou os avós) normalmente associado ao cuidado, já se encontrava fragilizado pela doença, esse fato sugere vulnerabilidade individual e social dos contatos.

Alguns estudos apontam que os contatos mais propensos a desenvolver TB possuem idade igual ou inferior a cinco anos (Mandalakas et al., 2018; Gounder et al., 2015). No presente estudo, em relação ao parentesco, a maioria dos contatos eram filhos do caso índice, corroborando outros estudos já realizados no Brasil e na África do Sul (Kigozi et al., 2018; Gazetta et al., 2006). Estudos que investigaram contatos que adoeceram por TB revelam que a maioria concentrava-se nos cônjuges e irmãos dos casos índice (Kim et al., 2018; Jia et al., 2014).

Os dados obtidos nas entrevistas com os responsáveis pelos contatos revelaram elementos de vulnerabilidade programática: falha na convocação para a consulta ou avaliação clínica de alguns contatos; a não solicitação de exames para os contatos, quando estes foram levados pelos responsáveis para consulta/avaliação; ausência de consultas mensais para os contatos que realizaram tratamento preventivo para ILTB; ausência de visitas domiciliárias à pessoa com TB e seus familiares e quando esta ocorreu, o não questionamento sobre a presença de sintomas de TB nos contatos.

Um estudo realizado em um município de Minas Gerais, nos anos de 2014 e 2015, apontou resultados semelhantes aos encontrados na avaliação das atividades preventivas no presente estudo; assim, foi observado que 77,8% dos contatos foram convocados para exames, dos quais 55,6% foram examinados e apenas 66,7% receberam visita domiciliária. Em relação ao esclarecimento de dúvidas sobre a doença, só exerceram esta atividade 37,8% dos participantes (Andrade et al., 2017).

As etapas que devem ser desenvolvidas na avaliação dos contatos, conforme descritas no “Manual de recomendações para o controle da tuberculose”, publicado pelo MS são: 1. convite para os contatos comparecerem à unidade de saúde para serem avaliados; 2. entrevista e avaliação dos contatos, realizada pela equipe de saúde; 3. realização da prova tuberculínica, e se menor ou igual a 5mm, solicitar nova prova tuberculínica após 8 semanas; 4. Em caso de

conversão da prova tuberculínica, ou PPD maior que 5mm na investigação inicial, deve ser solicitada radiografia de tórax e; 5. Em caso de alteração, prescrição de tratamento para a ILTB ou, se for o caso, para a TB ativa (Brasil, 2011a, 2018b).

Desta forma, quando há falhas na convocação realizada pelos profissionais, os contatos não entram no fluxo indicado pelo MS, o que teoricamente impossibilitaria a solicitação e realização de exames para a investigação da doença ativa ou latente e, conseqüentemente, a prescrição de tratamento de acordo com a situação encontrada. Este fato é considerado uma oportunidade perdida na prevenção da doença entre aqueles com ILTB e na detecção precoce de casos ativos.

Um trabalho realizado no Brasil por Oliveira et al. (2015), em Minas Gerais, com crianças menores de 15 anos, teve o objetivo de verificar se as etapas de investigação de contatos dos casos índice de TB pulmonar estavam sendo cumpridas pelos profissionais de saúde que atuavam nos serviços de saúde. No estudo citado, foram identificados 21 casos de TB pulmonar ativa e 43 contatos. Ao serem analisadas as etapas de investigação, os autores destacam que 44,2% dos contatos não receberam convite para comparecer ao serviço de saúde; 65,1% não foram entrevistados pela equipe de saúde; e 79,1% não realizaram prova tuberculínica. Os autores desse trabalho também destacam que o convite para os contatos comparecerem ao serviço de saúde esteve associado apenas ao número de cômodos da moradia, com predomínio para aqueles com menor número de cômodos (76,9%) (Oliveira et al., 2015).

No presente estudo, quando convocados, alguns dos contatos não foram levados pelos responsáveis para avaliação, o que sugere vulnerabilidade individual e social dos contatos pois, além de dependerem de um adulto para levá-los até o serviço de saúde, este deveria ter a compreensão da importância dessa ação, fato este que pode ter sido prejudicado pela baixa escolaridade e, dificuldade de acesso às informações sobre a doença ou aos serviços de saúde. Também se verificou, em alguns casos, o medo dos contatos em relação aos procedimentos para a inoculação do PPD, conforme demonstrado nos resultados qualitativos que serão discutidos posteriormente.

Alguns contatos convocados foram levados pelos responsáveis para avaliação, no entanto, nenhum exame foi solicitado pelos profissionais, possivelmente pela ausência de sintomatologia e/ou desconhecimento do fluxograma de controle de contatos do MS (Brasil, 2011a). Um estudo realizado na China, em 2014, detectou TB pulmonar ativa entre 2,7% (92) dos contatos domiciliares avaliados, e 50% (46) destes eram assintomáticos (Jia et al., 2014). De acordo com o fluxograma recomendado pelo MS, contatos domiciliares sintomáticos e

assintomáticos devem ser investigados, porém, com exames diferentes (Brasil, 2019c). Nesse contexto, para que as metas da Estratégia para o Fim da Tuberculose sejam alcançadas, se faz necessário que se amplie o olhar para além da pessoa em tratamento para a TB, visando também a prevenção da doença, da mesma forma que treinamentos com os profissionais de saúde envolvidos na investigação e manejo da ILTB precisam ser realizados, com o intuito de melhorar o indicador de exame dos contatos no Município.

Entre os contatos que concluíram todas as etapas da investigação, dois tiveram indicação de tratamento para ILTB e foram tratados com isoniazida por seis meses (180 doses, calculadas conforme o peso da criança), no entanto, durante esse período, o acompanhamento das crianças submetidas à quimioprofilaxia consistiu apenas na entrega dos medicamentos, a cada trinta dias, conforme mencionado pelos responsáveis. Segundo as recomendações do MS à pessoa em tratamento para ILTB deve ser realizada consulta médica em intervalos regulares de 30 dias, em que será avaliada e estimulada a adesão. Veja-se que, além do monitoramento clínico de efeitos adversos, a realização das provas de função hepática pode ser necessária, após avaliação médica. Aqueles com boa adesão e baixo risco de hepatotoxicidade podem ser consultados com intervalos regulares de até 60 dias (Brasil, 2011a, 2019c).

A visita domiciliária (VD) integra o rol de atividades que compõem a atuação dos profissionais nos serviços de atenção primária. O MS recomenda que, sempre que possível, a VD seja realizada a todos os pacientes com TB, principalmente, em início de tratamento, para melhor compreensão de suas condições de moradia e de seu estilo de vida (Brasil, 2019c). No entanto, alguns responsáveis afirmaram não ter sido visitados pelos profissionais dos serviços (inclusive o ACS) pelos quais foram acompanhados durante o tratamento para a TB, o que pode ser justificado pela presença de áreas sem cobertura pelas ESF ou PACS.

Outro estudo realizado na Paraíba também revelou fragilidades no processo de trabalho da ESF, durante a realização da VD, demonstrando que tal prática não era adotada regularmente, pois apenas 40,2% das unidades de saúde a realizavam (Marcolino et al., 2009). Alguns desafios precisam ser superados para que as potencialidades da VD sejam concretizadas na prática da APS, como a falta de instrumentos e instruções para os profissionais que a realizam, além da cultura institucional de atendimento nos consultórios das unidades e social (violência, distância dos domicílios, precarização das ruas, recusa dos usuários, dificuldades em encontrar as pessoas na moradia) (Clementino, Miranda, 2015; Cunha, Sá, 2013). Também parecem ser fatores limitadores para a participação dos profissionais na VD, o excesso de atribuições, associado à inadequação entre o volume

populacional da área adscrita e os recursos humanos das equipes (Conill, 2008; Romanholi, Cyrino, 2012; Trad, Rocha, 2011).

A VD é realizada junto ao indivíduo em tratamento e sua família, tem o objetivo de oferecer ações para a promoção da saúde, prevenção de agravos, manutenção ou recuperação da saúde das famílias visitadas, além de ser instrumento de diagnóstico local, de planejamento, e permitir maior aproximação dos profissionais em relação às necessidades de saúde da população (Abrahão, Lagrange, 2007; Clementino, Miranda, 2015; Romanholi, Cyrino, 2012). A VD estimula a partilha de experiências e integra o processo de educação em saúde, sendo considerada um momento único para conversar sobre a doença abordando por exemplo, as formas de transmissão, a duração do tratamento, a importância da regularidade na tomada do medicamento, as consequências do abandono do tratamento e possíveis efeitos adversos (Brasil, 2011b), além de constituir oportunidade para avaliar os contatos, principalmente os menores e os faltosos à convocação.

Um estudo realizado na África do Sul (Shapiro et al., 2012) apontou melhores resultados na detecção dos casos de TB entre os contatos, quando a busca ocorreu nos domicílios, quando comparado com uma pesquisa em que os contatos eram encaminhados aos serviços de APS para a avaliação em relação à TB (Mwansa-Kambafwile et al., 2013). Outro estudo, de modelagem, realizado por Dodd et al. (2018) concluiu que a utilização de visitas domiciliárias na investigação dos contatos, aliada à realização de cursos sobre terapia preventiva para TB, poderia reduzir substancialmente a doença na infância e a morte causada pela TB, no âmbito global. Desse modo, seria desejável que a VD fosse implementada como rotina para as famílias com casos de TB, seja para construir vínculos, buscar faltosos e fortalecer a adesão ao tratamento, seja para avaliar os contatos, buscar sintomáticos respiratórios e incentivar a realização dos exames investigatórios para a ILTB e doença ativa nos contatos.

Em alguns casos do presente estudo, conforme mencionado pelos responsáveis, quando visitados pelos profissionais da saúde, não houve questionamento sobre a presença de sintomatologia entre os contatos. Segundo as recomendações do MS, durante a identificação do caso índice, os contatos que apresentarem tosse (de qualquer duração) devem ser investigados como sintomáticos respiratórios (SR) (Brasil, 2019c). O MS também recomenda que, em todas as VD realizadas pelo agente comunitário de saúde ou outro profissional da equipe de saúde (ESF ou PACS), seja incluída a identificação do SR (tosse por três semanas ou mais) estendida à comunidade adscrita (Brasil, 2019c).

Durante o momento da entrevista (realizada no domicílio dos contatos), foram identificadas crianças menores de dois anos que nasceram enquanto o caso índice permanecia em abandono, estas últimas foram vacinadas com BCG e não receberam tratamento profilático. De acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (Brasil, 2011a, 2019c), os recém-nascidos (RN) expostos a casos de TB pulmonar ou laríngea podem ser infectados pelo MTB e desenvolver formas graves da doença. Para esses casos, o RN não deverá ser vacinado com a BCG ao nascer e é recomendada a utilização da isoniazida (H) por três meses; após esse período, recomenda-se realizar a prova tuberculínica. Se o resultado for $\geq 5\text{mm}$, a H deve ser mantida por mais três meses, completando seis meses de tratamento, e o RN não deverá ser vacinado para BCG, pois já apresenta resposta imune ao bacilo da TB (WHO, 2014). Caso o resultado do TT for $< 5\text{mm}$, a H deve ser interrompida e a vacinação para BCG efetuada. Na situação encontrada durante a visita ao caso índice, o RN foi inadvertidamente vacinado, logo, este deveria ter se submetido ao uso de H por seis meses sem indicação de realização do TT (Brasil, 2019c, 2018b).

A situação anteriormente descrita aponta a necessidade de melhorar a investigação de TB entre os adultos que convivem com o RN, antes da vacinação com BCG, assim como capacitar os profissionais que atuam nos serviços de pré-natal, salas de vacina e maternidades sobre a prevenção da TB em crianças pequenas, tendo em vista que estas apresentam maior risco de desenvolver formas graves da doença (por exemplo, a TB disseminada e a meningite por TB) e, quando adoecem, apresentam risco de morte elevado (especialmente as crianças menores de dois anos) (WHO, 2019).

5.2.1 Os depoimentos dos Responsáveis pelos contatos dos casos índice

A análise dos depoimentos dos Responsáveis pelos contatos incluídos nas subcategorias da Categoria I – Processo Saúde-Doença-Cuidado permitiu identificar os seguintes elementos de vulnerabilidade individual, social e programática à TB nos contatos: baixo conhecimento sobre a doença, ausência de informações sobre a doença pelos profissionais da saúde, baixo entendimento em relação à importância da investigação dos contatos, atitudes inadequadas na prevenção da transmissão da doença para os contatos, o não comparecimento às consultas e a não realização de exames solicitados.

Em alguns depoimentos, os responsáveis relataram não ter recebido informações dos profissionais acerca da doença, o que demonstra vulnerabilidade programática. A educação

em saúde continua sendo uma estratégia importante na luta contra a TB. Assim, intervenções educacionais simples para explicar e discutir aspectos da TB, incluindo a forma de transmissão, poderiam ser incorporadas durante as consultas ou VD dos profissionais, com o intuito de tornar as pessoas com TB e seus familiares mais informados e conscientes sobre todos os aspectos da doença, seu tratamento e as medidas que podem ser utilizadas para prevenir a disseminação da TB para outras pessoas no domicílio e na comunidade.

No entanto, para que haja uma abordagem dialogada, com fortalecimento do paciente e sua família, o profissional de saúde precisa estar capacitado para transmitir, não só o conhecimento sobre a doença, mas também confiança e conscientização sobre a importância do tratamento e das medidas de prevenção a serem adotadas. Contudo, no Município estudado há necessidade de se instituir uma política de capacitação permanente das equipes para atenção à TB, o que poderá refletir em aprimoramento da assistência prestada e melhorar o indicador de exame dos contatos.

Visando melhorar a sensibilização dos casos índice quanto à necessidade de rastreio dos contatos domiciliares, Ekwueme, Omotowo e Agwuna (2014) realizaram uma intervenção educativa na Nigéria, que demonstrou eficácia, pois aumentou significativamente o número de contatos que compareceu à unidade de saúde para avaliação, sobretudo, os menores de 10 anos de idade.

No presente estudo, de modo geral, os resultados apontaram que os entrevistados tinham baixo conhecimento sobre a transmissão da doença e medidas preventivas, sendo que alguns afirmaram, inclusive, não conhecer a TB. Alguns estudos constataram que os indivíduos que tinham conhecimento insuficiente em relação à doença tiveram menor probabilidade em adotar medidas preventivas contra a TB e estavam mais propensos a atrasar ou a evitar procurar por atendimento, mesmo na presença de sintomas (Balogun et al., 2019; Obuko et al., 2012; Storla, Yimer, Bjune, 2008).

Uma pesquisa realizada na Nigéria constatou que o bom conhecimento em relação à TB é um preditor de adoção de boas práticas preventivas (Balogun et al., 2019), fato que também foi observado no presente estudo, em que o baixo conhecimento dos participantes pode também estar relacionado aos poucos anos de estudo, o que já foi mencionado anteriormente, e ter contribuído para a precária compreensão em relação à importância da investigação dos contatos. Estudos realizados na África do Sul e Etiópia mostraram que o nível de escolaridade, mais especificamente, a educação superior, influencia positivamente no conhecimento sobre a TB (Naidoo et al., 2016; Tolossa, Medhin, Legesse, 2014). A situação

encontrada no presente estudo demonstra elementos de vulnerabilidade individual e social, os quais incidem nos contatos de pessoas com a doença.

Em relação às formas de transmissão, alguns responsáveis afirmaram que a TB pode ser contraída por meio do contato manual e compartilhamento de objetos utilizados pela pessoa com TB, os quais estariam possivelmente contaminados, o que fez com que uma das atitudes mais utilizadas na prevenção da transmissão da doença tenha sido a separação de utensílios de uso pessoal dos que se encontravam doentes. Estudos realizados no Brasil, Paquistão, Croácia e Etiópia descreveram achados semelhantes (Esmael et al., 2013; Khan et al., 2006; Savicevic et al., 2008; Teixeira, 2016). Representações que revelam compreensão inadequada podem contribuir para a estigmatização de pessoas com TB, com impacto na detecção precoce da doença entre os contatos e comunidade.

Outras atitudes que foram mencionadas em relação à prevenção da transmissão da doença e que podem contribuir para a dimensão individual da vulnerabilidade dos contatos foram: o ato de não tossir apenas quando estavam próximos aos contatos: *“eu não tossia muito em cima deles”* (H3), acreditar que dormir mais distante, porém compartilhar o mesmo dormitório que os contatos iria minimizar a transmissão para eles: *“Dormia no mesmo quarto, mas mais distante”* (H6) e não comparecer aos serviços para avaliação dos contatos, assim como não realizar os exames solicitados pelos profissionais.

A maioria daqueles que relataram medo e preocupação, em relação à possibilidade de transmissão da TB aos contatos menores, os levaram para avaliação e prosseguiram com a investigação, realizando os exames solicitados. No entanto, alguns responsáveis que foram convocados a levar os contatos, relataram não ter comparecido ao serviço de saúde devido aos seguintes motivos: ausência de sintomatologia nos contatos, medo dos contatos com a possibilidade de serem perfurados com a agulha para o TT, e falta de tempo, sendo estes considerados elementos de vulnerabilidade individual e social, que incide no controle dos contatos.

Em relação ao medo decorrente do procedimento para o TT, mencionado pelos responsáveis, é esperado em determinadas fases do desenvolvimento, sendo considerado um meio de proteção adotado pelas pessoas quando se percebem em risco (Schoen, Vitalle, 2012). Um estudo realizado em Minas Gerais, com 605 pessoas na faixa etária de 13 a 18 anos, demonstrou que 41,5% dos participantes referiram “medo de injeção, dos quais 0,2% rejeitaram ser vacinados durante a execução da pesquisa (Viegas et al., 2019).

No caso de adolescente, há situações em que o medo interfere em suas decisões e atividades diárias (Schoen, Vitalle, 2012), ao mesmo tempo em que há uma tendência de

sentimento de independência, o que impulsiona a não valorização das práticas destinadas a prevenção de riscos e agravos e proteção da saúde nesta fase de desenvolvimento (Carvalho, Araújo, 2010). Alguns estudos identificaram que a resistência dos adolescentes à vacinação é considerada fator limitante para o alcance de cobertura vacinal nesse grupo etário (Pereira et al., 2013; Costa, Queiroz, Zeitoune, 2012).

Faz-se necessário que os adolescentes também sejam orientados e encorajados quanto à importância das medidas preventivas para a TB, entre elas, a investigação dos contatos, visto que o conhecimento adquirido possibilita a formação da autonomia dos indivíduos, tornando-os co-responsáveis pela sua saúde, além de criar possibilidades de recriação da própria maneira de ser e de se cuidar (Costa, Queiroz, Zeitoune, 2012).

Por outro lado, pesquisa realizada em Recife/PE, com contatos de pessoas com TB, apontou alguns resultados semelhantes aos do presente estudo: a adesão às consultas para o tratamento profilático de TB foi motivada pelo medo do adoecimento, mais da metade dos entrevistados afirmaram que os profissionais de saúde não explicaram sobre a TB e, entre os que não compareceram às consultas e não realizaram os exames, relataram que não o fizeram por desconhecer a sua necessidade (Teixeira, 2016).

No presente estudo, um dos motivos relatados pelos responsáveis para o não comparecimento às consultas foi a ausência de sintomatologia nos contatos, o que demonstra desconhecimento sobre a importância da investigação, mesmo para os assintomáticos, revelando vulnerabilidade individual e social. Assim, esse achado enfatiza a importância de os profissionais fornecerem informações claras e precisas aos contatos e seus responsáveis sobre o risco contínuo de reativação nos vários anos após a exposição, em caso de presença de ILTB.

Um dos desafios da TB é que o patógeno persiste em estado latente por muitos anos e pode ser reativado a qualquer momento causando a doença ativa. Em países de alta carga da TB, muitos indivíduos são assintomáticos, de tal forma que esperar que essas pessoas adoeçam para a efetivação da procura por atendimento, não é suficiente para reduzir significativamente a transmissão e a incidência da doença (Mao et al., 2014; Willingham et al., 2001; Wood et al., 2007).

Da mesma forma, a TB muitas vezes não é considerada nas crianças, pois a sintomatologia é inespecífica e se sobrepõe a outras doenças comuns da infância e, como resultado, o diagnóstico pode não ser realizado (WHO, 2019). Logo, a prevenção de casos de TB é especialmente importante em locais com recursos limitados, onde o diagnóstico de crianças com TB pode ser particularmente desafiador (Dodd et al., 2018). Neste sentido, uma

das maneiras mais eficazes de identificar crianças com TB, seja latente ou ativa, é a partir das investigações de contato domiciliar, porque aquelas que vivem nos domicílios em que há adultos com TB estão em alto risco de infecção e adoecimento (Fox et al., 2013).

Um estudo realizado com 104 profissionais de saúde de 31 unidades de saúde de um distrito de Botswana, na África, teve como objetivo investigar os fatores que influenciavam os baixos índices de rastreamento de contatos de pacientes com TB em uma área de alta carga da doença. Os autores destacaram fatores relacionados aos profissionais (conhecimento, atitudes e práticas, além da falta de motivação e compromisso), aos doentes (residência distante do serviço de saúde, endereço residencial desconhecido, migração e mudanças frequentes de endereço), e de ordem administrativa (falta de pessoal, falta de transporte, serviços laboratoriais precários) (Tlale et al., 2016).

É importante destacar que os comportamentos e atitudes não são decididos apenas pelo conhecimento, mas incluem a posição social dos indivíduos, suas condições de vida e trabalho, estigma, gênero, grau de consciência e possibilidades de fortalecimento, logo, a partir de tal compreensão, é possível projetar intervenções mais abrangentes, com o intuito de atender às necessidades das pessoas (Bertolozzi, Scatena, França, 2015; Hoa, Chuc, Thorson, 2009; Meyer et al., 2006; Tomm-Bonde, 2012).

A análise dos depoimentos dos Responsáveis pelos contatos, que perfazem as subcategorias da Categoria II - Assistência, permitiu identificar os seguintes elementos de vulnerabilidade individual, social e programática: orientações inadequadas e incorretas sobre a prevenção da doença; ausência de orientações para a prevenção da doença; solicitação de exames inadequados; não solicitação de exames para os contatos, inclusive para os menores; dificuldade de acesso aos serviços; escassez de TT para a investigação dos contatos; ausência de acompanhamento dos que tiveram indicação de tratamento preventivo; presença de sintomatologia nos contatos como fator determinante para a procura aos serviços e convocação pelos profissionais.

A partir dos discursos dos responsáveis, aparentemente, há desconhecimento dos profissionais de saúde acerca do fluxograma de avaliação dos contatos, recomendado pelo MS. De acordo com as orientações do PNCT (Brasil, 2011a, 2019c), os contatos de pessoas com TB, mesmo que assintomáticos, devem ser avaliados pelos profissionais, com posterior solicitação de exames para a investigação de ILTB ou doença ativa. A depender das situações particulares de cada indivíduo, devem ser priorizadas as crianças, sobretudo as menores de cinco anos. A nenhum dos contatos, com idade maior que 10 anos, com prova tuberculínica

menor que 5 mm, foi indicado repetir o exame após 8 semanas conforme recomenda o fluxograma de avaliação dos contatos.

Em alguns depoimentos, os contatos revelaram que exames inadequados foram solicitados para a investigação, a exemplo da solicitação isolada de um hemograma completo (sem solicitação de outro exame recomendado para a investigação de ILTB) e baciloscopia de escarro para uma gestante assintomática para TB. Em outras situações, conforme o depoimento de umas das responsáveis entrevistadas, verificou-se que a iniciativa em relação à solicitação de exames para os contatos, partiu dela, o que demonstra a importância da participação do usuário nas decisões sobre o seu processo saúde-doença. Em outras situações, mesmo com a presença de crianças no domicílio, não foi feita a sua avaliação e, conseqüentemente, exames para a investigação de ILTB não foram solicitados. Tais fatores se constituem em elementos de vulnerabilidade programática, por demonstrar que alguns profissionais envolvidos na assistência às pessoas com TB e seus familiares parecem não estar capacitados para atuar na prevenção da doença.

Outra situação de vulnerabilidade programática encontrada foi a ausência de informações repassadas às pessoas com TB e seus familiares, conforme já explicitado na Categoria 1 – Processo Saúde-Doença-Cuidado. Quando questionados sobre as orientações que foram recebidas dos profissionais, observou-se que algumas delas eram inadequadas e incorretas, a exemplo da separação de objetos de uso pessoal do indivíduo em tratamento para a TB, como forma de prevenir a transmissão da doença nos contatos domiciliares e a indicação de uso de máscara cirúrgica no domicílio, fatos que tiveram impacto em relação às atitudes e procedimentos adotados pelos responsáveis, conforme já mencionado anteriormente.

Importante esclarecer que a transmissão da TB se faz por via respiratória, por meio da inalação de aerossóis produzidos pela tosse, fala ou espirro de um doente com TB ativa pulmonar ou laríngea. Neste sentido, os bacilos que se depositam em roupas, lençóis, copos e outros objetos dificilmente se dispersam em aerossóis e, por isso, não têm papel na transmissão da doença (Brasil, 2014a, 2019c). O MTB é sensível à luz solar e a circulação de ar possibilita a dispersão de partículas infectantes (Veronesi, Focacia, 2015). Com isso, ambientes ventilados e com luz natural direta diminuem o risco de transmissão (Brasil, 2019c; Veronesi, Focacia, 2015); apesar disso, poucos contatos referiram ter sido orientados quanto a importância da ventilação para diminuir a transmissão da doença, principalmente, no ambiente domiciliar.

Outra informação, que foi amplamente relatada pelos responsáveis, foi de que a partir do momento que a pessoa com a doença, tenha iniciado tratamento para a TB ou após 15 dias de uso correto dos tuberculostáticos, não haveria mais risco de contaminação para os contatos. É provável que tal orientação e concepção reduza a motivação para os contatos comparecerem aos serviços para consulta e prosseguirem com a realização de exames.

De fato, com o início do tratamento, a transmissão do MTB tende a diminuir gradativamente e, em geral, após 15 dias, ela encontra-se muito reduzida (WHO, 2019). No entanto, o risco de transmissão da TB perdura enquanto o paciente eliminar bacilos no escarro, neste sentido, as medidas de controle da infecção devem ser mantidas até que seja confirmada a negatificação ou que sejam encontrados bacilos não viáveis, a partir da realização de baciloscopia de escarro ou outro método de pesquisa bacteriológica (Brasil, 2011a, 2014b, 2019c). No caso dos contatos domiciliares, a exposição anterior ao início do tratamento já ocorreu, motivo pelo qual se faz necessária a investigação de infecção pelo MTB ou sinais de doença ativa.

Um estudo realizado no Vietnã (Fox et al., 2015) identificou que um terço dos contatos acreditava que não estavam mais em risco, considerando-se que o indivíduo com TB, no domicílio compartilhado, havia completado o tratamento; também identificou que um quarto acreditava que um teste negativo inicial foi suficiente para excluir a doença subsequente. Os autores acreditam que estes conceitos errôneos sobre a história natural da TB provavelmente afetam a frequência de acompanhamento dos contatos. Desse modo, para que as investigações de contato possam atingir bons percentuais no rastreamento, estes devem ser informados sobre o risco de desenvolvimento da doença.

Outra informação relatada como tendo sido repassada pelos profissionais, no presente estudo, foi evitar tossir próximo das crianças. A tosse persistente, seja seca ou produtiva, faz parte da sintomatologia da TB; os bacilos eliminados podem permanecer suspensos no ar, em ambientes com pouca ventilação, por aproximadamente 5 a 12 horas, ou seja, o fato isolado de não tossir próximo das pessoas não previne a transmissão da doença aos contatos. Assim, de acordo com o *Guideline* de Controle da infecção pelo MTB (WHO, 2019), todas as pessoas com TB, enquanto eliminarem bacilos viáveis devem ser orientadas a utilizar medidas de higiene respiratória (incluindo a etiqueta da tosse) para reduzir a dispersão de partículas infecciosas potencialmente encontradas nas secreções respiratórias.

As medidas de higiene respiratória são definidas como a prática de cobrir a boca e o nariz durante a respiração, tosse ou espirro (por exemplo, utilizar a máscara cirúrgica/tecido ou utilizar a etiqueta de tosse, que consiste em cobrir a boca com tecidos, manga da blusa ou

utilizar o cotovelo/mão flexionados, seguida de higienização das mãos) para reduzir a dispersão de secreções respiratórias no ar que podem conter bacilos de MTB (WHO, 2019).

Embora a máscara cirúrgica tenha sido amplamente indicada pelos profissionais do presente estudo, as recomendações do MS para o controle da infecção pelo MTB no domicílio e outros ambientes consistem principalmente em orientar sobre a necessidade de manter a ventilação adequada nos cômodos da moradia/trabalho e uso da etiqueta de tosse. O uso da máscara deve ser oferecido de maneira cautelosa com vistas a reduzir a estigmatização da pessoa com TB.

Desse modo, à pessoa com TB deve-se ofertar a máscara enquanto este permanecer nos serviços de saúde. Procedimento esse, descontinuado, assim que ocorrer a negatização da carga bacilar na progressão do tratamento (Brasil, 2019c). Entretanto, os profissionais de saúde do estudo, priorizaram a indicação da máscara cirúrgica como medida para prevenir a transmissão da TB, enquanto que a etiqueta de tosse, não foi referida por nenhum responsável como uma das formas utilizadas para prevenir a transmissão da TB aos contatos, principalmente no domicílio.

Destaca-se que, apesar da utilização dessas medidas, até a pessoa com TB receber o diagnóstico, a exposição ao MTB já pode ter ocorrido principalmente aos contatos domiciliares. Conforme apresentado nos resultados, apenas 28,3% (13) dos contatos foram expostos aos casos índice por um período inferior a trinta dias, até o início do tratamento. Os demais conviveram com o caso índice sem o diagnóstico da TB e, conseqüentemente, sem uso dos medicamentos por mais de trinta dias, o que demonstra a importância de avaliar os contatos e proceder com a investigação da ILTB ou TB ativa, mesmo para os contatos assintomáticos.

Um estudo desenvolvido na Índia, por Shivaramakrishna et al. (2014), com o objetivo de determinar a proporção de contatos domiciliares, menores de 6 anos, de pacientes diagnosticados com TB bacilífera, que iniciaram e completaram o tratamento preventivo com isoniazida, encontrou os seguintes resultados: de janeiro a junho de 2012, foram detectadas 271 crianças que viviam com 691 pacientes índice de TB; 80% (218) realizaram avaliação e 4,1% (9) foram diagnosticadas com TB. Dos 209 contatos restantes, 70 (33,5%) iniciaram tratamento com isoniazida e 16 (22,9%) completaram o esquema padronizado. Dos 139 contatos que não iniciaram a terapia preventiva, cinco (3,6%) desenvolveram TB. Entre as razões para o não início da quimioprofilaxia estão a não realização de visita domiciliária (19%) e a ausência de informações sobre a isoniazida (61%). Os fatores que levaram à não

realização da prevenção medicamentosa incluíram a falta do medicamento (52%) e a longa duração do tratamento (28%).

A prova tuberculínica é um teste diagnóstico que se baseia em uma reação de hipersensibilidade cutânea após a aplicação do PPD por via intradérmica. A leitura do teste é realizada 48 a 72 horas após a aplicação, podendo esse período ser estendido até 96 horas (Brasil, 2011a, 2014b). É importante destacar que um resultado positivo à prova tuberculínica não diagnostica a TB ativa, mas indica que o indivíduo foi infectado pelo MTB em algum momento de sua vida (Brasil, 2011a, 2014b); nesse caso, a pessoa deve ser examinada por um médico para ser descartada a TB ativa e, se necessário, indicar o tratamento para a ILTB. O TT é o exame mais importante para o diagnóstico da ILTB no Brasil (Brasil, 2014b), entretanto, no discurso de alguns responsáveis e dos profissionais da saúde, foi relatada a escassez ou a falta do PPD, o que dificultou a oferta do TT para examinar os contatos no Município estudado.

Em junho de 2014 foi publicado pelo PNCT o Ofício Circular 25/CGPNCT/DEVIT/SVS/MS, que informa sobre as dificuldades do MS na aquisição do PPD (Brasil, 2014c). Em setembro de 2014, o PNCT publicou a Nota Técnica 04/2014/CGPNCT/DEVIT/SVS/MS, que teve a finalidade de informar as recomendações para o controle de contatos e para o tratamento da ILTB na indisponibilidade transitória do Derivado Protéico Purificado (PPD). Nessa Nota Técnica, a coordenação do PNCT informou que ainda não havia previsão para o abastecimento da rede com o PPD, reconheceu a importância do TT para o diagnóstico da ILTB e para o controle de contatos de pessoas com TB e orientou que, mesmo na ausência do insumo, a investigação dos contatos não deveria ser negligenciada (Brasil, 2014d).

Para tal, fez as seguintes recomendações: proceder com a avaliação clínica e radiológica de todos os contatos na ausência de PPD; após exclusão da TB, os contatos assintomáticos com idade igual ou menor que 15 anos devem ser tratados para a ILTB com prioridade para as crianças menores de 5 anos. Já para os contatos maiores de 15 anos assintomáticos, deveria se avaliar individualmente a necessidade de quimioprofilaxia com isoniazida, considerando o grau de exposição, as comorbidades, os riscos e os benefícios. O documento é finalizado com a seguinte orientação: “na disponibilidade de PPD dar prioridade às seguintes situações, nessa ordem: diagnóstico de TB em menores de 10 anos, avaliação de contatos menores de 15 anos e pessoas que vivem com HIV/Aids” (NOTA TÉCNICA Nº 04/2014/CGPNCT/DEVIT/SVS/MS). A escassez de TT no Brasil e, conseqüentemente, no Município estudado, enfraqueceu o controle de contatos, sendo considerado um elemento de

vulnerabilidade programática, que incide nesse grupo. Ainda em 2018, ano em que foi feita a coleta de dados do presente estudo, os profissionais de saúde do Município enfrentavam dificuldades na solicitação do TT para os contatos, conforme apresentado nos depoimentos que constam no capítulo *Resultados*.

Uma das responsáveis referiu que teve dificuldade de comparecer ao serviço com suas filhas para avaliação, por residir em uma área da cidade em que só havia atendimento médico na sexta-feira pela manhã, horário em que também realizava hemodiálise. Consequentemente, os contatos não foram avaliados e nem realizaram os exames de investigação. Essa situação apresenta elementos de vulnerabilidade individual, social e programática, que incide nos contatos.

5.2.3 Os depoimentos dos Profissionais de Saúde

Para que a equipe de saúde possa promover atividades educativas com mobilização da comunidade, fornecendo informações corretas e seguras, é imprescindível que todos os profissionais, inclusive a equipe de recepção, recebam treinamento constante (Cecílio, Higarashi, Marcon, 2015). Foi possível observar que a maioria dos profissionais referiram ter realizado treinamento sobre TB, mas que este aconteceu em cinco anos ou mais, a exceção da categoria médica.

Em relação à análise dos depoimentos dos profissionais da saúde nas subcategorias da Categoria I - Assistência permitiu identificar os seguintes elementos de vulnerabilidade individual, social e programática:

- Individual e Social: baixo poder aquisitivo para locomover-se para outros serviços distantes do domicílio e realizarem os exames; horário de funcionamento dos serviços restringe o comparecimento dos contatos que trabalham; os homens possuem maior resistência em comparecer ao serviço para avaliação; pessoas que usam álcool e outras drogas e não comparecem quando são convocados; baixo conhecimento sobre a doença e o escasso entendimento sobre a necessidade de avaliar os contatos; habitação em áreas sem cobertura pelas UBSF ou PACS; violência em algumas áreas habitadas impede a atuação de profissionais; estigma da doença; familiares de população privada de liberdade.

- Programática: solicitação de exames inadequados; presença de sintomas como critério para convocação; considerar a ausência de vacinação com BCG como único critério para convocar os contatos; visita domiciliária apenas em situações específicas; restrição para solicitar o TT; demora no agendamento de radiografia de tórax e entrega de resultados; fornecimento de orientações inadequadas; ausência de atividades educativas; escassos serviços para a realização de exames; fragilidade na atuação dos agentes comunitários de saúde; pouca colaboração dos gestores na resolução de situações.

Observa-se que os seguintes elementos de vulnerabilidade, identificados nos discursos dos profissionais, também foram encontrados nos depoimentos dos responsáveis e, assim, já foram discutidos: o baixo conhecimento sobre a doença e o limitado entendimento sobre a necessidade de avaliar os contatos, a solicitação de exames inadequados, convocar e avaliar apenas os sintomáticos, VD à pessoa com TB e sua família apenas em situações específicas, restrição para solicitar o TT, fornecimento de orientações inadequadas e ausência de atividades educativas.

Dessa forma, a seguir serão discutidos os elementos de vulnerabilidade ainda não mencionados neste capítulo. Assim, o fato de pertencer ao gênero masculino foi apontado pelos profissionais de saúde como dificuldade para o controle de contatos, considerado assim, um elemento de vulnerabilidade individual. Um estudo realizado com contatos adultos também demonstrou que pertencer ao gênero masculino implicou em menor interesse em relação aos cuidados preventivos em relação à TB, quando comparados às mulheres (Kigozi et al., 2018).

Os motivos para a rarefeita procura dos homens por serviços de saúde podem estar associados às suas concepções de masculinidade (em que o imaginário do que é ser homem dificultaria a adoção de práticas de autocuidado, pois poderia associá-los à fraqueza, medo e insegurança, sentimentos mais próximos do universo feminino), ao medo da descoberta de doenças, a vergonha da exposição de seu corpo a profissionais da saúde, ao horário de funcionamento e organização dos serviços, além das campanhas de saúde pouco se voltarem para esse grupo (Figueiredo, 2005; Gomes, Nascimento, Araújo, 2007).

Na mesma linha, profissionais de todas as categorias afirmaram que há dificuldade na assistência aos contatos que fazem uso de álcool e outras drogas, pois estes não comparecem aos serviços quando convocados. Alguns estudos apontam que há dificuldade na aproximação

com o usuário de drogas, que podem ser atribuídas à percepção do próprio indivíduo acerca de si e do serviço de saúde, ao receio dos profissionais em intervirem em face ao contexto de violência em que a problemática do uso abusivo de drogas está inserida e, ainda, ao tipo de atendimento ofertado aos quem consomem tais substâncias em alguns serviços de saúde (Rosenstock, Neves, 2010; Souza, Pinto, 2012; Varela, Silva, Monteiro, 2015; Vargas, Oliveira, Luís, 2010). Para enfermeiros da ESF de Porto Alegre-RS, o usuário tem dificuldade em assumir sua condição de consumidor ou dependente, devido ao medo da discriminação e ao preconceito da sociedade, assim como dos profissionais de saúde, por isso optam por distanciar-se dos serviços de saúde para evitar julgamentos e constrangimentos (Souza, Pinto, 2012).

Outro problema identificado na APS é a dificuldade de os profissionais estarem preparados para lidar com a questão do álcool e das drogas (Souza, Pinto, 2012; Varela, Silva, Monteiro, 2015). Para isto devem ser realizados treinamentos e capacitações pautados na educação permanente, uma vez que esta se realiza a partir dos problemas comuns no serviço, considerando o conhecimento e as experiências que os profissionais já possuem, diferenciando-se, assim, de uma capacitação pontual (Brasil, 2009).

A necessidade de treinamentos acerca da TB também foi apontada pelos profissionais de saúde como um dos meios para melhorar o controle de contatos e para aprimorar a atuação do ACS na comunidade. Apesar disso, destaca-se que receber capacitação específica não garante a eficácia no processo de atenção à saúde dos usuários, se não houver associação à oferta de recursos materiais, humanos e a adoção de políticas adequadas às necessidades das pessoas (Cecílio, Higarashi, Marcon, 2015).

Alguns profissionais do presente estudo sugeriram que o controle de contatos deveria ser realizado por uma pessoa ou serviço específicos, enquanto outros mencionaram que essa atividade deve ser realizada pela APS, por estar mais próximo das famílias e contar com a atuação do ACS no território em que habita a pessoa com TB. Com a finalidade de garantir que os contatos sejam avaliados, o MS recomenda que o controle de contatos deve ser realizado pela Atenção Básica, inclusive quando o caso índice estiver em acompanhamento clínico em serviços de referência (exceto se forem casos de TB drogaresistente; para tal situação, recomenda-se que a avaliação dos contatos seja realizada pelas unidades de referência para a TB) (Brasil, 2019c).

Apesar disso, os exames que devem ser solicitados para o rastreamento dos contatos, de acordo com o fluxograma recomendado pelo MS são: o TT, a radiografia de tórax e a baciloscopia de escarro (em caso de SR). No Município estudado, a realização do TT está

restrita a alguns hospitais e há poucos pontos para a realização dos demais exames, ou seja, esses exames não são realizados no âmbito da APS, devendo o indivíduo deslocar-se para outros serviços para que a investigação ocorra.

Outra dificuldade apontada por um dos profissionais médicos, em relação ao TT, foi o protocolo de inoculação e leitura do teste, pois para a realização desse exame são necessárias no mínimo duas idas ao serviço, uma para a inoculação do PPD e outra após 48 a 72h, para efetivar a leitura do teste. Desta forma, o baixo poder aquisitivo das famílias para se deslocarem até locais distantes de seu domicílio foi mencionado pelos profissionais como uma das dificuldades enfrentadas para o controle de contatos no Município (*“A comunidade como é muito carente, a gente tem a dificuldade que eles vão fazer esses exames...”*: ENF N6), sendo considerado um elemento de vulnerabilidade individual e social.

Os profissionais de saúde entrevistados sugerem a existência de maior número de serviços para a coleta de material de escarro no Município, assim como maior oferta de locais para a realização dos exames dos contatos. Da mesma forma, para garantir o acesso dos contatos ao TT, esse exame deveria ser descentralizado para as unidades básicas de saúde, ou deveria haver maior número de locais para a aplicação do teste na cidade.

O PNCT possui uma política de expansão da utilização do TT com o objetivo de capacitar profissionais de saúde multiplicadores nas técnicas de aplicação e leitura do teste e descentralizar sua realização dos serviços de referência para as unidades de saúde da rede básica e Serviços de Atenção Especializada (SAE) às pessoas que vivem com HIV/Aids. A capacitação em relação ao TT poderá ser realizada de duas formas: inserida na rotina dos serviços de saúde ou com multiplicação para coletividade. Na primeira situação, o profissional enfermeiro capacitado deverá replicar as técnicas de aplicação e a leitura da PT para outros profissionais de saúde que atuam nas ações de controle da TB nos diversos níveis de atenção. Essa estratégia tem a vantagem de ser dinâmica e de baixo custo, utilizando uma organização mínima que seja viabilizada de forma sistematizada pela unidade de saúde, sem a necessidade de projeto formal de capacitação (Brasil, 2014b). Este modelo de multiplicação nas rotinas dos serviços de saúde é o mais apropriado à realidade brasileira, tendo em vista que para se considerar habilitado o profissional precisa realizar de 80 a 100 leituras do TT, podendo variar de acordo com a habilidade e experiência prévia do treinando. Na segunda situação, é necessário elaborar um "Projeto de capacitação para instrutores e multiplicadores nas técnicas de aplicação e leitura da prova tuberculínica" explicitando os motivos da solicitação da multiplicação (Brasil, 2014b), o que demanda em maior tempo de espera devido a necessidade de recursos financeiros para realização de um treinamento para um número

maior de pessoas ao mesmo tempo. Assim, sugere-se que devido as particularidades para habilitação e as dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde para a realização dos exames, principalmente o TT, este deveria ser expandido em Campina Grande, iniciando esse processo para os bairros considerados endêmicos e periféricos da cidade.

Embora exista uma estrutura no Município que garante a retaguarda laboratorial, dificuldades no agendamento da radiografia de tórax e o longo período entre a coleta de material (em caso de baciloscopia de escarro) e a chegada do resultado dos exames foram apontados pelos profissionais como limitações para a realização do controle de contatos. Uma das profissionais sugeriu, inclusive, que o agendamento da radiografia de tórax para os contatos, fosse facilitado, a fim de incentivar e garantir a investigação nesse grupo. Esse fato indica entraves na organização dos serviços e revela falhas relacionadas à gestão, o que pode comprometer o controle da doença (Sá et al., 2012), o que pode ser considerado como outro elemento de vulnerabilidade programática.

Um estudo realizado em Myanmar, com o objetivo de detectar casos de TB entre os contatos domiciliares sintomáticos, facilitou o transporte dos contatos para a realização de radiografia de tórax e baciloscopia de escarro. Com essa abordagem, a detecção de TB ativa entre os contatos domiciliares foi de 13,8%. Os autores concluíram que transporte e alívio financeiro devem ser considerados e priorizados para fortalecer a estratégia de rastreamento de contatos no país (Htet et al., 2018).

Fox e colaboradores (2015) desenvolveram um estudo de caso-controle em seis províncias do Vietnã, com o objetivo de compreender as barreiras na investigação de contatos domiciliares de pacientes adultos com TB pulmonar. Quando questionados sobre as barreiras para o acompanhamento dos contatos foram citados por 41,0% dos participantes, a distância entre a clínica onde era feita a triagem e seus respectivos domicílios e 43,0% dos casos encontraram dificuldades em sair do trabalho ou de atividades de estudo para comparecer às consultas. Tais achados corroboram os resultados do presente estudo, em que o fato de os contatos trabalharem, também foi apontado como dificuldade pelos profissionais de saúde e se configura como um elemento de vulnerabilidade individual e social.

Outro estudo, realizado na África do Sul, com o objetivo de identificar os motivos para o não comparecimento dos contatos para avaliação clínica, encontrou os seguintes resultados: 44,4% relataram dificuldade em se afastarem de outras tarefas como trabalho e escola, 15,6% previram que não seriam capazes de produzir escarro para avaliação, 11,1% referiram dificuldade com transporte para se locomoverem para os serviços, 11,1% relataram

compromissos de viagem, 8,9% afirmaram que as filas de espera eram longas, além de terem a percepção de que os profissionais eram pouco úteis (8,9%) (Kigozi et al., 2018).

Um dos profissionais entrevistados neste presente estudo sugeriu que, para realizar a avaliação dos contatos que trabalham, o Município poderia estender o horário de atendimento das equipes de saúde da família, facilitando o acesso dos usuários ao serviço. Em maio de 2019 o MS publicou a Portaria N° 930, de 15 de maio de 2019, que institui o Programa “Saúde na Hora” e dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das ESFs. As unidades que aderirem ao Programa deverão optar por funcionar de 60h ou 75h semanais (de segunda à sexta-feira), sem intervalo de almoço, podendo complementar as horas aos sábados ou aos domingos. O Programa conta com a adesão de 938 ESFs de 148 municípios distribuídos em 23 estados e Distrito Federal (Brasil, 2019d). A Paraíba, por sua vez, é um dos quatro estados (Roraima, Amapá e Mato Grosso) que não aderiu ao Programa, destacando-se que o município de Campina Grande só tem uma unidade apta à adesão, que tem como um de seus critérios, possuir no mínimo três equipes em funcionamento na mesma Unidade de Saúde da Família (Jornal da Paraíba, 2019).

Algumas unidades de saúde da família do Município estão localizadas em áreas de violência urbana. Este fato foi referido por uma das enfermeiras como dificuldade para a realização de visitas domiciliares em sua área adscrita, devido à possível limitação na atuação dos profissionais em decorrência do tráfico de drogas na região. Esse fato também foi limitador para a realização de algumas entrevistas, que tiveram que ser realizadas no domicílio dos doentes. Assim, a situação se apresenta como um elemento de vulnerabilidade individual e social, com impacto para a pessoa em tratamento e seus contatos.

Um estudo de abordagem qualitativa, realizado com enfermeiras, em Belém do Pará, demonstrou que as atividades no domicílio estavam sendo prejudicadas pela redução da frequência de visita domiciliar, com concentração da jornada de trabalho no interior das unidades. Em outros casos, as profissionais referiram que corriam risco ainda maior de sofrer ameaças de agressão, por "invadirem" o território, ao realizar visita domiciliar (Polaro, Gonçalves, Alvarez, 2013). Outros estudos apontam o receio dos profissionais em abordar o usuário que faz uso de álcool e drogas face ao contexto de violência em que este está inserido, pois poderiam ser apontados como informantes à polícia ou à traficantes, principalmente no caso do ACS, que em geral reside no mesmo território da população adscrita (Kanno, Bellodi, Tess, 2012; Paula et al., 2014).

No presente estudo, a maioria dos domicílios dos contatos de pessoas com TB estavam localizados em áreas periféricas da cidade; e havia alguns domicílios localizados em bairros

em crescimento sem unidades de saúde da família cadastradas. Em geral, a periferia das cidades carece de infraestrutura, são bairros em crescimento, com superlotação, em decorrência de ocupações irregulares de terras e assentamentos precários ou favelas (Pinto et al., 2015). As pessoas que residem nesses locais, em sua maioria, são usuários com menor poder aquisitivo e que necessitam de transporte para chegar ao serviço de referência (Queiroga et al., 2012). O fato de habitar em determinadas áreas da cidade, sem cobertura pela Estratégia Saúde da Família ou PACS, foi considerado um elemento de vulnerabilidade individual e social, por evidenciar que os espaços geográficos que são ocupados pelos acometidos pela doença e seus familiares, são limitadores para receber atendimento e buscar por cuidado.

Apesar dos casos índice registrados como população privada de liberdade (PPL) terem sido excluídos do estudo, em alguns discursos dos profissionais foi possível verificar que existe exposição da comunidade àqueles que vivem no sistema prisional, sendo este fato considerado como dificuldade apontada para o controle de contatos no Município estudado (ENF J4, M G1, G4; M H4): *“Então já tive muitos sintomáticos de famílias que vão visitar os presidiários, aí retornava, não queria fazer baciloscopia, não queria aceitar, então, aí já não é tão fácil não assim”* (M H4). A situação apresentada revela vulnerabilidade individual e social.

A população privada de liberdade apresenta incidência cerca de 20 a 30 vezes maior de TB, quando comparada à população total (Brasil, 2019c). Dessa forma, a possibilidade de adoecimento por TB é partilhada não só entre a PPL, mas com carcereiros, profissionais de saúde, visitantes e entre todas as pessoas que frequentam as prisões. Nesse contexto, a movimentação do preso dentro do sistema eleva esse risco, uma vez que circula em diferentes espaços, entre os quais estão as instituições do sistema judiciário, os centros de saúde e a comunidade em geral, durante e após o cumprimento de sua sentença (Brasil, 2019c). Uma enfermeira revelou que uma das dificuldades enfrentadas no controle de contatos é o fato de que *“circulam muitos presidiários né? Então assim, eles é... vêm muito da cadeia, tem aquela parte do indulto, pra poder voltar pra família... então assim, é uma coisa bem... difícil o controle...”* (ENF J4).

O estigma da doença também foi mencionado pelos profissionais de saúde como dificuldade para o controle dos contatos, por fazer com que as pessoas doentes não revelassem seus contatos devido ao receio em serem discriminados, assim como ser o motivo de os contatos não procurarem os serviços, pelo receio do diagnóstico ou por serem identificados

como parente da pessoa que tem TB. Ora, este se configura como mais um elemento de vulnerabilidade individual e social.

Outros estudos realizados (Dodd et al., 2018; Faccini et al., 2015; Josaphat et al., 2014; Kigozi et al., 2018) também evidenciaram que o estigma associado à TB pode levar à investigações de contato incompletas, sobretudo em locais de trabalho. Os pacientes com TB tendem a identificar parentes e co-moradores, enquanto ser um contato no local de trabalho pode ser considerado um fator de risco por não ser identificado (Josaphat et al., 2014). A maioria dos profissionais do estudo revelou que os critérios para convocação foram dividir o mesmo domicílio e serem familiares próximos. Uma enfermeira e uma médica afirmaram convocar pessoas do trabalho.

A ausência de vacinação com BCG foi considerada o único critério conhecido para que o ACS encaminhasse os contatos para a unidade de saúde. Este fato se constitui como elemento de vulnerabilidade programática, por demonstrar o desconhecimento do profissional sobre os critérios para encaminhar os contatos da pessoa com TB para os serviços de saúde.

Os profissionais apontam a função de destaque do ACS como membro da equipe, por ser elo entre a comunidade e o serviço de saúde, sendo considerado pelos profissionais entrevistados, como facilitador ao controle dos comunicantes e para a identificação de SR nas microáreas de atuação, a partir da realização da VD. Entretanto, alguns profissionais referiram a necessidade de melhorar a atuação desse profissional na comunidade através da realização de treinamentos e capacitações. Um estudo realizado em Ribeirão Preto revelou que, no Brasil, o conhecimento dos ACS sobre a TB é incipiente, permitindo apenas que desenvolvam ações pontuais, isoladas e incongruentes (Crispim et al., 2012).

Em 2017 o MS publicou uma Cartilha sobre TB direcionada ao Agente Comunitário de Saúde, em que, além de reconhecer o papel desse profissional no controle da doença, reforça suas atribuições no cuidado das pessoas no território, as quais são: orientar a população sobre a transmissão e sintomas da TB, medidas preventivas que podem ser adotadas e fornecer informações básicas sobre o tratamento da doença; estar atento, em todos os encontros com a comunidade, aos sintomas da TB e encaminhar os casos suspeitos para a unidade de saúde; realizar a busca ativa de SR; possibilitar, conforme a rede do município, que a primeira amostra de escarro seja coletada no momento da suspeita de TB; realizar busca ativa dos faltosos; estar atento aos efeitos adversos ao tratamento e encaminhar ao serviço de saúde para avaliação, quando necessário; realização do TDO, a partir do planejamento da equipe, vínculo e diálogo com o usuário; orientar e encaminhar os contatos ao serviço de saúde para avaliação clínica; acompanhar a situação vacinal das crianças do território e

encaminhar ao serviço de saúde as menores de 5 anos não vacinadas; utilizar ferramentas de coleta de informações e acompanhamento do paciente; trabalhar com parceiros da comunidade para o controle, redução de estigma e preconceito que afetam as pessoas com TB (Brasil, 2017c).

A maioria das atividades descritas acima foram referidas como sendo realizadas pelos ACS nos resultados do presente estudo, porém, a cartilha do MS considera o TDO como uma das atribuições desses profissionais, em Campina Grande se pactuou junto à gestão que essa atividade não seria de sua competência, uma vez que não possuem formação para administrar medicamentos: “*Então a gente procurou na lei que o agente de saúde, ele não tem obrigação, não tem atribuição de medicar*”: (ACS C10).

Outras sugestões mencionadas pelos profissionais entrevistados foram a realização de campanhas educativas e envolver pessoas da comunidade no reconhecimento de sinais e sintomas, auxiliando na motivação do indivíduo em buscar os serviços de saúde, pois em um dos casos, a pessoa com TB procurou o serviço “*porque tinha umas pessoas vizinhas que comentaram (...) que ele confiava (...), tentava conscientizar*” (ACS G10). De fato, a participação da comunidade é fundamental para que o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento aconteçam; ademais, pode incentivar a diminuição do estigma e preconceito que permeiam a doença (Bronner et al., 2012; Cecílio, Higarashi, Marcon, 2015). Para tal, a comunidade, além de ser esclarecida sobre a doença, precisa compreender a corresponsabilidade no seu controle (Fox et al., 2013).

Alguns profissionais referiram acompanhar os contatos até a alta da pessoa em tratamento, outros sugeriram ampliar o acompanhamento dos contatos, por entender o risco de desenvolvimento da doença após a exposição ao indivíduo com TB. Em uma coorte de oito anos, desenvolvida na China, e que acompanhou 1.765 contatos de pessoas com TB, demonstrou-se que 68 (3,8%) contatos adoeceram com a forma ativa, dos quais 6 (8,8%) apresentaram sintomatologia em até 42 dias após o diagnóstico do caso índice, sendo diagnosticados na investigação inicial, enquanto os demais desenvolveram a doença em até 40 meses.

No estudo citado, apesar de as investigações por contato não terem encontrado a maioria dos casos de TB, os autores sugeriram um acompanhamento mais longo dos contatos próximos, conforme também recomendado no Japão, por pelo menos dois a três anos (Mori, 2017), devido ao adoecimento tardio dos contatos, da mesma forma que tanto os casos índice, como os contatos que adoeceram estavam gerando casos secundários da doença na comunidade (Jiang et al., 2018). Um estudo de modelagem estimou a transmissão domiciliar e

comunitária para planejar intervenções (McIntosh et al., 2017) e enfatizou o impacto da transmissão além do domicílio. Brooks-Pollock et al. (2011) também afirmam que a transmissão comunitária é responsável por uma proporção maior de casos nos contatos do que a transmissão domiciliar, em países com alta carga da doença. Ou seja, além das investigações de contato, a busca dos SR na comunidade deve ser realizada continuamente.

A falta de colaboração dos gestores foi apontada pelos profissionais como dificuldade no controle dos contatos, sendo, portanto, considerada como um elemento de vulnerabilidade programática, por revelar, a partir do discurso dos entrevistados, que a gestão mostra-se alheia à problemática da TB em seu território, o que pode comprometer a manutenção e a continuidade das ações de controle da doença no Município.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos achados foi possível concluir que existem elementos de vulnerabilidade nas dimensões individual, social e programática, os quais podem representar limitações para a prevenção da doença no Município estudado, o que responde à pergunta que norteou o presente estudo.

É importante destacar que se considera que os objetivos da pesquisa foram alcançados. Entretanto, os resultados encontrados foram baseados em uma amostra reduzida de pessoas com a doença, que possuíam contatos domiciliares com idade até dezoito anos e profissionais dos serviços que foram responsáveis pela assistência a esses indivíduos, assim, as generalizações limitam-se aos participantes investigados.

Na ausência de um sistema informatizado contendo as informações dos contatos, por meio de coleta documental, os casos índice de formas transmissíveis da doença foram identificados por unidade notificadora e, a partir deles, se buscou nos serviços de saúde, documentos em que os casos previamente elegíveis, identificaram seus contatos aos profissionais de saúde. Quando essa informação não estava disponível nos prontuários, foram considerados os contatos domiciliares, o que foi uma limitação do estudo, pois alguns contatos, podem não ter sido localizados, e conseqüentemente, deixaram de ser incluídos. Nesse processo, alguns elementos de vulnerabilidade programática foram encontrados, a exemplo da incompletude de informações no banco de dados do Sinan, principalmente em relação aos exames de baciloscopia e encerramento do caso índice, variáveis importantes para medir o sucesso e a adesão do tratamento, que são fundamentais para verificar se a pessoa doente permanece transmitindo a doença para seus contatos e para a comunidade.

No momento da coleta documental também foram identificados os profissionais que prestaram assistência aos casos índice selecionados e seus contatos. Muitos médicos não puderam ser incluídos no estudo por possuírem menos de um ano de atuação na unidade, do mesmo modo que, no momento da coleta de dados, a Referência em tuberculose não dispunha de médico contratado, o que revela a rotatividade dessa categoria nos serviços de saúde, sobretudo da APS, sendo considerado outro elemento de vulnerabilidade programática, fato este também relatado no discurso dos profissionais de saúde como limitante ao controle dos contatos e acompanhamento dos casos em tratamento.

Foram identificadas as características sociodemográficas e epidemiológicas dos casos índice que, em sua maioria, eram os responsáveis pelos contatos. A análise dessas

informações mostrou elementos de vulnerabilidade individual, social e programática, a exemplo da baixa escolaridade que pode ter influenciado no escasso conhecimento sobre a doença e baixa compreensão sobre a necessidade de investigação dos contatos, que emergiram da análise qualitativa. Da mesma forma, o baixo poder aquisitivo, aliado à limitada qualificação para o trabalho é reflexo das ocupações desempenhadas, o que pode ter influenciado na não realização dos exames, já que estes só poderiam ser acessados através de deslocamento para os serviços, o que implicaria em gastos com transporte, como também mencionado pelos profissionais de saúde como dificuldade para o controle dos contatos.

Os contatos eram crianças e adolescentes parentes dos casos índice que, além de dividir o domicílio e em alguns casos o dormitório, possuíam as mesmas condições de vida que estes e habitavam bairros considerados endêmicos, ou seja, encontravam-se expostos no domicílio e no território.

Foram verificados elementos de vulnerabilidade a partir dos dados quantitativos e da análise dos depoimentos dos responsáveis pelos contatos e dos profissionais responsáveis pela assistência a pessoa com TB e seus familiares. A análise da vulnerabilidade envolve uma avaliação articulada dos três eixos interligados, evidenciando vulnerabilidades em todas as dimensões, quais sejam, individual, social e programática. Desse modo, aponta-se que a permanência da TB está associada às condições de vida da população, que acabam por limitar o acesso à saúde.

Houve falhas na convocação dos contatos pelos profissionais, possivelmente por desconhecerem os critérios para convocação e o fluxograma recomendado pelo MS, em que pessoas assintomáticas devem ser avaliadas em busca de ILTB, com prioridade para crianças, contatos domiciliares de casos índice com formas transmissíveis e imunodeprimidos.

O não comparecimento dos contatos, quando convocados pelos profissionais, revelou que tal atitude esteve pautada na ausência de sintomas, no medo em submeter-se aos procedimentos invasivos (teste tuberculínico) e à falta de tempo, todos aspectos mencionados pelos responsáveis. Já os profissionais referiram, além da ausência de sintomas, que os contatos não compareciam à unidade de saúde por dificuldades financeiras para se deslocarem até os serviços para realização dos exames, pelo preconceito decorrente da doença e pelo fato de encontrarem-se trabalhando, quando em caso de adultos.

Em alguns depoimentos verificou-se que foram solicitados exames inadequados para os contatos, da mesma forma que orientações inadequadas foram repassadas, o que demonstra a necessidade de formação adequada e de treinamento constante, visto a rotatividade dos profissionais e concepções errôneas sobre a doença. Quando houve indicação de tratamento

preventivo, apenas houve entrega de medicamentos, destacando-se que duas crianças nessa situação utilizavam medicamentos hepatotóxicos, e que apesar do baixo risco de toxicidade hepática nessa faixa etária, há recomendação de consultas mensais para avaliação, o que não se verificou.

De fato, a maioria dos profissionais referiu ter realizado treinamento sobre a doença, porém não conseguiram lembrar o ano em que este ocorreu. Os que responderam ao questionamento, com exceção dos médicos, mencionaram que havia ocorrido há mais de cinco anos, o que coloca em evidência a necessidade de capacitação dos profissionais dos serviços para adequada abordagem aos contatos e prevenção da doença, visto que a atuação dos profissionais ainda é voltada para atividades curativas, com foco no doente.

Ao avaliar a assistência prestada, muitos profissionais demonstraram conhecer e participar do controle de contatos, entretanto, os técnicos de enfermagem, em sua maioria, desconheciam essa atividade, pouco participando do processo. Esses profissionais têm competência para contribuir na realização de visita domiciliária junto ao ACS, na realização de atividades educativas, no repasse de informações sobre a doença, na busca de faltosos na comunidade, todas com a supervisão do enfermeiro. Para tal, se faz necessário articulação dos processos de trabalho com divisão das atribuições entre os membros da equipe de saúde. O ACS é fundamental para o controle de contatos no território das unidades, como mencionado pelos profissionais, entretanto é necessário melhorar a atuação desse profissional para atuar na prevenção da doença no Município.

Ao longo do estudo foram apontadas possibilidades para a redução das vulnerabilidades dos contatos, em relação à TB no Município, inclusive a partir do discurso dos profissionais de saúde entrevistados que vivenciam as dificuldades na investigação e acompanhamento dos contatos cotidianamente. Entre as principais destacam-se:

- Capacitação dos profissionais sobre a TB, investigação dos contatos e medidas preventivas;
- Descentralização do TT para a APS, principalmente para os bairros periféricos e nos quais a doença é endêmica;
- Otimizar o agendamento de radiografia de tórax para os contatos;
- Em caso de SR distribuir o pote para o exame do escarro e garantir a coleta da primeira amostra;

- Dispor de mais postos de coleta de material e pontos para a realização de exames ou garantir o encaminhamento do material coletado quando o indivíduo não possuir meios para transportá-lo;
- Integração academia-serviço a fim de melhorar as atividades educativas realizadas na comunidade;
- Conscientização da pessoa com TB e seus contatos sobre o risco de adoecimento tardio após infecção, incentivando-a a compartilhar a investigação, acompanhamento e adesão ao tratamento preventivo da doença;
- Garantir a VD mensal, principalmente nas famílias que possuem contatos com idade até cinco anos e, se possível, até 14 anos;
- Avaliar as necessidades das pessoas que trabalham e não podem comparecer aos serviços nos horários habituais de funcionamento;
- Melhorar os registros e utilizar instrumentos padronizados;
- Ampliar o acompanhamento dos contatos para além da alta por cura do caso índice.

Conclui-se, portanto, que o controle dos contatos no Município representa um desafio para os profissionais e gestores locais, visto que as vulnerabilidades encontradas envolvem ainda questões cruciais, relativas ao gênero, estigma, desigualdades sociais, uso e abuso de substâncias, as quais também têm influência sobre o momento em que as pessoas irão buscar os serviços. A compreensão de tais vulnerabilidades é importante para melhorar a forma como a assistência é planejada e realizada na investigação dos contatos, na detecção precoce de casos da doença ativa nesse grupo, diagnóstico de ILTB e fornecimento de terapia preventiva, contribuindo assim, para fortalecer o controle da TB.

Finalmente, os Elementos de vulnerabilidade nas dimensões individual, social e programática representam limitações para o controle da TB no Município e devem ser alvo de intervenções no âmbito das políticas públicas de saúde do Município, e requerem interação com a intersetorialidade.

7 REFERÊNCIAS

7 REFERÊNCIAS

Abrahão AL, Lagrange V. A visita domiciliar como uma Estratégia da Assistência no Domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo ADA, organizadores. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.151-71.

Anderson LF, Tamne S, Brown T, Watson JP, Mullarkey C, Zenner, D et al. Transmission of multidrug-resistant tuberculosis in the UK: A cross-sectional molecular and epidemiological study of clustering and contact tracing. *Lancet Infect Dis.* 2014 May;14(5):406-15.

Andrade, HS, Oliveira VC, Gontijo TL, Pessôa MTC, Guimarães, EAA. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. *Saúde debate.*2017; 41(spe).

Anger HA, Proops D, Harris TG, Li J, Kreiswirth BN, Shashkina E et al. Active case finding and prevention of tuberculosis among a cohort of contacts exposed to infectious tuberculosis cases in New York City. *Clin Infect Dis.* 2012; 54(9):1287-95.

Araújo KMFA, Figueiredo TMRM, Gomes LCF, Pinto ML, Silva TC, Bertolozzi MR. Evolução da distribuição espacial dos casos novos de tuberculose no município de Patos (PB), 2001-2010. *Cad. Saúde Colet.* 2013; 21(3):296-302.

Armstrong-Hough M, Turimumahoro P, Meyer AJ, Ochom E, Babirye D, Ayakaka I et al. Drop-out from the tuberculosis contact investigation cascade in a routine public health setting in urban Uganda: A prospective, multi-center study. *PLoS One.* 2017 Nov; 12(11):e0187145.

Assefa D, Klinkenberg E, Yosef G. Cross sectional study evaluating routine contact investigation in Addis Ababa, Ethiopia: A missed opportunity to prevent tuberculosis in children. *PLoS One.* 2015 Jun 17; 10(6):e0129135.

Ayakaka I, Ackerman S, Ggita, JM, Kajubi P, Dowdy D, Haberer JE et al. Identifying barriers to and facilitators of tuberculosis contact investigation in Kampala, Uganda: A behavioral approach. *Implement Sci.* 2017 Mar;12(1):33.

Ayres JRCM, et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM e organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p.121-43.

Ayres JRCM, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *Am J Public Health.* 2006; 96(6):1001-06.

Ayres JRCM. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. *Boletim Epidemiológico AIDS.* 1997; 15(3):2-4.

Ayres JRCM, Paiva V, Buchalla CM. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM, organizadores. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá; 2012. p. 9-22.

- Baliashvili D, Magee MJ, Kempker RR, Kuchukhidze G, Aslanikashvili A, Blumberg HM. Contacts of retreatment tuberculosis cases with a prior poor treatment outcome are at increased risk of latent tuberculosis infection. *Int J Infect Dis.* 2016 Feb; 43: 49-50.
- Balogun MR, Sekoni AO, Meloni ST, Odukoya OO, Onajole AT, Longe-Peters OA et al. Predictors of tuberculosis knowledge, attitudes and practices in urban slums in Nigeria: a cross-sectional study. *The Pan African Medical Journal.* 2019; 32:60.
- Barata, RB. *Epidemiologia social. Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(1):7-17.
- Barreira D. Os desafios para a eliminação da tuberculose no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saude.* 2018; 27(1).
- Barros PG, Pinto ML, Silva TC, Silva EL, Figueiredo TMRM. Perfil Epidemiológico dos casos de Tuberculose Extrapulmonar em um município do estado da Paraíba, 2001–2010. *Cad. Saúde Colet.* 2014; 22(4): 343-50.
- Batra S, Ayaz A, Murtaza A, Ahmad S, Hasan R, Pfau R. Childhood tuberculosis in household contacts of newly diagnosed TB patients. *PLoS One.* 2012; 7(7):e40880.
- Bertolozzi Maria Rita, Scatena Camila Morato da Conceição, França Francisco Oscar de Siqueira. Vulnerabilities in snakebites in Sao Paulo, Brazil. *Rev. Saúde Pública.* 2015; 49:82.
- Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(spe 2):1326-30.
- Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da Estratégia do Tratamento Diretamente Observado (DOTS) no município de São Paulo. [Tese de livre docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2005.
- Beyanga M, Kidenya BR, Gerwing-Adima L, Ochodo E, Mshana SE, Kasang C. Investigation of household contacts of pulmonary tuberculosis patients increases case detection in Mwanza City, Tanzania. *BMC Infect Dis.* 2018 Mar;18(1):110.
- Blok L, Sahu S, Creswell J, Alba S, Stevens R, Bakker MI. Comparative meta-analysis of tuberculosis contact investigation interventions in eleven high burden countries. *PLoS One.* 2015; 10(3):e0119822.
- Boon S, Matteelli A, Getahun H. Rifampicin resistance after treatment for latent tuberculosis infection: a systematic review and meta-analysis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2016 Aug; 20(8):1065-71.
- Borraccino A, Migliore E, Piccioni P, Baussano J, Carosso A, Bugiani M. Yield of tuberculosis contact investigation in a low-incidence country. *J Infect.* 2014; 68:448–54.
- Bosa L, Da Silva L, Mendes DV, Sifna A, Mendes MS, Riccardi F et al. Feasibility and effectiveness of tuberculosis active case-finding among children living with tuberculosis relatives: A cross-sectional study in Guinea-Bissau. *Mediterr J Hematol Infect Dis.* 2017 Oct; 9(1):e2017059.

Bowkalowski C, Bertolozzi MR. Vulnerabilidades em pacientes com tuberculose no distrito sanitário de Santa Felicidade – Curitiba, PR. *Cogitare Enferm.* 2010;15(1):92-9.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014a.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Técnicas de aplicação e leitura da prova tuberculínica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Ofício Circular 25/CGPNCT/DEVIT/SVS/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014c.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica 04/2014/CGPNCT/DEVIT/SVS/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014d.

Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 16 dez.2016. Seção 1:2.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. [Internet] [citado 2019 Jun 30] Brasília: Ministério da Saúde; 2017a. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B0CE2wqdEaR-eVc5V3cyMVFPcTA/view>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: Distribuição dos Cenários dos Estados e Municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2017b.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde: tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2017c.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo de Vigilância Da Infecção Latente pelo Mycobacterium Tuberculosis no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose, Coordenação de Vigilância em Saúde.[Internet][citado em 15 abr. 2019] Situação Epidemiológica da

Tuberculose no Brasil: dados atualizados; 2019a. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/15/APRES-PADRAO-MAI-19-novo-template.pdf> Acesso em: 15 abr.2019

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 09, 50 [Internet] [Citado em 20 mai. 2019] Mar. 2019b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>.

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

Brasil. Portaria nº 930, 15 mai.2019. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Ed. 94, Seção 1, p.122; 2019d.

Bronner LE, Podewils LJ, Peters A, Somnath P, Nshuti L, Wald M, Mametja LD. Impact of community tracer teams on treatment outcomes among tuberculosis patients in South Africa. *BMC Public Health*. 2012; 12:621.

Brooks-Pollock E, Becerra MC, Goldstein E, Cohen T, Murray MB. Epidemiologic inference from the distribution of tuberculosis cases in households in Lima, Peru. *J Infect Dis*. 2011 Jun;203(11):1582-9

Bryant KE, et al. Association Between Staff Experience and Effective Tuberculosis Contact Tracing in North Carolina, 2008-2009. *N C Med J*. 2016 Jan-Feb; 77(1):37-44.

Canoa APG, Romanelib MTN, Pereirac RM, Tresoldi AT. Tuberculose em pacientes pediátricos: como tem sido feito o diagnóstico? *Rev Paul Pediatr*. 2017;35(2):165-170.

Car MR, Bertolozzi MR. O procedimento da análise do discurso. In: Chianca TCM, Moraes MJA, organizadores. *A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva/CIPESC*. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1999. p.348-55.

Cardoso, AR; Brito, LMT. Ser avó na família contemporânea: que jeito é esse? *Psico-USF*. 2014; 19(3):433-41

Cardozo-Gonzales RI, Costa LM, Pereira CS, Pinho LB, Lima LM, Soares DMD, et al. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão de profissionais de uma unidade de Saúde da Família. *Rev Enferm Saúde*. 2011 [citado em 25 ago. 2019]; 1(1):24-32. Disponível em: <http://www2.ufpel.edu.br/revistas/index.php/enfermagemesaude/article/viewFile/38/49>.

Carvalho AMC, Araujo TME. Fatores Associados à cobertura amarílico vacinal em adolescentes. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(6):796-802.

Cavalcante EFO, Silva DMGV. Perfil de pessoas acometidas por tuberculose. *Rev Rene*. 2013; 14(4):720-9.

Cavany SM, Sumner T, Vynnycky E, Flach C, White RG, Thomas HL et al. An evaluation of tuberculosis contact investigations against national standards. *Thorax*. 2017 Aug; 72(8):736-45.

Cecilio HPM, Higarashi IH, Marcon SS. Opinião dos profissionais de saúde sobre os serviços de controle da tuberculose. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(1):19-25.

Cecilio HPM, Marcon SS. Tratamento diretamente observado da tuberculose. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro. 2016; 24(1):e8425.

Centers for Disease Control and Prevention - CDC. Guidelines for the investigation of contacts of persons with infectious tuberculosis. Recommendations from the National Tuberculosis Controllers Association and CDC. 2005; 54: 1–47.

Chakhaia T, Magee MJ, Kempker RR, Gegia M, Goginashvili L, Nanava U et al. High utility of contact investigation for latent and active tuberculosis case detection among the contacts: A retrospective cohort study in Tbilisi, Georgia, 2010-2011. *PLoS One*. 2014 Nov; 9(11):e111773.

Chan P, Peng SS, Chiou M, Ling D, Chang L, Wang K et al. Risk for tuberculosis in child contacts. Development and validation of a predictive score. *Am J Respir Crit Care Med*. 2014; 189: 203-13.

Chheng P, Nsereko M, Malone LL, Okware B, Zalwango S, Joloba M et al. Tuberculosis case finding in first-degree relative contacts not living with index tuberculosis cases in Kampala, Uganda. *Clin Epidemiol*. 2015 Oct; 7:411-9.

Clementino FS; Miranda FAN. Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliária. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2015 mai/jun; 23(3):350-4.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Estabelecimentos [Internet]. 2017 [citado em 2019 ago 21]; Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/esta_bpb.def.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(Sup 1):7-27.

Costa RF, Queiroz MVO, Zeitoune RCG. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2012; 16(3). 2012. [citado em 2019 jun 15]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300006&lng=en&nrm=iso

Couto DS, Carvalho RN, Azevedo EB, Moraes MN, Pinheiro PGOD, Faustino EB. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. *Saude Debate*. 2014 jul-set; 38(102):572-81.

Crispim JA, Scatolin BE, Silva LMC, Pinto IC, Palha PF, Arcêncio RA. Agente comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. *Acta Paul Enferm*.

[Internet]. 2012 [citado em 18 jun 2019]; 25(5): 721-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/aop2312.pdf>.

Cruz MM, Cardoso GCP, Abreu DMF, Decotelli PV, Chrispim PP, Borenstein JS et al. Adesão ao tratamento diretamente observado da tuberculose – sentido atribuído pelos usuários e profissionais de saúde em duas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Colet*. 2012 [citado em 25 jul 2019]; 20(2):217-24. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_217-224.pdf.

Cunha MS, Sá MC. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(44):61-73.

Dair R, Torres E, Rodríguez O, Cruz R, Hernández L. Quality control in the follow-up of pulmonary tuberculosis contacts in Camagüey, Cuba (2008-2011). *Medwave*. 2014 Feb; 14(1).

De Oliveira SPD, Carvalho MDDB, Pelloso SM, Caleffi-Ferracioli KR, Siqueira VLD Scodro RBDL et al. Influence of identification of contacts in adherence of index tuberculosis cases to treatment in a high-incidence country. *Int J Infect Dis*. 2017 Dec; 65:57-62.

Denholm JT, Leslie DE, Jenkin GA, Darby J, Johnson PD, Graham SM, et al. Long-term follow-up of contacts exposed to multidrug-resistant tuberculosis in Victoria, Australia, 1995-2010. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2012 Oct;16(10):1320-5.

Dodd PJ, Gardiner E, Coghlan R, Seddon JA. Burden of childhood tuberculosis in 22 high-burden countries: a mathematical modelling study. *Lancet Glob Health*. 2014;2(8):e453-e9.

Dodd PJ, Yuen CM, Becerra MC, Revill P, Jenkins HE, Seddon JÁ. Potential effect of household contact management on childhood tuberculosis: a mathematical modelling study. *Lancet Glob Health* 2018; 6: e1329–38

Dodd PJ, Yuen CM, Sismanidis C, Seddon JA, Jenkins HE. The global burden of tuberculosis mortality in children: a mathematical modelling study. *Lancet Glob Health*. 2017;5(9):e898-e906.

Ekwueme OE, Omotowo BI, Agwuna KK. Strengthening contact tracing capacity of pulmonary tuberculosis patients in Enugu, southeast Nigeria: a targeted and focused health education intervention study. *BMC Public Health*. 2014 nov;14: 1175.

Scorel, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2007; 21(3):164-76.

Esmael A, Ali I, Agonafir M, Desale M, Yaregal Z, Desta K. Assessment of patients' knowledge, attitude, and practice regarding pulmonary tuberculosis in eastern Amhara regional state, Ethiopia: cross-sectional study. *Am J Trop Med Hyg*. 2013;88(4):785–8.

Faccini M, et al. Tuberculosis-related stigma leading to an incomplete contact investigation in a low-incidence country. *Epidemiol Infect*. 2015 Oct;143(13):2841-8.

- Falcão DV. A pessoa idosa no contexto da família. In: Makilin NB, Maycoln LT organizadores. *Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção* Porto Alegre: Artmed; 2012. p.100-11.
- Feng JY et al. Risk of active TB after the first year should not be ignored: extended follow-up in adult TB contacts is needed. *Eur Respir J*. 2015; 45:1501–04.
- Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10:105-9.
- Fiorin JL. *Elementos da Análise do discurso*. São Paulo: EDUSP; 1989.
- Fiorin JL. *Linguagem e ideologia*. São Paulo: Ática; 1988.
- Fox GJ, Barry SE, Britton WJ, Marks GB. Contact investigation for tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*. 2013; 41(1):140-56.
- Fox GJ, Loan le P, Nhung NV, Loi NT, Sy DN, Britton WJ, et al. Barriers to adherence with tuberculosis contact investigation in six provinces of Vietnam: a nested case-control study. *BMC Infect Dis*. 2015 Feb; 15:103.
- Freire DN, Bonametti AM, Matsuo T. Diagnóstico precoce e progressão da tuberculose em contatos. *Epidemiol Serv Saude*. 2007 jul-set; 16(3):155-66.
- Garcia-Prats AJ, Zimri K, Mramba Z, Schaaf HS, Hesselning AC. Children exposed to multidrug-resistant tuberculosis at a home-based day care centre: a contact investigation. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2014 Nov; 18(11):1292-8.
- Gashu Z, Jerene D, Ensermu M, Habte D, Melese M, Hiruy N et al. The yield of community-based "retrospective" tuberculosis contact investigation in a high burden setting in Ethiopia. *PLoS One*. 2016 Aug; 11(8):e0160514.
- Gazetta CE, Ruffino-Netto A, Pinto Neto JM, Santos MSLG, Cury MRCO, Vendramini SHF, Villa TCS. 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*. 2006;32(6):559-65.
- Gerência de Planejamento e Gestão - GEPLAN. Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Paraíba. *Plano Estadual de Saúde: 2016 – 2019*. [internet]; 2016 [citado em 2019 jul 15]
- Getahun H, Matteelli A, Abubakar I, Aziz MA, Baddeley A, Barreira D, et al. Management of latent Mycobacterium tuberculosis infection: WHO guidelines for low tuberculosis burden countries. *Eur Respir J*. 2015; 46:1563–76.
- Gil, AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ª ed. 8. reimp. São Paulo: Atlas; 2007.
- Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(3):565-74.

- Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.185-221.
- Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS (organizadora), Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis-RJ: Ed Vozes. 21ª ed; 2002.
- Gonçalves, HA. Manual de Metodologia da Pesquisa Científica. 2ª ed. rev.amp. São Paulo: Avercamp; 2014.
- Gounder PP, Harris TG, Angers H, Trieu L, Meissner JS, Cadwell BL, et al. Risk for Tuberculosis Disease Among Contacts with Prior Positive Tuberculin Skin Test: A retrospective Cohort Study, New York City. *J Gen Intern Med.* 2015; 30(6):742–8.
- Gupta M, Saibannavar AA, Kumar V. Household symptomatic contact screening of newly diagnosed sputum smears positive tuberculosis patients-An effective case detection tool. *Lung India.* 2016 Mar-Apr; 33(2): 159–62.
- Guwatudde D, K. Nakakeeto, Jones-Lopez CE, Maganda A, Chiunda A, Mugerwa RD, et al. Tuberculosis in household contacts of infectious cases in Kampala, Uganda. *Am J Epidemiol.* 2003; 158:887-98
- Hall C, Sukijthamapan P, Santos R, Nourse C, Murphy D, Gibbons M et al. Challenges to delivery of isoniazid preventive therapy in a cohort of children exposed to tuberculosis in Timor-Leste. *Trop Med Int Health.* 2015 Jun; 20(6):730-6.
- Hector J, Anderson ST, Banda G, Kamdolozi M, Jefferys LF, Shani D. TST positivity in household contacts of tuberculosis patients: A case-contact study in Malawi. *BMC Infect Dis.* 2017 Apr;17(1):259.
- Hino P, Cunha TN, Villa TCS, Santos CB. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. *Ciênc saúde coletiva.* 2011; 16 (suppl.1):1295-1301
- Hirsch-Moverman Y, Cronin WA, Chen B, Moran JA, Munk E, Reichler MR, et al. HIV counseling and testing in tuberculosis contact investigations in the United States and Canada. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2015 Aug;19(8):943-53.
- Hoa NP, Chuc NT, Thorson A. KAP about tuberculosis and choice of communication channels. *Health Policy.* 2009; 90:8–12.
- Htet KKK, Liabsuetrakul T, Thein S, McNeil EB, Chongsuvivatwong V. Improving detection of tuberculosis among household contacts of index tuberculosis patients by an integrated approach in Myanmar: A cross-sectional study. *BMC Infect Dis.* 2018 Dec; 18(1):660.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. IBGE Cidades. [Internet] 2019; [citado em 20 jun.2019]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Campina Grande – Formação Administrativa. [Internet] [citado em 22 jun. 2019]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/historico>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Março de 2017. Rio de Janeiro IBGE;2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico:2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Radar IDHM: evolução do IDHM e de seus índices componentes no período de 2012 a 2017. Brasília: IPEA:PNUD:FJP, 2019.

Izumi K, Ohkado A, Uchimura K, Kawatsu L, Suenaga M, Urakawa M et al. Evaluation of tuberculosis contact investigations in Japan. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2017; 21(2): 188-95.

Jia Z, Cheng S, Ma Y, Zhang T, Bai L, Xu W et al. Tuberculosis burden in China: a high prevalence of pulmonary tuberculosis in household contacts with and without symptoms. *BMC Infect Dis.* 2014 Feb 6;14:64.

Jiang Q, Lu L, WU J, Yang C, Prakash R, Zuo T, Yang C, Prakash R, Zuo T et al. Assessment of tuberculosis contact investigation in Shanghai, China: An 8-year cohort study. *Tuberculosis (Edinb).* 2018 Jan;108:10-15.

Jones-López EC, Acuña-Villaorduña C, Fregona G, Marques-Rodrigues P, White LF, Hadad DJ et al. Incident Mycobacterium tuberculosis infection in household contacts of infectious tuberculosis patients in Brazil. *BMC Infect Dis.* 2017 Aug; 17(1):576.

Jornal da Paraíba. Paraíba Não adere a Programa Federal de ampliação de atendimento na Saúde. [Internet] 2019 ago. 04. [citado 10 Ago. 2019] Disponível em: http://www.jornaldaparaiba.com.br/vida_urbana/paraiba-nao-adere-programa-federal-de-ampliacao-de-atendimento-na-saude.html.

Josaphat J, Dias JG, Salvador S, Resende V, Duarte R. Tuberculosis: which patients do not identify their contacts? *Rev Port Pneumol.* 2014 Sep-Oct; 20(5):242-7.

Junges JR. Vulnerabilidade e Saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. In: Barchifon Taine CP, Zoboli ELCP (org). *Bioética, Vulnerabilidade e Saúde*. São Paulo: Idéias & Letras; 2007.p.110-135.

Kanno NP, Bellodi PL, Tess BH. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saude soc.* 2012; 21(4): 884-94.

Kasaie P, Andrews JR, Kelton WD, Dowdy DW. Timing of Tuberculosis Transmission and the Impact of Household Contact Tracing. An Agent-based Simulation Model. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014 Apr; 189(7):845-52.

Khan JA, Irfan M., Zaki A, Beg M. Knowledge, attitude and misconceptions regarding tuberculosis in Pakistani patients . *J. Pak. Med. Assoc.* 2006; 56(5), 211-14.

Kigozi G, Engelbrecht M, Heunis C, Janse van Rensburg, A. Household contact non-attendance of clinical evaluation for tuberculosis: a pilot study in a high burden district in South Africa. *BMC Infectious Diseases*.2018; 18:106.

Kim D, Lee S, Kang SH, Park MS, Yoo SY, Jeon TY et al. A contact investigation after exposure to a child with disseminated tuberculosis mimicking inflammatory bowel disease. *Korean J Pediatr*. 2018 Nov; 61(11):366-70

Kisa B, Sarimurat N, Koyman S, Sayici Ş, Babalik A, Kiliçaslan Z. Tuberculosis screening and efficacy of prophylaxis in contacts of patients with pulmonary tuberculosis. *Tuberk Toraks*. 2016 Mar; 64(1):27-33.

Lala SG, et al. Integrated Source Case Investigation for Tuberculosis (TB) and HIV in the Caregivers and Household Contacts of Hospitalised Young Children Diagnosed with TB in South Africa: An Observational Study. *PLoS One*. 2015 Sep;10(9):e0137518.

Lalor MK, Anderson LF, Hamblion EL, Burkitt A, Davidson JA, Maguire H et al. Recent household transmission of tuberculosis in England, 2010-2012: retrospective national cohort study combining epidemiological and molecular strain typing data. *BMC Medicine*. 2017;15:105.

Lienhardt C, Fielding K, Sillah J, Tunkara A, Donkor S, Manneh K, et al. Risk factors for tuberculosis infection in sub-Saharan Africa: a contact study in The Gambia. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003; 168: 448–455.

Lima LM, Schwartz E, Cardozo-Gonzales RI, Harter J, Lima JF. O programa de controle da tuberculose em Pelotas/RS, Brasil: investigação de contatos intradomiciliares. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013 [citado em 26 ago. 2019]; 34(2): 102-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v34n2/v34n2a13.pdf>

Little KM, Msandiwa R, Martinson N, Golub J, Chaisson R, Dowdy D. Yield of household contact tracing for tuberculosis in rural South Africa. *BMC Infect Dis*. 2018 Jul; 18(1):299.

Loredo C, Cailleaux-Cezar M, Efron A, Mello FCQ, Conde MB. Yield of close contact tracing using two different programmatic approaches from tuberculosis index cases: A retrospective quasi-experimental study. *BMC Pulm Med*. 2014 Aug; 14:133.

Maciel ELN, Araujo WK, Giacomini SS, Jesus FA, Rodrigues PM, Dietze R. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. *Ciênc saúde coletiva*. 2009 [citado em 18 out. 2018]; 14(Supl.1): 1395-402. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a12v14s1.pdf>.

MacLellan J, Wallace K, Vacchelli E, Roe J, Davidson R, Abubakar I et al. A multi-perspective service evaluation exploring tuberculosis contact screening attendance among adults at a North London hospital. *J Public Health (Oxf)*. 2016 Sep; 38(3):e362-e367.

Mandalakas AM, Ngo K, Ustero PA, Golin R, Anabwani F, Mzileni B et al. BUTIMBA: Intensifying the Hunt for Child TB in Swaziland through Household Contact Tracing. *PLoS ONE*. 2017; 12(1): e0169769.

- Mao TE, Okada K, Yamada N, Peou S, Ota M, Saint S. Cross-Sectional Studies of Tuberculosis Prevalence in Cambodia between 2002 and 2011. *Bull World Health Organ.* 2014 Aug; 92(8): 573–81.
- Marcolino ABL, Nogueira JA, Ruffino-Neto A, Moraes RM, Sá LD, Villa TCS, et al. Avaliação do acesso as ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux-PB. *Rev Bras Epidemiol.*[Internet] 2009 [citado em 25 ago. 2019]; 12(2):144-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n2/05.pdf>.
- Matteelli A, Rendon A, Tiberi S, Al-Abri S, Voniatis C, Carvalho ACC, et al. Tuberculosis elimination: where are we now? *European Respiratory Review* 2018; 27:180035.
- McIntosh AI, Doros G, Jones-López EC, Gaeddert M, Helen E, Marques- Rodrigues, P. et al. Extensions to Bayesian generalized linear mixed effects models for household tuberculosis transmission. *Stat Med.* 2017 Jul;36(16):2522-32.
- Melo FAF, Afiune JB, Hijjar MA, Gomes M, Rodrigues DSS, Klautau GB. Tuberculose. In: Focaccia R, Veronesi R. *Tratado de infectologia.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2010. p.1139-206.
- Mendonça AMC, Kritski AL, Sant'Anna CC. Tuberculosis contact tracing among children and adolescent referred to children's hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Braz J Infect Dis.* 2015; 19(3): 296-301.
- Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. “You learn, we teach”? Questioning relations between education and health from the perspective of vulnerability. *Cad Saude Publica.* 2006; 22(6):1335-42.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec/Abrasco;1992.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 8ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.
- Morán-Mendoza O, Marion SA, Elwood K, Patrick D, Fitzgerald JM. Risk factors for developing tuberculosis: a 12-year follow-up of contacts of tuberculosis cases. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2010; 14: 1112–19.
- Mori T. Problems with contact investigation in tuberculosis case-finding in Japan. *Chin J Antituberc.* 2017; 39:22-27.
- Muñoz Sánchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Cienc Saude Coletiva.* 2007;12(2):319-24.
- Mwansa-Kambafwile J, McCarthy K, Gharbaharan V, Venter FW, Maitshotlo B, Black A. Pesquisa de casos de tuberculose: avaliação de um método de papel deslizante para rastrear contatos. *PLoS One.* 2013; 8 (9): e75757.

- Naidoo P, Simbayi L., Labadarios D, Ntsepe Y, Bikitsha N, Khan G et al. Predictors of knowledge about tuberculosis: results from SANHANES I, a national, cross-sectional household survey in South Africa. *BMC Public Health*. 2016; 16:276.
- Nair D, Rajshekhar N, Klinton JS, Watson B, Velayutham B, Tripathy JP et al. Household contact screening and yield of tuberculosis cases-a clinic based study in Chennai, South India. *PLoS One*. 2016 Sep;11(9):e0162090
- Obuku EA, Meynell C, Y Kiboss-Kyeyune, Blankley S, Atuhairwe C, E Nabankema et al. Determinantes sociodemográficos e prevalência do conhecimento sobre a tuberculose em três populações de favelas de Uganda. *BMC Public Health*. 2012; 12:536.
- Ogden J. Improving tuberculosis control-social Science inputs. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2000; 97:135-40.
- Ohene SA, Bonsu F, Hanson-Nortey NN, Sackey A, Danso S, Afutu F et al. Yield of tuberculosis among household contacts of tuberculosis patients in Accra, Ghana. *Infect Dis Poverty*. 2018;7(1):14.
- Oliveira CD, et al. Control measures to trace ≤ 15 -year-old contacts of index cases of active pulmonary tuberculosis. *J Bras Pneumol*. 2015 Sep-Oct;41(5):449-53.
- Organização Panamericana de La Salud – OPAS. Organización Mundial de La Salud. Reunión Regional de directores nacionales de programas de control de la tuberculosis: informe final. Ecuador, OPAS, 1997.
- Otero L, Shah L, Verdonck K, Battaglioli T, Brewer T, Gotuzzo E et al. A prospective longitudinal study of tuberculosis among household contacts of smear-positive tuberculosis cases in Lima, Peru. *BMC Infect Dis*. 2016; 16: 259.
- Pan D, Lin M, Lan R, Graviss EA, Lin D, Liang D et al. Tuberculosis Transmission in Households and Classrooms of Adolescent Cases Compared to the Community in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Dec;15(12).
- Park SH, Lee SJ, Cho YJ, Jeong YY, Kim HC, Lee JD et al. A prospective cohort study of latent tuberculosis in adult close contacts of active pulmonary tuberculosis patients in Korea. *Korean J Intern Med*. 2016 May; 31(3): 517–24.
- Parvaresh L, Bag SK, Cho J.-G, Heron N, Assareh H, Norton S et al. Monitoring tuberculosis contact tracing outcomes in Western Sydney, Australia. *BMJ Open Respiratory Research* 2018;5:e000341.
- Paula ML, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Albuquerque RAl. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. *Psicologia em Estudo*. 2014; 19(2),223-33.
- Pereira AK, Silveira CG, Gonçalves RCB, Marinho PA, Pereira LM. Cobertura vacinal dos adolescentes da área de abrangência do centro de saúde cachoeirinha na região nordeste de Belo Horizonte-MG. *Rev Médica Minas Gerais*. 2013; 23(3):284-89.

Pinto ML, Silva TC, Gomes LCF, Bertolozzi MR, Villavicencio LMM, Azevedo KMFA et al. Ocorrência de casos de tuberculose em Crato, Ceará, no período de 2002 a 2011: uma análise espacial de padrões pontuais. *Rev. bras. Epidemiol.* 2015;18(2): 313-325.

Prefeitura Municipal de Campina Grande - PMCG. História, 2019. [Internet] [citado em 09 mai. 2019]. Disponível em: <https://campinagrande.pb.gov.br/historia/>.

PNUD - Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil - 2010. [Internet] [citado em 10 mai. 2019]. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/paraiba.

Polaro SHI, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. *Rev. esc. enferm. USP.* 2013; 47(1): 160-67.

Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3. ed., Porto Alegre, Artes Médicas; 1995. 391p.

Qadeer E, Fatima R, Haq UM, Yaqoob A, Kyaw NTT, Shah S et al. Yield of facility-based verbal screening amongst household contacts of patients with multi-drug resistant tuberculosis in Pakistan. *J Clin Tuberc Other Mycobact Dis.* 2017; 7: 22–7.

Qin Y, Fang H, Li H, et al. Analysis of incidence in close contacts of smear-positive tuberculosis cases. *Chin J Antituber.* 2008; 30:1.

Queiroga RPF, Sá LD, Nogueira JÁ, Lima ERV, Silva ACO, Pinheiro PGOD. et al . Distribuição espacial da tuberculose e a relação com condições de vida na área urbana do município de Campina Grande. *Rev Bras Epidemiol.* 2012; 15(1):222-32

Romanholi RMZ, Cyrino EG. A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. *Interface (Botucatu).* 2012; 16(42):693-705.

Rosenstock KIV, Neves MJ. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. *Rev bras enferm [Internet].* 2010 Apr/July [citado em 2019 Jan 25]; 63(4): 581- 86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/13.pdf> 14.

Sá LD, Oliveira AAV, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Collet N. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2012; 46(2): 356-63.

Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE. Ministério da Saúde. Indicadores de Morbidade: Tuberculose [internet]. 2018 [citado em 2018 dez 06]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>

Salame FM, Ferreira MD, Belo MT, Teixeira EG, Cordeiro-Santos M, Ximenes RA et al. Knowledge about tuberculosis transmission and prevention and perceptions of health service utilization among index cases and contacts in Brazil: Understanding losses in the latent tuberculosis cascade of care. *PLoS One.* 2017 Sep;12(9):e0184061.

- Savicevic J, Popovic Grle A, Milovac S, Ivcevic S, Vukasovic I, Viali M, Zivkovic V. Tuberculosis knowledge among patients in out-patient settings. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2008; 12:780-85.
- Schoen TH, Vitale MSS. Tenho medo de quê? *Rev. paul. pediatr.* 2012; 30(1): 72-8.
- Scodro RBDL et al. Influence of identification of contacts in adherence of index tuberculosis cases to treatment in a high-incidence country. *Int J Infect Dis.* 2017 Dec; 65:57-62.
- Seddon JA, Jenkins HE, Liu L, Cohen T, Black RE, Becerra MC et al. Counting Children with Tuberculosis: Why Numbers Matter. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2015 Dec; 19(1): 9–16.
- Shah NS, Yuen CM, Heo M, Tolman AW, Becerra MC, Caviedes L. Yield of contact investigations in households of patients with drug-resistant tuberculosis: Systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis.* 2014 Feb; 58(3): 381-91.
- Shapiro AE, Variava E, Rakgokong MH, Moodley N, Luke B, Salimi S, Chaisson RE et al. Community-based targeted case finding for tuberculosis and HIV in household contacts of patients with tuberculosis in South Africa. *Am J Respir Crit Care Med.* 2012; 185(10): 1110-6.
- Shivaramakrishna HR, Frederick A, Shazia A, Murali L, Satyanarayana S, Nair SA, et al. Isoniazid preventive treatment in children in two districts of South India: does practice follow policy? *Int J Tuberc Lung Dis.* 2014 Aug; 18(8):919-24.
- Silva EG, Vieira JDS, Cavalcante AL, Santos LGML, Rodrigues APRA, Cavalcante TCS. Perfil epidemiológico da tuberculose no estado de Alagoas de 2007 a 2012. *Cien Biol Saude.* 2015 nov; 3(1):31-46.
- Silva PF, Moura GS, Caldas AJM. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. *Cad Saude Publica.* 2014 ago; 30(8):1745-54.
- Singh AR, Kharate A, Bhat P, Kokane AM, Bali S, Sahu S et al. Isoniazid preventive therapy among children living with tuberculosis patients: Is it working? A mixed-method study from Bhopal, India. *J Trop Pediatr.* 2017 Aug; 63(4):274-85.
- Sistema de informação de agravos de notificação - Sinan. Banco de dados. Tuberculose - Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net, 2016. Disponibilizado pela Vigilância Epidemiológica do Município de Campina Grande.
- Sistema de informação sobre mortalidade - SIM. Departamento de Informática do SUS. [Internet]. 2018 [citado 2018 dez 16]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sim-sistema-de-informacoes-de-mortalidade>.
- Sloot R, Van Der Loeff MFS, Kouw PM, Borgdorff MW. Yield of tuberculosis contact investigations in Amsterdam: Opportunities for improvement. *Eur Respir J.* 2014 Sep; 44(3):714-24.

Snow KJ, Sismanidis C, Denholm J, Sawyer Susan M, Graham SM. The incidence of tuberculosis among adolescents and young adults: a global estimate. *Eur Respir J*. 2018;51(2).

Soares MLM, Amaral NAC, Zacarias ACP, Ribeiro LKNP. Aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos do abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco, Brasil, 2001-2014. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017; 26(2):369-78.

Souza L M, Pinto MG. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na saúde da família. *Rev eletrônica enferm [Internet]*. 2012 Apr/June [cited 2019 Jun 25];14(2):374-83. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a18.htm

Storla GB, Yimer S, Bjune GA. Uma revisão sistemática de atraso no diagnóstico e tratamento da tuberculose. *BMC Public Health*. 2008; 8: 15

Sulis G, Combarry A, Getahun H, Gnanou S, Giorgetti PF, Konseimbo A et al. Implementation of tuberculosis prevention for exposed children, Burkina Faso. *Bull World Health Organ*. 2018 Jun; 96(6): 386–92.

Szkwarko D, Hirsch-Moverman Y, Du, Plessis L, Du Preez K, Carr C, Mandalakas AM. Child contact management in high tuberculosis burden countries: A mixed-methods systematic review. *PLoS One*. 2017 Aug;12(8):e0182185.

Tadesse Y, Gebre N, Daba S, Gashu Z, Habte D, Hiruy N et al. Uptake of isoniazid preventive therapy among under-five children: TB contact investigation as an entry point. *PLoS One*. 2016 May; 11(5):e0155525.

Thanh THT, Ngoc SD, Viet NN, Van HN, Horby P, Cobelens FG et al. A household survey on screening practices of household contacts of smear positive tuberculosis patients in Vietnam. *BMC Public Health*. 2014 Jul;14:713.

Teixeira, AQ. Conhecimento sobre tuberculose e adesão às medidas profiláticas entre os indivíduos contatos em Recife/PE. [Dissertação de Mestrado] Recife (PE): Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 2016.

Titiyos A, Jerene D, Enquselasia F. The yield of screening symptomatic contacts of multidrug-resistant tuberculosis cases at a tertiary hospital in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2015; 8:501.

Tlale L, Frasso R, Kgosieseke O, Selemogo M, Mothei Q, Hable D, et al. Factors influencing health care workers' implementation of tuberculosis contact tracing in Kweneng, Botswana. *Pan Afr Med J*. 2016 Jul;24:229.

Tolossa D, Medhin G, Legesse M. Conhecimentos, atitudes e práticas da comunidade em relação à tuberculose na cidade de Shinile, estado regional somali, leste da Etiópia: um estudo transversal. *BMC Public Health*. 2014; 14:804.

Tomm-Bonde L. The naïve nurse: revisiting vulnerability for nursing. *BMC Nursing*. 2012; 11:5.

Trad, LAB, Rocha, AARM. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Cienc. Saude Colet.* 2011; 16(3):1969-80.

Triasih R, Robertson C, Duke T, Graham SM. Risk of infection and disease with *Mycobacterium tuberculosis* among children identified through prospective community-based contact screening in Indonesia *Trop Med Int Health.* 2015 Jun; 20(6):737-43.

Trigueiro DRSG, Nogueira JA, Monroe AA, Sá LD, Anjos UU, Villa TCS. Determinantes individuais e utilização dos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose. *Rev enferm UERJ.* 2013 [citado em 20 abr. 2019]; 21(3): 371-8. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a16.pdf>.

Ustero PA, Kay AW, Ngo K, Golin R, Tsabedze B, Mzileni, B et al. School and household tuberculosis contact investigations in Swaziland: Active TB case finding in a high HIV/TB burden setting. *PLoS One.* 2017 Jun 5; 12(6):e0178873.

Varela DSS, Silva MDF, Monteiro CFS. Dificuldades de Enfermeiros no trabalho com usuários de álcool e outras drogas: Revisão Integrativa. *Rev enferm UFPE on line.* 2015; 9(10):9576-83.

Vargas D, Oliveira MAF, Luís MAV. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária. *Acta paul. enferm.* 2010; 23(1): 73-9.

Veronesi R, Foccacia R. *Tratado de Infectologia.* 5ªed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2015.

Viegas SMF, Sampaio FC, Oliveira PP, Lanza FM, Oliveira VC, Santos WJ. A vacinação e o saber do adolescente: educação em saúde e ações para a imunoprevenção. *Ciênc. saúde coletiva.* 2019; 24(2):351-60.

Willingham FF, Schmitz TL, Contreras M, Kalangi SE, Vivar AM. Hospital Control and Multidrug-Resistant Pulmonary Tuberculosis in Female Patients, Lima, Peru. *Emerg Infect Dis.* 2001 Jan-Feb;7(1):123-7.

Wood R, Middelkoop K, Myer L, Grant AD, Whitelaw A, Lawn SD, et al. Undiagnosed tuberculosis in a community with high HIV prevalence: implications for tuberculosis control. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007; 175:87-93.

World Health Organization. *Improving the Diagnosis and Treatment of Smear-Negative Pulmonary and Extrapulmonary Tuberculosis among Adults and Adolescents.* WHO, Stop TB Department, Geneva; 2006.

World Health Organization. *Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries.* World Health Organization, Geneva; 2012.

World Health Organization; 2013a [cited 2018 Dec 29]. Available from: http://www.who.int/tb/advisory_bodies/STAG_report2013.pdf

World Health Organization. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013b [cited 2019 Abr 26]. Available from: http://www.who.int/tb/post2015_TBstrategy.pdf

World Health Organization. Global tuberculosis report 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.

World Health Organization. Implementing the end TB Strategy: the Essentials [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2018 Dec 15]. Available from: http://www.who.int/tb/publications/2015/end_tb_essential.pdf?ua=1

World Health Organization. Global tuberculosis report 2016 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2019 Jan 10]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf?ua=1>

World Health Organization. Global tuberculosis report 2017. Geneva, World Health Organization; 2017.

World Health Organization. Global tuberculosis report 2018. Geneva: World Health Organization; 2018a.

World Health Organization. Roadmap towards ending TB in children and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2018b.

World Health Organization. WHO thirteenth general programme of work, 2019–2023. Geneva: World Health Organization; 2018c.

World Health Organization. Joint Initiative: “FIND. TREAT. ALL. #ENDTB” (website) [Internet] [citado 10 ago. 2019]. Geneva: World Health Organization; 2018d. Available from: <http://www.who.int/tb/joint-initiative/en/>

World Health Organization. WHO Guidelines on tuberculosis infection prevention and control, 2019 update. Geneva: World Health Organization; 2019.

Wysocki AD, Villa TCS, Arakawa T, Brunello MEF, Vendramini SHF, Monroe AA et al. Latent Tuberculosis Infection diagnostic and treatment cascade among contacts in the Primary Health Care in a city of Sao Paulo State, Brazil: cross-sectional study. *PLoS One*. 2016 Jun;11(6):e0155348.

Young KH, Ehman M, Reves R, Brandy PML, Khan A, Chorba TL, et al. Tuberculosis contact investigations: United States of America, 2003-2012. *MMWR Surveill Summ*. 2016 Jan; 64(50-51):1369-74.

Zanatta E, Arpini DM. Conhecendo a imagem, o papel e a relação avó-neto: a perspectiva de avós maternas. *Estud. pesqui. psicol.* 2017; 17 (1): 343-63.

Zelner JL, Murray MB, Becerra MC, Galea, Lecca L, Calderon R et al. Age-Specific Risks of Tuberculosis Infection from Household and Community Exposures and Opportunities for Interventions in a High-Burden Setting. *Am J Epidemiol*. 2014a Oct; 180(8): 853–861.

Zelner JL, Murray MB, Becerra MC, Galea J, Lecca L, Calderon R et al. Bacillus Calmette-Guérin and isoniazid preventive therapy protect contacts of patients with tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2014b; 189:853–59.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – SUMARIZAÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA
COMPOR A REVISÃO DE LITERATURA**

Quadro 12 – Sumarização dos artigos selecionados, 2014 a 2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTORES	BASE	PERIÓDICO
1	Improving detection of tuberculosis among household contacts of index tuberculosis patients by an integrated approach in Myanmar: A cross-sectional study (2018)	Htet, KKK Liabsuetrakul, T Thein, S McNeil, EB Chongsuvivatwon, V	SCOPUS MEDLINE	BMC Infect Dis.
2	Tuberculosis Transmission in Households and Classrooms of Adolescent Cases Compared to the Community in China (2018)	Pan, D Lin, M Lan, R Graviss, EA Lin, D Liang, D et al	SCOPUS MEDLINE	Int J Environ Res Public Health
3	A contact investigation after exposure to a child with disseminated tuberculosis mimicking inflammatory bowel disease (2018)	Kim, D Lee, S Kang, SH Park, MS Yoo, SY Jeon, TY et al	SCOPUS	Korean J Pediatr.
4	Investigation of household contacts of pulmonary tuberculosis patients increases case detection in Mwanza City, Tanzania (2018)	Beyanga, M Kidenya, BR Gerwing-Adima, L Ochodo, E Mshana, SE Kasang, C	SCOPUS CINAHL MEDLINE	BMC Infect Dis.
5	Household contact non-attendance of clinical evaluation for tuberculosis: A pilot study in a high burden district in South Africa (2018)	Kigozi, G Engelbrecht, M Heunis, C Janse van Rensburg, A	SCOPUS CINAHL	BMC Infect Dis.
6	Yield of tuberculosis among household contacts of tuberculosis patients in Accra, Ghana (2018)	Ohene, AS Bonsu, F Hanson-Nortey, NN Sackey, A Danso, S Afutu, F et al	SCOPUS	Infect Dis Poverty
7	Monitoring tuberculosis contact tracing outcomes in Western Sydney, Australia (2018)	Parvareh, L Bag, S.K. Cho, J.-G Heron, N Assareh, H Norton, S et al	SCOPUS	BMJ Open Respir Res

Quadro 12 – Sumarização dos artigos seleccionados, 2014 a 2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTORES	BASE	PERIÓDICO
8	Implementation of tuberculosis prevention for exposed children, Burkina Faso (2018)	Sulis, G Combary, A Getahun, H Gnanou, S Giorgetti, PF Konseimbo, A et al	SCOPUS	Bull World Health Organ
9	Potential effect of household contact management on childhood tuberculosis: a mathematical modelling study (2018)	Dodd, PJ Yuen, CM Becerra, MC Revell, P Jenkins, HE Seddon, JÁ	SCOPUS	Lancet Glob Health
10	Yield of household contact tracing for tuberculosis in rural South Africa (2018)	Little, KM Msandiwa, R Martinson, N Golub, J Chaisson, R Dowdy, D	SCOPUS MEDLINE	BMC Infect Dis.
11	Drop-out from the tuberculosis contact investigation cascade in a routine public health setting in urban Uganda: A prospective, multi-center study (2017)	Armstrong-Hough, M Turimumahoro, P Meyer, AJ Ochom, E Babirye, D Ayakaka, I et al	SCOPUS	PLoS One.
12	Incident Mycobacterium tuberculosis infection in household contacts of infectious tuberculosis patients in Brazil(2017)	Jones-López, EC Acuña-Villaorduña, C Fregona, G Marques-Rodrigues, P White, LF Hadad, DJ et al	SCOPUS CINAHL	BMC Infect Dis.
13	School and household tuberculosis contact investigations in Swaziland: Active TB case finding in a high HIV/TB burden setting(2017)	Ustero, PA Kay, AW Ngo, K Golin, R Tsabedze, B Mzileni, B et al	SCOPUS MEDLINE	PLoS One.
14	Yield of facility-based verbal screening amongst household contacts of patients with multi-drug resistant tuberculosis in Pakistan (2017)	Qadeer, E Fatima, R Haq, MU Yaqoob, A Kyaw, NTT Shah, S et al	SCOPUS	J Clin Tuberc Other Mycobact Dis
15	Identifying barriers to and facilitators of tuberculosis contact investigation in Kampala, Uganda: A behavioral approach(2017)	Ayakaka, I Ackerman, S Ggita, JM Kajubi, P Dowdy, D Haberer, JE et al	SCOPUS CINAHL	Implement Sci

Quadro 12 – Sumarização dos artigos seleccionados, 2014 a 2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTORES	BASE	PERIÓDICO
16	BUTIMBA: Intensifying the hunt for child tb in Swaziland through household contact tracing(2017)	Mandalakas, AM Ngo, K Ustero, PA Golin, R Anabwani, F Mzileni, B et al	SCOPUS MEDLINE	PLoS One
17	Extensions to Bayesian generalized linear mixed effects models for household tuberculosis transmission (2017)	McIntosh, AI Doros, G Jones-López, EC Gaeddert, M Jenkins, HE Marques-Rodrigues, P et al	CINAHL	Stat Med
18	Recent household transmission of tuberculosis in England, 2010-2012: retrospective national cohort study combining epidemiological and molecular strain typing data (2017)	Lalor, MK Anderson, LF Hamblion, EL Burkitt, A Davidson, JA Maguire, H et al	CINAHL	BMC Med
19	An evaluation of tuberculosis contact investigations against national standards(2017)	Cavany, SM Sumner, T Vynnycky, E Flach, C White, RG Thomas, HL et al	SCOPUS	Thorax
20	Knowledge about tuberculosis transmission and prevention and perceptions of health service utilization among index cases and contacts in Brazil: Understanding losses in the latent tuberculosis cascade of care (2017)	Salame, FM Ferreira, MD Belo, MT Teixeira, EG Cordeiro-Santos, M Ximenes, RA et al	SCOPUS	PLoS One
21	Influence of identification of contacts in adherence of index tuberculosis cases to treatment in a high-incidence country (2017)	De Oliveira, SPD Carvalho, MDDB Pelloso, SM Caleffi-Ferracioli, KR Siqueira, VLD Scodro, RBDL et al	SCOPUS	Int J Infect Dis.
22	TST positivity in household contacts of tuberculosis patients: A case-contact study in Malawi(2017)	Hector, J Anderson, ST Banda, G Kamdolozzi, M Jefferys, LF Shani, D	SCOPUS	BMC Infect Dis

Quadro 12 – Sumarização dos artigos seleccionados, 2014 a 2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTORES	BASE	PERIÓDICO
23	Feasibility and effectiveness of tuberculosis active case-finding among children living with tuberculosis relatives: A cross-sectional study in Guinea-Bissau(2017)	Bosa, L Da Silva, L Mendes, DV Sifna, A Mendes, MS Riccardi, F et al	SCOPUS	Mediterr J Hematol Infect Dis
24	Isoniazid preventive therapy among children living with tuberculosis patients: Is it working? A mixed-method study from Bhopal, India (2017)	Singh, A.R Kharate, A Bhat, P Kokane, A.M Bali, S Sahu, S et al	SCOPUS	J Trop Pediatr.
25	Child contact management in high tuberculosis burden countries: A mixed-methods systematic review (2017)	Szkwarko, D Hirsch-Moverman, Y Du Plessis, L Du Preez, K Carr, C Mandalakas, AM	SCOPUS	PLoS One.
26	Household contact screening and yield of tuberculosis cases-a clinic based study in Chennai, South India (2016)	Nair, D Rajshekhar, N Klinton, J.S Watson, B Velayutham, B Tripathy, JP et al	SCOPUS MEDLINE	PLoS One.
27	The yield of community-based "retrospective" tuberculosis contact investigation in a high burden setting in Ethiopia (2016)	Gashu, Z Jerene, D Ensermu, M Habte, D Melese, M Hiruy, N et al	SCOPUS MEDLINE	PLoS One.
28	Association Between Staff Experience and Effective Tuberculosis Contact Tracing in North Carolina, 2008-2009 (2016)	Bryant, KE Allen, MG Fortenberry, ER Luffman, J Zeringue, E Stout, JE	MEDLINE	NC Med J
29	Uptake of isoniazid preventive therapy among under-five children: TB contact investigation as an entry point (2016)	Tadesse, Y Gebre, N Daba, S Gashu, Z Habte, D Hiruy, N et al	SCOPUS MEDLINE	PLoS One.
30	Tuberculosis screening and efficacy of prophylaxis in contacts of patients with pulmonary tuberculosis (2016)	Kisa, B Sarimurat, N Koyman, S Sayici, Ş Babalik, A Kiliçaslan, Z	SCOPUS MEDLINE	Tuberk Toraks

Quadro 12 – Sumarização dos artigos selecionados, 2014 a 2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTORES	BASE	PERIÓDICO
31	A prospective longitudinal study of tuberculosis among household contacts of smear-positive tuberculosis cases in Lima, Peru (2016)	Otero, L Shah, L Verdonck, K Battaglioli, T Brewer, T Gotuzzo, E et al	SCOPUS CINAHL MEDLINE	BMC Infect Dis
32	A multi-perspective service evaluation exploring tuberculosis contact screening attendance among adults at a North London hospital (2016)	MacLellan, J Wallace, K Vacchelli, E Roe, J Davidson, R Abubakar, I et al	CINAHL	J Public Health (Oxf)
33	Contacts of retreatment tuberculosis cases with a prior poor treatment outcome are at increased risk of latent tuberculosis infection (2016)	Baliashvili, D Magee, MJ Kempker, RR Kuchukhidze, G Aslanikashvili, A Blumberg, HM	SCOPUS	Int J Infect Dis
34	Household symptomatic contact screening of newly diagnosed sputum smears positive tuberculosis patients-An effective case detection tool (2016)	Gupta, M Saibannavar, AA Kumar, V	SCOPUS	Lung India
35	A prospective cohort study of latent tuberculosis in adult close contacts of active pulmonary tuberculosis patients in Korea (2016)	Park, SH Lee, SJ Cho, YJ Jeong, YY Kim, HC Lee, JD et al	SCOPUS	Korean J Intern Med
36	Tuberculosis contact investigations — United States, 2003–2012 (2016)	Young, K.H Ehman, M Reves, R Peterson Maddox, B.L Khan, A Chorba, T.L et al	SCOPUS MEDLINE	Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)
37	Latent Tuberculosis Infection diagnostic and treatment cascade among contacts in the Primary Health Care in a city of Sao Paulo State, Brazil: cross-sectional study (2016)	Wysocki, AD Villa, TCS Arakawa, T Brunello, MEF Vendramini, SHF Monroe, AA et al	SCOPUS MEDLINE	PLoS One.
38	Factors influencing health care workers' implementation of tuberculosis contact tracing in Kweneng, Botswana (2016)	Tlale, L Frasso, R Kgosiesele, O Selemogo, M Mothei, Q Habte, D et al	SCOPUS	Pan Afr Med J.

Quadro 12 – Sumarização dos artigos seleccionados, 2014 a 2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTORES	BASE	PERIÓDICO
39	Tuberculosis case finding in first-degree relative contacts not living with index tuberculosis cases in Kampala, Uganda(2015)	Chheng, P Nsereko, M Malone, L.L Okware, B Zalwango, S Joloba, M et al	SCOPUS	Clin Epidemiol.
40	Integrated source case investigation for tuberculosis (TB) and HIV in the caregivers and household contacts of hospitalised young children diagnosed with TB in South Africa: An observational study(2015)	Lala, SG Little, KM. Tshabangu, N Moore, DP Msandiwa, R Van Der Watt, M et al	SCOPUS MEDLINE	PLoS One.
41	The yield of screening symptomatic contacts of multidrug-resistant tuberculosis cases at a tertiary hospital in Addis Ababa, Ethiopia (2015)	Titiyos, A Jerene, D Enquelasie, F	MEDLINE	BMC Res Notes
42	Cross sectional study evaluating routine contact investigation in Addis Ababa, Ethiopia: A missed opportunity to prevent tuberculosis in children(2015)	Assefa, D Klinkenberg, E Yosef, G	SCOPUS	PLoS One.
43	Comparative meta-analysis of tuberculosis contact investigation interventions in eleven high burden countries(2015)	Blok, L Sahu, S Creswell, J Alba, S Stevens, R Bakker, MI	SCOPUS	PLoS One.
44	Barriers to adherence with tuberculosis contact investigation in six provinces of Vietnam: A nested case-control study (2015)	Fox, GJ Loan, LP Nhung, NV Loi, NT Sy, DN Britton, WJ Marks, GB	SCOPUS MEDLINE	BMC Infect Dis.
45	Challenges to delivery of isoniazid preventive therapy in a cohort of children exposed to tuberculosis in Timor-Leste(2015)	Hall, C Sukijthamapan, P dos Santos, R Nourse, C Murphy, D Gibbons, M et al	SCOPUS CINAHL	Trop Med Int Health
46	Risk of infection and disease with Mycobacterium tuberculosis among children identified through prospective community-based contact screening in Indonesia (2015)	Triasih, R Robertson, C Duke, T Graham, SM	CINAHL	Trop Med Int Health

Quadro 12 – Sumarização dos artigos selecionados, 2014 a 2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTORES	BASE	PERIÓDICO
47	Tuberculosis contact tracing among children and adolescent referred to children's hospital in Rio de Janeiro, Brazil (2015)	Mendonça, AMC Kritski, AL Sant'Anna, CC	SCOPUS	Braz J Infect Dis
48	Medidas de controle dispensadas a contatos ≤ 15 anos de casos índices com tuberculose pulmonar ativa (2015)	Oliveira, CDL de Melo, AC de Oliveira, LRS Froede, EL Camargos, P	SCOPUS MEDLINE	J Bras Pneumol
49	Risk for Tuberculosis Disease Among Contacts with Prior Positive Tuberculin Skin Test: A retrospective Cohort Study, New York City (2015)	Gounder, PP Harris, TG Anger, H Trieu, L Meissner, JS Cadwell, BL et al	SCOPUS MEDLINE	J Gen Intern Med
50	Yield of contact investigations in households of patients with drug-resistant tuberculosis: Systematic review and meta-analysis (2014)	Shah, NS Yuen, CM Heo, M Tolman, AW Becerra, MC	SCOPUS	Clin Infect Dis.
51	A household survey on screening practices of household contacts of smear positive tuberculosis patients in Vietnam (2014)	Thanh, THT Ngoc, SD Viet, NN Van, HN Horby, P Cobelens, FG et al	SCOPUS CINAHL MEDLINE	BMC Public Health
52	Yield of close contact tracing using two different programmatic approaches from tuberculosis index cases: A retrospective quasi-experimental study (2014)	Loredo, C Cailleaux-Cezar, M Efron, A de Mello, FCQ Conde, MB	SCOPUS CINAHL MEDLINE	BMC Pulm Med.
53	Transmission of multidrug-resistant tuberculosis in the UK: A cross-sectional molecular and epidemiological study of clustering and contact tracing (2014)	Anderson, LF Tamne, S Brown, T Watson, JP Mullarkey, C Zenner, D et al	SCOPUS CINAHL	Lancet Infect Dis.
54	Quality control in the follow-up of pulmonary tuberculosis contacts in Camagüey, Cuba (2008-2011) (2014)	Dair, R Torres, E Rodríguez, O Cruz, R Hernández, L	SCOPUS	Medwave
55	Tuberculosis: Which patients do not identify their contacts? (2014)	Josaphat, J Gomes Dias, J Salvador, S Resende, V Duarte, R	SCOPUS	Rev Port Pneumol.

Quadro 12 – Sumarização dos artigos seleccionados, 2014 a 2018.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTORES	BASE	PERIÓDICO
56	Yield of tuberculosis contact investigations in Amsterdam: Opportunities for improvement (2014)	Sloot, R Van Der Loeff MFS Kouw PM Borgdorff, MW	SCOPUS	Eur Respir J.
57	High utility of contact investigation for latent and active tuberculosis case detection among the contacts: A retrospective cohort study in Tbilisi, Georgia, 2010-2011(2014)	Chakhaia, T Magee, MJ Kempker, RR Gegia, M Goginashvili, L Nanava, U et al	SCOPUS MEDLINE	PLoS One.
58	Strengthening contact tracing capacity of pulmonary tuberculosis patients in Enugu, southeast Nigeria: A targeted and focused health education intervention study(2014)	Ekwueme, OEC Omotowo, BI Agwuna, KK	SCOPUS MEDLINE	BMC Public Health.
59	Risk for tuberculosis in child contacts. Development and validation of a predictive score (2014)	Chan, PC Shinn-Fornng Peng, S Chiou, MY Ling, DL Chang, LY Wang, KF et al.	CINAHL	Am J Respir Crit Care Med.
60	Timing of Tuberculosis Transmission and the Impact of Household Contact Tracing. An Agent-basedSimulationModel(2014)	Kasaie, P Andrews, JR Kelton, WD Dowdy, DW	CINAHL	Am J Respir Crit Care Med.
61	Age-Specific Risks of Tuberculosis Infection from Household and Community Exposures and Opportunities for Interventions in a High-Burden Setting (2014a)	Zelner, JL Murray, MB Becerra, MC Galea, J Lecca, L Calderon, R et al.	CINAHL	Am J Epidemiol.
62	Tuberculosis burden in China: a high prevalence of pulmonary tuberculosis in household contacts with and without symptoms (2014)	Jia, Z Cheng, S Ma, Y Zhang, T Bai, L Xu, W et al	CINAHL MEDLINE	BMC Infect Dis.
63	Bacillus Calmette-Guérin and isoniazid preventive therapy protect contacts of patients with tuberculosis (2014b)	Zelner, JL Murray, MB Becerra, MC Galea, J Lecca, L Calderon, Ret al.	CINAHL	Am J Respir Crit Care Med.
64	Yield of tuberculosis contact investigation in a low-incidence country (2014)	Borraccino A Migliore E Piccioni P Baussano I Carosso A Bugiani M	CINAHL	J Infect.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO A - CONTATOS DE INDIVÍDUOS DIAGNOSTICADOS COM TUBERCULOSE

**PROJETO: CONTROLE DOS CONTATOS DE INDIVÍDUOS COM TUBERCULOSE: ANÁLISE
NA PERSPECTIVA DA VULNERABILIDADE**

INSTRUMENTO A – CONTATOS DE INDIVÍDUOS DIAGNOSTICADOS COM TUBERCULOSE

Código identificador: _____		CNES: _____		
Data da coleta de dados 1: ____/____/____		Responsável pela coleta 1: _____		
Data da coleta de dados 2: ____/____/____		Responsável pela coleta 2: _____		
Data da digitação: ____/____/____		Digitador (a): _____		
COLETA DE DADOS DOCUMENTAL				
A. INFORMAÇÕES DO CASO ÍNDICE				
A1. Iniciais do paciente: _____		A2. N° do Prontuário: _____		
A3. Sexo	1 () Feminino	2 () Masculino	3 () Não informado	
A4. Idade:	A5. Forma Clínica	1 () Pulmonar	2 () Laringea	
		3 () Pulmonar + Extrapulmonar		
A6. Escolaridade				
1 () Não Alfabetizado	2 () Ensino Fundamental Incompleto	3 () Ensino Fundamental Completo		
4 () Ensino Médio Incompleto	5 () Ensino Médio Completo	6 () Ensino Superior Incompleto		
7 () Ensino Superior Completo	8 () Não se aplica	9 () Não informado/Em branco		
A7. Ocupação:		9 () Não informado/Em branco		
A8. Situação de trabalho				
1 () Desempregado	2 () Empregado formal	3 () Empregado informal		
4 () Aposentado/Pensionista	5 () Autônomo	6 () Outro		
7 () Não se aplica	9 () Não informado/Em branco			
A9. Tipo de Entrada no SINAN				
1 () Caso Novo	2 () Recidiva	3 () Reingresso Após Abandono		
4 () Transferência	A9.1. Local:	5 () Pós-óbito	6 () Não Sabe/Em branco	
A10. Tipo de serviço de saúde que acompanhou o caso				
1 () Centro de Saúde	2 () Unidade Básica de Saúde da Família	3 () Ambulatório de Referência		
A11. Tipo de serviço de saúde que diagnosticou o caso				
1 () Centro de Saúde	2 () Unidade Básica de Saúde da Família	3 () Ambulatório de Referência		
4 () Policlínica	5 () Unidade de Pronto Atendimento 24h	6 () Consultório Particular		
7 () Hospital	8 () Outro:	9 () Ignorado		
A12. Município que diagnosticou o caso:				
A13. Exposição Prévia a TB	1 () Sim	2 () Não	3 () Não sabe	
		9 () Ignorado		
A14. História de Tuberculose Anterior	1 () Sim	A14.1. Tipo:	A14.2. Duração do tratamento:	
2 () Não	3 () Não sabe	9 () Ignorado		
A15. Data da notificação: ____/____/____		9 () Ignorado		
A16. Data (aproximada) de início dos sintomas: ____/____/____		9 () Ignorado		
A17. Sintomas da doença				
1 () Tosse com expectoração	2 () Tosse seca	3 () Febre	4 () Inapetência	
5 () Perda de Peso	6 () Astenia	7 () Dor torácica	8 () Sudorese	
9 () Hemoptise	10 () Outro A18.1. Qual?	11 () Ignorado		
A18. Data de início do Tratamento: ____/____/____		9 () Ignorado		
A19. Duração do Tratamento:	A20. Tratamento MDR/XDR	1 () Sim	2 () Não	
		9 () Ignorado		
A21. Realização de Tratamento Diretamente Observado		1 () Sim	2 () Não	
		9 () Ignorado		
Se sim:	A21.1. Local de Realização			11 () Não se aplica
	1 () Domicílio	2 () Serviço de Saúde	3 () Trabalho	4 () Outro A21.1.1. Qual?
				9 () Ignorado
	A21.2. Frequência semanal de Realização do Tratamento Diretamente Observado:			11 () Não se aplica
A21.3. Quantidade de doses supervisionadas ao final do tratamento:			11 () Não se aplica	
A21.4. Profissional (is) Responsável (is) pela Supervisão da Tomada Medicamentosa			11 () Não se aplica	
1 () Médico (a)	2 () Enfermeiro (a)	3 () Téc. Enferm	4 () ACS	
		5 () Outro	A21.4.1.1 Qual?	
			9 () Ignorado	
A22. Comorbidades (1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado)				
() HAS	() DM	() Sida/Hiv	() Neoplasias	
		() Outra	A22.1 Qual?	
			9 () Ignorado	
A23. Solicitação de teste Anti-HIV		1 () Sim	2 () Não	
		9 () Ignorado		
Se sim:	A23.1. Resultado			
	1 () Positivo	2 () Negativo	9 () Ignorado	
A24. Uso e abuso de substâncias		1 - Sim	2 - Não	
		9 - Ignorado		
() Tabaco	() Alcool	() Drogas Ilícitas	() Outra	
			A22.1. Qual?	
Se sim:	A24.1. Frequência de uso:			
A25. Resultados de Baciloscopia de escarro (1- +++ 2- ++ 3- + 4- Negativo 5- Não realizado 9- Ignorado 11- Não se aplica)				

<input type="checkbox"/> Diagnóstica	<input type="checkbox"/> 1º Mês	<input type="checkbox"/> 2º Mês	<input type="checkbox"/> 3º Mês	<input type="checkbox"/> 4º Mês	<input type="checkbox"/> 5º Mês	<input type="checkbox"/> 6º Mês	<input type="checkbox"/> Após 6º Mês
A26. Número de cômodos da casa incluindo o banheiro							
1 () 1 Cômodo	2 () 2 Cômodos	3 () 3 Cômodos	4 () 4 Cômodos	5 () 5 Cômodos ou +	9 () Ignorado		
A27. Número de moradores no domicílio:				A29. Com quantas pessoas compartilha o dormitório:			
A28. Número de Contatos Registrados: ()				A28. Número de Contatos Examinados: ()			
A30. Caracterização dos Contatos Registrados							
Nome	Idade	Parentesco	Local de contato	Consulta/Visita	Exames Realizados		
A30.1.							
A30.2.							
A30.3.							
A30.4.							
A30.5.							
A31. Situação de encerramento do caso							
1 () Cura	2 () Abandono	3 () Óbito por TB	4 () Óbito por outras causas	5 () Transferência	6 () TB-DR		
7 () Mudança de Diagnóstico	8 () Mudança de esquema	9 () Falência	10 () Abandono Primário	11 () Ignorado			
DADOS DA COLETA DOCUMENTAL E ENTREVISTA							
B. INFORMAÇÕES DOS CONTATOS							
B.1 Quantidade de Contatos Menores de 19 anos:							
B.2. Contato 1							B.2.1. Idade:
B.2.2. Sexo	1 () Feminino	2 () Masculino	3 () NS/NR				
B.2.3. Escolaridade							
1 () Não Alfabetizado	2 () Ensino Fundamental Incompleto			3 () Ensino Fundamental Completo			
4 () Ensino Médio Incompleto	5 () Ensino Médio Completo			6 () Ensino Superior Incompleto			
7 () Ensino Superior Completo	8 () Não se aplica			9 () Ignorado			
B.2.4. Grau de Parentesco com o Caso Índice							
1 () Filho (a)	2 () Neto (a)	3 () Sobrinho (a)			4 () Pai/Mãe	5 () Tio (a)	
6 () Primo (a)	7 () Enteado (a)	8 () Outro B.2.4.1. Qual?			9 () NS/NR	10 () Não se aplica	
B.2.5. Local de Exposição							
1 () Domicílio	2 () Trabalho	3 () Escola/Creche	4 () Outro B.2.5.1 Qual?		9 () NS/NR	10 () Não se aplica	
B.2.6. Qual foi o tempo de Exposição antes do diagnóstico de Tuberculose?							
1 () Menos de 1 mês	2 () 1 a 3 meses	3 () 3 a 6 meses	4 () Mais de 6 meses		9 () NS/NR	10 () Não se aplica	
B.2.7 Compartilhamento de dormitório com o caso índice?							
1 () Sim	2 () Não	9 () NS/NR		10 () Não se aplica			
B.2.8 Tempo de Convívio com o Caso Índice durante o dia							
1 () O tempo todo	2 () 12 horas/dia	3 () < 12 horas/dia		9 () NS/NR	10 () Não se aplica		
B.2.9. Houve convocação para consulta no serviço de saúde?							
1 () Sim	2 () Não	9 () NS/NR		10 () Não se aplica		B.2.9.1. Se "sim": Data: / / . 10 () Não se aplica	
B.2.10 Compareceu ao serviço de saúde para consulta?							
1 () Sim	2 () Não	9 () NS/NR		10 () Não se aplica		B.2.10.1. Se "sim": Data: / / . 10 () Não se aplica	
B.2.11. Foi realizado teste tuberculínico?							
1 () Sim	2 () Não	9 () NS/NR		10 () Não se aplica		B.2.11.1. Se "sim": Resultado: 10 () Não se aplica	
B.2.12. Foi realizado Raio-x de tórax?							
1 () Sim	2 () Não	9 () NS/NR		10 () Não se aplica		B.2.12.1. Se "sim": Resultado: 10 () Não se aplica	
B.2.13 Foi realizado exame de escarro?							
1 () Sim	2 () Não	9 () NS/NR		10 () Não se aplica		B.2.13.1. Se "sim": Resultado: 10 () Não se aplica	
B.2.14. Foi vacinado com BCG/cicatriz vacinal de BCG?							
1 () Sim		2 () Não		9 () NS/NR		10 () Não se aplica	
B.2.15. Já fez tratamento anterior para tuberculose?							
1 () Sim		2 () Não		9 () NS/NR		10 () Não se aplica	
B.2.16. Possui antecedente cirúrgico?							
1 () Sim B.2.16.1. Qual?		2 () Não		9 () NS/NR		10 () Não se aplica	
B.2.17. Realização de transplante?							
1 () Sim B.2.17.1. Qual?		2 () Não		9 () NS/NR		10 () Não se aplica	
B.2.18. Possui alguma doença?							
1 () Sim B.2.18.1. Qual?		2 () Não		9 () NS/NR		10 () Não se aplica	
B.2.19. Faz uso de alguma dessas substâncias? (1 - Sim 2 - Não 9 - NS/NR 10 - Não se aplica)							
() Cigarro	() Bebida alcoólica	() Droga ilícita	() Outra	B.2.19.1. Qual:			
B.2.20. Houve indicação para realização de tratamento preventivo para tuberculose?							
1 () Sim		2 () Não		9 () NS/NR		10 () Não se aplica	

Se "Sim"	B.2.20.1. Completou o tratamento?	1 () Sim	2 () Não	9 () NS/NR	10 () Não se aplica
	B.2.20.2. Quantidade de doses de Isoniazida:	() NS/NR			() Não se aplica
	B.2.20.3. Quantidade de consultas/atendimentos para acompanhamento?	() NS/NR			() Não se aplica
	B.2.20.4. Houve falta de medicamentos?	1 () Sim	2 () Não	9 () NS/NR	10 () Não se aplica
	B.2.20.5. Após finalização/abandono do tratamento preventivo, algum profissional de saúde do serviço em que você/seu filho foi acompanhado, entrou em contato para uma avaliação de rotina sobre sinais e sintomas de tuberculose?				
	1 () Sim	B.2.20.5.1 Quantas vezes: _____	2 () Não	9 () NS/NR	10 () Não se aplica
	B.2.20.5.2. Após quanto tempo de término/abandono?		_____	() NS/NR	() Não se aplica
B.2.21. Foi solicitado teste Anti-HIV?	1 () Sim	2 () Não	9 () NS/NR	10 () Não se aplica	
Se "Sim"	B.2.21.1. Resultado	1 () Positivo	2 () Negativo	9 () NS/NR	10 () Não se aplica
B.2.22. Recebeu visita domiciliar de algum profissional de saúde durante o período de tratamento do usuário com tuberculose?					
1 () Sim		2 () Não		9 () NS/NR	10 () Não se aplica
Se "Sim"	B.2.22.1. Qual (is) profissional (is) realizou (aram) visita domiciliar neste período?				
	1 () Médico	2 () Enfermeiro	3 () Técnico de Enfermagem	4 () ACS	5 () Assistente Social
	6 () Outro 2.19.1.1. Qual?				
	B.2.22.2. Durante a (s) visita(s) foi questionado sobre a presença de tosse por mais de três semanas?				
1 () Sim		2 () Não		9 () NS/NR	10 () Não se aplica
B.2.23. No momento apresenta algum dos sintomas? (1 - Sim 2 - Não 9 - NS/NR 10 - Não se aplica)					
() Tosse com expectoração		() Tosse seca		() Febre	
() Tosse com presença de sangue		() Fraqueza		() Suor excessivo	
() Falta de apetite		() Perda de peso			
B.2.24. Se presença de tosse	Duração da tosse: _____		9 () NS/NR	10 () Não se aplica	
B.2.25. Foi diagnosticado com tuberculose nos anos de 2016 ou 2017?					
1 () Sim		2 () Não		9 () NS/NR	10 () Não se aplica
COMPLETAR ABAIXO APENAS SE HOUVER MAIS DE UM CONTATO COM IDADE INFERIOR A 19 ANOS ASSOCIADO AO CASO ÍNDICE					
B.3. Contato 2				B.3.1. Idade:	
B.3.2. Sexo	1 () Feminino	2 () Masculino	3 () NS/NR		
B.3.3. Escolaridade					
1 () Não Alfabetizado		2 () Ensino Fundamental Incompleto		3 () Ensino Fundamental Completo	
4 () Ensino Médio Incompleto		5 () Ensino Médio Completo		6 () Ensino Superior Incompleto	
7 () Ensino Superior Completo		8 () Não se aplica		9 () Ignorado	
B.3.4. Grau de Parentesco com o Caso Índice					
1 () Filho (a)		2 () Neto (a)		3 () Sobrinho (a)	
4 () Pai/Mãe		5 () Tio (a)			
6 () Primo (a)		7 () Enteadado (a)		8 () Outro B.3.4.1. Qual?	
9 () NS/NR		10 () Não se aplica			
B.3.5. Local de Exposição					
1 () Domicílio	2 () Trabalho	3 () Escola/Creche	4 () Outro B.3.5.1 Qual ?	9 () NS/NR	10 () Não se aplica
B.3.6. Qual foi o tempo de Exposição antes do diagnóstico de Tuberculose?					
1 () Menos de 1 mês	2 () 1 a 3 meses	3 () 3 a 6 meses	4 () Mais de 6 meses	9 () NS/NR	10 () Não se aplica
B.3.7 Compartilhamento de dormitório com o caso índice?					
1 () Sim		2 () Não		9 () NS/NR	10 () Não se aplica
B.3.8 Tempo de Convívio com o Caso Índice durante o dia					
1 () O tempo todo		2 () 12 horas/dia		3 () < 12 horas/dia	
9 () NS/NR		10 () Não se aplica			
B.3.9. Houve convocação para consulta no serviço de saúde?					
1 () Sim		2 () Não		9 () NS/NR	
10 () Não se aplica		B.3.9.1. Se "sim": Data: / /		10 () Não se aplica	
B.3.10. Compareceu ao serviço de saúde para consulta?					
1 () Sim		2 () Não		9 () NS/NR	
10 () Não se aplica		B.3.10.1. Se "sim": Data: / /		10 () Não se aplica	
B.3.11. Foi realizado teste tuberculínico?					
1 () Sim		2 () Não		9 () NS/NR	
10 () Não se aplica		B.3.11.1. Se "sim": Resultado:		10 () Não se aplica	
B.3.12. Foi realizado Raio-x de tórax?					
1 () Sim		2 () Não		9 () NS/NR	
10 () Não se aplica		B.3.12.1. Se "sim": Resultado: _____		10 () Não se aplica	
B.3.13 Foi realizado exame de escarro?					
1 () Sim		2 () Não		9 () NS/NR	
10 () Não se aplica		B.3.13.1. Se "sim": Resultado: _____		10 () Não se aplica	
B.3.14. Foi vacinado com BCG/cicatriz vacinal de BCG?					
1 () Sim		2 () Não		9 () NS/NR	
10 () Não se aplica					

B.3.15. Já fez tratamento anterior para tuberculose?		1 () Sim	2 () Não	9 () NS/NR	10 () Não se aplica	
B.3.16. Possui antecedente cirúrgico?		1 () Sim	2 () Não	9 () NS/NR	10 () Não se aplica	
B.3.16.1. Qual?						
B.3.17. Realização de transplante?		1 () Sim	2 () Não	9 () NS/NR	10 () Não se aplica	
B.3.17.1. Qual?						
B.3.18. Possui alguma doença?		1 () Sim	2 () Não	9 () NS/NR	10 () Não se aplica	
B.3.18.1. Qual?						
B.3.19. Faz uso de alguma dessas substâncias? (1 – Sim 2 – Não 9 – NS/NR 10 – Não se aplica)						
() Cigarro		() Bebida alcoólica		() Droga ilícita		
() Outra		B.3.16.1. Qual:				
B.3.20. Houve indicação para realização de tratamento preventivo para tuberculose?						
1 () Sim		2 () Não		9 () NS/NR		
10 () Não se aplica						
Se "Sim"	B.3.20.1. Completou o tratamento?		1 () Sim	2 () Não	9 () NS/NR	10 () Não se aplica
	B.3.20.2. Quantidade de doses de Isoniazida:		() NS/NR			
	B.3.20.3. Quantidade de consultas/atendimentos para acompanhamento?		() NS/NR			
	B.3.20.4. Houve falta de medicamentos?		1 () Sim	2 () Não	9 () NS/NR	10 () Não se aplica
	B.3.20.5. Após finalização/abandono do tratamento preventivo, algum profissional de saúde do serviço em que você/seu filho foi acompanhado, entrou em contato para uma avaliação de rotina sobre sinais e sintomas de tuberculose?					
	1 () Sim		2 () Não		9 () NS/NR	
10 () Não se aplica						
B.3.20.5.1. Quantas vezes: _____						
B.3.20.5.2. Após quanto tempo de término/abandono?						
B.3.21. Foi solicitado teste Anti-HIV?		1 () Sim	2 () Não	9 () NS/NR	10 () Não se aplica	
Se "Sim"	B.3.21.1. Resultado		1 () Positivo	2 () Negativo	9 () NS/NR	10 () Não se aplica
B.3.22. Recebeu visita domiciliar de algum profissional de saúde durante o período de tratamento do usuário com tuberculose?						
1 () Sim		2 () Não		9 () NS/NR		
10 () Não se aplica						
Se "Sim"	B.3.22.1. Qual (is) profissional (is) realizou (aram) visita domiciliar neste período?					
	1 () Médico	2 () Enfermeiro	3 () Técnico de Enfermagem	4 () ACS	5 () Assistente Social	
	6 () Outro B.3.22.1.1. Qual?					
	2.22.2. Durante a (s) visita(s) foi questionado sobre a presença de tosse por mais de três semanas?					
1 () Sim		2 () Não		9 () NS/NR		
10 () Não se aplica						
B.3.23. No momento apresenta algum dos sintomas? (1 – Sim 2 – Não 9 – NS/NR 10 – Não se aplica)						
() Tosse com expectoração		() Tosse seca		() Febre		
() Tosse com presença de sangue		() Fraqueza		() Suor excessivo		
() Perda de peso						
B.3.24. Se presença de tosse		Duração da tosse:		9 () NS/NR		
10 () Não se aplica						
B.3.25. Foi diagnosticado com tuberculose nos anos de 2016 ou 2017?						
1 () Sim		2 () Não		9 () NS/NR		
10 () Não se aplica						

Observações:

Roteiro com as perguntas norteadoras direcionadas para os responsáveis dos contatos com idade 18 anos

1. Seu (Sua)(s) filho (a)(s) teve contato com alguém que teve tuberculose? Se sim: Quem foi?
2. O que o (a) senhor (a) sabe sobre a tuberculose?
3. Como foi para o (a) senhor (a) saber que seu (sua)(s) filho (a)(s) convive/convivia com uma pessoa com tuberculose?
4. Seu (Sua) filho (a) foi acompanhado (a) pelo serviço de saúde durante o período em que esta pessoa esteve realizando tratamento para tuberculose? Conte como foi.
5. Quais as orientações que foram fornecidas pelos profissionais de saúde para prevenir a transmissão da doença?
6. Qual a sua opinião sobre o acompanhamento dos contatos que foi realizado pelo serviço de saúde durante o tratamento para tuberculose?

**APÊNDICE C – INSTRUMENTO B – PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM
NO CONTROLE DA TUBERCULOSE**

**INSTRUMENTO B – PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO CONTROLE DA
TUBERCULOSE**

Código identificador:		CNES:	
Data da coleta de dados: ___/___/____.		Responsável pela coleta: _____	
Data da digitação: ___/___/____.		Digitador (a): _____	
A.	Iniciais do Profissional: _____	B.	Idade: _____
C.	Sexo: 1 () Feminino	2 () Masculino	3 () NS/NR
D.	Formação: _____	D.1	Ano de conclusão do curso: _____
E.	Cargo: _____	E.1	Tipo de Vínculo: _____
F.	Maior titulação Acadêmica/Área: _____	9 () Não possui	
G.	Tempo de atuação no serviço: _____		
H.	Participação de treinamentos em tuberculose:	1 () Sim	2 () Não
		3 () NS/NR	
H.1	Ano de realização do último treinamento: _____	() NS/NR	() Não se aplica
H.2	Custeio:	1 () Serviço de Saúde	2 () Recursos próprios
		3 () Gratuito	4 () Outro _____
		9 () NS/NR	11 () Não se aplica

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM AS PERGUNTAS NORTEADORAS

- 1. O que faz o serviço de saúde em relação aos contatos de pacientes com diagnóstico de TB?*
- 2. O (a) senhor (a) utiliza algum critério para convocar os contatos dos pacientes com tuberculose, acompanhados por este serviço? Qual (is)?*
- 3. Quais as dificuldades encontradas no controle de contatos de indivíduos com tuberculose no serviço de saúde em que atua?*
- 4. Como deveria ser a investigação e acompanhamento dos contatos de pacientes diagnosticados com tuberculose na comunidade?*

APÊNDICE D – FRASES TEMÁTICAS EXTRAÍDAS DOS DISCURSOS DOS RESPONSÁVEIS PELOS CONTATOS COM IDADE ATÉ 18 ANOS

ENTREVISTADO A

- A1.** *Eu sei que é uma doença horrível (Pausa). Causa dor, perde peso, eu cheguei a pesar quarenta e cinco quilos*
- A2.** *eu espero que ninguém tenha essa doença porque é horrível*
- A3.** *Disseram que até a pessoa falando perto do outro né? Durante oito dias né? Aí pega.*
- A4.** *A gente convivia tudo dentro de casa né? Mas a única que pegou foi eu mesmo.*
- A5.** *Eu tinha medo deles pegar também né? Mandeí a menina logo pra morar na casa da frente e eu fiquei lá atrás que era pra ela não pegar e evitar que a menina também pegasse.*
- A6.** *Minha filha começou a tossir e a enfermeira pediu pra ela ir fazer, mas ela cismou que não ia e não foi...*
- A7.** *Ela disse que não ia, que não tava com doença nenhuma, mas já faz tempo.*
- A8.** *Falaram que se ela tivesse tossindo, tivesse febre, tivesse sentindo dor nos pulmões, nas costas, fosse procurar o médico, mas ela não sentiu nada, era só a tosse mesmo e tomou o remédio, ficou boa.*
- A9.** *Eu usava sempre a máscara quando eu tava dentro de casa. Foi o Técnico de enfermagem e a Enfermeira que disseram. Disseram também pra deixar as portas sempre abertas, janelas...*
- A10.** *Acho que deveriam ser acompanhados, porque evitava antes né? Deles ter também. Porque que a tuberculose é uma doença horrível é. E se for antecipado, é bem mais rápido de resolver.*
-

ENTREVISTADO B

- B1.** *Eu sei que pega se der beijo né? Beber no mesmo copo, beber na mesma colher né? Falar perto, tossir né?*
- B2.** *Eu ficava assim né? Com medo deles pegar né? Mas como eu não tinha pra onde ir né? Eu tive que vir morar aqui na casa da minha avó e minha mãe foi embora eu não tinha como... e me separei do pai deles, aí tinha que ficar aqui, entregar a Deus e orar pra que eles não pegassem.*
- B3.** *Quando ele chegava aqui às vezes com garrafa de água mineral eu sempre, quando ele ia embora, pra ele não ver que é chato né? Eu jogava fora. Porque às vezes eu pegava eles com garrafa na mão, aí eu pedia pra eles não beber. Eu jogava e não deixava eles se aproximar muito.*
- B4.** *Pediram pra todo mundo ir, mas a gente não foi. Porque a gente não quis. Eu nunca senti nada e os meninos também.*
- B5.** *No tempo eu tava grávida, nas consultas perguntaram de pressão, diabete, essas coisas, sobre tuberculose não.*
- B6.** *Acho que devem ser acompanhados, mas foi uma escolha que a gente fez, que não quis ir. Mandaram chamar a gente...*

ENTREVISTADO C

- C1.** *É porque quando eu fui lá na Prata, eu cheguei a ver os pessoal tudo né, doente, tossindo, às vezes até uns bem magrinho lá né e é por isso que eu comecei a fazer o tratamento, para eu não se encontrar, da mesma forma que aqueles pessoal se encontrava..*
- C2.** *Mas ninguém num chegou pra chegar e explicar como era e tal não.*
- C3.** *Sei que pega através do tossir, se a gente não tossir, tiver o problema e não tiver a máscara, pode transmitir.*
- C4.** *É porque a pessoa quando se encontra com esse problema, a pessoa é tipo descartado, pra muitas pessoas que a pessoa conhece.*
- C5.** *Porque às vezes muito deles pensa que a pessoa tá com esse problema, é uma doença grave, como o vírus do HIV, que pode pegar e não ter o remédio para curar né?*

C6. *Eu sentia, eu sou evangélico e quando eu ia pra igreja, eu não tava com a máscara, mas muitos olhava pra mim e olhava diferente.*

C7. *A enfermeira pediu pra minha esposa fazer o exame do escarro, estava grávida, mas não saía nada, não tinha tosse, aí ela não foi. As crianças não.*

C8. *Ninguém falou nada. Mas quando eu fui lá, como eu tenho um pouco de estudo, eu vi aqueles papel, dizendo a forma como era pra pessoa... tá entendendo?*

C9. *Aí eu mesmo eu fazia por onde, num tossir na frente das crianças, perto da minha esposa, perto da minha família, porque eu sempre andava com a máscara.*

C10. *Naquele momento quando eu se encontrava doente, eles podia vir, pra mandar fazer algum exame, de escarro, como mandou a primeira vez e ela falou que não foi, mas porque ela não tinha escarro pra colocar. E deles podia fazer o exame, porque da mesma forma que eu peguei né, através pelo ar né?*

C11. *No local onde eu se encontrava, tinha muitos, num só era um, era muitos. Aí aquele local quando eu saí do Monte Santo e fui pro Presídio do Serrotoão, era enfermaria e dentro da enfermaria, era os presos que vinha do Monte Santo. Ficava lá, cinco dia lá, pra depois descer pros pavilhão. E nisso se encontrava muitos, não era um, dois, três não, era muitos lá, de cama, tossindo, eles não andavam nem com a máscara. Eu não tô dizendo que eu peguei lá né, isso pode ser um exemplo, eu posso até ter pegado em outro lugar, é porque é pelo ar né? E ninguém da minha família teve.*

C12. *E eu nunca se aproximei de uma pessoa que teve esse problema. Só naquele momento que eu tava preso, que tinha esses pessoal lá, aí depois com muitos anos, que veio dá esse problema.*

ENTREVISTADO D

D1. *(...) a médica falou que contamina né? E mesmo com o tratamento, se a gente não tiver cuidado ainda mata né? Pega pelo ar, o ambiente fechado e a gente respirando o mesmo ar.*

D2. *Na hora a gente teve um susto né? Teve um susto... Nem eu mesmo, também não sabia. A gente convivia, mas eu não sabia. Porque ele adoeceu e a gente não sabia o que era.*

D3. *Então a gente começou logo a separar né? Tem logo um quarto alí separado, até hoje, a gente convive em quarto separado e eu fico com minha filha e as coisas são mais cuidadosas né?*

D4. *Eu que tomei a atitude, porque assim, a gente via que ele não se esforçava, então é um risco que a gente corre, é tanto que quando ele tá positivo, a gente que usa máscara, porque ele não usa. Porque já é a quarta vez que ele reinicia.*

D5. *E eu lavo sempre minhas coisas com detergente, água sanitária, prato, talher, copo, essas coisas.*

D6. *Ele começou o tratamento, no mês de abril de 2015, aí com quatro meses ele abandonou o tratamento e ela continuou fazendo. A gente foi com ele pra consulta e a médica encaminhou a gente pra o Francisco Pinto, aí foi feito o PPD, lá no Francisco Pinto, ela também, mas o dela deu positivo, aí já iniciou logo o tratamento. O preventivo.*

D7. *Mas aí depois disso não me pediram mais nenhum exame. Tinha dia que ela sentia tontura, porque era em jejum, ela ia pra escola, aí sentia dor de cabeça, mal estar, mas aí a gente comunicou na escola aí as professoras tinham muita atenção com ela, muito cuidado.*

D8. *Ela fez o tratamento por nove meses. Quando terminou eu perguntei à médica se precisava fazer exame e ela disse que não.*

D9. *Só disseram que quando ele tivesse com sintoma novamente pra gente tomar as providências de ir lá pra ser encaminhado, pra tomar a medicação novamente e não manter contato no mesmo ambiente.*

D10. *E falaram que se tivesse febre por muitos dias, tosse, se tivesse algum sintoma parecido com o do pai dela, aí a gente voltasse lá.*

D11. *Apenas levava ele pra consulta e ela consultava só ele, mas os comunicantes não.*

D12. *E acho que deveria ser acompanhado, porque de todo jeito é uma doença que se pega, eu pesquiso muito pela internet né? E a gente vê muitos casos de morte.*

ENTREVISTADO E

E1. *Não sei não, se falaram alguma coisa eu não lembro.*

E2. *Quando eu tava perto, eu usava máscara. E eles não dormiam comigo, dormia separado.*

E3. *Eles foram, foram no posto, foram lá na Prata, fazer exames deles, pra ver se tava também, aí depois, não foram mais não.*

E4. *Falaram pra usar a máscara, pra não ficar perto de criança, e sempre dentro de casa ficar com a máscara.*

E5. *Até agora... eu não sei.*

ENTREVISTADO F

F1. *Eu sei que o que me fez pegar foi o fumo e o álcool. E eu não dormia em casa, dormia na chuva, tudo pra num dormir dentro de casa.*

F2. *A médica disse pra eu evitar poeira, fumaça, de fumar, de beber, que eu deixasse disso tudinho.*

F3. *Falaram também que tinha tratamento, que tinha cura.*

F4. *Separaram copo, talher, prato, até roupa era lavado separado. Quando eu cheguei do hospital fiquei usando máscara.*

F5. *E eu não deixava as crianças chegar perto de mim não, não tinha contato com elas perto de mim.*

F6. *Daqui de casa só mamãe que fez consulta, exames, fez PPD, o escarro, raios-x e sangue. Mas deu tudo negativo.*

F7. *A doutora pediu os exames do meu filho, mas ele não quis ir, a gente só faltou arrastar ele pra ir, mas ele não foi, disse que tinha medo de injeção. Aí ele não foi.*

F8. *A menina não mora aqui, é minha filha mas vive em outra casa, mas sempre vinha pra cá, mas não ficava perto de mim, ela não fez exame.*

F9. *Falaram pra eu ter cuidado, pra deixar de fumar, esses negócios. Não deixar nada abafado, não falar perto de ninguém, não comer com o prato, colher de ninguém.*

F10. *É importante o acompanhamento deles, durante o tratamento.*

F11. *A conduta daqui é boa, todos são maravilhosos, tanto enfermeiro, como médico, nunca tive desentendimento com ninguém. O tratamento foi bom.*

ENTREVISTADO G

G1. *Só que é uma doença que pode ser tratada né? Mas assim, ninguém nunca disse nada, mas sintomas, eu sei que a pessoa emagrece né? Tosse muito, tem febre (...).*

G2. *Inclusive esse meu ajudante, trabalhava de dia e de noite tava com febre, tossindo muito e sem apetite.*

G3. *Eu fiquei preocupado né? Foi a primeira coisa que eu disse a minha esposa, né? Quando eu saí lá do hospital, quando saí de lá, quando ele me deu o diagnóstico que suspeitava de tuberculose, (...) eu tava bem preocupado, todo mundo preocupado.*

G4. *Eu ainda perguntei lá na Prata se precisava fazer de quem era mais próximo e ela disse que não.*

G5. *Perguntei até a doutora sobre essas coisas, de tomar no mesmo copo e ela disse que como tava no começo, quase não deu, não tinha problema.*

G6. *Perguntei a doutora x se podia beijar e ela disse que podia também.*

G7. *Parei o tratamento porque ia pegar os remédios nunca tinha no dia certo, sempre chegava depois, quinze dias, uma semana depois. Parei justamente por isso, fazia o pedido do remédio e o remédio não chegava. Passava três dias sem tomar o remédio e quando ia pra Prata, aí o pessoal de lá, ligava aqui pro posto, aí eles conversavam né lá? Aí pronto, ficava nisso. E quando ia buscar também o povo dizia que achava que era eu que não tava correndo atrás né? Mas a gente sempre ia um dia, dois, três dias antes avisar que o remédio tinha acabado e mesmo assim, eles não pediam a tempo.*

G8. *E se tavam suspeitando de mim, eles deveriam ter sido acompanhados também, porque com criança pequena em casa, era pra ter tido uma certa assistência aí, o mesmo exame que eu fiz, o PPD era pra eles ter feito também, não tava convivendo comigo?*

G9. *Agora é posto né? O nome já diz, não tem assistência nenhuma na verdade. Pra gestante, pode se dizer que tem, faz exame, acompanha, vêm na casa quando a criança nasce, mas nesse caso dessa tuberculose, eu pensei que ia ser igual, que eles vinham fazer a visita, mas nada aconteceu.*

ENTREVISTADO H

H1. *Logo quando eu fiquei doente, eu ficava mais em casa. Não tinha muita vontade de sair de casa não. Mas quem tem, não é muito bom não, é ruim.*

H2. *E a pessoa vá atrás que tem cura né? É só ir atrás, que fica boa.*

H3. *Eu me afastei mais. Dormia no mesmo quarto, mas mais distante.*

H4. *Me senti meia ruim...*

H5. *E também como eu já tive a primeira vez, eu não ignorei tanto a segunda, que eu já sabia os sintomas tudo, aí eu me preveni, já me preveni, já pra ninguém pegar.*

H6. *Separei algumas coisas minha, separei algum prato, colher, separei um bocado de coisa, tossir, eu não tossia muito em cima, deles.*

H7. *Não dormia muito em cima, eu só não fazia usar a mascarazinha, mas eu me afastei um pouco.*

H8. *Não, teve um dia que eu levei todos no posto, mas não foi pedido nenhum exame.*

H9. *Só no posto da Prata que perguntaram quantas pessoas tinham na casa, pediram pra eu me afastar, separar as coisas, não tossir muito em cima. E também eu já sabia desde a primeira vez, aí eu me preveni também.*

H10. *Eu não vejo motivo né? Pra acompanhar eles. Porque sintoma nenhum tem de nada...*

H11. *Inclusive eu tenho até um irmão que ele já teve, até operou, tirou uma costela também, por causa desse problema também. Já ficou marcado tudinho. Sempre que um ficava bom, o outro adoecia, quando um já ia ficando bom, outro já vinha adoecendo também.*

ENTREVISTADO I

I1. *Nada (risos). Eu só sei aqueles sintomas, que a minha foi no pulmão, só fazia ir lá pegar a medicação e pronto. Que pega pela tosse, alguém contaminado quando tosse, aí os bacilos fica no ar aí a pessoa pega, pode ficar lá né, guardadinho, até um momento de baixa imunidade.*

I2. *Mas isso aí porque eu pesquisei tá? Ninguém disse não, nem eu perguntei. Eu só pesquisei.*

I3. *Foi um choque bem grande né? Porque eu ia ter que me afastar delas por pelo menos um mês.*

I4. *Foi bem triste pra mim e mais ainda pela questão do transplante, porque eu tava na fila de transplante, então daí eu me preocupei muito, mas depois eu fui me tranquilizando e pedindo a Deus que passasse logo aquele tempo, que eu odiava aquele remédio.*

I5. *Tive muita reação. Comer, nem ver. Perdi muito peso, muito peso.*

I6. *Eu queria muito fazer o PPD nelas, mas por eu não ter tempo de ir no posto, o posto só tem um dia de atendimento na minha área e é justamente na sexta-feira, eu faço hemodiálise logo cedo, no primeiro turno né, aí não tem quem vá com as meninas, o pai delas trabalha, então não tem quem vá, mainha não pode porque ela faz almoço e não pode parar, se fosse no horário da tarde até poderia, mas o médico só atende de manhã.*

I7. *Eu falei assim das meninas que elas têm uma tosse que persiste bastante, mas a gente acredita que é como eu, por alergia, que isso é desde pequenininha, principalmente a mais velha, acho que ela tem adenoide. Por isso justamente que eu queria fazer o exame nela, nelas duas, mas até agora eu não consegui.*

I8. *Eu até questionei as meninas da referência, porque se eu tive, eu poderia ter essa facilidade de só levar as meninas e fazer né? Lá mesmo fazer né? Mas disseram que não. Que eu tenho que ir no posto. Aí fica dificultando pra mim, porque eu já levei elas lá, teve um dia que eu levei elas lá, achando que seria só chegar e fazer, aí elas disseram que eu tinha que ir no posto pra o médico pedir.*

I9. *Só usar a máscara. E falaram assim, que lá na hemodiálise, na instituição, os profissionais procurassem fazer com que os outros pacientes lá, também fizessem, mas ninguém nem tcham.*

I10. *Ninguém foi acompanhado e acho que deveriam ter sido acompanhados.*

I11. *Eu assim, em parte eu gostei, foi um pouco fácil, pela questão de eu conseguir fazer os meus exames pelo plano e começar o tratamento de imediato, praticamente no outro dia quando eu recebi o resultado eu já comecei o tratamento, fiz atendimento na época com a médica de lá.*

ENTREVISTADO J

J1. *Minha filha, o pouco que eu sei é que ela pode atingir outros órgãos, pode ter recidiva, que se daqui a dois anos não aparecer é porque não é recidiva, é que eu adquirei mesmo né? E só. Assim, passa pela saliva né? Tosse, respiração.*

J2. *Fiquei desesperada, meu desespero maior primeiro minha filha porque a vacina dela não contava mais, porque a primeira vez que eu tive, ela tava com quatro anos, eu sabia que ela tava protegida, agora não. Já vai fazer vinte anos... e meu menino só tava na época com seis anos, tossindo, gripado (...)*

J3. *(...) eu não tive nenhuma assistência, a minha sorte foi que eu tinha uma mixaria e paguei particular pra eles se examinarem. Então qual era a deles? Pedir pelo menos o exame deles? Mas não pediram foi nada.*

J4. *Agora da primeira vez que eu tive, foi com doutora X, não era assim não minha filha, era vale transporte que eles davam pra gente ir, a gente pegava lá no Catolé, pra ir e vir, que eles davam. Quando chegava lá, dava o café, as consultas eram todo mês, todo mês. E todo mês tinha que levar o exame de escarro, todo mês, todo*

J5. *De jeito nenhum. Nenhuma assistência. Eu fui que peguei os dois e levei para Doutora x, particular e ela pediu todos os exames, raios-x e exame de escarro. Os dois tavam cheio de catarro. Mas deu negativo. E o PPD eles não tão mais fazendo. E meu marido se tem ou deixou de ter, ele ficou sem saber, porque ninguém fez nada. Mas pelo menos, não tem uma tosse.*

J6. *Pelo SUS minha filha, a pessoa morre. Criatura, eu fiz o meu tratamento sozinha, por aqui visse (apontando para o celular)! Porque eu não me lembrava da primeira vez.*

J7. *Aí quando eu mudei de comprimido, que os primeiros dois meses, é pior os comprimidos, os outros, é melhor, os quatro meses. Aí eu troquei, me deu uma diarreia muito grande e vomitando.*

J8. *A enfermeira daqui é muito boazinha, é ótima, mas só que minha filha, não sabia de nada. Porque eu muito “mala”, ia na internet, aí quando terminou o tratamento dos dois meses, eu disse: “Enfermeira, pega meus comprimidos que tá acabando”. Porque com uma semana eu entrava em desespero, porque eu não queria ficar sem. Aí lá vem ela com os mesmos comprimidos, aí eu disse: “Enfermeira, não é esse agora, foi sessenta dias eu tomando, agora é esses outros”.*

J9. *É muita irresponsabilidade sabe porquê? Na época que eu tava fazendo tratamento, não só era eu, tinha eu e parece que dois rapazes, neste posto. Só que eu não sei quem era. Quer dizer, eu fui atrás e esses outros dois, foi?*

J10. *A enfermeira era gente fina, entendeu? Me deu assistência, só que ela não sabia de nada, ela não sabia de nada de tratamento de TB, aí não é complicado não?*

J11. *Nenhuma. A única coisa que disseram: “Que eu teria que passar quinze dias dormindo em quarto separado”. Separado de meu marido né? Mas aí eu acho uma coisa sem lógica, porque é aquela coisa, se, desde quando eu tava com essa doença? Porque quinze dias? Tudo bem, eu sei que é a partir do momento que eu tava tomando os comprimidos, não passaria mais pra ninguém. Mas não ia mais adiantar.*

J12. *Então eu acho assim, o serviço era pra fazer o que? Pegar os três, no mesmo dia, ou no outro dia: “Os três vão fazer o exame de escarro, pra saber se tá ou não”. Aí sim, se não tivesse, quinze dias separados.*

J13. *Ninguém lá de casa foi examinado, pelo SUS não, eu que paguei.*

J14. *Em termo de remédio pra mim, eu não tenho o que dizer, porque não faltou momento nenhum os comprimidos pra mim. Se não faltou também é porque eu ia à luta, corria atrás. Com uma semana que eu via que tava acabando, pra eu não entrar em desespero, eu corria atrás da enfermeira, pra ela conseguir esses comprimidos pra mim. Mas, em outras coisas foi muito... não tem nenhuma assistência, não tem assistência psicológica, não tem nenhum, psicológico você não tem, não tem acompanhamento pra sua família, não tem acompanhamento médico, porque a médica eu só vi duas vezes, a primeira vez que eu fui, descobri né? (...) e a última que foi pra ela me dar alta (...).*

J15. *E ele, sinceridade, ninguém fez nada por ele não viu? A única pessoa que fez, fui eu mesma né? Que paguei a consulta e fiz o exame de escarro, pedi a médica.*

ENTREVISTADO K

K1. *Mulher, lá elas explica né? Na referência. Que é uma bactéria né? Que entra como o vírus da gripe, pega tanto pelo nariz como pela boca também, pelo contato manual, pronto. E eu lia, pesquisava, que agora a gente tem tudo a mão né? Aí pronto, por isso eu disse: “Ah, eu tiro de letra”.*

K2. *Mas só que eu pensava assim que o tratamento, não fosse tão longo. Eu disse: “Meu Deus, eu não tô fazendo tratamento pra tuberculose não, acho que eu tô fazendo tratamento pra câncer, porque eu nunca vi uma coisa”*

K3. *Ninguém botava perfume, ninguém botava nada perto de mim porque eu vomitava, passava o dia vomitando. Eu dava graças a Deus de fechar o olho e dormir. Porque depois que o remédio entrava, menina, aí pronto, começava a agonia.*

K4. *Aí eu disse: “Mas doutora, não passa não essa agonia não”. E ela dizia: “Não se preocupe não, que é assim mesmo o tratamento, é desse jeito, isso aí vai passar. Mil vezes você tratar de uma tuberculose do que você tratar de um problema de nariz que já faz doze anos né?” Porque eu já me operei quatro vezes.*

K5. *Ai pronto, eu fui bem informada, tanto lá na referência como no posto, como no posto grande quando foi fazer a entrega do resultado né? Do HIV.*

K6. *“Tá vendo um mulherão desse, com um corpo desse”. Eu tava com 96kg aí perdi 17kg. Só que assim, a médica do posto, dizia assim: “Mas você era pra tá ganhando e você não ganhou. Perder só no começo. Tem que ganhar”. Eu vim aumentar 2kg agora.*

K7. *Eles tiveram só comigo, eu nunca tive contato com ninguém que teve, pelo menos não que eu saiba. Mas quando fui diagnosticada a médica da referência disse que já era o quarto caso na Alpargatas, que tinha um foco lá, mas eu não sei, que convivia comigo, eu não sei.*

K8. *Como lá na casa do meu marido é só ele e eu, né? Eu disse: “Não, eu vou pra lá mãe!”. Porque meu medo é ela, ela já de idade, ele não, é mais parrudo, mais forte né? E tinha minha neta, que era criança né?*

K9. *Eu disse: “Olhe, separe tudo, de toalha até a bucha de lavar minhas coisas”. Era separado. Ninguém pegava, só ela mesmo pra estender as roupas no varal, só ela. Eu mesmo já fui alertando antes de fazer, quando a médica suspeitou. Eu já fui alertando.*

K10. *Assim, no meu caso, não sei dizer dos outros, mas no meu caso, toda vez que eu ia, sempre tinha remédio, sempre tinha atenção, do que faz a limpeza até a médica. E muitos estagiários que tavam fazendo estágio lá aí é que se aprofunda né?*

K11. *Aí quando eu cheguei lá, ela disse: “Tem criança?” Fez a mesma pesquisa né, se já tão tossindo, se faz parte de lá né? Aí pronto, já foi chamando, marcaram os dias e comigo mesmo já mandaram o exame pra ela fazer lá no posto do Centro e o do outro e o raios-x de todos três.*

K12. *Aí todos foram feitos e foi marcado pra eles levarem.*

K13. *Como eu descobri bem no início, não dava pra transmitir. O único que era mais provavelmente de ser transmitido era meu esposo que dormia né? Mas como elas disse que foi logo, assim, não deu quinze dias não.*

K14. *Acho que foi uns oito dias pra começar, porque a dor começou no domingo, eu passei a segunda e a terça (...). Aí por conta própria eu tomei nimesulida®, aí aliviou mais a dorzinha, aí quando eu cheguei lá contei.*

K15. *Na referência assim que chega, que é diagnosticado, assim que eu cheguei, que eu descii da moto, ela foi logo botando a máscara e disse logo: “Olhe, a partir de hoje você use a máscara”.*

K16. *Aí perguntou quem morava dentro de casa, aí disse: “O bom é porque você já tá sendo imunizada, aí até quinze dias você pode passar pra outra pessoa, mas como você já tá sendo imunizada, você já vai combatendo, então use a máscara”.*

K17. *Eu acho que eu passei um mês e quinze dias usando a máscara.*

K18. *Eu não tenho do que reclamar de nenhum, nenhum mesmo. A gente só vê falar né, mas você passar, aí você sabe, porque assim, como faz vinte e um anos que eu trabalho, eu uso plano, nunca precisei do posto, eu ia no posto só pra tomar vacina.*

K19. *E a referência do posto é sempre mal, que deveria melhorar, sim! Mas pros outros cantos, mas nesse caso aí, foram todos bem acompanhados, é tanto assim, no meu caso não, que eu tomava minha medicação direitinho, mas tinha gente que não, a gente acha que é só a gente né?*

K20. *Eu acho que tem que acompanhar principalmente quando gente idoso na casa e crianças, porque são vulnerável né?*

K21. *Eu mesmo eu achei certíssimo, como eu não ia levar eles pra fazer o teste, quem levava era a mãe deles. Aí sempre quando pedia pra trazer, ia de novo, fazer acompanhamento, passava pela médica, eu achei certo.*

ENTREVISTADO L

L1. *A tuberculose, assim, que informaram é quando a gente tá com as taxas baixas, os sintomas que dá né? Tosse com catarro, tossindo fora do normal, dá peso baixo.*

L2. *A tuberculose, como é que se diz? Tem cura né? Tem cura, se você seguir os tratamento, certinho, pronto, eu segui, eu tava pesando trinta e cinco quilos, meu peso era cinquenta e seis, eu já tô pesando cinquenta e sete.*

L3. *Pensei em desistir do tratamento, me senti meio triste, tava maíio magro, sem muito apetite, aí eu falei até com meus amigos, meu cunhado e ele dizia: “Não, não Cláudio, tenha fé, tenha fé em Deus, siga os tratamento certinho”. Eu segui e deu certo. Passei seis meses.*

L4. *Não, porque eles lá, eles avisaram, faça o exame dele, da família em geral, aí ela fez exames de sangue e deu tudo normal.*

L5. *Assim, não mudou não, assim, só que eu tinha medo deles pegar né?*

L6. *Mas eles fizeram os exames, deu tudo certo...*

L7. *Eles pediram pra os familiares da casa comparecerem pra ver se tinha pegado alguma coisa aí pediram exames de sangue.*

L8. *Nas consultas com a médica ela perguntava se alguém tinha tosse, só que ele não tava, eu não ia dizer que ele tava, porque realmente não deu essas tosse não deu não. Quer dizer, a gente nenhum apresentou sintoma nenhum sobre... graças a Deus, deu tudo certo.*

L9. *A médica pediu pra eu separar as coisas, assim, o copo dele, assim, só pra gente não ter contato com o que ele usava.*

L10. *Aí pronto, foram os seis meses, ele usando só o materialzinho dele, copo, colher, prato, essas coisas.*

L11. *Elas pediram pra ele sempre usar a máscara, não falar muito próximo, principalmente perto da criança, pra sempre quando ele tivesse assim, pra ele não ter contato com o ar.*

L12. *Aí a gente tivemos cuidado, ele sempre usava a mascarazinha.*

L13. *Acho que por uma parte deveria ser acompanhado, pelo uma parte que tá convivendo alí junto com aquele paciente que tá com aquele problema, elas deveriam, porque assim, você veio agora, porque nem a médica veio.*

L14. *Mandava sempre ele ir pra pegar o medicamento, mas não vinha na residência da gente não pra saber, depois do tratamento dele, nem a agente de saúde veio, ela veio quando foi pra eu fazer o cadastro do bolsa escola e eu disse que ele tava bem, mas nesse caso, não.*

L15. *Eu acho que é importante porque se tem aquele foco na residência era pra eles que foi um problema grave né? Não tão grave, mas foi um negócio que teve que ser acompanhado pelo médico, era pra eles tá assim, visitando, pelo menos umas duas vezes, pra ver se tá tudo bem.*

ENTREVISTADO M

M1. *A tuberculose é uma doença transmissível né? Referente a questão de uma gripe mal curada, né isso? Então, assim, no decorrer do tempo, se a pessoa não se tratar, ela chega a se agravar.*

M2. *Sim, no caso o tio, mas ela não teve tanto contato não, que a gente preveniu isso, quando a gente nem sabia o que era, mas ele ficava, no caso, ele mora no quarto dos fundos e a criança mesmo na casa, então ele não teve muito esse contato com a criança não*

M3. *A convivência era normal, só que a gente evitava, a gente conversava com ele, explicava a questão da doença e também evitava da criança ficar próxima a ele né?*

M4. *Assim que foi descoberto a médica mesmo do centro de tuberculose encaminhou ele pra o posto pra poder fazer o tratamento do início né? Também pra prevenir, prevenção.*

M5. *A criança não. Não foi acompanhada.*

M6. *A questão do prato, o copo, a colher, separar. Não é que é uma doença... mas ela pediu que separasse a questão das coisas dele da família mesmo e da criança também, principalmente, essa questão de separar o prato, o copo e também não tossir muito próximo às pessoas, próximo à criança.*

M7. *Referente ao tratamento dele foi muito bom, desde o início na UPA, quando ele foi iniciado, até no hospital mesmo, do HU, muito bom o tratamento, o acompanhamento, também, no centro de tuberculose.*

ENTREVISTADO N

N1. *Eu sei que é uma doença que eu acho que não é muito grave, mas também tem cura, mas pelo tempo que eu passei, não aconselho a ninguém ter essa doença.*

N2. *Nem eu sei como eu peguei isso visse.*

N3. *Não mantivesse contato, tinha seu próprio copo, seu próprio prato, sua própria colher, porque aqui em casa eu tinha meu copo, minha colher, meu prato, tudo que eu usava era só do meu uso, não tinha deles.*

N4. *Não, eu acho que foi normal, porque graças a Deus, até hoje nenhum teve alguma coisa do tipo, nenhuma suspeita. Graças a Deus não!*

N5. *A única menor era minha irmã, lá não, ela ficava aqui, mas ela ficava quando eu terminei dos dias que eu fiquei internado. Só minha mãe que fez o exame, minha irmã não teve orientação de fazer não.*

ENTREVISTADO O

O1. *Eu acho que eu não sei não visse, assim, porque assim eu convivi com ela né? Dentro de casa... (...) aí a gente tava vendo que ela emagreceu muito, falta de apetite, aí a gente tava vendo que não era uma coisa normal, só que a gente não suspeitava disso né?*

O2. *De uma gripe, uma tosse, pode pegar também, só é o que eu sei mesmo.*

O3. *A gente não sabe de quem ela pegou.*

O4. *Assim, a gente não ficou com medo não sabe, só que, sei lá.*

O5. *Não, teve não, nem foi solicitado.*

O6. *Passou uma máscara pra ela usar quando descobriu a doença, só ela.*

O7. *Mulher, pra falar a verdade, aqui pra melhor dizer, às vezes quando a pessoa vai nesse posto tem que pegar uma briga pra a criança ser atendida.*

O8. *Às vezes eu nem vou pra esse posto, porque eu só vou brigar mesmo, aí nem vou, vou logo pra o hospital.*

O9. *Uma vez eu fui pra lá pegar as máscaras dela, aí ela disse: “Ô mulher, já acabou essas máscaras?” Aí eu disse: “Mulher, mas tem que vir pegar, quando acabar, pra ela usar né?”. Até nisso era uma guerra também.*

O10. *O acompanhamento não foi bom não, foi super mal.*

ENTREVISTADO P

P1. *É uma doença muito chata, muito ruim, e os povo fica com preconceito com a pessoa. Eu fiquei muito abatida quando eu descobri, até hoje eu ainda vivo abatida né?*

P2. *Porque muita gente não aceita a pessoa trabalhar, a pessoa é discriminada da população né? Os vizinho fica né?*

P3. *Eu mesma levei tanto nome aqui na rua que eu moro, o povo discrimina a pessoa.*

P4. *Eu separei copo, colher, cuidava bem direitinho, não tossia perto deles, eu vivia mais de máscara no rosto tá entendendo?*

P5. *Mas graças a Deus num tiveram não. Fiz exame deles, deu negativo, não deu positivo não, graças a Deus.*

P6. Não, só no posto mesmo, que eu pedi a requisição pra fazer os exame e pronto, somente. Acompanhamento eles não tiveram não, só eu mesmo.

P7. Fui eu que pedi os exames, porque eu disse que tinha criança em casa, tinha muita criança e tinha um netinho ainda, aí pronto.

P8. Mandaram eu ter bastante repouso, se alimentar bem, pronto ter bastante repouso, eles mandam direto quando eu vou fazer exame e mandaram eu se alimentar bem (...)

P9. Porque eu tava sem comer, tava abatida, eu tava fraquinha, eu cheguei a pesar 38 quilos, graças a Deus eu agora tô com 48 quilos, eu cheguei. Fiquei muito abatida.

P10. Não, assim, o meu eu achei muito importante, agora das crianças, eu num achei muito não, porque acompanharam elas não. Só fizeram um exame, aí como deu negativo né? Não acompanharam não, só eu mesmo que tava sendo acompanhada.

ENTREVISTADO Q

Q1. Que é uma doença que tem que fazer o tratamento certinho sem interrupção, sem faltar nada, tudo certinho, medicamento direito, fazer os exames certinho, que é uma coisa muito séria.

Q2. No começo eu tive medo, no começo eu tive medo de ela ter também, aí ia ser mais outras coisas, outra preocupação, com dois, mas a gente tem muita fé em Deus, a gente consegue e tendo medo demais, sempre acontece né? Mas, no começo quando eu soube que ela tinha, abalou, me abalou, eu cacei o chão pra, como se diz?

Q3. Me desesperei, mas eu disse: “Não, na hora eu pensei assim, me desesperei, mas meu Deus, isso é normal, pode acontecer com qualquer pessoa, aconteceu com a minha filha e eu tenho que se ajudar, pra ela fazer o tratamento certo”.

Q4. A médica mandou chamar pra fazer os exames, aí eu já fiz tudo de uma vez sabe? Pronto.

Q5. Foi, ela fez os exames de escarro e quando chegou e tava com ele na mão, fomos pra o posto, a médica consultou e disse: “Ela não tá”.

Q6. Aí mandou fazer a segunda vez, aí não fizemos mais não sabe, porque não tinha sintomas, não tava tossindo, nem tava com nada, aí eu disse: “Não precisa não”. Nós fizemos nas últimas.

Q7. Separar as coisas, separar a vasilha dela, nem eu e nem ela podia comer quando ela tivesse tossindo.

Q8. Não chegar muito perto, entendeu? Ter muito cuidado!

Q9. Mas às vezes era de repente sabe? Ela tossia e a gente não podia correr, a gente teve muita fé em Deus pra não pegar, isso, se acontecer é isso né?

Q10. (...) foi o melhor atendimento que tinha, foi ótimo, tanto dela como o de mim também.

Q11. Sempre encontrava a mesma enfermeira, sempre tinha alguém: “Bora X”. Aí ia lá pra dentro, tomava o remédio e ia simhora.

ENTREVISTADO R

R1. Minha filha, sobre tuberculose, eu não sei nada sobre tuberculose.

R2. O povo diz que é uma doença muito perigosa né? Antigamente né? Mas hoje em dia diz que é não, é uma doença normal né? Mas pra matar né minha filha é ligeiro, sabe, se não se cuidar né?

R3. Diz que dá cansaço, dá uma fraqueza né não? Uma dor nas costas e é muito perigosa sabe e sempre diz: “Se não se cuidar...”.

R4. E criança que é de menor diz que pega né? Até se pegar no adulto mesmo pega né? Minha gente, o negócio é, sabe, ter cuidado né, com as vasilhas também que disseram né?

R5. Não, não, aqui ninguém nunca teve não sabe menina. Olha, escuta, quem teve uma vez aqui minha filha, foi um sobrinho do meu marido que faz o que? Uns quatro anos mais ou menos atrás. Foi o primeiro sabe que chegou, sabe (...)

R6. Mas também com um ano e pouco sabe, o meu menino adoeceu, aí eu não sei sabe, porque se não pegou dele, eu não sei de quem foi né menina, mas só pegou nele só, somente, o que eu sei só é isso.

R7. *Foi não, ninguém. Ninguém fez tratamento não viu.*

R8. *Olha porque a primeira vez sabe, que X foi pra lá, eu fui com ele também né? Aí ela disse assim: “Olhe, enquanto não tiver tomando o remédio, tá arriscado de as crianças pegarem esse tuberculose”. Mas depois disseram: “A partir que ele começou a tomar não prejudica mais ninguém”.*

R9. *Aí pronto sabe, aí nenhum teve tosse sabe menina, aí eu nem liguei assim, de vacinar, de dar vacina em nenhum mais.*

R10. *Foi chamado sabe, só pra dar a vacina, a injeção né? Foi chamado só pra dar a injeção né? Mas eu não fui dar não sabe (...).*

R11. *E eu não levei as meninas, porque eu não tive tempo também e elas diziam: “Ah, eu não vou não! Pra tomar vacina eu não vou não”.*

R12. *Tu sabe como é que é né menina? Aí pronto, nem liguei de levar, num quiseram.*

R13. *Ele agora tá com trinta e dois anos né? Mas não engorda não, eu não sei se é por causa desse problema, ou é só porque ele fuma, não sei porque é visse? Acho que deve ser por causa desse problema dele né não?*

ENTREVISTADO S

S1. *Nada, nadinha, aprendi que é uma doença normal, que é contagiosa, que depois que tomar o remédio com quinze dias não transmite mais pra ninguém, só isso.*

S2. *Eu fiquei preocupada né com os meninos, mas depois dos quinze dias eu me despreocupei mais. Depois que eu comecei a tomar o remédio*

S3. *Não. Eles disseram pra levar, mas eu não levei porque eles não sentem nada.*

S4. *Perguntaram se eles tossiam, eu disse que não, aí pronto, falaram nada não.*

S5. *Mandaram usar máscara mas também eu não usei não. Usei pouco porque eu já passei esses nove anos tudinho tossindo, em cima dos meninos aí agora eu vou usar máscara durante quinze dias? Não adiantava mais nada não.*

S6. *O acompanhamento foi bom, eu que era pra ter levado os meninos né? Porque eles não disseram assim: “Traga os meninos e tal e tal”. Disseram: “Se tiver alguém na casa é bom fazer os exames...”. Falaram assim. Não disseram assim que era uma obrigação, obrigatório ir não.*

ENTREVISTADO T

T1. *Sei que é uma doença infectocontagiosa, se você não tratar direito, você corre o risco de morrer e que a única solução é você fazer o tratamento certo né? Cumprir os seis meses que o médico determinar, não tá fazendo extravagância pra você ter sua saúde de volta né?*

T2. *Pra mim, na hora que eu descobri que eu tava, meu mundo acho que se abriu, foi mais através dela, da minha filha, porque ela só tinha quatro meses e eu fiquei com muito medo dela ter pegado, ter adquirido né? Ela e minha esposa.*

T3. *Mas graças a Deus, fizeram os exames, as duas, deu tudo normal*

T4. *(...) era mais o problema era minha filha, tava muito preocupado com ela, na hora eu fiquei muito nervoso, minha pressão subiu muito. “Ficou nervoso?”. “Não, é porque eu tenho uma filhinha que vai fazer quatro meses, eu fiquei, tô com muito medo dela ter adquirido”.*

T5. *A gente foi pra o posto, com diagnóstico, aí a enfermeira chefe do posto foi e pediu os exames pra as duas né? Disse que como elas era mais próximo de mim né? Que a gente convivia junto por muito tempo, aí elas teriam que fazer esses exames, por medida de segurança né? Pra se tiver, começar logo o tratamento.*

T6. *Sim, eles disseram que não comesse (jejum para tomada medicamentosa), que teria que tá com a máscara direto pra não transmitir pra ninguém e começar de imediato o tratamento,*

T7. *Eu fiz o uso da máscara os dez primeiros dias, depois a moça do posto me comunicou: “Não, você não precisa usar mais não, você já começou o tratamento, não precisa usar mais não”. Foi quando eu tirei.*

T8. *Foi satisfatório. É muito necessário porque a gente não sabe né? Quando tá doente, igual eu tava e não sabia com que tava, aí eu acho importante ter o acompanhamento com seus entes que é mais próximos né? Pra descobrir se tá, pra*

começar logo o tratamento, pra ter a cura também né? Não teve resistência por parte da minha esposa, aceitou normal, me acompanhou também durante todo o tratamento, normal.

ENTREVISTADO U

U1. *A gente sabe que é uma doença contagiosa, que realmente debilita muito a pessoa que manifesta a doença, que é uma doença grave. Gravíssima!*

U2. *Mainha não parava de tossir, não conseguia dormir, ficava assim, Ave Maria! Era triste de se ver. Como ela tossia o dia inteiro e a noite inteira, ela passou uma semana que eu já não aguentava mais escutar. Você fica cansada e desesperada, só de escutar a pessoa tossindo. Imagina a dor que não dá? Muscular? Ah, mainha ficava cansada demais de tanto tossir.*

U3. *Ave Maria, graças a Deus que passou! Pense num negócio horrível.*

U4. *Teve períodos que a tuberculose devastou mesmo, muita gente morria, até hoje muita gente eu sei que morre também porque abandona o tratamento. Tem muita gente que eu via lá no posto, que não fazia né? É muita dificuldade do povo ir pra pegar remédio aí não quer, não quer fazer não (o Tratamento).*

U5. *A gente ficou aperriadinha! Eu fiquei muito aperreada porque minha filha dormia com mainha, assim, elas eram mais ligadas né? E pelo fato dela ser pequenininha...*

U6. *Aí eu ia muito no posto pra ver essa questão do exame, mas tá sempre em falta o exame, o que eu acho grave é isso. Já é escasso né? Já é pra idosos e crianças, e ainda falta! Isso era pra ser mais prático, eu acho!*

U7. *Porque menina isso é uma coisa, não vou nem dizer do século passado, é uma doença antiga né?*

U8. *Mas ficou aquela coisa né? Aquela tensão. Mainha mesmo ficou bem aperreada quando descobriu que minha filha tava infectada.*

U9. *Foi falado né, pra gente procurar no posto pra fazer os exames, mas o posto só autorizou criança e idoso. Então só quem pode fazer foi minha filha e minha sobrinha pelo fato dela já ter tido problema pulmonar aí a médica autorizou. Agora a gente não fez não, nem tomou nada sabe?*

U10. *Aí o da minha sobrinha o PPD deu zero e o da minha filha deu treze, elas também fizeram raios-x mas não deu alterações. Aí ela foi indicada pra fazer o tratamento preventivo, aí todo mês eu só vou buscar os remédios, consulta mesmo não tem. Aí quando eu comecei a dar, elas me perguntaram, pediram pra eu olhar durante quinze dias pra ver se elas tinham alguma reação, aí como ela não teve nada, tá mantendo.*

U11. *A primeira vez que mainha fez, eu não fui, mas na segunda vez já foi tudo mais prático, a gente já tinha telefone de lá, já conhecia a enfermeira, já ligava pra ela, já agendava o carro direitinho, chegava lá, a fichinha porque ela já tinha sessenta e dois anos, aí pronto, tudo muito simples e prático.*

U12. *Aí a gente conversava com a médica, a médica orientava, já era a segunda vez, aquela coisa toda, dizia, olhe, faça isso, isso e isso. Tudo ela dizia, a gente já sabia, mas ela reforçava.*

U13. *Todas as vezes que a gente teve que ir lá, mainha teve que fazer os exames, quando começou o tratamento, pra ver se o índice ia baixando até normalizar, porque tinha uma fase do tratamento que as bactérias vão ficando mais manifestadas. Aí ela tinha que ficar tomando a medicação e fazendo o exame de escarro até normalizar, os níveis que ela disse que tinha. Aí pronto, quando ela chegou nesse nível lá, a gente foi lá fazer consulta, ela disse que já estava estabilizado e era continuar o tratamento e pronto, foi tudo bem tranquilo.*

U14. *Passaram dos pratos que era pra ser separados, que tinha que usar máscara, tudo elas disseram, tudo eles informaram.*

U15. *No hospital quando ela ficou internada e passou uma semana e meia, acho que foram uns onze, dez dias, aí lá eles sempre tavam falando, o que era pra fazer, lá foi onde ela começou a tomar a medicação, a gente tinha que ficar de máscara, o tempo inteiro, ela não era pra botar não, quem botava era a gente.*

U16. *Eu acho que assim, a falha que tem é essa sabe de... eu acho um risco muito grande o fato das pessoas que tem contato com alguém que teve tuberculose não ter mais esse acompanhamento, não ter mais essa prevenção né? Porque um ou outro acontece né de manifestar aí vai começar... Se já tá em falta né, acaba ficando em falta a medicação por conta disso, porque não existe a prevenção. (PPD)*

U17. *Que o que eu achei muito falha foi isso, porque a gente aqui, a gente se cuida, mas independente de qualquer coisa, se acontecer da gente descobrir também, de uma forma mais tardia, a gente já vai tá com a saúde comprometida.*

U18. *E é uma doença que a gente tem que não se apaga, mesmo que a gente faça o tratamento né? Vai ficar lá, registrado que a gente teve tuberculose, o pulmão fica danificado né? Manchado. Toda tuberculose deixa a cicatriz.*

U19. *Então deveria voltar a ter um acompanhamento sério em relação a isso e não esperar que a doença se manifeste. Porque o problema que eu vejo é que como é uma doença antiga que se manifesta rápido, que pega, então era pra ter tudo mais simples, mais fácil, todo acesso a tanto o exame de toda a família no mínimo, era pra ser obrigatório que fosse de dezessete, vinte e dois, quarenta ano, tudinho. Por que? Porque a família tá ali no foco da doença, isso era pra ser obrigatório fornecer pra gente e a medicação preventiva como aconteceu só com uma criança da família, mas isso era pra vir pra toda a família. Pelo menos isso, seria o básico. Pra você não espalhar mais essa doença.*

U20. *É tanto que a gente percebe como as pessoas, a gente não fala que teve essa doença, a gente trabalha, a gente tem o cliente né? Aqui no ateliê, então assim, se souberem ai já evitam. As pessoas evitam, evitam ao máximo. Olhe, lá na escola de minha filha eu não pude dizer nada.*

ENTREVISTADO V

V1. *Não sei não.*

V2. *Me aperriei muito quando eu soube que eu tava, que a menina trouxe a notícia, eu me aperriei muito.*

V3. *Pensava que era uma doença que não tinha cura.*

V4. *Pediram pra fazer o exame e nenhum não quis ir, vamos ser realista né? Ele disse: “Eu não vou não”, o rapaz que tinha dezessete anos. E o velho, minha filha, tinha medo. Ele dizia: Vocês querem me levar pra quando eu vir, for dentro de um caixão”. Era o que ele dizia: “Eu não vou não”. Não tinha quem fizesse ele ir, morria de medo.*

V5. *Nenhuma, eu fiquei normal mesmo.*

V6. *Acho que eles eram pra ter ido né? Mas não quiseram.*

ENTREVISTADO W

W1. *A gente sabe que ela é uma bactéria né? Que a gente pode pegar decorrente de contato com secreções né? Ou pelo ar, alguma tosse, alguma gotícula que fica no ar, a gente pode tá adquirindo ela.*

W2. *Talvez também assim, porque como a gente tem estágio assim, no curso de farmácia, antes eu estagiei em posto de saúde, então, pode ser uma porta de entrada né?*

W3. *Eu fiquei muito preocupada, no começo eu fiquei extremamente preocupada porque eu fiquei com medo deles adquirirem, mas como a médica, no decorrer dos exames que ela fez, ela disse que eu ainda não tinha entrado na fase de contágio, então como eles eram vacinados, eu poderia ficar tranquila.*

W4. *Sempre que pode eu tô fazendo exame deles. Pelo menos um raios-x eu peço a pediatra.*

W5. *Não, só foi o médico particular mesmo. Assim que a médica fechou o diagnóstico, aí eu levei eles na pediatra, informei o caso tudo que tinha ocorrido, então ela solicitou o raios-x. (...)Acho que a gente fez duas vezes ao ano, assim que eu descobri e com seis meses depois. O PPD não foi realizado porque a médica disse que como o PPD não era específico, se você tivesse sido vacinado, ele pode dar uma alteração por conta da vacina, então como eles todos foram vacinados, ela disse que como não era específico, era melhor o raios-x.*

W6. *Eu acho que o centro de referência poderia ter acompanhado melhor as pessoas que tiveram contato comigo, porque eles não pediram nenhum tipo de exame, nada. O que a gente fez de exame foi com um médico particular, no caso, o pediatra. E eu pedi o raios-x e foi examinado só pelo pediatra, os raios-x.*

W7. *No início, quando ela ainda tava fechando diagnóstico, ela pediu pra eu não ficar em lugar fechado, com muita gente.*

W8. *Eu usei máscara, tava usando máscara o tempo todo até ela fechar um diagnóstico mesmo e até iniciar o tratamento.*

W9. *Mas quando eu comecei a fazer (o tratamento), ela disse que não se preocupasse não que eu não tava na fase de contágio não.*

W10. *No serviço de saúde, em nenhum momento, avaliou tipo de risco deles e de precisar fazer algum tratamento. Não sei se porque a médica já passou que não tava na fase de contágio, entendeu?*

APÊNDICE E – FRASES TEMÁTICAS EXTRAÍDAS DOS DISCURSOS DOS ENFERMEIROS

ENTREVISTADO ENF A

ENF A1 - Na hora que a gente notifica o paciente e a gente solicita o nome dos contatos, e hoje está mais restrito, mas antes a gente pedia PPD de todos os contatos. Como tá tendo dificuldade de ter o PPD, a gente só tá fazendo PPD nos menores de 15 anos, é... e nos maiores a gente vê se tem algum sintomático respiratório. Se tiver sintomático respiratório, a gente solicita baciloscopia. Sendo positivo, um ou outro, a gente solicita exame de escarro, a baciloscopia com o exame raios-x de tórax.

ENF A2 - A gente orienta o doente que precisa que se traga todos os contatos. É necessário que todos os contatos sejam examinados, agora, desde que, como a gente não tem PPD pra fazer em todos, a gente vai pelo sintomático respiratório e menores.

ENF A3 - Idosos a gente tem cuidado com o idoso, normalmente idoso a gente pede raios-x, porque o idoso às vezes tem escarro e não consegue escarrar, mas ele fazendo o raios-x, a gente já chegou até a detectar alguém doente dentro de casa, no caso de idoso, que convive com aquele paciente.

ENF A4 - A gente pede pra vir todos e faz a triagem.

ENF A5 - Às vezes. Tem família que é bem acessível, tem família que não.

ENF A6 - Tem família que a primeira coisa que diz assim: “Ah eu não tenho essa doença não... eu não tenho sintoma, eu não tenho tosse, eu não tenho nada, eu não preciso fazer esse exame não”. Isso acontece muito, várias e várias vezes.

ENF A7 - Já tem outras famílias, que, por exemplo, hoje mesmo eu comecei um tratamento de um rapaz que é usuário de drogas, que vivia na rua e tal, a família trouxe pra casa deles e tão tentando cuidar, mas há duas semanas quando eu disse que ele tinha tuberculose, a primeira coisa que o pai, que é cunhado do rapaz perguntou: “O que é que eu faço com minhas crianças? Como é que eu posso fazer pra prevenir?”.

ENF A8 - Aí eu fui, orientei tudinho, a doença a gente só vai prevenir quebrando a cadeia, é tratando o doente, agora a gente pode solicitar PPD das suas crianças, por isso, por isso e por isso. Iniciei e já solicitei o PPD das crianças, e orientei que qualquer pessoa que tivesse tosse, procurar o serviço pra gente solicitar o exame de escarro.

ENF A9 - Aí as dificuldades têm, não tem transporte pra vir, pra contato. Não tem secreção, é idoso tem dificuldade de locomoção, tem mil e uma dificuldades. Eles sempre botam muita dificuldade.

ENF A10 - Mas normalmente quando a gente insiste direitinho, a gente consegue fazer.

ENF A11 - Assim, existem dificuldades nossas e existem dificuldades do doente. Porque quando a gente consegue trabalhar direitinho, a gente consegue através até do próprio serviço, mandar buscar esse paciente, isso nós já fizemos muito isso no PSF, marcava com o doente pra trazer na unidade, solicitava com alguém da secretaria que fosse buscar e trouxesse pro laboratório, se você fizer isso, você consegue, inclusive cultura a gente já fez isso, de mandar de manhã buscar cultura.

ENF A12 - Se você tentar, você consegue, mas aí você tem dificuldades dos dois lados. Aí tem a Secretaria que as vezes não quer abrir mão e tem o doente que não quer colaborar. Mas se você tentar, você consegue. Aqui a gente sempre consegue. Mas sabe que nem todo mundo trabalha do mesmo jeito né?

ENF A13 - A gente consegue o impacto de quebrar essa cadeia, inclusive fazendo o tratamento da infecção latente. A gente aqui tem casos de em uma casa, um doente e quatro, cinco infecções latente, quer dizer, é uma forma da gente quebrar, essa cadeia de transmissão, é... se tratando a infecção latente. E isso tem acontecido, certo? Lógico, com todas as dificuldades que a gente tem, né?

ENF A14 - De faltar PPD, acredito que se a gente tivesse PPD, pra fazer pra todas as pessoas, a gente poderia fazer muito mais tratamento de infecção latente e muito menos pessoas iria desenvolver tuberculose no futuro mas essa falta de PPD tá muito grande, tá fazendo com que a gente deixe de examinar muita gente, que são prováveis ou futuros, pacientes.

ENF A15 - Eu acho o seguinte, tem resolutividade do jeito que a gente faz, mas eu acho que quando a gente trabalhava com o visitador, que a gente buscava o caso, em casa, aqui no nosso caso, a gente não busca. Raramente a gente busca uma pessoa em casa. A gente só busca faltoso. Ultimamente a gente não tá tendo problema, a gente não tem tido faltoso pra buscar, mas faltoso em tratamento.

ENFA16 - *Agora no caso do contato, a gente não tem buscado. E eu acho que isso poderia ser feito. Se a gente fizesse isso, ou o assistente social ou antigamente, existia o visitador sanitário, que era quem ia pras casas buscar esses pacientes, a gente conseguia bem mais. A gente conseguia melhorar a questão do exame de contato, tinha como a gente melhorar isso.*

ENF A17 - *É porque quando você vai pra estatística, você vê que o exame de contato está lá embaixo, principalmente aquele que a gente encaminha para as unidades de saúde, que muitas vezes não tão nem aí, não tão aí pro contato, não se preocupa se fez se não fez, se foi, se não foi. Ou então, faz uma coisa que não deve, quer que as pessoas que não sejam sintomáticos respiratórios, façam exame. Eu não posso exigir que uma pessoa que não é sintomático respiratório faça o exame do escarro. Como é que vai colher material pra fazer isso, né? Então isso às vezes atrapalha muito o serviço, a questão de você querer de todo jeito dar solução pro contato.*

ENF A18 - *Mas acho que a gente tem condição de fazer sim, tem condição de melhorar sim, tem condição de atender melhor, a gente precisa de uma equipe que esteja engajada nisso. Por exemplo, da recepção até lá no médico, é o que tem faltado demais aqui, é esse elo de ligação.*

ENF A19 - *Eu ligo, mas aí não tem quem reforce lá, quer queira quer não, a gente registra a presença do médico, como o ser superior, então se o médico disser, por exemplo, o que é que o Ministério da Saúde diz “Que eu tenho que examinar contato, independente do tipo de tuberculose, que seja pulmonar ou extrapulmonar”. Mas eu tava trabalhando com uma pessoa que dizia: “O seu caso não transmite, então não precisa, fazer exame de contato”. Então isso atrapalha e muito o serviço. A gente deixou de examinar muita gente assim, inclusive criança, né?*

ENF A20 - *Aí já tem o exagero, por exemplo, coisa que não tinha tanta necessidade, porque não mora na mesma casa, que a gente pede que more ou trabalhe junto, é o dia-a-dia, porque quem trabalha junto, passa oito horas junto da pessoa, ou então dorme na casa, ou vive e convive na casa, ou come na casa, aquela pessoa é que é o contato, mas um pessoal que visitava a casa às vezes, uma vez, duas vezes, já fazia tempo, já queria que fizesse o exame desse contato. Isso atrapalha muito, porque fica a palavra de um, contra a palavra do outro, atrapalha e atrapalha muito.*

ENF A21 - *Uma das orientações que eu dou é que ao primeiro sinal de sintoma, que o serviço seja procurado, ao primeiro sinal.*

ENF A22 - *Eu acho que o ideal seria que a gente repetisse aquele PPD mais pra frente, por exemplo, seis meses depois, até um ano depois a gente deveria repetir, porque segundo os manuais, até dois anos, a gente deveria tá diretamente junto daquele contato, pra examinar, porque em dois anos ele pode desenvolver, até dois anos a gente considera o contato direto.*

ENF A23 - *Depois de dois anos, já pode ser uma recontaminação, mas até dois anos, é um contato direto ainda. A gente deveria orientar que até dois anos, mas a gente não tem feito isso não. É uma coisa que eu até me esqueço de fazer, mas que a gente deveria fazer, até dois anos. Mas Ministério da Saúde em si não orienta muito isso não. Examinou uma vez, orienta e fica naquilo.*

ENTREVISTADO ENF B

ENF B1 - *É feita a avaliação né? Aqui na unidade... tanto por mim quanto pela clínica... a gente faz a avaliação, tenta convocar esses contatos...*

ENF B2 - *(...)que não é fácil muitas vezes... pelo menos um que eu tive, o último paciente, depois que eu entrei no PACS, ainda hoje, eu guardei o prontuário dele hoje, que eu tavachamando ele atenção... porque elas não querem vir...*

ENF B3 - *(...)aí como ele era área descoberta, eu não cheguei a ir fazer a visita...*

ENF B4 - *(...) caso esses contatos não venham até à unidade eu vou realizar a visita domiciliar.*

ENF B5 - *Busca ativa... Todos os que moram com ele né, os que tem contato mais frequente com eles, os domiciliares... os que trabalham próximo deles também, eu já cheguei a convocar.*

ENF B6 - *Pelo menos do que eu tive... eu achei complicado.*

ENF B7 - *Ele é daqui agora da área, mas na época era área descoberta (...) E eles não vieram. Como era área descoberta e muito longe, eu também não fui fazer a visita(...) Hoje falei até com a filha dele, fica complicada esta questão pra gente, quando é mais distante, né?*

ENF B8 - *A resistência desses contatos em vir até a unidade pra fazer essa avaliação. Desse mesmo que eu tive, eu convidei, ainda veio a filha, e quando eles vieram dar entrada, veio a esposa. Depois que eu pedi, que eu convidei eles pra gente fazer a notificação e convoquei os contatos, a única que veio foi a filha. Então eles também não falaram o motivo pelo qual eles não vieram...*

ENF B9 - *Então a resistência é maior deles em vir ao serviço... Se fosse mais próximo, se fosse área coberta seria mais fácil porque eu iria até eles, porque muitas vezes é a questão do serviço mesmo, eles não vêm... principalmente se for uma classe, como era o caso deles... mais alta.*

ENF B10 - *Não... não há esse impacto não. Acho que deveria se trabalhar melhor essa questão. Não vou colocar só a culpa no serviço né? Também a equipe completa... mas assim, a demanda aqui é muito grande, é... as vezes eu fico brincando: "acho que tô ficando é louca..." a gente quer fazer um trabalho melhor, quer promover mais a saúde e as vezes, a gente... se torna inviável por conta da demanda... aqui eu atendo o que? Na minha área eram quase 8 mil pessoas, tudo bem que não vem as oito... mas assim, ultrapassa o limite máximo que eu tenho que atender... aí por ser um PACS, assim, a gente não pode mandar voltar o paciente... então isso dificulta um pouco, porque às vezes, a gente quer fazer promoção de saúde e não tem como... não tenho agenda pra isso.*

ENF B11 - *Investigar os pacientes sintomáticos né? Na unidade e na área também, com a ajuda dos ACS... e depois de identificados esses pacientes sintomáticos, investigar os contatos também né? Através do exame, do PPD, acho que só...*

ENTREVISTADO ENF C

ENF C1 - *Quando ele vem à unidade... Que a gente tem suspeita, aí a gente faz o encaminhamento para o serviço especializado né? Quando não, às vezes ele já vem de lá já pra iniciar o tratamento, dar continuidade aqui na unidade... E as pessoas que moram com ele, a gente pede todo o teste né?... A gente faz assim... um encaminhamento também pra ver se,,deu alguma coisa e se eles precisam de tratamento também.*

ENFC2 - *Não, na verdade os agentes mesmo, eles vão até a casa né? E pedem pra eles virem até a unidade, no caso. Eu pelo menos gosto de fazer uma avaliação assim, física, no geral.*

ENF C3 - *Na prevenção... bem, o que a gente utiliza mais é a forma de palestra mesmo, quando eles tão na unidade e dá, a gente aproveita...*

ENF C4 - *Os agentes mesmo, eles que tem mais contato aqui na ponta pra observar...*

ENF C5 - *Não... eu nunca tive resistência não... Os pacientes são bem referenciados, a gente vai, referência, eles vão e mandam de volta, sempre bem tranquilo... A medicação vem pra unidade...*

ENF C6 - (...) *não tenho dificuldade.*

ENF C7 - *Aqui não tem disseminação, aqui é mais tranquilo.*

ENF C8 - *A partir do momento que o paciente chega com a suspeita, ou que ele já vem encaminhado da referência, que a gente já vai investigar né? Então assim, eu já falo, já tem o agente de saúde, que vai até lá, até a residência, então acho assim, que não tenho assim, eu acho que já é o suficiente, pelo menos pra mim, na minha opinião...*

ENTREVISTADO ENF D

ENF D1 - *Quando o paciente vem pra gente, que a gente faz uma consulta, um dia na semana é marcação pra médica e eu faço uma triagem. Iniciamos essa nova rotina, depois que eu voltei da licença. Então se a gente diagnostica aqui, a gente solicita os exames à médica né, em parceria comigo. E quando os exames ficam prontos, vamos supor, raios-x, ou algum exame de escarro, alguma coisa que positiva, a gente encaminha pra referência, e lá todo mês eles são acompanhados, e aqui na unidade também. É um trabalho em parceria. Então a gente vai fazer a busca ativa na casa, dos comunicantes, e trata todo mundo. É um trabalho em conjunto com o agente comunitário de saúde, a médica e a enfermeira, até o paciente ter alta. É feita a convocação dos comunicantes ou a visita domiciliar do profissional na casa junto com o agente comunitário de saúde.*

ENF D2 - *O agente de saúde faz aquele medo né? E eles vêm.*

ENF D3 - *E quando são famílias um pouco trabalhosas, como a gente teve um caso ano passado de uma criança de nove anos ou dez anos, é, a gente ia muito na casa, porque era uma casa que moravam muitas pessoas, e a gente ia conversando né? Pra não transmitir... a mãe grávida... e... diálogo... a gente vai conversando e se sensibilizarem e realmente levarem o tratamento a sério.*

ENF D4 - *A convocação é feita de todos que moram na casa, e aí vai fazendo a busca ativa de todos. É feita a visita do agente de saúde aí quando não funciona, o profissional com o agente de saúde. Mas normalmente funciona.*

ENF D5 - *A partir do momento que a gente explica a doença né, que é uma doença que se fizer o tratamento vai ter alta na base de seis meses, então eles entendem, entendeu? (...) Então, muito diálogo.*

ENF D6 - Ela tomava os comprimidos e parava. Ela ficou um pouco resistente, mas a própria família se voltou contra ela. (...) O exame dos contatos a dificuldade é conseguir marcar né? Questão de raios-x, tudinho, mas... a demora é só mais essa. Quando consegue, eles vão. E a gente fica tentando, no pé mesmo né. Antigamente era por telefone, agora é o SISREG. (...) E tá um pouco mais fácil, porém, não tá rápido. Mas a gente fica tentando até conseguir, porque o quanto antes resolver, melhor.

ENF D7 - Acho que é tranquilo, a partir do momento que se começa o tratamento, a gente já faz a busca ativa do pivô, então tratando ele, já faz a busca ativa com o pessoal da casa e não se aglomera de transmissão não.

ENF D8 - Eu acho que deve ser do jeito que a gente já trabalha né? A gente trabalha em conjunto, a enfermeira, a médica e o agente de saúde. A partir do momento que se tem a suspeita a gente vai fazer a busca ativa desse paciente, vai no domicílio ou chama pra unidade, solicita exame, fica em cima da marcação, do que teja acontecendo no momento pra agir o mais rápido possível. Tem paciente que quando vai pra central, já volta com a quantidade de medicamento até vim pra mim e eu fazer o primeiro pedido. E vai se evoluindo em prontuário, a questão dos meses, questão de alguma queixa, se o paciente tá se dando ou não com o medicamento. E até agora isso tá dando certo.

ENF D9 - Se houvesse uma equipe do NASF com psicólogo, talvez seria um pouco mais fácil, porque o paciente sofre quando recebe uma notícia dessa! Ninguém quer ter uma TB, ninguém quer ter uma hanseníase, ninguém quer ter nada. Então às vezes alguns membros da família, fica com aquele pouco de receio, a gente nota o paciente um pouco triste. E ele vem, às vezes desabafa com a gente... e a gente vai e explica que é uma passagem né? Que vai ser resolvido. Que quanto mais ele se dedicar ao tratamento, ele vai ficar bem. No começo é super difícil, aí com o tempo ele vai vendo que não é nenhum bicho de sete cabeças.

ENF D10 - A gente fica com cuidado na família, e todo mês a gente tenta marcar uma consultinha com a médica ou comigo, pra ver se tem alguma queixa, questão de tosse, de febre, fica naquela busca ativa, mesmo os exames dando negativo depois do que a gente passou de raios-x, alguma coisa. Fica com aquele cuidado até o paciente ter alta.

ENF D11 - Eles podem não vir de uma forma correta e bem certinha, mas o agente de saúde sempre dá notícia, quando dá, a gente vai no domicílio ou quando tá fazendo a rota de visita, porque é um paciente que marca a gente né? Então a gente já sabe: "Fulano, tá no momento com tuberculose". Então a gente fica com aquele cuidado.

ENTREVISTADO ENF E

ENF E1 - Geralmente quando o paciente é atendido aqui, que é sintomático respiratório, a gente solicita o exame, fecha o diagnóstico, examina os contatos, faz a análise clínica e solicita o exame, PPD ou raios-x. Se o paciente não for vacinado, encaminha pra vacinação e se não, se não der nada, acompanha por aqui. E muitas vezes o paciente já vem da referência com o diagnóstico e já com os contatos encaminhados.

ENF E2 - Todos os contatos são chamados. Geralmente moradores, se tiver algum paciente que tipo, o vizinho ou alguém da família que tenha um contato maior aí a gente chama também, mas geralmente, são os moradores.

ENF E3 - Eu nunca tive dificuldade não, assim, na vinda desses contatos aqui, porque o próprio paciente tem interesse né, de que sejam chamados né, todos os contatos pra que a doença não se espalhe. Mas geralmente o agente de saúde também ajuda nesse sentido de convocar.

ENF E4 - Até agora dos casos que eu tive de TB eu nunca tive problema, hanseníase sim... mas de tuberculose, dos que eu acompanhei não...

ENF E5 - Dos pacientes que a gente acompanhou aqui na unidade eu não tive nenhum caso de transmissão dentro da família (...) Mas agora eu me lembro, que teve um paciente que teve TB e realmente os contatos, (...) não foram pra unidade, a sobrinha foi e realmente ela tinha TB também (...). Aí tinha um outro irmão dele, que não sei se era presidiário... que também nunca veio. Quem veio foi a avó, porque eles moravam na casa da avó e ela já tinha tido TB anterior, eu não sei nem se foi dela... porque a dela tinha sido bem antes... que eu acredito que não tenha sido dela que ele tenha pego não...

ENF E6 - A gente só teve um paciente de tuberculose, que era usuário de drogas que deu um pouco mais de trabalho para o tratamento, mas em relação aos contatos não.

ENF E7 - Na comunidade os casos são de áreas bem diferentes, microáreas diferentes, não acredito que esteja tendo disseminação.

ENF E8 - A gente faz, é como lhe falei, é o acompanhamento, faz a consulta, faz o exame clínico, aí vai pra história anterior do paciente, história de vacinação, olha a cicatriz vacinal e encaminha o paciente ou pra exame, ou pra vacina. E eu acredito que o importante é acompanhar esses contatos até o final do tratamento, e até posteriormente, orientar que se possivelmente vier a aparecer algum sintoma que o paciente retorne até a unidade, que a gente sabe que pode aparecer durante o tratamento ou pode aparecer depois.

ENTREVISTADO ENF F

ENF F1 -Primeiro a gente faz o levantamento, né, a entrevista, pra ver a quantidade de pessoas que são comunicantes, e a gente faz a determinação de crianças, adultos e as crianças a gente encaminha pra fazer a avaliação, o teste da tuberculina, o raio-x. Se tem algum sintomático respiratório, pra ser encaminhada pra médica da equipe, pra fazer raio-x se tem o sintomático respiratório, pra fazer baciloscopia. A gente faz um levantamento e faz um diagnóstico, daqueles comunicantes e determina pra qual setor, ele deve ser encaminhado.

ENF F2 - A gente pede ao paciente, no primeiro atendimento, né? Que no outro dia ele retorne, juntamente com os comunicantes, e as vezes quando não retorna, a gente faz a visita com o agente de saúde, na casa deles, sabe? Se por acaso algum comunicante não vir...Seriam as pessoas que moram naquela residência.

ENF F3 - Até agora os comunicantes que eu tive, nenhum se negou a vir até a unidade de saúde não... E as próprias pessoas, os próprios pacientes, facilitaram...pra que esses comunicantes viessem até a unidade de saúde. Não tenho nenhuma dificuldade não.

ENF F4 - (...)alguma dificuldade que a gente encontra, é se por exemplo, um filho de um paciente que trabalha, e aí não pode comparecer à unidade, entendeu? Às vezes fica mais difícil, mas assim, quando ele não à unidade, eu vou com o agente comunitário lá, na própria casa, assim, num intervalo, assim, num período que ele possa se encontrar e eu possa fazer a entrevista com ele.

ENF F5 - Todos os pacientes que foram atendidos aqui pela equipe, eles fizeram tratamento completo, tá? Não houve nenhuma disseminação, nem pra família, nem pras pessoas que moram naquela rua. E a gente viu que houve uma redução, já faz dois anos que a gente teve caso notificado.

ENF F6 - Bom, oh, eu digo o que acontece aqui né? Na prática. É como a gente fala, na primeira consulta, a gente faz o levantamento desses comunicantes, desses contatos, a gente faz, como é que se diz? A convocação deles... pede pra eles comparecerem à unidade, no caso, não comparecendo, a gente faz a visita junto com o ACS, vai na residência, no domicílio dele, e a gente vai até in loco, fazer essa consulta, aos comunicantes, pra ver se tem algum sintomático respiratório. Pra fazer também, os procedimentos, né? Encaminhar pra fazer teste de tuberculina, raios-x, se necessário, entendeu? Baciloscopia, se necessário... e orientações também. Isso é feito na iminência do diagnóstico e em todo tratamento do paciente, nos seis meses, a gente faz esse acompanhamento, também, entendeu?

ENF F7 - Na visita, até porque o paciente, quando ele não vem na unidade pra fazer o DOTS né? Que ele vai ser supervisionado e tomar a medicação, a gente vai três vezes na semana, no domicílio, pra ver se realmente ele tá tomando a medicação. E nessas visitas, ou o agente, ou eu mesma, quando faço a visita, a gente vê também a situação dos comunicantes... se por acaso, durante aqueles seis meses, se houve alguma evolução daquele comunicante, daquele contato, e aparecer algum sintoma específico, entendeu? E aqui, não teve nenhum contato que desenvolveu a TB.

ENTREVISTADO ENF G

ENF G1 - Os contatos vêm para Unidade de Saúde pra solicitação de exames.

ENF G2- A gente manda chamar através do ACS e através do paciente também, já informa.

ENF G3- O contato sim, é fácil. Através do ACS a gente consegue entrar em contato.

ENF G4 - Às vezes é porque alguns contatos ainda são resistentes a realizar exames, só isso.

ENF G5 - Geralmente a gente tem... é pouco caso de tuberculose.

ENF G6 - Através do sintomático respiratório, porque através do sintomático já se pode detectar alguém que tá doente e o acompanhamento através do resultado dos exames e através dos sintomas, caso ele apresente durante o tratamento do paciente que tá com tuberculose.

ENTREVISTADO ENF H

ENF H1 - Geralmente, (...) eles já vêm muito da referência. (...) mas a gente recebe muito da referência já com diagnóstico. Quando esse usuário chega, na equipe, geralmente quem faz a notificação sou eu, a enfermeira, mas eu estando ausente, a médica faz também essa notificação. A gente faz as orientações tanto ao paciente, quanto a gente também solicita que toda família venha. Geralmente nessa solicitação, é a médica. A gente já fez consulta conjunta, mas geralmente é ela que faz a avaliação de todos os contactantes. E eu fico com o acompanhamento da dose supervisionada, da solicitação da medicação, a gente divide muito esses tratamentos.

ENF H2 - *A gente já fala com o paciente que tem o diagnóstico de tuberculose, pergunta quantas pessoas tem na casa e ele já sai com as consultas agendadas pra cá. E a depender do caso a gente encaminha e pede os exames, se é criança, adulto...*

ENF H3 - *O critério é que seja contato domiciliar né? Ou por exemplo, se não é um contato domiciliar mas é uma pessoa que vem... no mais recente que a gente tinha, era um caso por exemplo, ele tinha uma enteada, que não morava na casa, não dormia, mas tem ela e uma filha que passavam o dia nessa casa, então ela também foi convocada como contactante.*

ENF H4 - *E aí a gente também procura saber a atividade laboral desse paciente, pra saber se ele precisa também chamar as pessoas que convivem com ele na atividade de trabalho.*

ENF H5 - *Quando não é paciente etilista ou usuário de droga é fácil. A gente consegue, a família vem, a gente consegue fazer o controle, mas a maior dificuldade de tratar tuberculose, são as questões sociais que envolvem etilismo e usuário de droga.*

ENF H6 - *Primeiro, tudo se concentrava na antiga casa de saúde, além de ser mais central, a gente já sabia o fluxo que se tinha em Campina Grande. Depois que o município entregou aquele prédio, ele mudou já o PPD, a questão do exame, mais de uma vez.*

ENF H7 - *Outra questão também que eu acho difícil é ensinar onde é a referência, porque (...) não existe nenhuma placa. Existe uma faixa na frente, que assim mesmo, fica dobrada, que eu passo lá todos os dias e eu vejo. (...) então o paciente muitas vezes não sabe nem onde fica esse serviço e a gente tem uma dificuldade de informar.*

ENF H8 - *O PPD passou uma época que fazia no Doutor Edgley, muito longe, não é central, não existe facilidade de acesso né?*

ENF H9 - *E a outra questão dos usuários que algum é usuário de droga, ou algum que é etilista, que a família não quer se responsabilizar. Então ela nem vem, se a gente chamar e nem ajuda a fazer o tratamento do paciente. Simplesmente acha que a responsabilidade não é dele.*

ENF H10 - *Dos casos que a gente consegue envolver a família, a gente consegue ter êxito né?*

ENF H11 - *Mas a gente tem dificuldade desde até do agente comunitário de saúde, por exemplo, uma vez a gente tava fazendo uma reunião e eu até falei com um ACS: "Olhe, o seu paciente por exemplo, não fez o controle esse mês do escarro, ele não veio"... Porque quando eles vêm, tanto pode ser eu, que entrego a medicação ou qualquer outra pessoa da equipe, pode entregar, porque a gente já fez as orientações de quantos comprimidos ele vai tomar. E aí ela virou pra mim e fez: "Oxente e ele tem que fazer? Eu não sabia disso não" E é uma agente de saúde que tá aqui desde que o PSF de Campina Grande começou a funcionar.*

ENF H12 - *Então assim, a gente tem uma dificuldade, a gente fala muito da questão da busca ativa, de procurar, de ver o paciente que esteja tossindo, da hanseníase também a gente bate muito... E a gente tem essa dificuldade até de captação do agente comunitário de saúde. E aí vai, se você não tem a captação do agente, esse usuário não vai chegar até a Equipe e a gente também além disso tem a questão do envolvimento social mesmo, da família, fica muito difícil.*

ENF H13 - *(...)a gente não tem um fluxo, a gente não tem um apoio né, às vezes se cobra muito, às vezes me lembro de algumas reuniões e o pessoal fala: "Ah, eu ia lá no domicílio". Mas o panorama hoje mudou. Até a questão da droga se aumentou muito né, então assim, se antes você ia lá no domicílio quando o PSF começou, hoje, o cenário que a gente tem é completamente diferente. Eu não vou mais entrar naquele ambiente, porque não me é permitido como era permitido antigamente né, hoje a questão da droga virou uma coisa muito mais forte, isso envolve muitas outras coisas, né? A violência, e a gente tem muita dificuldade nisso. Então a gente tenta buscar a família e se a família não se responsabiliza?*

ENF H14 - *(...) fica muito difícil, o município não se responsabiliza, a família não quer e o profissional é que tem que pegar pela mão e fazer tudo só? Não tem como? Sem apoio? Impossível...*

ENF H15 - *É a família X. E aí essa família provavelmente, começou desse que estava bem grave, que se internou, que passou pra esse irmão que não descobriu a tempo e que passou pra essa sobrinha. Então nessa família, realmente a gente percebe essa disseminação.*

ENF H16 - *E a gente tá tendo muita dificuldade de tratar Seu Y, porque Seu Y ainda não saiu da primeira fase, ele ainda continua com baciloscopia positiva, cultura a gente já solicitou, ele já fez, é outro entrave, porque a cultura demora muito a voltar né? São meses, meses que ele continua na primeira fase, e aí Seu Y, a gente não sabe se é porque, ele se alimenta logo depois que toma a medicação, ele também não espera, ele também não vem em jejum e não diz pra gente, mas ele vem todos os dias de segunda a sexta e leva o do final de semana ou feriado. Mas infelizmente a gente não tá tendo êxito no acompanhamento, a gente não sabe se a resistência já é pela questão do tempo e gravidade da doença, ou se é por causa dessa questão da alimentação, realmente, receber assim, seguir à risca as orientações que a gente já deu.*

ENF H17 - *Eu acho que a busca ativa realmente tem que ser da equipe de saúde da família, não tem outra, é a pessoa que está mais próxima dessa família, mas eu acho que hoje a gente tem uma descaracterização muito grande do agente*

comunitário de saúde. Então a gente tem uma dificuldade muito grande de chegar até esses usuários, porque a gente tá aqui todos os dias no território, mas a gente tá dentro de um posto. A gente só vai até a comunidade quando solicitado pelo agente comunitário de saúde. E a gente também, só pode tratar, ou se o usuário vem, ou se o agente de saúde encaminhar. Então hoje a gente começa a perceber que eles estão tão focados em números, em... eu acho que já começa a descaracterização de um horário de trabalho, porque hoje o agente de saúde trabalha de sete à uma, e aí sete, a gente sabe que ninguém vai tá na casa de ninguém de sete horas, muito menos de meio dia, acho que se dirá, nem de onze e meia, o ACS não vai tá lá, então ele tem um horário muito reduzido de visitas domiciliares.

ENF H18 - Então essas visitas também quando a gente vai questionar, a gente percebe que eles não fazem nenhum questionamento... Tuberculose mesmo, a gente que faz os questionamentos ao ACS, que manda ele ir lá, que vá atrás, porque o próprio ACS, ele não tem aquilo como rotina. É um hipertenso? Eu tenho que ver se tá tomando a medicação, eu tenho que pegar o cartão dele, tenho que ver quais são os remédios, pedir a ele pra trazer os remédios, perguntar como que ele tá tomando cada um, vê se ele tá tomando de acordo com a receita. A gente não vê isso no ACS. Quando a gente questiona: "Ah, eu fui lá e tá tudo bem..." Quer dizer, ele só faz perguntar: "Tá tudo bem?" Isso não é visita de agente comunitário de saúde, como é que com uma visita dessa ele vai achar um paciente que tá tossindo? Com queixa de febre? Enfim, uma Hanseníase? Não vai desconfiar nunca! Então assim, acho que tem que ser sim o saúde da família, mas a gente tem que resgatar a caracterização do agente comunitário de saúde, porque ele é de suma importância, né? Se deu muita importância a esse profissional, a esse trabalhador de saúde, mas assim, ele se perdeu dentro das próprias conquistas dele, hoje só se pensa em questões salariais e se perdeu a questão do trabalho mesmo, da importância do trabalho que ele tem. Então eu acho que essa questão dos contactantes, essa questão do acompanhamento, tem que ser a equipe mesmo. Mas aí não é a equipe médico-enfermeiro, é a equipe desde o agente comunitário de saúde.

ENTREVISTADO ENF I

ENF I1 - A gente convoca os contatos, né? E vê se tem algum sintomático, e caso positivo, solicita também os exames.

ENF I2 - A gente convoca através do próprio usuário e caso ele não compareça, a gente pede pra o agente de saúde, fazer a busca ativa desses contatos.

ENF I3 - Sim, as vezes é que eles ficam receosos e não veem né? Pra consulta, não vem pra ser examinados, não dão muita importância...

ENF I4 - É mais essa dificuldade, de trazê-los até a unidade, ao serviço né... os próprios cuidados domiciliares, assim né, pra eles cuidarem da saúde, em geral... né?

ENF I5 - (...)quando é diagnosticado, a gente sempre tem tido uma boa evolução... alguns usuários têm concluído o tratamento, a gente só teve alguns casos de abandono. Que assim, a gente tenta, e... as vezes é um usuário que vem e se muda da área aí quando retorna, as vezes não procura à unidade, a gente tido esse problema, mas, aqui, os que são diagnosticados, a gente tem tido... Na nossa realidade, a gente não teve nenhum caso, que algum contato domiciliar, também tenha tido a doença.

ENF I6 - Eles teriam que vir ao serviço né? Serem examinados, no caso de algum sintomático, solicitar exames, desses usuários, raio-x ou baciloscopia. E fazendo o acompanhamento, desses comunicantes. Sempre em contato.

ENTREVISTADO ENF J

ENF J1 - A gente acolhe no serviço, a maioria deles vem referenciado do serviço municipal, que procuram, eu acho que por conta das informações... que um passa pro outro e tudo...sabe que o acesso lá, é o local mais de acolhimento... eu penso que eles sempre já vão lá, acho que já de outras informações... eles acolhem lá, iniciam a primeira dosagem de tratamento e depois referenciam para UBS. Aí a gente termina o primeiro mês de tratamento, faz a notificação e fica nesse contato até o fim do tratamento. Aí os que são os comunicantes, a gente pede pra que eles venham na unidade, né, se for o caso, a gente também vai in loco, se tiver muita dificuldade em vir até a unidade de saúde, explica a situação, que tem que se cuidar e tudo, tem que fazer o tratamento, digamos assim coletivo, cuidar... saber se estão com a doença.

ENF J2 - Pela família mesmo... a convocação é através dos agentes comunitários de saúde, pede que pra continuar o tratamento, tem que vir a família, num primeiro momento né, pra poder esclarecer, e aí dizer que a gente tem que ver né a questão dos comunicantes, saber né, explicar a doença, como é que ela se transmite, e que possivelmente a gente tem que... é... cuidar deles também né? Pra saber descartar a possibilidade, da doença ou não...

ENF J3 - Quando eles vêm pra unidade de saúde, a gente explica pra eles, eles fazem também, se for o caso, o PPD, também o exame de escarro, se tiver com os sintomas, e tudo... então é fácil...

ENF J4 - Aqui ainda é muito camuflado... porque é uma área muito difícil, circulam muitos presidiários né? Então assim, eles é... vêm muito da cadeia, tem aquela parte do indulto, prapoder voltar pra família... então assim, é uma coisa bem...

difícil o controle... Quando a gente sabe mesmo, é... já é assim, quando já tá em um estágio avançado. Não tem como a gente fazer assim... talvez uma parte educativa mais maciça, como já existiu em algumas épocas... tá faltando no momento, assim, talvez pra orientar mais a população pra a própria população nos ajudar e trazer, esses pacientes pra cá, entendeu?

ENF J5 - *Em outras épocas (...) a gente teve a possibilidade de fazer algumas atividades educativas, que abordava o tema da tuberculose né? E eles se interessavam, quando geralmente tem campanhas...né?*

ENF J6 - *E isso quando é favorecido pelo serviço municipal, aliás, a secretaria de saúde do município, quando passa na mídia, fica mais fácil... eles mesmos veem... "Olhe eu tô com uma tosse, que ela tá prolongada, não diz prolongada, diz que é de muito tempo...e eu tô emagrecendo... Doutora, será que é alguma coisa?" Ai vem na doutora, vem na enfermeira, eles avisam muito pra o agente de saúde, os agentes ficam muito ligados...né?*

ENF J7 - *E quando a gente ia pra área, fazia educação em saúde, nos becos, nas ruas... é porque a gente deu uma parada mais... Ai também, existia... aí eles chegavam muito particularmente pra o profissional de saúde e dizia... aí a gente trazia esse paciente pra área. Eu acho que falta isso, basicamente.*

ENTREVISTADO ENF K

ENF K1 - *Aos contatos? Aos comunicantes? Faz o exame de PPD em crianças, né? Só nas crianças... Porque em todos os comunicantes só faz em hanseníase, mas de tuberculose, nos comunicantes, só faz as crianças. E olha, os sintomáticos respiratórios, né? Que tem na família pra fazer o PPD e o exame de escarro dos sintomáticos respiratórios pra se tiver TB, também começa o tratamento.*

ENF K2 - *Critério não. Pergunta na ficha quando vai cadastrar o paciente de TB, uma das perguntas é quantos comunicantes existem em casa, e eles dizem e a gente já solicita pra vir fazer o teste de escarro no setor de referência e as crianças fazerem o PPD.*

ENF K3 - *Existe. Quando tem criança e mulher, elas são mais assíduas, têm mais medo de contrair a TB, aí elas procuram com mais facilidade, a gente e o setor de referência.*

ENF K4 - *Dificuldades assim, é quando um dos comunicantes trabalha, que não pode ir pra o setor de referência. Por que o setor de referência, se vai de manhã e é por ordem de chegada, então tem vários PSFs que referenciam pra lá, aí às vezes, tem gente que não quer perder um dia de trabalho, ou uma manhã de trabalho pra ir, aí a gente fica assim, batendo na mesma tecla... quando é criança, quando é mulher, é mais fácil. Mas quando são homens, aí tem mais dificuldade por conta do trabalho, eles ficam botando dificuldade, em relação a isso.*

ENF K5 - *Tem, mas ainda tem muitos casos, quando é extrapulmonar é mais difícil de ser diagnosticado né? Ainda tem muitos casos, assim, é... mascarado né? Que a pessoa não sabe um dia desse eu peguei um caso de tuberculose ocular né? Mas tem tido redução...*

ENF K6 - *Por exemplo, se aqui também no centro de saúde tivesse um posto de coleta. A gente coletar e já levar pro centro de referência. Como eu disse, no serviço de referência, as vezes eles esperam tipo, a manhã inteira, porque são outras pessoas... e só faz lá, porque aqui não tem, tem que ter um ambiente arejado, amplo né? Pra fazer a coleta, e aqui não tem...*

ENTREVISTADO ENF L

ENF L1 - *A gente faz a busca ativa, traz os contatos pra fazer exames, né? E avaliação, pra se precisa alguma conduta... como a vacinação com BCG...como a realização de algum exame, se houver alguma possibilidade de algum sintoma, e se for o caso, tratar, se for identificada, no caso a doença, nessas pessoas, e...o principal que é tá trazendo essas pessoas pra ser nosso parceiro no sentido de conseguir viabilizar pra aquele paciente conhecer a doença, saber que é uma doença tratável, inclusive a família também...que isso é importante... ainda muita gente pensa que teve tuberculose, acabou... vai passar pra todo mundo de repente... e buscar prováveis pessoas que tenham possibilidade de até ter sido o caso primário, que a gente às vezes a gente pensa que é aquele que tá tratando, mas...*

ENF L2 - *Não, infelizmente a gente não tem...é só paciente que tem alguma sintomatologia, no caso a gente sempre orienta os agentes comunitários...Até porque eles já tão há muito tempo no trabalho e sabem, que pacientes com história de tosse há mais de duas semanas, com história de perda de peso devem ser encaminhados, pelo fato de existir já uma possibilidade de ser, de ter sido um possível portador de TB, então já encaminha pra a gente fazer os exames e identificar.*

ENF L3 - *No caso do contato, é mais fácil, porque você já sabe onde é a casa... E sendo um contato, pra gente é mais fácil porque é localizável, a gente tá com o agente comunitário que vai na casa, mesmo quando é área descoberta, a gente busca que aquele agente, mesmo que não seja área dele, que ele vá fazer busca ativa dos contatos pra sensibilizar pra que as pessoas venham pra ser examinada e identificar a possibilidade também, de ter a doença.*

ENF L4 - *A gente faz a busca ativa do paciente que apresenta sintomatologia né? Que seria o ideal... mas a gente ainda não faz esse trabalho...infelizmente... até porque a gente não tem perna, é um monte de coisa... é muita coisa pra gente conseguir... seria o ideal, mas a nossa busca ativa é nesse sentido, que as pessoas conheçam...*

ENF L5 - *As pessoas mesmo, primeiro, tem dificuldade de vir, ou porque trabalha aí diz: “Eu trabalho e não tenho tempo...” A gente nota assim, que é porque como se dissesse assim: “comigo isso não vai acontecer.” Eles mesmo já botam uma parede, uma resistência de ser identificado... infelizmente, ainda têm pessoas que se sentem discriminados assim, pelo fato de ter tuberculose. Não quer que a gente diga, entendeu? Então às vezes a gente tem dificuldade de trazer esse contato, porque ele não quer nem ser identificado como parente de uma pessoa que tem. Porque sabe que se vem pra unidade todo dia pra fazer o tratamento, é porque tem a doença...*

ENF L6 - *Eu acho que poderia ser mais... por exemplo, nós que temos área descoberta, quando eu falo que a gente não faz a busca ativa é porque a gente não tem perna pra cobrir a área descoberta, né? A gente tá com o agente nas casas, nas casas que são assistidas pelos agentes, mas agora mesmo eu tenho duas áreas descobertas... nossa colega lá (enfermeira da outra equipe), tem três áreas descobertas... e essas pessoas... podem estar com TB, com HANSEN, até porque aqui é uma área considerada endêmica... e não tem tanto... a gente não consegue dar a cobertura que deveria né? Porque não tem pessoal suficiente pra isso. Causa um impacto? Causa, porque de qualquer maneira, aqueles que a gente identifica, é tratado e a gente, persiste, até que eles façam o tratamento por completo, mas e os outros? Das áreas descobertas? Então foge a nossa competência até... não tem como a gente ter perna pra isso...*

ENF L7 - *(...)a gente tá tentando dar, o que a gente pode de melhor, por exemplo: uma palestra educativa, e ir, falando, explicando...que tuberculose e hanseníase, são doenças tratáveis, que a pessoa com 6 meses de tratamento pra uma, um ano pra outra, a pessoa tá curada...que existem possibilidade de outras pessoas de casa, ter a doença e nem sabe que tem...que tem que ser identificado, e tudo mais, acho que a gente já faz... mas sei lá, talvez foge da nossa abrangência ou pela sobrecarga, a gente não tá conseguindo né, ir na casa dessas pessoas, né? Trazer...*

ENF L8 - *Que a gente até tem nossa assistente social, que é uma pessoa bem envolvida com o trabalho, e ela vai dar esse suporte pra gente também. Vai na casa, busca, tá entendendo? Mas nem sempre a gente consegue 100% que os contatos a gente tenha controle... por exemplo, aqui a gente tem 6 pessoas, e a gente conseguiu que essas 6 pessoas viesse à unidade, que fizesse os exames, fizesse a avaliação clínica, que isso aqui não tem nenhuma possibilidade. Mas, não são todos...*

ENTREVISTADO ENF M

ENF M1 - *São chamados pra fazer os testes, né? E se não tiver vacina, tomar a vacina, a BCG. Mas todos são examinados pelo médico. São chamados... o contato é comunicado, que todos que convivem com ele, têm que comparecer à unidade, para serem examinados, fazerem todos os exames que são necessários, se for necessário a vacina, também faça.*

ENF M2 - *Através do usuário e dos agentes comunitários de saúde.*

ENF M3 - *Sim, sim. Como a gente tem uma área adscrita, tem um controle com os usuários, então pronto, chegou aqui, tá com tuberculose, a gente já sabe que naquela casa vai ter cinco contatos, três contatos, só tem a mulher... por exemplo, o último que veio, tinha ele, a mãe e dois irmãos. Então a gente já sabe que além dele, ele tem três contatos que deveriam vir fazer os exames e ser avaliado.*

ENF M4 - *Nenhuma dificuldade...*

ENF M5 - *Com certeza! O usuário que tá com tuberculose é orientado, a família é orientada, então o controle, já começa daí né?*

ENF M6 - *(...) já existe essa investigação, a partir do momento que o usuário chega, passa pela consulta, é diagnosticado, os contatos imediatamente são solicitados a comparecer à unidade, pra fazer exatamente esse controle... começar a investigação dos contatos, pra ver se algum está também, pelo menos iniciando com a tuberculose e a gente segue o fluxograma que o Ministério preconiza.*

ENF M7 *Quando a gente não identifica aqui, já teve caso do usuário foi pro hospital né? Principalmente adolescente, usuário de drogas... E a gente não teve este contato direto, era uma casa que vivia fechada... e este rapaz foi internado... a gente ficou no aguardo dele retornar pra cá, mas depois que ele saiu de alta, a família saiu do bairro... Mas aí a gente ficou sempre em cima, atrás de saber dos contatos pra saber tudinho quem eram, pra gente cuidar... porque num deixa solta não... Hanseníase e tuberculose, a gente não solta a não ser que tenha alta por cura. A gente segue todo aquele fluxograma do Ministério, vai pra referência, volta da referência.*

ENTREVISTADO ENF N

ENF N1 – (...)geralmente a gente encaminha ao serviço de referência, que é quem faz praticamente tudo. O exame dos contatos, quem encaminha se for o caso de fazer a BCG... tudo é eles que fazem. A gente aqui mesmo, fica com pouca parte disso aí... A gente faz o acompanhamento, mas exame de contatos, é lá, eles que acabam fazendo.

ENF N2 - Geralmente o diagnóstico é feito lá, e os contatos eles são convocados até por lá mesmo. A gente aqui, quando vem conhecer o paciente, encaminhados por lá... muitas vezes os contatos já vêm examinados. Já foram examinados lá, então assim, essa parte é bem tranquila pra unidade, porque a referência assume mesmo, essa parte dos contatos. Então, dificilmente aqui, eu preciso mandar alguém ir, porque a maioria já foi.

ENF N3 – (...) a gente tem pouco caso... esse especificamente, quando ele veio, a filha já estava fazendo tratamento, de doença latente e a mulher também, já tinha sido examinada, então, a gente não precisa fazer essa parte também. Acaba não precisando fazer.

ENF N4 - Tem... até agora eu não tive dificuldade não. Assim, no paciente que eu acompanhei eu tive uma adesão muito boa da família, apesar do paciente ser resistente. E o agente de saúde também, que acompanhava... a gente acabou tendo que fazer visita domiciliar semanal porque o paciente era complicado, era resistente, mas, a gente conseguiu fazer porque a família me ajudou. E através da visita domiciliar, a gente conseguiu fazer esse acompanhamento bem direitinho.

ENF N5 - aqui a gente por exemplo tem área descoberta, a gente tem algumas dificuldades com alguns agentes de saúde, que a gente não consegue que o trabalho deles seja bem eficiente nessas áreas. (...) É questão da adesão mesmo, dos pacientes, quando as famílias também não se preocupam né? Não ajudam muito... aí é difícil.

ENF N6 – Não muito ... falta. A gente é muito falho ainda, na questão dos exames dos sintomáticos. A comunidade como é muito carente, a gente tem a dificuldade que eles vão fazer esses exames. A não ser que eles estejam já com uma suspeita forte, mas se não, a gente não consegue que eles vão fazer exame, a gente já teve época aqui que tinha os potinhos pra coletar, hoje a gente não tem. Então a gente tem muita dificuldade com a coleta de exames da população daqui ... A gente faz o tratamento do paciente, mas quem tiver por aí... não é muito fácil descoberto não... a não ser quem já está com sintoma mesmo, bem avançado.

ENF N7 - Com relação ao acompanhamento, acho que não tem grandes mudanças a serem feitas não... É mais com relação à investigação, especialmente a população aqui eles têm muita dificuldade de sair daqui, se deslocar... É...questão financeira mesmo. Então a gente precisava de suporte aqui, laboratório que pudesse vir fazer coleta, seja na unidade, às vezes até no domicílio mesmo. Pra essa parte do diagnóstico a gente tem alguma dificuldade... do acompanhamento não, depois que tá diagnosticado, a gente consegue, se vira e consegue fazer o acompanhamento, mas pra o diagnóstico, é que é a parte difícil.

ENTREVISTADO ENF O

ENF O1 - Busca ativa com os Agentes de Saúde, certo? E às vezes até com o próprio paciente a conscientização dele mesmo.

ENF O2 -Os critérios são esses mesmos. A busca ativa, registro no prontuário tá certo? Até mesmo do próprio paciente com as consultas que ele vem, a gente fica perguntando dos contactantes tá certo? Na própria ficha quando a gente vai fazer a notificação que é junto com o paciente a gente pergunta quem são esses contatos, e fica o agente de saúde e o próprio paciente pra trazer até o serviço, pra a gente poder fazer o encaminhamento.

ENF O3 - Sim, o controle é feito na nossa unidade mesmo. Os exames que eles vão pra a referência, certo? Os exames de Baciloscopia, entre outros. Tem também o o PPD, certo? E a gente faz esse controle e faz também esse acompanhamento com o paciente e o contactante, certo? Mensal.

ENF O4 - A dificuldade eu creio que é a locomoção, tá certo? Porque não é perto, tá certo? O serviço é na Prata, certo? Às vezes tem uns pacientes carentes e pobres, que não tem como ir, a questão financeira. Então não tem como fazer o deslocamento, tá certo? E a gente precisa desse controle, tá certo? Pra acompanhar esses pacientes, que são através da Baciloscopia, os Raios-X, essas coisas. Então o grande impacto é a questão financeira do deslocamento, que não é próximo aqui. É um pouco longe.

ENF O5 - O impacto que eu acho maior é esse que eu te passei também né? A questão do deslocamento, então o exame não ser feito próximo daqui, em um laboratório próximo ou se fosse feito aqui mesmo na unidade a coleta do escarro, tá entendendo? Talvez ficaria melhor, que eu acho que seria o deslocamento do próprio paciente e dos contactantes né? E muitas vezes a questão pessoal... eles se discriminam mesmo não é? Tanto eles como a própria família, mas assim, uma das maiores dificuldades... impactos, ainda é o deslocamento

ENF O6 – (...) o paciente vem buscar a medicação aqui. A medicação vem aqui para a unidade né? E ele vem buscar aqui todo mês a medicação certo? Essa primeira dosagem é aqui com a gente e isso aí é um grande avanço, porque ele não

precisa se locomover pra ir buscar. Na própria unidade tem... Vem a medicação pra cá, a notificação também é feita aqui, mesmo às vezes sendo feito o diagnóstico lá na referência, mas a notificação é feita na unidade que é pra a gente acompanhar certo? E isso vai quebrando a cadeia né?

ENF 07 (...) *os contactantes dão muito trabalho, eu acho, né? Em algumas coisas, eles acham que nada pode acontecer com eles. E na comunidade poderia... na verdade a própria visita domiciliar certo? Só vai ser o jeito de pegar esses pacientes. No caso os contactantes né? Que o próprio paciente que quer se cuidar ele vem na unidade, os contactantes nem sempre vem. Então seria mais visita domiciliar com busca ativa com os Agentes de Saúde e às vezes a própria equipe né?*

APÊNDICE F – FRASES TEMÁTICAS EXTRAÍDAS DOS DISCURSOS DOS MÉDICOS

ENTREVISTADO M A

M A1 - *A gente sempre tenta chamar, todos, saber quem são os contactantes e aí solicitar, fazer os encaminhamentos de solicitação de PPD, baciloscopia se tiver queixa e se já for um contactante que na verdade esteja identificado como sintomático respiratório, aí fazer a conduta toda já pra identificar se na verdade é um doente, ou se é só um contactante.*

M A2 - *Os moradores da casa, de um modo geral as pessoas que residem com aquela pessoa.*

M A3 - *A facilidade, que não é nem uma facilidade, é uma característica de qualquer atenção básica é o agente comunitário de saúde, no chamamento desses contactantes da família né?*

M A4 - *Primeiro, de eles aceitarem vir ao serviço, de procurarem ou de se encaminharem pra realização dos exames que a gente solicita que as vezes eles têm dificuldade. E aí é dificuldade das mais diversas formas, financeira porque não tem condição de ir a determinado local, de falta de interesse, talvez por desconhecimento do que a doença pode causar, isso aí é uma dificuldade que a gente enfrenta.*

M A5 - *A gente não tem muitos casos de tuberculose certo, de modo geral a gente fica num percentual de uma pessoa, até a gente teve uma cura o ano passado, no final do ano a gente teve um novo paciente, um novo diagnóstico e de modo geral, não existe uma propagação, mesmo entre os contactantes, os exames que a gente recebeu, os acompanhamentos que a gente fez, desses últimos casos, fica só no caso índice mesmo.*

M A6 - *Eu acho que se a gente tivesse uma disponibilidade maior, de agilidade, de oferta, de locais né, a cidade não é imensa, mas existem algumas barreiras, então se fosse mais descentralizado, tivesse mais um ponto... E existisse essa facilidade de a gente pedir e ele vem com um tempo hábil, que as vezes não tem. Lavado, não se faz... se o paciente não tiver secreção pra fazer uma baciloscopia ou um teste rápido, não se faz lavado brônquico, de jeito nenhum.*

M A7 - *O cuidado na verdade tem que ser da casa toda, no cuidado da família em relação ao doente, no próprio autocuidado pra não se contaminar, então a gente sempre tenta envolver a todos, e aí muitas vezes vem o paciente e a gente conversa: "Como é que tá? E a senhora também tá bem?". A gente sempre tenta fazer esse vínculo da família todinha.*

ENTREVISTADO M B

M B1 - *A gente faz o tratamento acompanhado, eles vêm buscar a medicação aqui no posto e a cada mês a gente faz o encaminhamento pra o centro de referência para realizar a Baciloscopia. No momento a gente tem aqui quatro pacientes com tuberculose. É uma mãe com um filho e dois pacientes que são... que estão em acompanhamento.*

M B2 - (...) *baciloscopia de todos os contactantes, que ela tem três filhos, dos três apenas um contraiu a tuberculose. Então a gente pega as pessoas... os familiares mais próximos, que convivem mais perto com a pessoa e pede o encaminhamento para o centro de referência para fazer a baciloscopia*

M B3 - *Não, nenhuma facilidade. Dificilmente...*

M B4 - *Assim, muito difícil isso, até os pacientes aderirem ao tratamento corretamente às vezes, sabe? A gente tem que tá em cima, tem que ir no domicílio, pedir para vir para o posto, e assim, como eles referem uma melhora instantânea no início da medicação, aí eles meio que querem abandonar o tratamento, a gente é que tem que tá em cima realmente.*

M B5 - *Tem um controlezinho, tem algum... porque como a gente orienta e eles como têm... sabe dos casos que eles já apresentam algum sintoma, uma tosse prolongada, eles mesmo já vêm aqui para o posto independente de ser contactante ou não aí eles já vem.*

M B6 - *E quando um contactante sabe que aquele familiar teve, como num caso de um paciente, ele tem a tuberculose, ele faz o uso de oxigênio auxiliar e o filho dele por ser contactante, veio aqui por livre e espontânea vontade fazer. Então assim, a gente meio que tem como um controlezinho melhor em alguns.*

M B7 - *Eu acho que eles deviam vir todo mês. Deveria ser mais, mais frequente, realmente, porque eles vêm, faz a primeira, não repete, não... não tem retorno pro posto e meio que assim, eles também não acompanham o doente... eu tenho uma paciente que tem, que ela vem sozinha, ela mora sozinha, tem um companheiro, mas o companheiro mal vai na casa dela porque disse que ela tá com a tuberculose.*

M B8 - Então eu acho que realmente, devia ser um controle mais efetivo. Eles deviam vir mais no posto, deveria repetir mais vezes essa Baciloscopia, deveria... eles meio que faz a primeira, deu negativa, aí meio que abandona, tanto o familiar como o acompanhamento, num...é como se eles se dessem por imune, tá entendendo?

ENTREVISTADO M C

M C1 - geralmente quando a gente tem, que a gente sabe a família, mora junto, trabalha com fulano, a gente consegue fazer... no caso, a profilaxia. No caso, procurar fazer os exames, fazer o PPD, fazer a vacina, se necessário

M C2 - só que eu acho falho a questão deles, da referência, a referência manda o paciente, tipo, você manda o paciente com um possível diagnóstico, (...) volta, o paciente não sabe de nada, não sabe o que tem, dão diagnóstico, dão remédio na mão dele e vai simbora, tá entendendo? (...) O que é falho? É a explicação que eles dão pra o paciente, o paciente chega com um monte de remédio, um monte de papel, um monte de coisa que ele não sabe o que é. Tudo bem, eu explico, mas aí tipo, vai e recai tudo sobre você e não sou eu a referência de TB do município, se fosse eu tudo bem, então vamos conversar de TB com todo mundo, aí você tem que explicar pra o paciente e tudo mais, então acho que deveria ter um pouco mais de educação lá, tá? (...) Aqui a gente não falta com educação na questão do paciente reconhecer essas doenças infecciosas, endêmicas, geralmente a gente tem um controle legal aqui de hanseníase e TB. E educação né?

M C3 - Aqui, morar junto ou trabalhar, o contato mais próximo, o primário. Aquele que tá o paciente, mulher, filho irmão, os que moram na mesma casa, tá ali né o contato, se é o mesmo espaço físico, morando, o contágio pode ser bem mais fácil.

M C4 - (...) aqui eu pratico a teoria do medo nesse tipo de coisa, se não vier boto e olha que eu sei fazer um medo... “Olha meu filho você não sabe o que é uma tuberculose não...”. Você tem que abordar o paciente de acordo com a necessidade, tem paciente que você tem que botar o medo mesmo, infelizmente, essa é a questão.

M C5 - geralmente a população que a gente tem aqui é uma população baixa em renda, baixa economicamente, então às vezes é difícil de explicar a questão de como funciona né? Então, como vai tomar a medicação, geralmente é um paciente que tem algum problema psiquiátrico, que faz uso de alguma droga, muito raro um que não tenha envolvido com bebida. Então pra você abordar esse tipo de paciente é complicado, porque você não tem como explicar pra ele. Tem que botar uns quadradinhos e explicar isso aqui é você, isso aqui é a doença e tal... e a família segue no mesmo ritmo ...

M C6 - Tanto ele como a esposa, eles não aceitam, tanto não aceitam a doença, como fazem um tratamento falho, ali é problema, uma gestação, complicada, não quer fazer uso da medicação, tá com esse homem que é uma suspeita, que ninguém sabe se tem ou se não tem, não sei nem como é que tá o caso. Não vem à unidade.

M C7 - Eu convoco, faço busca ativa, mas não vem, então eu não posso fazer nada, posso buscar o Ministério Público, por ser uma doença infecciosa, só que ela chegou aqui mês passado, falando que tava sendo acompanhada, o marido tava indo pra referência.

M C8 - Acho que ele nem foi pra referência e vai terminar do mesmo jeito, a gente vai denunciar e vão atrás dele, porque é uma doença infectocontagiosa, eu não posso deixar minha população morrer todinha de tuberculose, porque tem um bonito que não quer se tratar.

M C9 - Não é uma sequência de uma família infectando, não, não é contato deles, é bebida, um é viagem, porque na viagem ele vai fazer contato com o que? Ninguém sabe, só Deus sabe, mas o outro era a bebida.

M C10 - (...)eu acho que nosso problema não é a questão do contato, nem da tuberculose, nosso problema é nacionalmente, é casa ruim, é social. Se você tira o problema social, você vai tirar tanto a hanseníase, como a tuberculose que são duas doenças endêmicas, então isso já nos leva ao fato de tipo: “Ah, ele é bem tratado, tem acompanhamento médico, tem enfermeira, tem tudo”. Mas se o paciente mora num buraco, infelizmente o que é que eu posso fazer, né? (...) você chega numa casa, tem um acumulador que tem quinhentos milhões de latas, vive com bolsa família a oitenta reais por mês, é pouco! Como é que você vai falar pra esse paciente não pegar hanseníase? E que se ele pegar vai ter que ir lá tomar um remédio que é cheio de efeito colateral, fora os efeitos da doença, a mesma coisa é com tuberculose, você sabe que a medicação é fortíssima, a medicação te dá efeito colateral que faz você desistir até de viver, tem caso até de depressão inclusive, por tratamento de TB, então, é complicado, o problema é social, o problema não é atenção médica, é social, se a gente melhora o viver, a casa da pessoa, melhora o saneamento, você vai ter melhora dos casos. Você vê que países ricos não têm TB, se tiver, são casos esporádicos, o Brasil tem, porque o Brasil tem pobre, tem quantos casos de tuberculose em imunocompetentes, pessoas imunocompetentes, classe média? Não se trabalha com isso, não tem. Quantos você vê? É contado nos dedos, um ou dois. E é tipo “Ah, porque teve má sorte”, Deus também aponta você, acabou. Agora o resto é pobre, que mora numa situação social precária, é alcoólatra, usuário de droga e imunodeprimido, tá entendendo? Não é uma doença que é difícil de controlar, é uma questão social. Raramente você encontra um paciente com tuberculose que você encontra uma explicação: “Ah, ela é uma tuberculose diferente”. (...) Então é uma questão social, pra mim não tem nada a ver com saúde pública, claro que tem, se não tiver o social vai ter uma saúde pública melhor... agora a gente tem uma área bem definida, com agentes de saúde competentes, que atendem ali, eu venho aqui todos os dias na unidade, raramente falto, assim como ela e a outra enfermeira e eu lhe pergunto, onde é que tá o erro? Eu posso tratar hanseníase aqui, fazer o exame de todo mundo, fazer o exame de tuberculose em todo mundo, pra descobrir os casos, tudo bem tratar e

depois? Vai voltar pra mesma coisa, tem paciente que mora no lixo, praticamente, todas essas doenças infecciosas são relacionadas com onde essa pessoa ocupa socialmente, né? Pronto, então é uma questão social pra mim. Se a pessoa tem (gesticula esfregando os dedos, polegar, indicador e médio), muito raramente ela terá uma tuberculose, assim como uma hanseníase, assim como qualquer outra doença por mais que a gente trabalhe com ela...

M C11 - A porcentagem né, que a gente tem da população, tá subdiagnosticada, eu digo que a gente tem aqui no mínimo três casos, que eu conheço, os outros dois, só que é do jeito que eu lhe falei, o viajante lá, o viajante e o outra é uma menina que tá grávida, só que o buraco aqui é mais embaixo... a pior gestante é aquela, quarenta e dois anos, num usa uma camisinha, não toma um anticoncepcional, ela chegou aqui um dia, eu conversando com a enfermeira, fazendo uma consulta de pré natal com ela, pré natal não, consulta normal, ela tava com febre se eu não me engano, febre pela tarde, tosse, um pouquinho de dispneia, mas vez ou outra forte, porque ela é asmática, e eu já falei pra ela: "Se você quer morrer, você morre, o que é que eu posso fazer?".

ENTREVISTADO M D

M D1 - A gente aqui mesmo, examina o paciente e avalia qual a necessidade. Se o paciente tem sintoma de tosse e escarro, a gente pede o teste do escarro. Se ele não tem sintoma de tosse e nem escarro e o exame físico for normal a gente pode pedir um raios-x de tórax ou fazer o PPD, mas o PPD no momento no município só faz para crianças, ou para pacientes portadores de HIV, ou eu acho que pós tratamento de câncer, ou alguma imunodepressão confirmada. E isso aí ainda tem que botar e provar que o paciente tem isso, porque senão, só criança e HIV mesmo.

M D2 - A gente, dependendo do caso, a gente ou chama a família aqui na unidade, ou vai no domicílio, questiona quem mora, quem são as pessoas mais próximas, às vezes não mora, mas a gente investiga se tem alguma pessoa que trabalha o dia todo junto daquela pessoa, se tem realmente algum contato, alguma comunicação maior, de mais horas durante o dia. Investigando quem são, sendo todos da nossa área, a gente vai fazer a investigação, se for alguém que ele trabalha junto mas que for de outra área, a gente tenta repassar, pra unidade de saúde de onde for, e aí dependendo, avaliando a idade ou a sintomatologia, a gente avalia comunicante por comunicante, a gente faz a investigação de cada um.

M D3 - É que o paciente é da área da gente, a gente tem contato maior com o paciente, de tá em busca disso, que pra um centro de saúde fazer isso ou a referência, é mais complicado. E pra gente que é unidade básica, realmente tem uma facilidade maior da comunicação e da proximidade com o paciente e o comunicante.

M D4 - Às vezes o paciente se nega a ir fazer o teste do escarro, a gente já teve vários: "não, não quero, não quero fazer, não tem pra que" e realmente a gente não tem como forçar, a gente explica, solicita de novo, insiste, mas forçar a gente não pode, questão de PPD, é uma dificuldade pra fazer o PPD, é um grupo seletivo, e tem todo aquele protocolo dos dias da semana, porque a leitura tem que ser feita quarenta e oito horas depois e raios-x que às vezes a gente tem uma certa demora pra marcar, às vezes a gente marca, mas o paciente falta, os entraves são mais esses.

M D5 - Sim e não. A gente tem casos, por exemplo, a gente tem um caso no momento, que o problema é familiar, um paciente que não é da nossa área, é uma TB já resistente, em tratamento pós cultura, em O2 domiciliar, tem etilismo, não faz o tratamento correto. Dele, ele contaminou o irmão, que também não é da nossa área, mas a irmã dele é da nossa área e ele se mudou pra casa da irmã pra fazer o tratamento com a gente. O problema é que o paciente não vem tomar a medicação no horário certo, mente que tá jejum e aí também evoluiu com resistência bacteriana e tá agora aguardando resultado de cultura e a sobrinha dele que é da nossa área que sempre morou aqui, acabou tendo TB, mas ela foi bem tratada, tratou direitinho e ficou sem nenhuma sequela, sem nenhum problema, com o tratamento OK, em seis meses, sem nenhuma resistência.

M D6 - Os da nossa área, mais orientados, a gente consegue. (...) a gente tem uma paciente, por exemplo, que é usuária de droga, que evoluiu com resistência, recusou o tratamento e até hoje continua solta pelo mundo. Os outros casos não são próximos, não tem relação nenhuma, a maioria nem se conhece.

M D7 - Eu acho que a investigação tá sendo boa, o PPD é que deveria ser liberado para todos os contactantes e a questão por exemplo da agilidade de raios-x deveria ser uma coisa priorizada e não pelo sistema geral da unidade, por exemplo, ia pelo centro de saúde e já fazia, ou já marcava, uma coisa mais fixa, pra eles, ter um encaminhamento certo pra eles, um direcionamento certo, um fluxograma digamos, e a questão da baciloscopia, que na verdade hoje em dia eu solicito mais teste rápido de TB do que baciloscopia pra diagnóstico.

M D8 - Às vezes o paciente tem preguiça de ir, porque não é aqui na unidade e não é perto, e eu já descobri que vai ser pelo SISREG, a partir do mês que vem, então eu já acho que é um entrave que tão colocando, porque é muito fácil o paciente ir no dia que ele quiser, no dia que ele puder, hoje ele trabalha, ele vai amanhã, hoje ele acordou esqueceu e comeu, não tá de jejum, ele vai amanhã, então assim, vai dificultar isso, porque o paciente vai ter um dia específico pra ir, se não for naquele dia perdeu, vai ter que remarcar, eu acho que esse entrave, poderia ser retirado. Principalmente que a maioria dos contactantes que têm sintomas vão ter que fazer, vai dificultar muito.

M D9 - Acho que para contactantes assintomáticos, exames normais, eles não precisam de acompanhamento com especialista, então acho que o acompanhamento na unidade tá dentro do esperado e do necessário, para a maioria dos casos.

ENTREVISTADO M E

M E1 - Então, primeiro a gente orienta né, os contatos, que eles têm que vir na unidade, quando eles não vêm a gente vai, faz a busca ativa deles e tem deles que não aparece pra fazer nada, tem uns que a gente insiste e eles não aparecem, mas assim, a maioria vem né, aparece e atende a gente. A gente vai fala com a família né, com o próprio paciente e alerta ele sobre os contatos, muitos vem, mas tem aqueles que não vem nem a pau.

M E2 - Não, não tenho nada assim. Mando recado, mando o agente de saúde ir atrás, que insista com o paciente pra mandar, quer dizer, quando é o filho, o filho vem, mas quando é a mulher, marido não vem.

M E3 - A única coisa que facilita aqui...é que os agentes de saúde são muito assim, eles ficam muito em cima, facilita. Então, são os agentes de saúde, são eles que facilitam esse controle entre o contato e a unidade.

M E4 - É o excesso de trabalho da gente, pra ir atrás. São muitas coisas pra gente e a gente fica muito dependente dos agentes de saúde, pra eu mesmo sair atrás eu não vou.

M E5 - Não tem como eu comprovar isso não, mas eu acho que sim, porque já teve casos aí de pacientes que eram reincidentes, tem um caso ou outro de paciente que não faz o tratamento, some e desaparece, mas assim, eu não tenho, como assim, eu provar, mas eu espero que sim, assim eu espero, não tenho como comprovar.

M E6 - Eu acho que primeiro facilitar o acesso deles à unidade, quando eles se dispõem a vir, uma boa orientação pra o doente, pra ele colaborar na vinda da família pra unidade e eu acho que trabalhar bem a conscientização dos ACSs pra que... não só do ACS, mas também dos outros profissionais, até a recepcionista, o vigia que de repente vê o paciente passando e o contato passando e conscientizar da importância de toda equipe trazer o contato pra unidade.

M F

M F1 - Todos os contatos a gente pede pra vir na unidade e aí a gente pede o raios-x e a gente pede o teste, as vezes nós temos dificuldades porque tem alguns... nós tivemos uma família que pra vir aqui deu muito trabalho e quando eles fizeram deu muito alto o teste, e aí era pra começar também o tratamento e eles se negaram, mas assim, pelo menos a gente tenta, a gente chama e tenta fazer de todos os contatos, faz tanto o raios-x, como o teste.

M F2 - Não, a gente chama todos, todos os contatos que moram na residência. Os outros, assim, se ele trabalha, aí esses aí não. A gente chama o da residência, só os contatos da residência.

M F3 - (...) a gente teve uma criança que foi tuberculose ganglionar e aí a gente não fez assim, porque a transmissão nesse caso, não é assim, tão através das gotículas, dessas coisas, a gente não se preocupou mais na escola né? Porque aí teria que ter se preocupado muito, apesar que depois que começa o tratamento, a gente já fica bem mais tranquilo quanto a isso.

M F4 - (...) não tem dificuldade, porque quando a gente chama, às vezes, questão do raios-x, aí demora um pouco a marcar, então, se é da tuberculose pulmonar e se o contactante também tem alguma queixa, mas quanto ao exame, é rapidinho, a gente encaminhando, eles fazem, que eu não vejo dificuldade nesse sentido não.

M F5 - Sim, se é diagnosticado um caso de tuberculose então assim, tem empenho da equipe pra dar a medicação, pra fazer tudo direitinho. E os contactantes também, contactantes que eu digo, da residência, os de fora, nós não vamos até eles não. Assim, eu acho eficiente, pronto, eu né, minha opinião.

M F6 - Deveria assim, ter no serviço, na prefeitura, algumas pessoas que fossem atrás de todos os contatos, agora, isso é oneroso, sai caro, dificulta, não é fácil. (...) Porque assim pra mim o mais importante são aqueles contatos que eles têm antes do diagnóstico, porque depois que tem o diagnóstico, que inicia tratamento, a gente sabe que depois disso diminui demais e depois até para de ter a transmissão. (...) Quando é na família... agora vamos dizer, criança, que dá, na escola, nós não vamos nas escolas e aí seria assim, um pouco mais fácil, tem o público alvo, seria aqueles ali, teria como fazer, nós não fazemos, realmente. Nós não fazemos aqui, nós que eu digo, equipe. (...) Deveria ter uma pessoa específica só pra isso.

ENTREVISTADO M G

M G1 - (...) a gente faz a pesquisa, pede os exames e busca porque essa zona por si só é complicada, por conta dos presídios, então tem muita migração de pessoas que vem de outros setores pra cá, então são namoradas, mães, irmãos que tem sempre aquele contato no presídio. Então a gente faz uma contrarreferência, faz o papel também pra enviar quando é denunciado pro presídio pra fazer tratamento em ambos. Dos contatos, junto da pessoa portadora.

M G2 - Bom, a gente faz algumas coisas assim, devido aos ACSs porque têm um conhecimento muito grande na área, então eles são... como eu posso dizer, o meu braço direito nisso, quando a gente já tem a suspeita, quando tem o sintoma da tosse e toda deficiência, então a gente faz isso, vai visitar e pede o exame de escarro pra ele.

M G3 - Existe, por conta da secretaria, a gente tem um suporte muito significativo quando tem esses casos aqui na área.

M G4 - A maior dificuldade é a migração das pessoas, porque elas tão aqui hoje, aí sai seu esposo, namorado do presídio, aí vão embora. Então isso é uma dificuldade, pra gente tá correndo atrás. As vezes dá um endereço, que não tá lá, tá em outro endereço. Isso é uma dificuldade que eu encontrei nesse tempo que eu tô aqui.

M G5 - Tem um impacto porque a gente sempre tem que tá monitorando por um bom tempo, então a gente faz essa contrarreferência por isso, porque como o pessoal migra muito, não são moradores efetivos da área, a gente já faz isso pra onde for, continuar aquele acompanhamento que a gente iniciou aqui na unidade. Tem uma redução muito significativa, mesmo tendo essa dificuldade.

M G6 - A investigação ela é importante, no meu ponto de vista, a gente deveria fazer tipo por zonas, porque tem zonas mais afetadas que outras, aqui por ser uma área crítica, deveria ter um pouco mais de olhar. Mas a gente sabe que é difícil por conta disso. Porque a área que tem dois presídios que é do lado é muito difícil você conseguir trabalhar, você mantém um certo nível, mas encontra muita burocracia que empata algumas coisas em outras. Essa é a nossa realidade.

ENTREVISTADO M H

M H1 - Pronto, a gente primeiro procura o sintomático respiratório dentro de casa e o contato epidemiológico dos últimos cinco anos que morou com a pessoa com tuberculose, isso mais que tudo, pelo menos no caso de uma usuária nossa da área, ela morava sozinha, mas há três meses veio um irmão dela de Rio de Janeiro que tá convivendo com ela, e ela não tava fazendo tratamento, aí a gente já identificou que ele começou a ser sintomático respiratório, aí a gente já encaminhou pra fazer os testes tudinho e agora é aguardar.

M H2 - Como a gente trabalha aqui em posto de saúde, por meio do agente comunitário é fácil conseguir ter acesso a esses pacientes pelo menos a gente identifica o paciente com tuberculose, a gente acompanha. Aí imediatamente a gente vai pra casa, o agente de saúde e o enfermeiro que tem e a gente vai fazendo todo o nexa epidemiológico, quem mora com ele, a situação vacinal da pessoa, tudinho, então, aí que eu vejo que é mais fácil.

M H3 - Nesse caso em especial, eu tive facilidade, porque era só um contato.

M H4 - Eu já tive casos de muitos presidiários que as famílias iam visitar eles, aí a gente já não tinha essa facilidade de acompanhar. Então já tive muitos sintomáticos de famílias que vão visitar os presidiários, aí retornava, não queria fazer baciloscopia, não queria aceitar, então, aí já não é tão fácil não assim.

M H5 - Realmente, quando as pessoas aqui são diagnosticadas para tuberculose, a gente faz a prescrição e eles tomam diretamente supervisionada, então uma vez que eles já começam a fazer o tratamento eles já deixam de transmitir, então já com essa toma supervisionada do medicamento, é mais fácil ele não contagiar outras pessoas né, então a gente tem a toma supervisionada, eles vem pra cá, a gente dá os medicamentos, pelo menos três, quatro vezes na semana ele vem diretamente aqui toma o medicamento na frente do enfermeiro, do agente de saúde, então a gente controla direitinho.

M H6 - Pronto, quando o contato é epidemiológico direto né? Que mora na mesma casa, a gente tem que identificar o sintomático respiratório, eu solicitaria o raios-x de tórax e depois o PPD, ver a situação vacinal também e se o PPD der positivo, já inicia a profilaxia.

APÊNDICE G – FRASES TEMÁTICAS EXTRAÍDAS DOS DISCURSOS DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

ENTREVISTADO TE A

TE A1 - *Inicialmente a gente inicia o tratamento deles né, faz todo o procedimento, e a gente comunica a eles como cuidar da família né, a família quem tiver com tosse também, que é o sintomático respiratório, venha até nós pra fazer o exame de escarro e as crianças menores de 14 anos, o PPD né? Pra menores de 14 anos porque veio... como é que se chama? Uma norma do Ministério da Saúde que agora pra contato, é só pra menor de 14 anos.*

TE A2 - *A gente comunica né? Liga pra família e manda procurar a unidade de saúde mais próxima, que mesmo se tiver tossindo e for na unidade, porque tem unidade também que não solicita o exame pra os contatos. Aí a gente mesmo manda vir direto aqui, que a gente já solicita, até o teste rápido. A gente chama quem tiver tossindo só.*

TE A3 - *Acho que aqui é mais fácil. Porque a gente tá sempre em contato com eles, fazendo o tratamento junto com eles. Um dia outro não eles tão vindo aqui, então eles sempre falam: “Ah, minha mãe tá tossindo, ou alguém tá tossindo”. Aí a gente vai e pede pra eles trazerem a baciloscopia. O posto não tem esse interesse, dá a medicação pra os pacientes levarem pra casa, até de trinta dias, então às vezes até esquece que existe o paciente mesmo né? E aqui não, a gente tá vendo o paciente, coloca no cartão quantos contatos tem na casa, quantos menores, quem realizou o PPD, a baciloscopia de controle, aqui a gente sempre tá em cima.*

TE A4 - *E quando transfere pras unidades é muito problema, a maioria abandona o tratamento, porque leva pra trinta dias e elas esquecem daquele paciente né? Elas querem se ver livre. A gente tem o cartão deles, onde a gente anota o dia que eles vêm, os dias que faltam, quando falta uma semana a gente já procura eles.*

TE A5 - *Dificuldades sempre existem né? Eles não têm muita condição de vir também aqui na nossa unidade, aí tem umas estudantes universitárias que ajudam. Quando os pacientes é acamado, quando os pacientes não têm condições de vir, tem uma equipe também dentro da enfermagem, da professora X que sempre faz esse tratamento domiciliar dos doentes.*

TE A6 - *Os contatos só vêm quando tão doentes, só se sentir algum sintoma é que eles procuram, ou quando vem já tá doente.*

TE A7 - *Poucos casos a gente consegue prevenir. A gestão também influi muito, porque não procura fazer uma busca ativa né, naqueles bairros onde a população que a gente tem mais diagnóstico de tuberculose, no Pedregal, no Zé Pinheiro, assim, tá faltando alguma iniciativa dos governantes, pra dar uns ensinamentos, assim, passar uns treinamentos pra os PSFs, pra o povo procurar mais, assim, fazer uma busca ativa nos bairros onde tem paciente, procurar fazer exame deles né? Dos contatos.*

TE A8 - *A investigação, procurar assim, se na casa tem o paciente que tá fazendo tratamento, fazer exames né? Procurar quem tiver com sintoma e fazer os exames. E também procurar à unidade, que eles não procuram.*

TE A9 - *O acompanhamento deveria melhorar, melhorar, assim, na participação dos PSFs, dos profissionais procurar mais a comunidade, orientar eles sobre a doença, falta orientação. Aqui a gente orienta assim, que o paciente use sempre a máscara, que fiquem em locais arejados, que tenha luz solar, que tenha ventilação, não deixar eles em locais escuros, sempre tá usando a máscara e tome os remédios corretamente, todos os dias. A gente orienta que se tiver o sintoma da tosse, o melhor diagnóstico é a baciloscopia.*

TE A10 - *O contato só vem uma vez, se der negativo, não vem mais, não procura mais. Acho que deveria acompanhar mais tempo, de seis meses a um ano, pode acontecer de vir a desenvolver depois. Tem acontecido gente que demora até um ano pra desenvolver, nos contatos.*

ENTREVISTADO TE B

TE B1 - *A gente faz o seguinte, tá chegando, pergunta quais os sintomas que está sentindo, dependendo dos sintomas, vamos dizer, tosse com secreção há mais de quinze dias, febre a tardezinha, suor durante a noite, falta de apetite... Quando chega que a gente faz essas perguntas, que eles afirmam, a primeira coisa que a gente faz é o exame de baciloscopia, o exame de escarro. Depois, fez o exame de escarro, deu positivo? Inicia o tratamento, liga logo pra o paciente pra ele comparecer o mais rápido possível pra gente iniciar tratamento. Porque logo no começo do tratamento você já vai vendo uma diferença, quando eles começam a fazer o tratamento.*

TE B2 - *Aí os pacientes vêm, dependendo da localidade, começa o tratamento dele e já transfere esse paciente, pra o PSF onde ele mora, o mais próximo, já por causa de ônibus, dessas coisas que aqui a gente encontra, porque aqui eles têm que comparecer três vezes na semana pra tomar a medicação. Tem pacientes que têm dificuldade de locomoção, passagem,*

carro não tem, então a gente vai e transfere pra os PSFs, os PSFs dá continuação ao tratamento deles e já vai na transferência pra eles, olhar os contactantes desse paciente, os familiares.

TE B3 - A gente já diz: “Se alguém aparecer na família tossindo, já é um motivo de pedir o exame do escarro”. Quando não tem tosse, um raios-x. Se o paciente quiser ficar aqui, ele fica aqui, porque se não tem PSF, não tem como mandar pra outra localidade. Então eles tem que ficar aqui e tem que seguir a regra do trabalho, do serviço, que é vir três vezes na semana, que eles acham ruim, mas depois começam a gostar, porque a gente trata muito bem, não tem isso de ninguém tá discriminando ninguém, todos são tratados iguais e quando eles percebem já tá quase terminando.

TE B4 - Os contactantes, a maioria vem, porque a gente diz logo: “O paciente só em ele tossir e espirrar dentro de casa ele tá soltando bacilos, o bacilo ele passa oito horas, isso aí vocês inalam entendeu? A gente não sabe quem tem e quem não tem, então é melhor fazer o exame”. Isso aí eles vão se preocupando e vão se animando pra vir né?

TE B5 - A gente não convoca todos, porque quando a gente transfere, a gente não tem tanto contato mais com eles, porque eles só vêm aqui de mês em mês, porque todo mês tem que fazer o controle do escarro. Quem tem esse controle, são os PSFs. Eles que tem que olhar esses pacientes e dizer: “Tossiu? Tá com secreção, tem que fazer o exame”. Mas os que ficam aqui, a gente fica perguntando, a gente sempre pergunta: “E aí, tem gente tossindo em casa? Tem gente com febre”, entendeu? A gente pergunta pra saber como fazer.

TE B6 - Assim, é o que eu te falei, a gente pergunta ao próprio paciente, porque se eles vêm aqui, a gente que tá ali administrando medicação dia sim, dia não, aí sempre a gente pergunta. Atrás da ficha deles, a gente anota os contactantes, a idade de cada um. Tem pacientes que tem vergonha, entendeu? Tem muitos pacientes aqui que não quer que outras pessoas saiba. Restrição né, porque nem todo mundo é igual.

TE B7 - Tem gente que quando sabe o que o paciente tá com tuberculose quer logo botar copo, toalha, não sei que, já quer discriminar aquele paciente. E a gente sabe que não pega assim né? A gente sabe que é pelo espirro, pela tosse, aí eles sempre contam sabe aqui: “Não, mas se fulano souber que eu tô, não vai querer...” A gente diz que não é assim, mas nem todo mundo é igual, não vai entender, do jeito que eu entendo né?

TE B8 - Eu acho que é porque assim, nem todo mundo tem condição de vir. E também, se tivesse alguma, vamos dizer assim, uma ação social, tipo uma ação social, mais propaganda, entendeu? E o povo entendesse melhor o que é uma tuberculose e qual o significado da cura dela, eu acho que o povo procuraria mais. Porque nem todo mundo sabe que uma simples tosse, pode ser uma tuberculose. Porque muita gente diz que tá tossindo há muito tempo, mas diz que é alergia. E não é alergia, vai depender dos sintomas que a pessoa tá sentindo. Então se tivesse mais propaganda sobre esses sintomas, que alertasse a população, então eu acho que seria mais procurada. Embora que ultimamente tem sido muito procurado sabe? Desenvolveu muito, depois que a gente tá mandando pra os PSFs, aí tá desenvolvendo mais visse, tá aumentando a busca (...).

TE B9 - Os exames pra eles, vai depender da idade pra baciloscopia, porque uma criança de dois, três, cinco anos, não vai saber escarrar, então a gente solicita ou um raios-x ou PPD. Faz PPD segunda manhã, terça manhã e sexta manhã. Mas não vem pra todo mundo, porque a medicação vem pouca, parece que só vem pra cinquenta pacientes, 50 dosagens eu acho, então é pra paciente com HIV, criança de doze abaixo faz, paciente que faz hemodiálise. O preventivo, que se der positivo, toma isoniazida, tratamento de nove meses. A maioria que inicia esse tratamento, faz até o fim.

TE B10 - Quando eles iniciam o tratamento aqui, o tratamento aqui, na minha visão, é 98% ótimo. O jeito que a gente trata os paciente, como a gente lida com os paciente, como a gente receber eles, sabendo que ele pode ser positivo ou não. O tratamento aqui que o Ministério da Saúde oferece, medicação de graça, consultas de graça, exames de graça, então só não vem, quem não sabe. Porque muita gente diz que não veio porque deixa morrer, mas às vezes a pessoa não sabe. Porque essa medicação não vende em canto nenhum, só vem pra cá, pra ser distribuída. Então muita gente não sabe entendeu? Mas em termo do tratamento, eu não tenho do que reclamar, a gente só tá precisando aqui de uma médica, porque médica não tem, entendeu? Não é muita gente da mesma família adoecendo, muita, muita não, vamos dizer, dez por cento.

TE B11 - Se fosse eu, a primeira coisa que eu faria, é mandar um profissional pra casa do paciente. Um profissional que entendesse da doença e soubesse como é os sintomas. Pra que? A gente conversasse com eles, igual fosse da família, essa questão do profissional, como se fosse o melhor amigo deles, entendesse? Explicasse tudo direitinho, o que deveria ser, o que não deveria fazer, entendeu? Se acontecesse de alguém tossir, não pensasse logo que era uma tuberculose, ia procurar saber primeiro o diagnóstico pra poder agilizar como tem que ser feito, entendeu? E eu procurava primeiramente crianças e idosos, que queiram ou não, são os mais frágeis e depois eu iniciava no restante da família. Mas eu ia até o fim, já pra não passar de um pra o outro.

TE B12 - E o paciente que é da família que é quem está com a doença, a gente pedia que a família fizesse o possível por ele, não rejeitasse. Porque muitos pacientes se sente rejeitado pela própria família quando diz que está com a doença entendeu? Porque essa doença, de primeiro, era uma doença que ninguém podia chegar nem perto, mas hoje em dia tudo é mais fácil. Num é não? “Tuberculose!” Eu se eu pegar eu não vou morrer, se eu pegar, vou fazer igual os pacientes que faz aqui, vou tratar do mesmo jeito e não com aquela distinção, nem tá discriminando A ou B, porque tem doença... Não, nós somos seres humanos, a qualquer momento a gente pode adoecer também. E a gente quer que o pessoal nos receba bem, num é isso? Então o que eu quero pra mim, eu faço pro próximo, eu penso assim.

TE B13 - *E no acompanhamento, eu acho assim, que nos PSFs, esses pessoal poderiam se chegar mais a essas famílias, porque a gente sabe que o bacilo pode se proliferar de três a cinco anos, então se eu tô doente hoje, faço o tratamento de seis meses, com seis meses eu tô curada, mas eu não sei se alguém ali da minha família tá com bacilos ali arejados né? Então aquela família é especial, teve uma tuberculose, precisa de um atendimento especial, então vamos pra aquela família, todo mês ia lá na família, perguntar como é que tá o pessoal, alguém adoeceu? Sempre procurar. Não tô dizendo a você que vão ficar lá direto, mas sempre comparecer, entendeu? Porque o próprio paciente pode ter tuberculose de novo, entendeu? Vamos dizer, ele fez o tratamento ficou bom, só que tem um deles lá que ficou com o bacilo, mas o bacilo não desenvolveu ainda, quando a imunidade dele baixar, aí vai desenvolver esse próprio paciente o tratamento, pode pegar novamente, aí tem que ter um acompanhamento, um controle, bem muito de coisa.*

ENTREVISTADO TE C

TE C1 - *Geralmente quem faz isso aí é a enfermeira juntamente com o ACS. Em nenhum momento eu participei de nenhuma visita, ou acompanhei esses pacientes, ou até mesmo, seus familiares pra evitar a transmissão pra eles. Sempre fica a critério da enfermeira. E acho que seria importante essa participação, pois nem sempre o profissional enfermeiro de nível superior está presente na unidade, por exemplo, a enfermeira aqui tirou seis meses de licença prêmio e seis meses de licença maternidade e não é sempre que a Secretaria de Saúde fornece outro profissional pra substituir, quando isso não acontece, algumas atribuições do enfermeiro, caem em cima do técnico de enfermagem.*

TE C2 - *Não sei te informar sobre os critérios para convocação.*

TE C3 - *Não consigo visualizar facilidades.*

TE C4 - *Existem algumas dificuldades sim, principalmente o acesso a essas pessoas, a esses familiares. Muitos deles saem cedo, então saem de manhã e às vezes quando retornam já é a noite. A gente tira até por outros casos, não de TB, mas que a gente tenta localizar esses familiares e muitas vezes alegam: “Tá em horário de trabalho e só chega de noite”. E como a unidade de saúde, geralmente a gente fecha às cinco horas da tarde, se a gente for procurar esses familiares na residência, não vai encontrar. Algumas vezes eles dizem: “Ou você tem que vir à noite, ou se não, final de semana”. E aí a gente tenta através do agente comunitário de saúde, a maioria deles moram na área de atuação, aí a gente apela pra eles, pra ver se eles conseguem localizar esse familiar e tentar convencê-lo a tirar uma horinha, ou ficar em casa, ou se não vir a unidade pra receber algumas orientações.*

TE C5 - *Acho que todos os casos aqui, foram casos isolados na família, acho que não houve transmissão de um caso pra outro não.*

TE C6 - *Eu acho que deveria ser mais presente, que mesmo eles colocando obstáculo, como a questão do horário de trabalho, de que só tá em casa à noite ou final de semana, acho que o saúde da família deveria disponibilizar um horariorzinho, fora desse horário comercial e fazer a busca ativa desses familiares, até mesmo pra orientá-los, ou até pra tentar identificar de maneira precoce novos casos e evitar transmissão, de um paciente pra um familiar, de maneira mais eficaz, porque isso hoje em dia, fica mais a critério do ACS.*

ENTREVISTADO TE D

TE D1 - *A gente se previne né, a gente usa máscara, a gente usa luva... Quando vem daqui já vem do setor de TB pra aqui, e a gente... inicia o tratamento que não sou eu, é a enfermeira X.*

TE D2 - *Normalmente a enfermeira chama a mãe, né, a esposa... Quando é casado, aí vem a esposa para acompanhar, aí ela pede exame de todos.*

TE D3 - *A gente conversar com eles, e eles aceitar fazer o tratamento. A facilidade é essa, porque são resistentes, né? Então eles não querem, tem muitos que recusam tomar a medicação. Então a gente chama, e convence eles, né? Que tem que tomar, tem que fazer o tratamento de seis meses e aí toma as doses iniciais na nossa frente.*

TE D4 - *As dificuldades é isso, eles resistem, eles não querem, eles não vem, entendeu? Tem deles que eles não vem, passam o mês sem vir pegar a medicação, aí a gente tem que ligar pra lá pro setor de TB que é pra pessoa (...) chamar eles pra voltarem e iniciar novamente o tratamento...*

TE D5 - *Não há impacto.*

TE D6 - *Eu acho que, que... Fazer exames de todos, né? É... Ter o diagnóstico, que aqui já teve caso de transmitir né? A doença. E fazer o tratamento.*

ENTREVISTADO TE E

TE E1 - Encaminha todos pra o exame, pede a baciloscopia de tudin e encaminha também pra BCG!

TE E2 - Quando o paciente vem à unidade ou suspeita, ou o agente de saúde suspeita ou ele mesmo vem a unidade, quando ele tá tossindo, perdendo peso, o agente suspeita da tuberculose, aí pede logo a baciloscopia. Se ver que tá positivo, aí já fala com o agente de saúde e informa o paciente o que é que ele tem e a família toda vai ter que fazer o exame, o porquê de fazer e a gente já fala com o agente de saúde na mesma hora e diz que tem um paciente na área dele com tuberculose pra ele já fazer a visita aí, ele marca a visita do agente com a equipe pra gente falar com eles e explicar e dizer que eles tem que fazer. Aí os que se recusa a gente chama a assistente social e vai uma equipe completa, todo mundo, médico, enfermeiro, o que for preciso, até eles fazerem os exames, porque eles não podem fazer obrigado né, mas a gente tenta de todo jeito convencer a fazer e da importância.

TE E3 - Porque a facilidade é a questão do agente de saúde ir lá e a gente também, os exames é pedido pra todos, e já vai direto pra o setor de referência. Não precisa nem marcar a baciloscopia, agora o raios-x tá vindo pra cá, mas já tá demorando mais depois do SISREG. Mas, facilidades... no controle, não. É igual, a mesma coisa do paciente. Não tem diferença não no controle. Até porque se depois der negativo, o tratamento e a vigilância que a gente tem é com o paciente.

TE E4 - A dificuldade mesmo do paciente, é que é um tratamento longo, às vezes ele fica querendo desistir. Porque o tratamento é longo e a maioria do que nós tivemos era usuário de droga, como não podia usar droga, eles queriam desistir do tratamento, aí a gente faz um acordo, eles continuam usando, desde que eles num parem de tomar o remédio.

TE E5 - Assim, depois que os contatos fazem os exames e que dá negativo, eles são largados mesmo né? A gente dá mais atenção aos pacientes. O contato já fica de segundo plano até porque o paciente depois ele para de transmitir mesmo. Mas, a atenção mesmo do sistema e da própria equipe aqui é com o paciente. Depois que pediu os exames de todos os contatos eles passaram pela consulta, foi visto que num tinha a doença, depois não se repete não, mesmo que seja seis meses depois, não se repete. Porque pode ser que eles não estejam na hora e pegue depois, né? Mas não se pede.

ENTREVISTADO TE F

TE F1 - A unidade trabalha em um apoio imediato, assim, a prioridade é logo com o paciente, entendeu? A enfermeira, ou a médica, ela cuida logo do paciente, em atender, em orientar... é porque na verdade, eu ainda não vi, na unidade, a família ser convocada pra que seja passada orientação. Há casos em que a enfermeira vai na residência e passa essas orientações lá, aqui não. Os agentes de saúde são também orientados a passar alguma orientação, entendeu? Mas aqui na unidade, não. Pra família não.

TE F2 - É como eu te falei, eu nunca vi essa convocação.

TE F3 - É meio difícil de responder, porque no caso, se o paciente não tiver tratamento, ele é ativo, ele pode passar essa tuberculose com toda facilidade para os seus contatos. Depois que já inicia o tratamento, não. Mas assim, tem essa facilidade, porque não existe orientação. Às vezes a gente recebe os cartazes, coloca assim, inclusive a gente tinha um, mas rasgou, falando de "Tosse há mais de sete dias e tal... Procurar à unidade de saúde". Aqui a gente teve uns quatro casos de tuberculose, se eu não me engano. Mas tirando desses quatro casos, eu não ouvi falar de mais nenhum. Nem suspeito. Mas se não tiver orientação...

TE F4 - É fácil prevenir para a família, porque a gente trabalha com grupos, grupos de gestante, de hiperdia (...) Mas toda unidade tem essa capacidade de fazer, não só como relação à tuberculose, há muitas outras doenças que você pode prevenir.

TE F5 - Às vezes o portador da tuberculose ele mora só. Tem família, mas mora só. Ou às vezes é esse paciente, mais o cônjuge. E filhos, ou questão de outras pessoas, muitas vezes trabalham. A gente chama e não vêm. Eu acredito que nesses três anos que estou aqui, só veio uma filha, uma vez, pra saber realmente o estado da mãe.

TE F6 - É muito rápido pra chegada do paciente até aqui, pro diagnóstico e pra começar o atendimento pra o tratamento. É muito rápido. Em menos de uma semana, mesmo que caia no final de semana, na segunda-feira a gente já tem uma resposta. É muito rápido! O tratamento também. As medicações chegam rapidinho, se o paciente chegar hoje e disser: "Eu só tenho um comprimido...". A gente já solicita, faz um CIT e a tarde a medicação já tá aqui. Agora com relação a esse paciente antes de começar o tratamento, e com relação a sua família, isso aí tá nulo pra gente, entendeu? Se chegar dez casos de tuberculose aqui, esses dez casos prontamente serão atendidos e o tratamento começará imediatamente, mas antes desse paciente chegar aqui, como é ele lá, e o diagnóstico dele e com relação à parentela é nula.

TE F7 - Da mesma forma que o paciente procura com a queixa, imediatamente quando fosse comprovado, era pra os familiares também vir e serem encaminhados pra o setor de tuberculose e ser feito esse rastreio por lá. A nossa unidade poderia encaminhar toda família pra lá, entendeu?

TE F8 - E com relação ao acompanhamento, a gente não tem suporte aqui pra esse acompanhamento não. Por isso que eu tô dizendo a você, essa família deveria ser acompanhada pra o setor de tuberculose, entendeu? Pra fazer esse rastreio... Não

tem, porque sobrecarrega os agentes de saúde, fazendo uma função, que seria até minha. Só que uma unidade com um técnico, ele não pode trabalhar aqui e na área. (...) A gente não tem suporte pra pegar essa família, esses comunicantes... poderia ser um ou dois, e trazer e absorver eles e dar uma atenção básica pra eles. Mas a gente não tem material pra trabalhar em relação a isso. Porque aqui, a gente só faz assim, comunicar. A gente não tem o teste, não tem uma psicóloga que possa conversar com o paciente, porque não é todo paciente que aceita numa boa não. Às vezes você chega pra um paciente complicado e diz que ele tá com tuberculose, ele sai daqui arrasado, não quer tomar a medicação. Eu já trabalhei em unidades que a gente tinha que ir na casa do paciente medicar ele lá, porque ele nem tomava o medicamento se a medicação ficasse com ele e nem vinha à unidade pra tomar aqui...

ENTREVISTADO TE G

TE G1 - Funciona da seguinte forma: eles são consultados, medicados e depois ficam vindo aqui pra fazer a medicação. Quando está nos dias de feriado ou domingo, eles levam a medicação e faz em casa, depois retorna pra cá, pra fazer aqui, acompanhado. E a família desse paciente, também é consultado, todos eles.

TE G2 - Não sei dizer dessa parte da convocação

TE G3 - Não existe facilidade.

TE G4 - Não, eles não têm dificuldade, pelo contrário mostram interesse e vêm.

TE G5 - Aqui tem bastante casos, mas não sei te dizer se tem relação um com o outro.

TE G6 - Acompanhados diretamente, assim o tratamento seria mais viável pra eles. E a investigação deveria ser de casa a casa.

ENTREVISTADO TE H

TE H1 - Porque fica assim, fica bem específico entre enfermeiro e médico. Eu num participo muito nos contatos dos pacientes com tuberculose, mas eu vejo que elas pedem, requisitam exames diversos, tipo o Raio-X, Baciloscopia pra eles também e faz algumas orientações de cuidados de higiene, cuidados com os contatos e até orientações de levar o paciente mesmo, de tá levando o paciente pra a referência, tá acompanhando...

TE H2 - Assim, eu não participo muito..., mas me parece que são todos os contatos, o critério são os contatos diretos.

TE H3 - Eu acho que tem controle sim, o controle é pela enfermeira. Tem, tem facilidade. (...) Como a gente não é um público muito grande, quando se tem um paciente de tuberculose... então é um ou outro. Então assim, são esporádicos né? Muito difícil a gente ter um paciente tuberculoso. Então a gente volta atenção demais... por ser um só aí a gente: "Não, é o paciente fulano de tal!" ... se destaca! E dessa forma quando chega a família aí faz: "Chegou o pai do paciente fulano de tal". E a gente grava o nome, identifica, fica marcado mesmo. "Chegou a irmã de fulano de tal...", "Chegou tal pessoa". Então eles nem esperam, não precisa tá marcando, não precisa... tem total acessibilidade assim.

TE H4 - A dificuldade não seria tanto no serviço, eu acho que a dificuldade é mais a distância para a referência, porque por exemplo... a nossa área é uma comunidade carente, então muitas vezes eles não têm o dinheiro nem pra comer. Aí imagina pra pegar um ônibus pra ir lá pra referência... Pra ir em busca de fazer exame...pra ver se tá doente... pra ir atrás de doença ... Então, pra eles é complicado.

TE H5 - Assim, eu não diria que é rápido não. Porque muitas vezes... é... por ter uma demanda alta e os sintomas da tuberculose serem muito "invisíveis" (entre aspas), são muito comuns dentro da comunidade, então passa a grosso modo. Então, eu acho que assim, demora a ser diagnosticado, eu acho.

TE H6 - Eu acho que deveria se ter uma acessibilidade maior, sabe? Quando se tem sintomas, por exemplo no meu caso, algumas triagens que eu faço, que eu chego pra a médica, ela... faz: "Não, tá bom. Eu não vou atender. Tá bom, chega! Eu não vou atender..." E eu não posso atender, eu sou a técnica. Sou enfermeira de formação, mas aqui sou a técnica. Muitas vezes eu vejo algumas coisas que eu acho que deveria ser atendido. Até saberia o que fazer. Mas eu sou a técnica, eu não posso fazer. E assim... eu chego pra ela: "Doutora, tem isso aqui". "Não, tá bom, não coloque mais ninguém pra mim. Eu já atendi demais! Tem muita gente, não coloque mais ninguém..." Como assim? A questão da demanda entendeu? Eu acho que a acessibilidade prejudica muito.

ENTREVISTADO TE I

TE I1 - Quando a gente sabe que o paciente tá com tuberculose, a gente faz a pesquisa da família toda. E encaminha também pra o serviço de TB... Vai o paciente e a gente encaminha a família também que é pra fazer o teste. Aí dependendo, se der negativo, a gente vai tratar do paciente.

TE I2 - Quando a gente descobre que o paciente está com TB, então a gente chama a família e dá orientações também. A gente chama todos que tiveram contato com o paciente, na casa. Os que mantêm contato.

TE I3 - Tem a facilidade da gente chegar no paciente, porque a gente faz tipo uma abordagem. A gente aborda o paciente, o... cuidador no caso, do paciente. Eles vêm até a unidade, não tem problema nenhum, isso aí é fácil da gente ter contato com eles. Quando a equipe convoca, então a família vem.

TE I4 - A gente tem um caso, que não era nosso, era da Catingueira e ele interrompeu o tratamento por conta própria, aí agora ele é nosso. A gente já abordou, abordou a esposa que é gestante, ele tem, acho que duas crianças. A gente tá com dificuldade desse, porque não era da gente entendeu? Então ele começou um tratamento numa unidade e não continuou, por conta própria. Ela faz o pré-natal aqui, mas diz assim: "Ah, tem nada não... Ele não tem essa doença não. Senão a gente já tavatuidim contaminado, entendeu?". Ela vem pra o pré-natal porque é marcado e a gente obriga. Mas tem mês que se for por ela, nem isso ela vem fazer. Essa é resistente entendeu? Agora os que eram da nossa área mesmo, eles não eram resistentes. Eu acho que seja mais pela sociedade, é... preconceito né? Que as pessoas têm, com TB, aí tem aquele medo de chegar perto, essas coisas... Acho que o dela é mais isso, tipo vergonha. Tanto dela, como do esposo. A gente já falou, o médico já falou, a enfermeira já falou, até assistente social, se manifestou todo mundo aqui, é o paciente mesmo que não quer, é tanto que ele nem aqui na unidade veio ainda.

TE I5 - Até agora não teve nenhum caso, por exemplo, de em uma mesma família ter uma pessoa com TB e os parente que tão alí junto, terem também a bactéria, nenhum, até agora a gente não teve. Os casos não são perto um do outro. Por exemplo, em 2015 a gente teve três casos de TB, mas eram pessoas que morava distante. Não sei se tinha contato, porque a gente não sabe, se eles tinham contato. Mas é tudo casa separada e distante uma da outra. E foram feitos os tratamentos.

TE I6 - O acompanhamento aqui eu acho que tá bom, entendeu?(...)Pra melhorar, acho que eles deveriam vir mais na unidade né? Pra gente ter um acompanhamento melhor, com a família e também com os que, caso não seja família, tenha aproximação com o paciente, isso aí, deveria melhorar muito. Deveria ter também um acompanhamento, porquenum teve contato com o paciente?

ENTREVISTADO TE J

TE J1 - Os contatos, eles vêm, ou o médico ou a enfermeira requisita os exames pra fazerem, pra fazer o exame de escarro, pede pra ele ir até a referência pra ir fazer o exame, e pra trazer o exame e pra dar as orientações. Quando são crianças, tem que falar com o responsável da criança e pedir pra fazer exame também, e trazer pra ser avaliado.

TE J2 - Quem faz essa avaliação é o médico ou a enfermeira que atende esse doente. Então ele vai perguntar se o paciente mora só ou não, se tem criança...Aí se tiver, a partir do próprio paciente, ele marca um dia de consulta, pede pra trazer, a família, pra poder, é... avaliar o paciente e requisitar os exames.

TE J3 - Sim, porque assim, existe a abertura da família em vir, não tem aquele receio, então isso já é uma facilidade não ter a resistência de procurar o tratamento. Existe esse vínculo, essa questão.

TE J4 - Eu acho que a dificuldade maior seria de tipo, ser um usuário de droga, né? Ele não vai querer vir tanto à unidade, nem querer sair do ambiente pra fazer os exames. Muitas vezes pode ser por conta de quem trabalha, por conta do trabalho mesmo.

TE J5 - Aqui a gente trabalha com acolhimento, então o paciente, ele vai passar pelo acolhimento pra poder passar pelos outros profissionais, e quando é feito o atendimento, que é pedido os exames, logo assim, já se entra em contato com a referência, pra poder o paciente ser acompanhado lá e aqui se mandar medicação, existe essa questão de ver se o paciente tá tomando a medicação aqui, a gente não libera. Já é uma questão de pegar o paciente né? Pra ele não fugir do tratamento. Tem sido eficaz pra os pacientes que fazem o tratamento, tem. É feito visita na casa quando... se o paciente não pode vir aqui, né? E quando não se conhece a família aí o agente de saúde é quem traz. E quando o paciente resiste, é feito essa busca ativa.

TE J6 - Agora, tem um caso da mesma família, o parentesco é de tio e sobrinha. Primeiro foi a sobrinha, aí tratou direitinho, aí depois o tio tá se tratando, só que já tá em tratamento há um tempo e é bem teimosinho, assim, não quer cumprir horário de medicação e tudo mais. Tem um irmão dele também, que não é da nossa área e que não faz tratamento, e que ele tem esse contato, que já foi pedido que ele não tenha, mas ele diz que tem que visitar o irmão, que o irmão mora só e que não pode deixar o irmão. Eles moravam com elas, aí não sei porque ele não mora mais, mas ele tem contato dentro da casa, porque ele tem contato com a irmã, a irmã tem bastante cuidado, é... assim, pra que ele faça o tratamento direitinho e tudo mais. Sempre vem procurar saber se ele vem direitinho...

TE J7 - Eu acho que deveria ter uma visão, mais assim, ampliada. Deveria um dia, tipo: "Vamos atender só aquele familiar, da família de tal, vamos requisitar exames, vamos ver como é que tá, se tá com alguma queixa". Acho que deveria ter tipo, vamos deixar um dia na agenda, vamos marcar aquela família pra vim, sabe, pra conversar, acho que assim, seria bem

melhor, evitaria mais casos né? Por mais que ele esteja em tratamento e não esteja passando né, mas é importante esse acompanhamento.

ENTREVISTADO TE K

TE K1 - *Uma vez quando a gente detecta esse paciente com tuberculose, a gente imediatamente chama os comunicantes, que são as famílias, as pessoas que têm contato próximo, pra ver, pra ser pedidos os exames deles, então assim, é feito os exames do familiar também, como o teste de escarro e o exame clínico mesmo. Então assim, na medida que a gente detecta esse paciente com tuberculose, o agente de saúde, marca já, consulta pra todos os comunicantes virem se consultar.*

TE K2 - *Assim, o critério maior são os comunicantes primários, no caso, aquelas pessoas que convivem com essa pessoa, que têm contato próximo, como os familiares de dentro de casa. Então assim, são os primeiros contatos que a gente detecta, quando a gente sabe de algum vínculo, de alguma pessoa que não mora, mas que a gente sabe que tem contato e teve contato antes de começar o tratamento, então a gente chama também. Mas assim, o maior critério é a família, os de casa, os contatos primeiros.*

TE K3 - *Uma vez detectado o paciente com tuberculose, existe facilidade, porque essas pessoas têm prioridade. Tanto elas têm prioridade aqui no posto, com a questão das consultas, não enfrentam filas, imediatamente elas são consultadas, pela médica, pela enfermeira, como quando a gente pede os exames, eles vão direto no serviço, na referência e faz a coleta do exame. Na questão dos contatos não tem muita facilidade porque a gente não consegue os tuberculosos. Então assim, é como eu tô lhe dizendo, a facilidade é, uma vez detectado o tuberculoso, tem facilidade sim da gente encontrar esses comunicantes, porque como eu tô lhe dizendo, geralmente são as pessoas da casa.*

TE K4 - *A dificuldade é quando a gente não detecta o tuberculoso, o paciente, aí a gente tem dificuldade também de encontrar a família, porque a gente não sabe quem tá tendo contato, mas uma vez detectado o paciente, o comunicante tem a facilidade.*

TE K5 - *A dificuldade às vezes é a resistência desses familiares em vim, por exemplo, eles não entendem que só em ele estar em contato com o paciente, eles podem estar infectados também ou podem pegar essas doenças. Algumas pessoas por trabalhar, principalmente os que trabalham acham que é perda de tempo vir aqui fazer esses exames, porque eles acham que eles não têm risco nenhum. Então assim, aí vai uma conscientização deles virem, assim a maior dificuldade é a resistência mesmo deles, deles acharem que não tem risco.*

TE K6 - *Em partes, assim, a gente ainda vê muitos casos de tuberculose na área, por isso, pela questão da resistência dessas pessoas, em chegarem até a unidade de saúde e achar sempre que é uma coisa normal, que é uma tosse, uma virose... e vai passar. Então assim, o maior problema é esse, mas uma vez detectado o paciente, ele é tratado de imediato, então assim, isso tem uma redução, no contágio com os demais, tanto para os comunicantes, como para a população. E assim, de acordo com o tempo que eu comecei a trabalhar há dez anos atrás no serviço, até agora, aqui houve uma redução bem considerável.*

TE K7 - *Eu acho que aí o vínculo é o ACS, eu acho que o maior elo entre a população e a equipe é o agente de saúde, então assim, eu acredito que nesses casos, é o olhar, é o olhar atencioso do agente de saúde, então nessa hora, eu acho que é fundamental um agente de saúde bem instruído, e é ele quem faz esse elo. Eu acredito que a responsabilidade nesse caso, é maior dele, de pelo menos identificar, de pelo menos achar, suspeitar, pra poder a gente ir, fazer a busca, a busca ativa desses pacientes.*

ENTREVISTADO TE L

TE L1 - *Aqui a gente chama a família, que são os principais contatos né? A gente chama pra passar pelos testes. Faz o PPD geralmente, aí se der reator né? Forte... aí passa por aquele tratamento de profilaxia de TB.*

TE L2 - *Só os contatos domiciliares que a gente chama, amigos... Não. Se tem que chamar amigos, a gente não chama amigos. Pelo menos eu não lembro de ter feito isso.*

TE L3 - *Geralmente quem faz esse tipo de abordagem, é o enfermeiro né? O técnico em si, não faz muito esse tipo de abordagem não. É mais na consulta de enfermagem, que ele convoca a pessoa que tá com TB, aí manda chamar os familiares e o agente de saúde também ele reforça pra buscar essas pessoas, caso elas não venham até a unidade, faz a busca ativa dos contatos.*

TE L4 - *Vai depender da família. Se a família achar que é importante fazer a prevenção né? A profilaxia. Aí eles vêm e fazem o tratamento, se for reator forte. Mas vai depender da família né, porque tem família que não dá importância, aí acaba nem vindo. Mas a maioria vem, a gente conscientiza né? Tenta conscientizar ao máximo.*

TE L5 - *A questão da família, que nem sempre se conscientiza da importância do tratamento. Aí às vezes, abandona entendeu? Mas no geral, a gente tem tido uma boa aceitação. Uma ou outra é que acaba não vindo mais. Mas são poucos, porque os casos de TB aqui, acho que nos últimos anos, foram poucos casos.*

TE L6 - *Eu acredito que só vendo os dados epidemiológicos, pra ver se houve redução mesmo. Mas é como te falei, na minha equipe acho que só teve dois casos, de TB, nos últimos anos. Eu acho um número pequeno, pra população que é grande. A não ser, que tenham pessoas com TB por aí, que não tenham sido diagnosticadas ainda né? Mas assim, acho que vem se mantendo esse nível de duas, três pessoas, no máximo. A gente tenta fazer o máximo, pra prevenir a disseminação da doença. Se a gente diagnosticar uma pessoa com TB, a gente já faz o protocolo todinho de pedir os exames, faz a profilaxia, eu acredito que favorece na redução. Agora se em números, reduziu mesmo, eu não sei dizer não, só vendo os dados epidemiológicos.*

TE L7 - *A gente faz o controle na unidade das pessoas que são diagnosticadas com TB, notifica, faz o tratamento da pessoa e a família também faz os exames, o PPD, e faz o tratamento, caso necessário, da profilaxia. E a gente tenta fazer com que o agente de saúde fique visitando essas pessoas, pra que a gente, não se esqueça do serviço, pra gente não perder aquela pessoa né, pra concluir o tratamento. Então acho que a gente tem tido uma certa eficácia, se alguém desistiu do tratamento, pode ter sido por algum motivo, que foge ao nosso controle. E tem dado certo, se tem outra estratégia melhor, eu desconheço. E a gente não tem outra estratégia, fora essa não.*

ENTREVISTADO TE M

TE M1 - *Os pacientes que chegam na unidade e que há suspeita, passa pela triagem e é encaminhado pra médica e a médica faz a avaliação, nesse caso, ela solicita os exames e encaminha o usuário ao local pra coleta de material. Na casa, vamos supor, recentemente tinha o filho, filho único e a mãe, então quando foi diagnosticado, chamamos a mãe, através do agente de saúde e aí também foi feita uma avaliação através da médica, pra saber sobre questão de vacina, questão se ela tinha alguns sintomas e ficou acompanhando até o final do tratamento do filho.*

TE M2 - *É direto, a gente tem essa ligação com o usuário né, o contato através do agente de saúde.*

TE M3 - *Tem, tem muita facilidade, o portador ele tem essa vontade na cura, a medicação praticamente nunca falta, é... e a gente nunca teve aqui, um abandono de tratamento. Todos os tratamentos que vêm, a gente consegue, tem deles que é um pouco mais difícil, aí a gente vai conversar, se for um filho a gente tem que conversar com o pai e com a mãe... teve outro caso recente que foi um juvenzinho, a gente através da avó, então a avó trazia, bem pontual pra tomar a medicação e ser acompanhado nos dias marcados.*

TE M4 - *E a família, como eu falei, convoca a família, faz o acompanhamento, fica avaliando até o término do tratamento, a gente fica avaliando a família, os que tiveram contato e quando necessário, a solicitação de exames.*

TE M5 - *Assim, quando são usuários de drogas, quando são pessoas alcoólicas, aí tem uma dificuldade maior dele vir, mas através do agente de saúde, através da família e através do diálogo, a gente traz ele aqui e diz: "Olhe, você venha, venha tomar a medicação que a gente dá o café da manhã, venha pra cá...". Porque muitos deles se vir com palestra, se vir pra falar sobre isso e aquilo, ele não quer... então é interessante você ver o que é que ele gosta, que tem na unidade e através disso, a gente ter uma maior aproximação.*

TE M6 - *Ele quase nunca, gosta de esperar, então, é ele chegando, aí a recepção já sabe, já encaminha pra gente, a gente atende rápido. Porque quando é um usuário...quando é um alcoólatra, ele quase nunca quer aguardar na recepção, então chegou na recepção, é logo encaminhado, logo logo ele é atendido, pra ser liberado e aí essa questão, ele fica mais a vontade, e tem vontade de continuar o tratamento.*

TE M7 - *Sim, desde o início, há onze anos, quando a gente iniciou, então há uns dez, nove anos, que eram bem maior, então a gente já chegou a ter cinco portadores na nossa equipe e ultimamente a gente tem um caso ou outro, esporadicamente, é muito raro. E o acompanhamento maior ainda né, porque muitas famílias não eram cadastradas, não eram famílias que tavam na nossa área mas que também não queriam atendimento. Hoje não, acho que quase 100% a gente acompanha as famílias e o número reduziu bastante. Até porque essa propaganda de televisão, a facilidade da medicação, tudo isso influencia na melhora do tratamento e na aceitação.*

TE M8 - *Eu acho que deveria ter dentro do setor da secretaria nesse primeiro momento, nessa primeira consulta, a médica detectou, ou teve uma dúvida, solicitou exame...deveria ter uma área dentro da secretaria que fizesse esse primeiro atendimento. Nós fazemos, mas acho que deveria ter uma área... como é que eu posso dizer... com uma cobertura maior, porque aqui a gente atende de tudo, então a gente não fica focado, então, esses primeiros dias, as primeiras semanas, esse atendimento de uma área que tivesse direcionada pra patologia, porque você vê aqui, que tem hora que é movimento, a gente não tem um momento de sentar com ele, de passar meia hora, quarenta minutos, convidar a família, fica um pouco difícil pra gente e se tivesse dentro da secretaria uma área que ele fosse melhor acompanhado, que aí a família também poderia ser acompanhada e não só tratar daquela patologia, mas ver porque chegou aquele ponto.*

ENTREVISTADO TE N

TE N1 - *A gente faz uma busca ativa de todos os comunicantes da casa, vendo a questão do cartão de vacinas, pra ver se tá com a vacina em dia e tenta fazer a orientação dos familiares mais próximos, assim, dos comunicantes né? A gente pega*

todos os comunicantes mais próximos e faz a busca das vacinas e administra a medicação também, quando necessário. Quando segue aquele padrão crítico de proximidade, a gente chega a medicar também, com ordem médica né?

TE N2 - *Sim, a gente usa o critério de aproximação né? O familiar mais próximo do paciente, o comunicante mais próximo, a gente usa esse critério de... de quem estiver mais próximo, pra trazer, pra fazer o bloqueio né?*

TE N3 - *Não é tão fácil não, sabe por quê? Assim, as vezes existe a resistência de alguns familiares, às vezes pra fazer essa busca ativa não é tão fácil como a gente pensa porque existe uma resistência daqueles que estão e se recusam a vir no nosso serviço, então tem que ter jogo de cintura. Então, não é só chegar com informação, às vezes só informação, eles não vêm, tem que ter jogo de cintura.*

TE N4 - *A facilidade que tem é de nós termos a vacina e a medicação disposta.*

TE N5 - *É, existe uma certa dificuldade sim, de fazer essa busca ativa porque na maioria dos comunicantes e do próprio paciente em si, eles se recusam ao tratamento, pelo prolongamento do tratamento, que vai até seis meses né? E pode se prolongar até um ano, e ele acha isso um pouco desgastante. E pra gente ter esse paciente pra gente ir fazendo essa busca cotidiana, todos os dias fazendo essa administração de medicação, controlada, ele vindo na unidade tomar a medicação assistida, tudo isso faz com que ele às vezes queira abandonar o tratamento.*

TE N6 - *E os familiares, os comunicantes também não incentivam, a gente tem que tá sempre na casa, tá sempre trazendo ele pra cá, pra dar uma força... Então a dificuldade às vezes é de nós termos algo mais pra trazer essas pessoas até a unidade, nem todos eles querem vir, então a gente sente de não dispor de algo a mais.*

TE N7 - *A maioria dessas pessoas, são pacientes de baixo nível social, são pessoas de baixa renda, que não tem nem o que se alimentar, então a gente sente essa dificuldade, a questão do poder aquisitivo, posso dizer assim. Mas em relação ao serviço, o serviço dispõe de todo aparato ainda pra atender e a chegada do paciente até a unidade também não é complicado não. É só depois que inicia...*

TE N8 - *Sim, gera um impacto positivo, porque assim, a gente consegue a curto prazo, fazer o isolamento do doente fazendo com que ele não transmita pra os demais da casa, então é um impacto positivo então a gente consegue fechar o cerco, como manda o protocolo e fazer com que não expanda a doença.*

TE N9 - *Eu acredito que deveria ter mais participação, que a gente deveria ser mais ativos... a gente deveria ter mais tempo pra ir nessa busca, ir nos comunicantes, o que eu acho que deveria ser melhorado, é o tempo, o tempo de assistência que a gente não tem. Esse tempo fica muito vulnerável pela demanda da unidade, a gente não tem esse tempo todo...*

APÊNDICE H – FRASES TEMÁTICAS EXTRAÍDAS DOS DISCURSOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

ENTREVISTADO ACS A

ACS A1 - *Faz o uso de máscara, faz o uso de máscara... eu acho que só. Porque é um pouco complicado, porque quando a gente isola o paciente, isso causa também uma certa discriminação com relação aos outros que não sabem da situação. Mas, o uso de máscara e o atendimento prioritário pra aquele paciente, pra que assim ele não esteja circulando em ambiente público e possibilitando a infecção pra outras pessoas.*

ACS A2 - *Não há critério, no meu caso não.*

ACS A3 - *Não, não existe facilidade, pelo fato dos próprios pacientes, alguns deles serem resistentes quanto a medicação, não tomarem da forma correta, não virem buscar no período certo. Alguns, não são todos. Mas, a dificuldade é esta.*

ACS A4 - *A consciência do próprio paciente em fazer o tratamento da forma correta. Essa é a maior dificuldade encontrada.*

ACS A5 - *Tem, tem sim. Porque nós temos casos em que foi tratado, tratado e depois diagnosticado como curado mesmo. Então há impacto sim. Há cura.*

ACS A6 - *Bom, eu acredito que a forma como vem sendo trabalhado é uma forma justa né com relação a esses pacientes até porque assim, talvez, o único diferencial é se ele tivesse a condição de trazer esse paciente num horário em que os demais pacientes do dia já tivessem se ausentado da unidade.*

ENTREVISTADO ACS B

ACS B1 - *Todo mês (...) a enfermeira (...) faz o contato, tanto ela como a médica... Nós infelizmente mudamos de médico aí, houve alguns imprevistos... mas a gente acompanha esse pessoal, tanto o agente de saúde, acompanha em casa, vê se ele tá tomando realmente a medicação, que é necessário... às vezes por resistência de alguns, que alguns até tinham problema com bebida alcoólica, aí eles em vez de tomar o remédio, eles queriam beber, aí a gente sempre tem que ir lá, ver se tá tomando todos os dias, e principalmente naquele começo, no início né... que não é um comprimido só, são vários comprimidos que tem que tomar e a resistência é muito grande, mas a enfermeira, ela sempre tem um contato na secretaria com a médica e sempre tinha aí na farmácia, todo mês as pessoas vinham pegar medicação aqui. Isso aí, é um ponto que a gente tá feliz, porque o trabalho tava sendo feito dessa forma.*

ACS B2 - *Os familiares, eram comunicados pra passarem aqui na unidade, pelo posto, pra fazer um acompanhamento tanto com a médica, como com a enfermeira e essas profissionais elas passavam exames e também as orientações necessárias, além do agente de saúde, que passa essas orientações, de necessário eles tomarem algum tipo de vacina, por exemplo, aqui eles tomaram, a maioria deles(...), alguns tinham resistência, alguns achavam que não precisava tomar. Aí esse é o problema né, que a gente teve muita resistência de alguns, até de fazer exame também, que alguns também tinha alguns sintomas. Alguns até não foi a tuberculose, mas tem a resistência de vir no posto, passar pelo médico pra fazer o exame.*

ACS B3 - *Essa convocação é feita na casa da pessoa. Eu como agente comunitário vou lá e procuro ser o máximo possível, ético, pra não entrar assim, na intimidade da pessoa, esse é um dos pontos importantes. Por quê? Porque se você falar, por exemplo, algumas doenças como tuberculose, ou se for uma hanseníase que algumas pessoas ainda acham que é lepra né, aí você tem que ter cuidado em como vai abordar a pessoa, de que forma você vai falar com ela. Porque se você falar: "Olha é porque sua avó ou a sua mãe tá com tuberculose..." Ficam logo com medo, aí não quer vir porque não quer descobrir... "Porque se eu descobrir a doença eu vou talvez morrer, até do coração"; "Vou ficar nervoso" ou alguma coisa. Aí a gente conversa: "Olhe, ela tá fazendo um tratamento, é necessário esse tratamento... ele é necessário que a família também vá no posto de saúde fazer um exame, ver se precisa também de um tratamento igual, não vai lhe ofender, é um exame simples, que pode lhe ajudar... E se for necessário você vai tomar a vacina, BCG, você vai lá no posto de saúde...". Explico tudo direitinho, aí nesse caso a gente com paciência, consegue convencer a pessoa pra ela vir, alguns tem aquela resistência, mas eles vem, a maioria.*

ACS B4 - *Geralmente são as pessoas que moram na mesma casa, certo? Alguns, eles vão lá só de passagem, passando pouco tempo né? E a gente monitora também aquele também que tem mais probabilidade, no caso que tá com imunidade baixa, que a gente já conhece, ou alguma outra coisa, mas geralmente a pessoa, as pessoas que moram na mesma casa.*

ACS B5 – (...) não tem facilidade não. Porque geralmente essas pessoas, algumas delas, só vão no médico quando ver que não tem jeito... algumas delas, principalmente essas pessoas que tiveram esse tipo de problema, certo? Elas preferem ir na UPA, acham que é a dificuldade de vir no posto de saúde, não vai ser atendido, talvez por ter problemas pra dificuldade pra marcar a consulta porque é agendado... mas aí quando nós identificamos mais ou menos que é um problema parecido com aquela doença, como a tuberculose, aí eu como agente de saúde já venho aqui, agilizo, já converso com a enfermeira, já converso com a médica, converso com as atendentes e consigo até às vezes marcar uma consulta pra essa pessoa, pela necessidade. Porque geralmente eles não querem vir, justamente porque geralmente existe uma fila muito grande, certo? Aí quando chega na fila aí: “Não, eu não vou não! Porque eu já fui e chego lá na fila, quando chega a minha vez, não tem vaga”. Aí geralmente a gente traz a pessoa, eu trago a pessoa aqui, consigo a vaga, aí ela consegue fazer isso, a facilidade tá nisso aí, porque a equipe ajuda, mas se for pela pessoa, é difícil.

ACS B6 - Algumas delas, não são todas, tem problema com bebida alcoólica. Aí faz o tratamento, dois, três meses, melhora, tem aquela melhora, aí acha que não precisa fazer mais, essa é a dificuldade. Aí por isso, há um monitoramento, tanto meu como agente de saúde comunitário como também da enfermeira, a gente sempre tem tentado esse contato. “Olha, você foi na casa de seu fulano, dona fulana, pra tentar ver como é que tá a situação? Se ela realmente tá tomando a medicação?”. Que eles vêm pegar a medicação, isso aí não tem dificuldade nisso, certo? O problema é eles tomar em casa essa medicação... continuar o tratamento, que eles acha que ficou bom, aí parou, mas devido a gente tá monitorando, sempre conversando, orientando, mostrando a importância né de tomar medicação pra que fique bom de saúde, eles têm tomado, mas a dificuldade é eles continuar tomando o remédio.

ACS B7 - A dificuldade da família é grande, a maioria não quer vir não, porque acha que não tá sentindo nada, certo? A maioria não tá sentindo febre, não tá tossindo e não tá tendo nenhuma sequela aí acha que não há necessidade de vir, aí essa é a dificuldade, só isso, mas a gente consegue, com muita dificuldade, tentando convencer, consegue que alguns venham. Aí quando alguns vêm que faz, os outros também vêm. E quando eles não vêm aí que nós vamos lá, com a enfermeira, não vou só, acompanhada às vezes do médico né, também, que a gente faz a visita na casa da pessoa. Pelo programa ser PSF a gente consegue fazer isso, pra convencer essas pessoas de vim fazer esse exame, às vezes até necessário a gente leva o potinho tudo, faz lá e leva pra o laboratório, quando há necessidade, são raros acontecer isso, mas aconteceu já.

ACS B8 - Nós estamos conseguindo como se fosse de certa forma manter quarentena naquelas pessoas, pra que elas não transmita para outras. A gente tem conseguido isso aqui, isso aí é conseguido. Agora infelizmente acontece algum caso perdido, entendeu? De às vezes acontecer de uma ter aqui e a outra ter duas ruas depois. Mas aí a gente não consegue identificar de onde foi que aquela pessoa se contaminou, com aquela doença, nós não sabemos. Porque não tinha contato com a pessoa que já tinha a doença. Esse é o problema. Mas a gente consegue fazer a quarentena com essas pessoas conversando com elas, explicando que é pra elas evitarem de contaminar outra pessoa e tem conseguido e tem dado certo, são poucos casos. Geralmente são de casas diferentes, de ruas diferentes.

ACS B9 - A investigação deveria ser mais clara, ou seja, mais rápida porque tem demorado. Por que tem demorado? Porque geralmente quando essas pessoas tem esses sintomas, algumas coisas, é atrelado a um tipo de virose certo? Esse virose parece que virou a palavra do momento, ou alguma outra doença, às vezes outras pessoas dizem: “Não, pode ser dengue, Chikungunya, ou Zika...” E assim vai... tem dificultado isso, a demora nisso aí, mas fora isso tá dando certo.

ACS B10 - E os contatos, geralmente eles são acompanhados, agora é o seguinte, são monitorados na realidade, tanto por mim que vou no trabalho, eu vou várias vezes na casa de uma pessoa assim, eu não vou só uma vez no mês, algumas vezes tem que acompanhar. Justamente pra monitorar essas pessoas. Aí qualquer caso, qualquer intercorrência, eu já comunico tanto à médica, como ao enfermeiro pra que ele possa tomar uma ação de imediato. Esse é o ponto importante. Porque só quem tem o caminho aberto pra casa dele sou eu, que sou o agente comunitário de saúde, então a médica, a enfermeira, não vão saber se eu não comunicá-las. Aí sempre estamos lá na casa dessas pessoas, então até que tem dado certo.

ENTREVISTADO ACS C

ACS C1 - Então, ele tinha nossa assistência em relação, é... solicitar os exames, eles vêm pra consulta e ficam fazendo sempre esses exames de rotina, os exames específicos pra saber se também já contraiu. Mas, a princípio a gente orienta, orienta os cuidados de... de tudo separado e os exames, né, que são raios-x e o exame de escarro.

ACS C2 - Os critérios que a gente usa, é que ele tá tendo contato, a pessoa mais próxima do doente, da pessoa que está com tuberculose. Então a gente fala os riscos que tá acontecendo que eles pode é... contrair a tuberculose e precisa só chegar e eu mesmo chego e falo: "Olha, tá assim e assim, foi diagnosticado, as pessoas correm risco de até já estarem". E eles vêm numa boa.

ACS C3 - A gente tem contato tanto com o paciente como as pessoas que residem. E eles colaboram sim.

ACS C4 - Temos, porque pronto no caso desse rapaz que tem há mais de 9 anos, ele já recebeu alta, eu visitei. Antes de ontem, ele já disse que tinha recebido alta. Ele, assim não se aceita, ele não aceita orientações do problema, ele não faz uso de proteção nenhuma até mesmo para me visitar e eu não posso fazer uso de proteção nenhuma, tenho que entrar na casa do paciente sem proteção nenhuma. Porque se eu colocar uma máscara é constrangimento pra ele. Ele que tem que recepcionar com máscara, porque o doente é ele. A casa a gente já sente um cheiro de assim... De ambiente infectado. De fungo, mas ele tem uma resistência em aceitar e de receber esse tipo de orientação, esse paciente ele tinha essa resistência, oxe, ele achava que era uma coisa simples. Toda vez que eu visitava, ele tossia praticamente no meu rosto, acho que eu sou tuberculosa e não sei.

ACS C5 - A mãe fez os exames, outras pessoas que residem na casa não fizeram, se não residem... Por exemplo, tem uma criança que passa o dia, mas mora em outra localidade. Entendeu? Não residem. Mas acredito que pelo fato dele tá lá no mesmo ambiente, ele já devia ter passado também pelos exames, só que a mãe acha que não morre, não precisa. Mas a mãe que reside com ele, que cuida dele, fez.

ACS C6 - Existe... Por exemplo, em relação a diminuição, no caso tem o outro senhor que a família fez e não foi diagnosticado, eu não sei as demais, então pra o caso de tuberculose, só ter dois pacientes, então o impacto é bom... Se os demais amigos tivessem uma resistência em realizar esse cuidado, aí a gente poderia ter um número bem maior, mas eles fazem, o controle direitinho, a pessoa aceita fazer uso da medicação, então desde então, ele tá se protegendo e protegendo as pessoas que estão ao seu redor.

ACS C7 - Eu acredito queo que está sendo feito hoje é bastante, porque os princípios são o quê? São os exames específicos, né? Hoje eles não fazem nem a separação de talher, nem essas coisas, porque a medicação, ela já faz o bloqueio. Assim quando já tá tomando, fazendo uso da medicação não corre risco de transmitir, mas mesmo assim a família do meu outro paciente, eles... faz todo, é talher, é tudo... E no princípio, eu acho que o que está sendo oferecido é bastante.

ACS C8 - A gente faz uma visita uma vez ao mês, se caso o usuário precisar de outra visita, a gente vai novamente. Mas, essa visita é uma vez ao mês. Então a gente vai nessa casa dos pacientes, por exemplo, se a medicação tem que chegar aqui na unidade, a gente ou comunica ou vai entregar. Eu prefiro comunicar pra ele vir até a unidade, porque só assim eles ficam mais ativos ao trabalho técnico, porque se toda vez, eu ficar levando, toda vez, então eles ficam meio distanciado da unidade, só dá esse trabalho ao ACS.

ACS C9 - E por exemplo, a gente leva o raio-x quando tá marcado, a gente leva as solicitações que a médica solicita. Com eles não, é... um atendimento diferenciado fora, então eles já sai, já tudo encaminhado pra o local de referência pra realizar esses exames, aí lá eles fazem esses exames. Então nosso contato é só comunicação, é só o intercâmbio de ir e trazer pra médica, passar para equipe e como é que tá, se tá tomando a medicação, se num tá, a gente não tem autorização pra medicar o paciente, não faz parte dos nossos princípios. Então é da responsabilidade dele fazer a medicação. Antigamente há 10 anos atrás, quem tinha TB, tinha obrigação de vir na Unidade de saúde fazer o uso da medicação, a enfermeira administrava a medicação, aí ele vinha todos os dias fazer o uso da medicação pra eles não esquecer e ficar um dia sem tomar e quebrar o tratamento, hoje em dia não, hoje é liberado pra que eles façam o uso dessa medicação.

ACS C10 - Eu passei por uma experiência há 8 anos atrás que me deixaram na responsabilidade de administrar a medicação desse paciente, o paciente ele nunca aceitou fazer o tratamento, porém eu tinha medo, porque ele tinha mostrado ser agressivo. Ele além de ter a tuberculose, ele tinha o HIV, então eu pensava: Se eu chegar, ele já não aceita fazer o tratamento. Eu vou tá lá dar uma medicação aí ele muito debilitado, porque também a medicação da tuberculose deixa eles, parece que um pouco fraco, que alguma coisa assim. Como ele tinha sempre a imunidade baixa, ele dizia que a medicação fazia mal a ele. Aí eu me deparei numa situação: "Eu vou tá na casa do homem todos os dias pra tá medicando...". Então a gente procurou na lei que o agente de saúde, ele não tem obrigação, não tem atribuição de medicar.

ACS C11 - Então nosso contato é só esse elo, a gente vai na casa do paciente ver o problema e trás o problema pra unidade. A equipe em si, a unidade procura solucionar e a gente leva de volta ao paciente.

ENTREVISTADO ACS D

ACS D1 - A gente orienta que eles vá no centro de tratamento pra que seja feito os exames salvo engano é o PPD né? Eles fazem o PPD pra ver quem é reagente e quem não é. Os que são reagentes passam a fazer tratamento também, igual. E os que não são é orientado a gente e aos familiares que o paciente a partir do momento que ele começa a fazer o tratamento, ele não é mais transmissor, quem passa é o centro. Mas eles têm que fazer. Na verdade, quando a gente encontra a suspeita manda pra cá pra médica, aí a médica encaminha pra referência. Aí a referência, quando é diagnosticado, aí a gente passa a orientar o paciente a encaminhar os parentes.

ACS D2 - Todos os moradores, se é um filho que mora com a mãe, com irmã, quem tem marido, filho, neto, tudo, tem que vir tudo.

ACS D3 - Hoje eu acredito que sim, até a questão da medicação, os pacientes que a gente tem encaminhado não são pacientes rebeldes, pelo menos esses... eu já tive, em outras áreas, que eu já trabalhei que tinham pacientes complicados. E esses vêm pegar a medicação tranquilo, tem um pessoal que trata. A medicação antes que eles tinham que pegar no centro, aí existia aquela dificuldade: “Ah porque eu não tenho dinheiro pra o ônibus, não consigo ir pegar e tal”. Hoje não, hoje a medicação já chega aqui. E pra não ficar no costumismo, a gente passa na unidade e diz: “Olha, chegou a medicação, vai lá buscar”. E eles vêm, antes que acabe a outra, de boa.

ACS D4 - Nessa minha situação não, hoje aqui, o pessoal aqui é bem mais consciente, mas como eu lhe falei anteriormente, antes existia aquela dificuldade do transporte: “não tenho o dinheiro pro transporte”, o cara era resistente e não vinha.

ACS D5 - Nesse tempo todo que eu tô aqui, foram dois casos que eu tive. Por exemplo, X, ela mora na ponta da rua e esse cidadão já é aqui na outra ponta. Então assim, eles não têm aquele contato. Tem nem um vínculo, sequer ele passava na porta dela, aí eu acho que não existe disseminação. E até os parentes próximos, somente aquele casinho alí, intercalado...

ACS D6 - O indivíduo tá fazendo tratamento, o pessoal já fez o PPD e deu negativo e tal, mas aí a gente passa... sempre quando vai na visita, aquela mensal, com um paciente compromissado, a gente tá perguntando, se teve sudorese, se teve alguém na família com febre, no final da tarde sudorese, com tosse diferenciada, tosse há mais de uma semana, acho que essa é a investigação que nós temos que ter, a não ser que tenha outras técnicas, por isso que era interessante ter a danada da capacitação, do treinamento, uma reciclagem né?

ACS D7 - E assim, no acompanhamento do doente, eles terminam sendo acompanhados, a gente não deixa de tá acompanhando, até porque se eu passo dois dias, três dias sem ir lá, eu tenho cobrança aqui: “Olha, passa lá em fulano...”. Quando você vai em fulano lá olhar se ele tá tomando a medicação, automaticamente você já vai perguntar pelo parente. Você não vai falar totalmente com ele, vai falar com ele e com quem tá junto, mãe, esposo, mulher, filho mais velho, um vizinho mais próximo.

ACS D8 - Ainda existe muito o receio do indivíduo: “Ah não pode tomar água no mesmo copo, não pode comer com o mesmo talher”, mas aí começou o tratamento, a orientação que a gente tinha, que eu também não sei se continua sendo a mesma, é... já depois de uma semana de tratamento, já não transmite. E aí depois que se alimentou, lavou com detergente, não transmite, acho que é só isso que a gente passa.

ENTREVISTADO ACS E

ACS E1 - É tarefa do agente de saúde verificar se toda a família tão vacinada, se tão tendo todos os cuidados necessários pra quando pegue a doença a gente fazer a busca ativa, e trazer a comunidade pra conversar com a médica e a enfermeira.

ACS E2 - A gente já tem contato direto com a população, com a comunidade da gente, então a gente se sente muito seguro quando conversa essas coisas com ele, tipo assim, eu tenho uma pessoa com hanseníase na minha área, dificilmente ela não vai me negar que tem a doença, porque ela sabe que o agente de saúde é o elo da saúde dela com a unidade de saúde né? Não é só da pessoa é da Saúde como no contexto geral, então geralmente eles nos conta, e a gente fica fazendo o elo realmente da unidade de saúde pra essa casa que tanto necessita desse atendimento.

ACS E3 - Aqui dentro, eu posso me referir aqui dentro da unidade de saúde, sim! A gente diagnostica que tem alguém com algum tipo de problema, é... tosse final de tarde prolongada, é... pessoas com aquela... febril, ou pessoas que bebe muito, fica mais vulnerável, aí a gente já relata pra médica, pra enfermeira e eles dão porta aberta pra gente fazer isso aqui.

ACS E4 - Geralmente aquelas pessoas que são usuários de drogas, álcool. O contato com eles fica muito difícil. E essas pessoas são as mais vulneráveis pra o atendimento. Eu acho um dos atendimentos muito bons, tanto pra tuberculose, como pra hanseníase, até porque nós temos o centro especializado também né?

ACS E5 - Tem sim, até porque nós temos pouquíssimos casos na nossa macroárea. Então quando a gente tem pouco caso a gente tem que dar um suporte de 100% não é mesmo? Porque você não tinha pra que dizer que não tava dando, pela grande quantidade... E na nossa realidade, porque cada área tem uma realidade diferenciada, na nossa realidade é pouquíssimos casos de comunicantes, então é um atendimento que eu acho na minha opinião, muito bom.

ACS E6 - Eu acho que a gente já faz esse trabalho, não é que seria, é, é realizado. Esse trabalho de investigação do agente de saúde, analisar na área se tem algum caso e trazer pra comunidade, digo, trazer pra unidade, isso acontece...

ENTREVISTADO ACS F

ACS F1 - *Pelo menos aqui os contatos, as pessoas vêm pegar medicação, assim, que eu saiba né? Quando já tá com diagnóstico fechado de tuberculose.*

ACS F2 - *A gente vê se tá com algum sintoma, as meninas aqui mesmo orienta, as enfermeiras, que pessoas com tosse prolongada, há um certo tempo e a família sim, os parentes mais próximos, daquelas pessoas a gente tá trazendo pra tá fazendo exames também e sendo acompanhado.*

ACS F3 - *Existe, os que são já tratados aqui a gente não tem dificuldade pra tá trazendo, a não ser os resistentes né, já com diagnóstico fechado, que são resistentes. Mas o que não, eles vêm com facilidade.*

ACS F4 - *Eu até hoje, eu não enfrentei dos comunicantes, assim, dos familiares. Mas eu já enfrentei um caso com o próprio, com a própria pessoa que tava com a tuberculose que ele era bem resistente com a medicação, em vir tomar a medicação, a gente teve que intervir, teve que ir lá atrás dele, tudo, pra ele terminar o tratamento, que ele se julgava que tinha terminado o tratamento sem ter terminado.*

ACS F5 - *Eu acredito que sim, porque pelo menos no caso que eu tive, não teve transmissão que foi o pai que teve, então não transmitiu nem pra as crianças e nem pra esposa.*

ACS F6 - *É isso aí é assim, um entrave que a gente encontra também, porque tem pessoas muito resistentes principalmente assim, em certos grupos de homens alcoólatras que tem na comunidade, então, eles são bem resistentes a tarem vindo pra unidade, caso de mulheres não, as esposas, elas vêm, mas os maridos assim, eles são bem resistentes.*

ENTREVISTADO ACS G

ACS G1 - *Eu sei que a família, eles fazem o acompanhamento que é necessário né, que é aqueles teste, tá entendendo? Criança, adulto, que nessa casa que o menino teve, a esposa dele e os filhos, todos eles foram convidados pra fazer o acompanhamento dos primeiros exames entendeu?*

ACS G2- *Sim, porque eles vêm né, pra o acompanhamento, então a enfermeira já orienta tudinho, como devem ser feitos. E no caso eu ia na casa e repassava pra eles os cuidados que eles deveriam ter e o que era necessário eles fazer o acompanhamento.*

ACS G3 - *Os contatos são mais as pessoas de casa né? O pai, a mãe, as crianças, os menores, entendeu? A família, principalmente a esposa, que tem contato com ele e os filhos, e principalmente, aqueles que são de menores.*

ACS G4 - *A dificuldade maior era com ele (...) porque ele não queria aceitar fazer o tratamento, difícilimo. Ele fumava, ele tinha vida ativa com todo mundo no meio do mundo e não se prevenia, então foi muito ruim. Agora esse segundo ainda tem um problema, ele trabalha com reciclagem, entendeu? Já tem outros problemas de saúde, já adquiriu hanseníase, entendeu? Já apresentou pressão arterial, ele já toma remédio, bebe e fuma, entendeu? Só que esse é solteiro, ainda bem. Se tem alguma coisa com alguém, a gente não sabe. Então eu fico em cima. E esse, ele nos deu um pouquinho de trabalho. O primeiro deu muito mais, mas esse também deu porque eu tinha que ir na casa dele, na busca ativa, eu explicava, a mãe dele já é uma pessoa de idade, o pai, são hipertenso e diabéticos, e as irmã dele são pessoas esclarecidas, estudada e por esse motivo elas ajudaram a fazer o controle, entendeu?*

ACS G5 - *O trabalho deles atrapalhava, porque eu ia em busca deles, chegava lá, eles não estavam, o primeiro era que era difícil mesmo. Ele era mototaxista, povo que trabalha com moto, mototáxi. (...) Era uma desorganização na casa que eu fazia dó. Aí então eu chegava e dizia: “Meu filho você tem que tomar uma medicação...” E eu tenho certeza que ele só tomava por conta de mim. Aí eu pegava, colocava água no copo e deixava ele tomar na minha presença.*

ACS G6 - *Agora esse outro não, esse segundo agora, a família séria, muitas medicações, eram seis pessoas aí ajudava no controle dele fazer o tratamento. (...) mas nesses dois casos, que aconteceram, são pessoas assim, que não tem aquele cuidado necessário, tá entendendo? E ele principalmente porque ele vive no meio do mundo, ele bebe e fuma, esse agora. Como fica trabalhando com essas coisas de reciclagem, pegando em sujeira, por sinal ele é aquele desorganizado bem grudentinho sabe? ... é tanto que fizeram um quartinho assim, lá atrás e ele já dormia nesse quartinho, mas de qualquer forma ele tinha contato por dentro de casa.*

ACS G7 - *Sim, tem diferença... Porque eles muitas vezes não querem aceitar, mas por conta do pai e da mãe... Mas assim, surte efeito e muito, porque a gente fica em cima, tanto a equipe aqui como nós agente de saúde, porque a gente dá uma preferência melhor aquele paciente, de ficar sempre na busca ativa dele procurando saber...*

ACS G8 - *É a gente às vezes fica preocupado nesse sentido, porque as pessoas que convivem com ele, muitas vezes eles não dizem, tá entendendo? E daí no início pode transmitir pra uma outra pessoa. Eles se juntam, por exemplo, na rua mesmo que eu moro tem um grupinho de alcoólicos, de fumantes de droga, que esse menino, ele gostava muito de ficar junto, de qualquer forma, aí eu conversava muito com ele, porque poderia ser perigoso pra ele, tanto pra ele como pras pessoas que tivessem ali com ele... Agora, tem que saber falar uma linguagem que eles entenda, né? Pra que eles não se sintam, um lixo, no sentido da palavra, tá entendendo? (...) E eu sempre procurava a mãe dele a família, e agora minha preocupação maior era onde ele convivia. Mas a partir do momento que começa o tratamento, se ele não abandonar (...) a gente tem bom resultado.*

ACS G9 - *Esse acompanhamento, deveria ser mais profundo, porque, às vezes tem as dificuldades com o sistema de saúde ... Eu sei que o agente de saúde tem que tá em cima, mas assim, a comunidade, os amigos, deveriam ter um cuidado maior e que tivesse uma prevenção melhor né? Porque a gente fazia assim, umas palestras aqui conversava com a comunidade, se tem uma pessoa, que tem uma tosse de duas semanas ou mais, tem que trazer na unidade, pra fazer uns testes, pra saber como está aquela pessoa, tudo isso, mas às vezes é complicado porque o povo não entende e não aceita, entendeu? Principalmente num bairro que tem muita carência. E assim, você sabe que tudo início é difícil, pra chegar naquele determinado local, pra atender, pra atendimento falta muita coisa, infelizmente.*

ACS G10 - *Mas graças a Deus, até que esse que teve, eu posso dizer que teve um bom resultado, que a família ajudou, nós, a equipe em si e a comunidade também, porque tinha umas pessoas vizinhas que comentaram, que ele confiava, que tinha medo e dizia, ficava falando e não dizia diretamente quem era, mas tentava conscientizar.*

ENTREVISTADO ACS H

ACS H1 - *O primeiro passo é os exames, que o médico, assim que o agente de saúde suspeita, que a gente suspeita ou que eles dizem, aí a gente já manda pra unidade. A médica faz o encaminhamento, faz o exame de escarro, aí a partir do exame de escarro que sai o diagnóstico, aí a gente já orienta a família já sobre o risco da doença e depois que ele começa a fazer o tratamento, aí já não há mais risco, não tem mais contaminação, e a família vem, a gente traz aqui pra ver no prontuário como é que tá o esquema vacinal.*

ACS H2 - *Observa o controle vacinal. Pra tuberculose é só esse, a não ser pra outros tipos de doença, a gente fica na verdade fiscalizando, tem o primeiro caso, aí a gente faz todo o procedimento, o médico né, encaminhamento, tudo. E começa o tratamento, que é rápido, quando é diagnosticado a secretaria já é informada, já manda a medicação já, pra ele iniciar logo tratamento. E os outros só esquema vacinal mesmo.*

ACS H3 - *Existe, a facilidade deles é o controle que tem todo mês né? Que ele vem pegar a medicação, aí todo mês, quem entrega a primeira medicação é o médico. E as demais, o enfermeiro. Aí a gente vai na visita fiscalizar se realmente ele tá tomando o medicamento todo dia, porque as primeiras doses é supervisionada né? Aí tem que ser supervisionada por algum profissional da área de saúde, aqui no posto ou lá na hora, aí ele tem que tomar na minha frente, pra eu saber se ele tá tomando. E os demais, a gente fica na observação também né, se aparece algum sintoma.*

ACS H4 - *As que tem nos postos né, as de sempre, sempre você vê a troca de médico, a falta de profissionais e acho que por alguma parte ou não, uma falta de interesse da Secretaria, de medicamento... mas sobre esse tratamento de TB como é mais rigoroso, é uma coisa mais contínua, é raro faltar. Aí a dificuldade é às vezes a resistência dos usuários também, que às vezes eles resistem muito sabe? Começa a tomar e depois abandona.*

ACS H5 - *(...)antigamente, assim que a gente começou, tinha vários casos, mas agora não tem. Se fizer um balanço de todos os agentes de saúde, se tiver, são poucos casos.*

ACS H6 - *Como eu digo a você, o acompanhamento o agente de saúde fica em cima né? (...) No caso dos contatos a investigação e o acompanhamento é só pelo o agente de saúde, da gente ver lá na hora, a não ser que a família venha no início quando é diagnosticado o caso, aí a gente entra em contato com as pessoas que tem na casa, na residência e traz pra cá e passa pelo médico né? Agora o que tá com os sintomas é o que faz o exame, aí o certo, era pra fazer o exame de todos né? Pra saber, porque pode ter alguma bactéria embutida ali e a gente num sabe. Aí quando apresenta os sintomas é que manda fazer o exame.*

ENTREVISTADO ACS I

ACS I1 - *A gente tem que ir lá, até sábado e domingo, tem que ir lá. Logo no começo, até a equipe dava o leite, a gente orienta os familiares também a comparecer pra fazer o teste de BCG, tinham uns que é meio rebelde né? Fazia a visita e orientava, tem uns que tem que separar mesmo né, porque falta até higiene na casa.*

ACS I2 - São os que frequentam a casa e a gente pergunta ao paciente também, tudo.

ACS I3 - Pelo tempo de trabalho também né, faz tempo que eu moro aqui também já, já facilita que tenha a confiança na gente.

ACS I4 - Tem uns que são rebeldes, não querem tomar, diz que não precisa, para o tratamento, os familiares não têm muita dificuldade é mais o paciente, diz que o remédio tá dando reação, que não sei que...

ACS I5 - É bom, vem as medicações certinhas, a secretaria manda.

ACS I6 - Que viesse pessoas especialistas mesmo na unidade, porque só comunica, aí fica secretaria...burocracia... aí que viesse um profissional mesmo, um médico de pulmão né? Que pudesse conversar com eles mesmo, na visita domiciliar, conversava geral, com todos, porque eles morrem de vergonha... tem isso também.

ENTREVISTADO ACS J

ACS J1 - Exames, pede logo a eles pra fazer os exames, pra constatar.

ACS J2 - Pede pra que todos venham né? Eles vêm, a gente pede para eles vir e procurar a enfermeira e ela encaminha. Aí são os familiares deles, os filhos.

ACS J3 - Tem facilidade. O convívio com eles, orientando eles né.

ACS J4 - Eu não tenho dificuldade, porque eles concordam com o que eu falo, porque às vezes fica confuso né? Acha que é um problema assim que não pega, num espirro né e eu peço para que abra sempre as janelas, manter um ambiente bem agradável.

ACS J5 - Sim, porque a gente vê que essa pessoa que teve, teve já duas vezes né e na casa ninguém teve, justamente por causa das orientações.

ACS J6 - A gente capta bem direitinho quando eles estão com problema. Acho que o método tá bom. A gente acompanha bem direitinho eles, a enfermeira, a médica e eles sempre estão aqui na unidade.

ENTREVISTADO ACS K

ACS K1 - Faz o acompanhamento, ... dar a medicação, prescreve aquele exame, a baciloscopia saber se realmente eles têm, se tá com a tuberculose, e quando faz o tratamento de 6 meses, aí retorna novamente pra fazer o exame, pra dar alta ao paciente.

ACS K2 - Tenho não, eles vêm, quando a gente marca pra eles vir fazer o acompanhamento, eles vêm normalmente. Não se recusam não, pra fazer o acompanhamento não.

ACS K3 - Existe, eles vêm certinho pra pegar as medicação, tem aquela data já certo de eles vim fazer aqui o acompanhamento, pra pegar a dosagem certinho... que antes era a gente que fazia, que dava a medicação supervisionada né? Mas agora eles vêm agora aqui pra o posto pra fazer a dosagem supervisionada, e ela dá aquela quantidade "X".

ACS K4 - Às vezes tem muitas pessoas que ficam com medo né? No caso, nós mesmo né, que trabalhamos né... Depois que ela tá tomando aquela medicação, não tem problema nenhum, mas você sempre fica com aquele receio que pode ser que você vá pegar né? Mas, as dificuldade é essa, às vezes a gente vai, mas fica um pouco com medo né?

ACS K5 - Não tem impacto...

ACS K6 - Às vezes tem pessoas que nem sabe que tá com tuberculose né? Às vezes tosse e acha que não tá né? Deveria se investigar mais né? (...)

ACS K7 - Tem paciente aqui mesmo na minha área que já tiveram cinco, mas não foi por conta de gripe não, foi por conta da cachaça, porque ele só fazia beber... aí, é difícil eles vir né?

APÊNDICE H – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO DO PESQUISADOR

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, **Mayra Lima Pinto**, pesquisadora envolvida no projeto de título **CONTROLE DOS CONTATOS DE INDIVÍDUOS COM TUBERCULOSE: ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA VULNERABILIDADE**, abaixo assinada, assume o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre a identidade do indivíduo diagnosticado com a doença, durante a investigação das vulnerabilidades de seus contatos, por entender que o conhecimento do status de tuberculose de um indivíduo pode levar a discriminação e estigmatização.

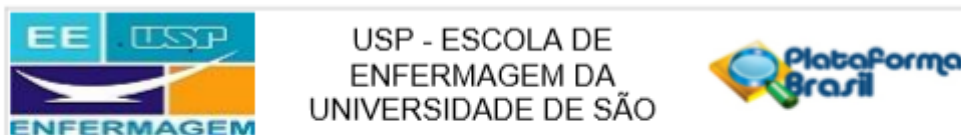
São Paulo/SP, 06 de agosto de 2017.



Nome do Pesquisador(a) Responsável

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTROLE DOS CONTATOS DE INDIVÍDUOS COM TUBERCULOSE

Pesquisador: Mayrla Lima Pinto

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 67802017.4.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

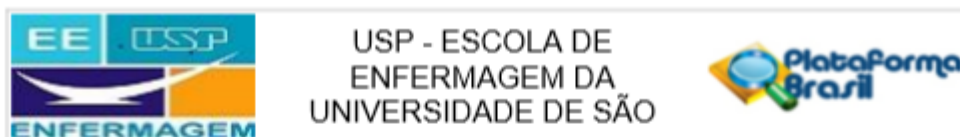
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.240.480

Apresentação do Projeto:

A tuberculose (TB) continua a merecer especial atenção, uma vez que ainda se configura como uma epidemia global. No Brasil, o controle da TB tem se mostrado complexo. Esforços devem ser empregados em atividades preventivas, na perspectiva de reduzir a transmissão da doença. O rastreamento dos indivíduos com maior susceptibilidade em vir a desenvolver a forma ativa da TB a partir de casos de Infecção Latente, e a oferta de tratamento preventivo são componentes da nova estratégia para eliminação da tuberculose até 2050, assim como a investigação dos contatos de pacientes diagnosticados com a doença. Assim, a avaliação dos contatos é considerada essencial para o controle da TB, para tal, é necessária uma investigação eficaz. Busca-se, então, analisar as vulnerabilidades de contatos de indivíduos com tuberculose e que podem interferir no controle da doença no município de Campina Grande/PB. Inicialmente, serão identificados os indivíduos notificados com a doença em suas formas transmissíveis e, posteriormente, os seus contatos com idade até 18 anos (completos), utilizando o banco de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde, além de prontuários, livros de registro dos pacientes e seus comunicantes e qualquer impresso que possibilite a busca de informações de doentes e seus contatos, disponíveis nos serviços de saúde da atenção primária e da referência secundária de Campina Grande/PB.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepea@usp.br



Continuação do Parecer: 2.240.480

A coleta de dados inclui:

Entrevistas com:

- Jovens de 15 a 18 anos que têm contato com indivíduos com diagnóstico de tuberculose realizado em 2016;
- Pais de crianças de menos de 15 anos que têm contato com indivíduos com diagnóstico de tuberculose realizado em 2016;
- Profissionais da saúde dos serviços de saúde que assistiram/assistem o doente com TB durante seu tratamento;
- Gestores que trabalham com ações de controle da TB (gestores municipais da saúde, da vigilância epidemiológica e do Programa de Controle da TB na esfera municipal e estadual).

Consulta a prontuários de:

- Indivíduos com diagnóstico de tuberculose realizado em 2016

Os dados serão coletados em Unidades Básicas de Saúde da Família, Ambulatório de Referência Secundária, Secretaria Municipal de Saúde, domicílio dos comunicantes (quando possível), ou local de preferência dos participantes, conforme agendamento prévio.

Será utilizado um formulário específico para cada grupo de participantes.

Objetivo da Pesquisa:

PRIMÁRIO

- Analisar as vulnerabilidades à tuberculose dos contatos de indivíduos que foram diagnosticados com a doença no município de Campina Grande/PB e como estas podem interferir no controle da enfermidade.

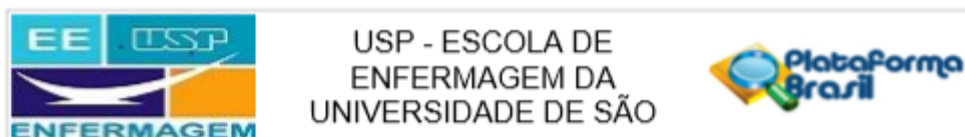
SECUNDÁRIO

- Verificar os elementos de vulnerabilidade individual e coletiva à tuberculose no controle dos contatos de indivíduos que foram diagnosticados com a doença no município de Campina Grande/PB.
- Elaborar uma estratégia para redução das vulnerabilidades à tuberculose encontradas no controle dos contatos no município de Campina Grande/PB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pode ocorrer algum constrangimento em não ter informações sobre o assunto e, principalmente, o efeito de vir a se preocupar com a possibilidade de já ter havido contaminação a partir de novos questionamentos e informações. Risco que pode vir a se transformar em benefício, pois possibilita diagnóstico e tratamento.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br



Continuação do Parecer: 2.240.480

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem escrito, baseado em ampla revisão e de importância para a saúde pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Consta autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. Orçamento é detalhado e esclarece que as despesas serão arcadas pela autora. O cronograma é compatível com o momento atual. Quanto aos termos de assentimento (TA) e de consentimento (TCLE), no projeto são apresentados:

- TCLE para profissionais de saúde e gestores;
- TCLE para pais de menores de 16 anos (nesses casos a entrevista será com os pais);
- TCLE para pais de jovens de 16 a 18 anos (entrevistas com os jovens)
- TA para jovens de 16 a 18 anos
- termo de confidencialidade e sigilo garantindo que se evitará a exposição de pacientes com TB (de cujos prontuários e registros no SINAN serão colhidas informações sobre os seus contatos, que serão sujeitos da pesquisa), considerando o estigma da doença.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora apresenta um recurso solicitando que não seja exigida a assinatura de TCLE pelos pacientes que têm TB, cujos registros serão consultados para que se tenha acesso às pessoas que têm contato com eles, que serão os sujeitos da pesquisa.

O recurso tem como base documento da OMS ("Ethics guidance for the implementation of the End TB strategy") em que são colocadas considerações a respeito da importância de ações que visem à erradicação da TB e diretrizes específicas para o rastreamento e para as providências a serem tomadas nesse sentido.

Assim, ela explica porque o rastreio de possíveis contaminados não deveria ficar sujeito à colaboração ou não dos indivíduos doentes, que, segundo este documento, teriam também responsabilidade em evitar a transmissão da TB.

Embora eu considere que seria recomendável ao menos comunicar os doentes de TB que seus dados serão utilizados para se contatar as pessoas que têm contato com eles (pois existe a possibilidade de que parentes tenham a notícia de que convivem com a doença por terceiros, i.é.,

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 2.240.480

pelos pesquisadores), entendo a solicitação da pesquisadora, pois existe uma causa maior - a prevenção da disseminação da doença - que se sobrepõe à eventual recusa de colaboração dos pacientes com TB.

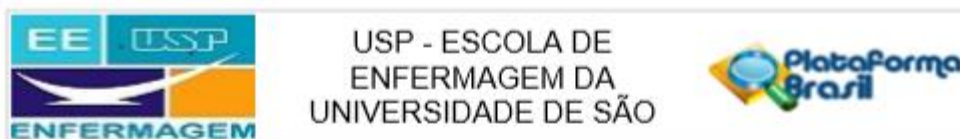
Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_878944.pdf	08/08/2017 03:06:19		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Recurso.pdf	08/08/2017 03:05:49	Mayrla Lima Pinto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	08/08/2017 00:41:48	Mayrla Lima Pinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_15.docx	08/08/2017 00:15:27	Mayrla Lima Pinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_16_18.docx	08/08/2017 00:15:05	Mayrla Lima Pinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Assentimento.doc	08/08/2017 00:14:37	Mayrla Lima Pinto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Confidencialidade_Sigilo.pdf	07/08/2017 23:52:08	Mayrla Lima Pinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado_profissionais_gestores.docx	07/08/2017 23:50:24	Mayrla Lima Pinto	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	25/04/2017 15:20:09	Mayrla Lima Pinto	Aceito
Declaração de	Autoriz.jpg	25/04/2017	Mayrla Lima Pinto	Aceito

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br



Continuação do Parecer: 2.240.480

Instituição e Infraestrutura	Autoriz.jpg	15:01:50	Mayrla Lima Pinto	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	25/04/2017 14:56:38	Mayrla Lima Pinto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUD.jpg	25/04/2017 14:52:18	Mayrla Lima Pinto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO PAULO, 25 de Agosto de 2017

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
 (Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Declaramos para os fins de realização da pesquisa que disponibilizaremos os dados solicitados para que a Pesquisadora **MAYRLA LIMA PINTO** possa submeter seu projeto de pesquisa intitulado “**Controle dos contatos de indivíduos com Tuberculose: análise na perspectiva da Vulnerabilidade**” cujo objetivo é Analisar as vulnerabilidades de contatos de indivíduos com tuberculose e que podem interferir no controle da doença no município de Campina Grande/PB.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos estabelecidos na Resolução nº 466/2012 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa, bem como, contribuir com este setor no aprimoramento de suas atividades.

Campina Grande, 20 de fevereiro de 2016.

Verônica D. Donato dos Santos
Gerente de Vigilância Epidemiológica
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAMPINA GRANDE-PB.

VERÔNICA DIAS DONATO DOS SANTOS
