



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Tuberculose

na Atenção Primária à Saúde

Volume 2



Sandra Rejane Soares Ferreira
Roberto Luiz Targa Ferreira

Organizadores

Porto Alegre - RS
5ª edição – março de 2022
Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. 2022



Tuberculose
na Atenção Primária à Saúde

Volume 2

Grupo Hospitalar Conceição

Diretoria

Diretor-Presidente:

Cláudio da Silva Oliveira

Diretor Administrativo e Financeiro:

Moises Renato Gonçalves Prevedello

Diretor Técnico:

Francisco Antônio Zancan Paz

Gerente do Serviço de Saúde Comunitária (GSC)

Helena Beatriz Silveira Cunha

Coordenadora do Serviço de Saúde Comunitária

Simone Faoro Bertoni

Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação de Ações de Saúde

Rui Flores

Coordenadora da Linha de Cuidado para atenção às pessoas com tuberculose na GSC

Sandra Rejane Soares Ferreira



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Tuberculose

na Atenção Primária à Saúde

Volume 2



Sandra Rejane Soares Ferreira
Roberto Luiz Targa Ferreira

Organizadores

Porto Alegre - RS
5ª edição – março de 2022
Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. 2022

100%
SUS

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B823t Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária
Tuberculose na atenção primária à saúde / organização de Sandra Rejane Soares Ferreira e Roberto Luiz Targa Ferreira -- 5. ed. - Porto Alegre : Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2022.

192 p. : il. : 30 cm. : V.2.

ISBN 978-65-87505-19-0

1. Saúde Pública. 2. Tuberculose. 3. .Atenção Primária à Saúde. I. Ferreira, Sandra Rejane Soares, Org. II Ferreira, Roberto Luiz Targa, Org. III. Título.

CDU 616.24-002.5:614(81)

Catalogação elaborada por Luciane Berto Benedetti, CRB 10/1458

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade dos autores de cada um dos capítulos. O livro poderá ser acessado na íntegra na página do Grupo Hospitalar Conceição/ Gerência de Ensino e Pesquisa/ Publicações no formato e-book: <https://ensinoepesquisa.ghc.com.br/index.php/2013-06-05-18-35-53/2013-06-05-18-36-26>

Organizadores:

Sandra Rejane Soares Ferreira

Roberto Luiz Targa Ferreira

Autores dos capítulos por ordem alfabética:

Adriana Neis Stamm - Médica Residente do Serviço de Infectologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Aline Rose Adornes Flores - Assistente Social, Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS).

Amanda Senna Pereira dos Santos - Médica de Família e Comunidade da US Jardim Leopoldina da GSC-GHC.

Ana Josane Dantas Fernandes - Farmacêutica do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, Mestre em Ciências Farmacêuticas (UFRN), Especialista em Análises Clínicas (UFRN), Especialista em Farmácia Clínica (PUC-RS), Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica (UFSC).

Bruna Franzoni - Nutricionista do Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Especialista em Nutrição em Pediatria pelo IPGS e em Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública/RS.

Caren Serra Bavaresco - Cirurgiã-Dentista da US Coinma do Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Especialista em Saúde Coletiva, Mestre e Doutora em Bioquímica/UFRGS.

Caroline Schirmer – Cirurgiã-Dentista. Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.

Daniel Demétrio Faustino Silva - Cirurgião-Dentista da US SESC do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, Especialista em Saúde Coletiva e da Família; Mestre em Clínica Odontológica-Odontopediatria; Doutor em Saúde Bucal Coletiva pela UFRGS.

Djalmo Sanzi Souza – Cirurgião-Dentista do Setor de Monitoramento e Avaliação de Ações do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, Mestre em Saúde Coletiva.

Elineide Gomes dos Santos Camillo - Farmacêutica do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, Graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Fabiana Ortiz Cunha Dubois – Médica Pneumologista Pediátrica do Hospital da Criança Conceição, Especialista em Pneumologia Pediátrica pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

Igor Bernardotti – Médico Residente em Infectologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Especialista em Saúde de Família pela UFCSPA/UNA-SUS, Graduado pela Universidade Federal de Pelotas.

Itemar Maia Bianchini - Médico de Família e Comunidade da US Conceição/ Serviço de Saúde Comunitária do GHC e da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Izabele Linhares Cavalcante – Médica Residente do Serviço de Infectologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Jaqueline Misturini - Farmacêutica do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, Especialista em Farmácia Hospitalar (IAHCS).

Lahir Chaves Dias - Enfermeira Executiva da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Especialista em Administração Hospitalar (PUC/RS).

Leica Eduarda Gambin – Agente Comunitária de Saúde da Unidade Santíssima Trindade do Serviço de Saúde Comunitária do GHC.

Lena Azeredo de Lima - Nutricionista do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, especialista em Nutrição Clínica e Dietoterapia, Mestre em Epidemiologia pela UFRGS.

Lisiane Andreia Devinar Périco - Mestre em Epidemiologia pela UFRGS. Enfermeira Especialista em Saúde Pública pela UFRGS.

Lúcia Tatiane Florentino de Flavis - Psicóloga na Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo. Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Integrada Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Maria Isabel Athayde – Médica Pneumologista Pediátrica do Hospital da Criança Conceição e do Hospital da Criança Santo Antônio. Especialista em Pneumologia Pediátrica pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

Micheline Gisele Dalarosa – Enfermeira do Controle de Infecção do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Mestre em Enfermagem pela UFRGS; Especialista em Microbiologia pela Universidade de Caxias do Sul. Especialista em Administração Hospitalar pelo IAHCS.

Natália Miranda Jung - Nutricionista do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Epidemiologia (UFRGS). Especialista em Atenção Básica em Saúde Coletiva (ESP/SES/RS).

Rafaela Brugalli Zandavalli - Médica de Família e Comunidade da US Costa e Silva da GSC-GHC.

Renata Escobar Coutinho - Nutricionista do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, Especialista em Bases Nutricionais da Atividade Física (Universidade Gama Filho), Especialista em Saúde da Família e Comunidade (RIS/GHC), Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente (UFRGS).

Renata Ullmann de Brito - Médica do Serviço de Pneumologia do HNSC e do Centro de Referência para Tratamento de Tuberculose da Prefeitura de Porto Alegre. Especialista em Clínica Médica e Pneumologia pela UFCSPA

Roberta Souza Coelho – Médica do Serviço de Pneumologia do HNSC, Especialista em Medicina Interna pela FURG (Rio Grande/RS), Especialista em Pneumologia pelo Programa de Residência do HNSC/GHC.

Roberto Luiz Targa Ferreira – Médico do Serviço de Pneumologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Especialista em Pneumologia Sanitária pela ENSP/FIOCRUZ. Especialista em Pneumologia e Tisiologia pelo Conselho Federal de Medicina e pela UFRGS.

Rosane Glasenapp- Médica de Família e Comunidade. Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Rui Flores - Médico do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, Coordenador do Setor de Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde da GSC-GHC. Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Sandra Rejane Soares Ferreira – Enfermeira da Gerência de Saúde Comunitária do GHC, Mestre em Enfermagem (EE UFRGS); Especialista em Saúde Pública (EE UFRGS), Especialista em Saúde Coletiva e Recursos Humanos (ESP/RS), Especialista em Educação Popular (UNISINOS).

Simone Valvassori – Enfermeira da US Conceição Serviço de Saúde Comunitária do GHC, Especialista em Saúde Pública.

Teresinha Joana Dossin - Médica Infectologista do Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC). Preceptora do Programa de Residência Médica em Infectologia do HNSC.

Vinicius Coelho Carrard – Odontólogo. Mestre e Doutor em Patologia Bucal PPGODO/UFRGS. Professor Adjunto de Patologia Básica e Patologia Bucal na Faculdade de Odontologia (UFRGS), Preceptor na área de Estomatologia no Centro de Especialidades Odontológicas/UFRGS.

Ilustração:

Maria Lúcia Lenz - Médica de Família e Comunidade do setor de Monitoramento e Avaliação de Ações de Saúde-SSC; Especialista em Saúde Pública (UFRGS); Especialista em Expressão Gráfica (PUC-RS).

Dedicatória

Dedicamos esse livro à todas instituições com as quais realizamos parceria para compor uma rede organizada de atenção à saúde das pessoas acometidas pela tuberculose e suas famílias.

Dedicamos esse livro à todas instituições nas quais trabalhamos, assistindo pessoas, famílias e comunidades, apoiando a gestão dos serviços, estudando, ensinando, apreendendo e compartilhando informações e vivências com equipes multiprofissionais de saúde o que ajudou a constituir uma base de conhecimentos que hoje buscamos compartilhar e que consideramos fundamental para o cuidado integral à saúde da população.

Dedicamos esse livro às pessoas acometidas por tuberculose e suas famílias e, também as populações mais vulneráveis a esse problema de saúde para as quais dedicamos cuidados durante a nossa trajetória profissional. Seus ensinamentos foram fundamentais para que o nosso conhecimento teórico adquirido em formação acadêmica pudesse evoluir para uma prática comprometida capaz de corresponder às necessidades apresentadas pela vida.

Dedicamos este livro aos profissionais que trabalham na Atenção Primária à Saúde, porta de entrada para o acesso aos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e esperamos que o material possa ser útil no cotidiano de trabalho, bem como um incentivo a descentralização da atenção às pessoas com TB no estado do Rio Grande do Sul.

Agradecimentos

Agradecemos a Gerente **Helena Beatriz Silveira Cunha** e a Coordenadora **Simone Faoro Bertoni** deste Serviço pelo apoio e incentivo à atividade de organização de Protocolos Assistenciais na Gerência de Saúde Comunitária.

Agradecemos as **Equipes das Unidades de Saúde** do Serviço de Saúde Comunitária pelas contribuições realizadas, as quais a cada ano nos permitem realizar o aperfeiçoamento da redação deste livro. Em especial, aos colegas que participaram da organização dessa publicação e realizaram a atualização e revisão do material ao longo dos anos de utilização desse Protocolo Assistencial.

Agradecemos aos **autores, colaboradores e revisores da 1ª edição (2010), da 1ª edição ampliada (2011), da 2ª edição (2013), da 3ª edição (2015), da 4ª edição (2017) e dessa edição** do livro, pelas contribuições e pelo trabalho realizado para concretizar essa publicação.

Agradecemos a **Maria Lúcia Lenz**, Médica de Família e Comunidade do SSC, Especialista em Saúde Pública e em Expressão Gráfica, pela ilustração do livro.

Agradecemos ao **Serviço de Pneumologia do HNSC, ao Serviço de Infectologia do HNSC, ao Serviço de Pneumologia do HCC, a Equipe de Pneumologia Sanitária do HSP** pela parceria e apoio nas ações de cuidado para pessoas com TB, o que possibilitou a concretização da proposta da linha de cuidado da TB.

Agradecemos a **equipe do Setor de Monitoramento e Avaliação** do Serviço de Saúde Comunitária pelo apoio nas atividades de organização do livro, em especial, Djamo Sanzi Souza e Rui Flores.

Agradecemos a bibliotecária **Luciane Benedetti** pela revisão bibliográfica e catalogação da publicação.

Agradecemos a **Drª Carla Adriane Jarczewski** Coordenadora do Programa Estadual de Controle da Tuberculose e Diretora do Hospital Sanatório Partenon pelo apoio e o incentivo a escrita de todas as edições do livro.

Prefácio da 5ª edição

No prefácio desta 5ª edição de “Tuberculose na Atenção Primária à Saúde” destacamos a crise sanitária ocasionada pela pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) que trouxe mudanças em grande escala para diversos setores da sociedade e influenciou diretamente no setor saúde, o qual teve suas fragilidades expostas de forma global. Neste contexto, os profissionais da saúde precisaram lidar com novos desafios e se reinventar na atenção à saúde da população, reestruturando seus processos de trabalho, adotando novas tecnologias e metodologias para resolver problemas e ampliar o acesso da população aos cuidados que necessitavam.

Na Atenção Primária à Saúde (APS) foi e tem sido um desafio (re)organizar os processos de trabalho, especialmente para atenção às pessoas portadoras de condições crônicas de saúde, pois o cenário de crise sanitária impôs, além da necessidade de mudanças nos fluxos de trabalho e readequação de diversas ações que estavam sendo desenvolvidas, a sobrecarga aos trabalhadores que atuam como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). As novas atribuições na APS, como as campanhas de vacinação para a Covid-19, o acolhimento e investigação de pessoas com sintomas sugestivos da Covid-19, com um contingente reduzido de profissionais determinou que as atividades em prol da contenção da pandemia fossem realizadas em detrimento de outras condições de saúde. Os serviços de atenção à tuberculose (TB) estão entre os que foram interrompidos pela pandemia da Covid-19, em 2020 e 2021, impactando negativamente a atenção prestada à TB.

O Relatório Global-2021^a, da Organização Mundial da Saúde (OMS), informa que a pandemia da Covid-19 reverteu anos de progresso global no combate à TB e, pela primeira vez em mais de uma década, as mortes pela doença aumentaram. Em 2020, mais pessoas morreram de TB, com muito menos pessoas sendo diagnosticadas e tratadas ou recebendo tratamento preventivo, em comparação com 2019. O aumento no número de mortes por TB ocorreu principalmente nos 30 países com a maior carga da doença, entre eles o Brasil. As projeções de modelagem da OMS sugerem que o número de pessoas desenvolvendo TB e morrendo pela enfermidade pode ser, em 2021 e 2022, muito maior do que em anos anteriores.

Os dados devem servir como um alerta global, pois os investimentos financeiros no cuidado à TB foram reduzidos (2020 e 2021). É urgente a necessidade de aumentar os investimentos no cuidado da TB e na inovação para fechar as lacunas no diagnóstico, no tratamento e nos cuidados para milhões de pessoas afetadas por esta doença antiga, mas evitável e tratável.

O trabalho de atualização dos protocolos que compõem a Linha de Cuidado da TB do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), também foi interrompido, em 2020, pois já havíamos iniciado o contato com os autores e colaboradores da publicação solicitando a revisão dos capítulos do livro, quando a OMS declarou que a Covid-19 havia atingido um patamar mundial definido como pandemia e alertou todos os países para adotarem ações para conter a disseminação do problema e cuidar das pessoas acometidas pela doença.

^a World Health Organization. Global tuberculosis report 2021. Geneva: WHO; 2021. [acesso em 2022 jan. 24]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>

Em 2021, retomamos gradativamente a revisão e atualização dos capítulos dessa publicação e concluímos, em março de 2022, o trabalho de sua organização. Neste momento, é urgente que as equipes das unidades de saúde da APS tenham todo apoio gerencial (estrutura e processos) que for possível para (re)começar a (re)organização da atenção às pessoas com TB, face à grave situação da TB que também piorou no Brasil.

A caminhada de aprendizado para prestar atenção de qualidade para pessoas com TB ou em risco de desenvolvê-la nas unidades de saúde do SSC-GHC, iniciou em 2002. Portanto, neste ano, completamos 20 anos de atenção às pessoas com TB, de forma descentralizada, em Porto Alegre. Este trabalho tem sido um marco na descentralização da atenção à TB, tanto em Porto Alegre quanto no Estado do Rio Grande do Sul. Então, mais uma vez nos sentimos desafiados a promover toda colaboração necessária para atenção de qualidade às pessoas com TB.

O Ministério da Saúde^b (MS) informa que, no período de 2001 a 2019, houve um aumento na proporção de casos diagnosticados e acompanhados por serviços de APS no país, sendo que em 2019, 54% dos casos novos foram notificados por unidades de saúde classificadas como APS, e 61,4% foram acompanhados por estas unidades. Entretanto os maiores percentuais de notificação (70%) e acompanhamento (80%) dos casos novos pela APS estão nas Regiões Norte e Nordeste. Os estados de Santa Catarina (SC), Rio Grande do Sul (RS) e Distrito Federal (DF) ocupam respectivamente as três últimas posições no ranking com menos de 40% dos casos novos notificados e acompanhados por serviços de APS, refletindo uma concentração destes casos nos demais níveis de atenção. Descentralizar a atenção à TB é um desafio que está posto para nosso Estado como estratégia de ampliar o acesso da população para a prevenção, diagnóstico e tratamento precoce e efetivo da TB.

Em 2022, os serviços de APS têm o desafio de restaurar o acesso aos serviços essenciais fornecendo e facilitando a atenção às pessoas com TB, pois sua interrupção durante o combate da pandemia da Covid-19 fez com que muitas pessoas com a doença não fossem diagnosticadas e tratadas, bem como houve pouca oferta de tratamento preventivo para TB, nestes dois últimos anos.

Espera-se que esta publicação revisada e atualizada de forma clara e coerente com os princípios e atributos da APS, possa contribuir na otimização do cuidado necessário e suas complexidades ou interfaces dentro de uma rede de assistência em saúde ainda em construção.

A publicação foi escrita por profissionais que atuam há muitos anos na APS e especialistas da área de Pneumologia e Infectologia que apóiam o trabalho de descentralização da atenção à TB e que juntos, no cotidiano do processo de trabalho buscam fortalecer a rede de atenção às pessoas com TB.

Que a leitura seja encorajadora e que o compartilhamento dessa experiência de descentralização promovam nos próximos anos, cada vez mais movimentos de descentralização da atenção à TB nos municípios do Rio Grande do Sul.

Sandra Rejane Soares Ferreira

Roberto Luiz Targa Ferreira

^b Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Tuberculose: 2020. Número Especial, Mar. 2020. [acesso em 2022 mar. 10]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/Boletim-tuberculose-2020-marcas--1-.pdf>

Apresentação da 5ª edição – Volume 2

A construção deste livro de forma ampla teve por objetivo integrar a reflexão teórica com a prática e qualificar o trabalho na atenção às pessoas com tuberculose (TB) ou em risco de desenvolvê-la ao fornecer instrumentos de apoio à tomada de decisão profissional junto às pessoas, famílias e comunidades. Aborda-se o tema partindo da perspectiva do processo de trabalho realizado na Atenção Primária à Saúde (APS). Várias foram as fontes de inspiração e de ajuda durante o processo de escrita. Nossa gratidão a todas essas fontes de inspiração (vivências profissionais, livros, artigos, diálogo com colegas, diálogo com especialistas de outras áreas, cursos, entre outros) e de apoio (34 profissionais de diferentes áreas são autores do livro) que permitiram escrever a 5ª edição desta publicação.

Produzir uma obra com a intenção de contribuir para a qualificação profissional é algo de muita responsabilidade e vislumbramos, através da construção deste livro, uma possibilidade de apoiar a prática profissional de equipes de saúde da APS que trabalham de forma descentralizada com a TB, nos territórios sob sua responsabilidade.

No Brasil, este foi o primeiro livro que abordou o tema da TB no contexto de trabalho na APS e, desde sua primeira edição, em 2010, a cada revisão acrescentam-se capítulos com especificidades do trabalho de diferentes categorias profissionais. Cabe destacar que não se pretende esgotar nenhuma das temáticas apresentadas. Buscou-se elencar pontos prioritários para a atuação da equipe da APS. Mas, outros temas ainda podem ser elencados como parte do trabalho da equipe da APS no cuidado de pessoas com TB e com certeza no futuro, também precisarão ser problematizados e discutidos. Estamos disponíveis para refletir com o público as ideias aqui apresentadas que com certeza têm muito para aprimorar, discutir, aprender e escrever sobre esse tema.

Nesta edição, a publicação foi dividida em dois volumes, o primeiro com 11 Capítulos com enfoque no desenvolvimento da Linha de Cuidado e seus resultados e nos aspectos clínicos para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de TB e da infecção latente da TB. O segundo volume com 10 Capítulos que enfocam o trabalho em equipe multiprofissional e atuação em rede, o tratamento compartilhado, a adesão ao tratamento, biossegurança e as possibilidades de atuação no cuidado das pessoas com TB das diferentes categorias profissionais. A seguir descreve-se brevemente os conteúdos abordados no volume 2 da publicação.

O Capítulo 12 “Tratamento compartilhado da TB, comunicação intraequipes de saúde, intequipes/serviços e interinstitucional na articulação das redes de atenção à saúde” promove a reflexão sobre a importância do trabalho compartilhado em rede entre os serviços de diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário), dentro da própria equipe de saúde e entre diferentes setores da sociedade, fortalecendo o propósito da atenção integral à saúde para pessoas com TB ou em risco de desenvolvê-la.

O Capítulo 13 “A adesão ao tratamento e o tratamento diretamente observado (TDO) da TB” apresenta informações da literatura sobre adesão ao tratamento e os fatores que interferem neste processo com o objetivo de instrumentalizar os profissionais da APS a trabalhar com enfoque na adesão ao tratamento da TB, na identificação dos grupos populacionais mais vulneráveis ao abandono do tratamento e na realização do TDO.

O Capítulo 14 “Tuberculose, normas de biossegurança e sua aplicabilidade na Atenção Primária à Saúde” oferece subsídios para aplicação adequada das normas de biossegurança recomendadas para prevenção do contágio da TB pulmonar e/ou laríngea, no contexto da APS, com o objetivo de orientar os profissionais sobre o risco de transmissão da TB, período e formas de contágio.

O Capítulo 15 “O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde na atenção às pessoas com TB” aborda as atribuições e competências do ACS, como membro da equipe de APS no cuidado de com TB ou em risco de desenvolvê-la. Apresenta e discute o uso de tecnologias leves, estratégias e ferramentas para qualificar a abordagem do problema na família e comunidade, por este profissional.

O Capítulo 16 “Consulta de Enfermagem para pessoas com TB” descreve as atribuições e competências das(os) enfermeiras(os) no cuidado de pessoas com TB ou em risco de desenvolvê-la. Apresenta os passos para consulta de enfermagem em quatro situações clínicas específicas relacionadas à TB com o objetivo de instrumentalizar os profissionais na sua realização.

O Capítulo 17 “A integração da atenção em saúde bucal no cuidado de pessoas com TB” discorre sobre as repercussões da TB na saúde bucal, aspectos de biossegurança no atendimento odontológico e a participação da equipe de saúde bucal (ESB) da APS no cuidado de pessoas com TB, bem como a instrumentalização e integração da ESB no cuidado de pessoas com TB.

O Capítulo 18 “Assistência Farmacêutica na Atenção à Saúde de Pessoas com TB” apresenta informações com o objetivo de instrumentalizar os profissionais da APS a realizarem o acompanhamento do tratamento da TB, considerando as interações medicamentosas, os efeitos adversos ou as reações adversas, a administração dos medicamentos e a adesão ao tratamento.

O Capítulo 19 “A atuação do Serviço Social no cuidado de pessoas com TB” promove a reflexão sobre a importância da atuação proativa dos assistentes sociais, junto à equipe multiprofissional, no cuidado deste problema de saúde. Também, apresenta ferramentas de trabalho que auxiliam na avaliação social e familiar, as quais podem ser utilizadas pelas equipes de saúde, com o apoio do serviço social.

O Capítulo 20 “Possibilidades de atuação da Psicologia no cuidado de pessoas com TB” discorre sobre as possibilidades de atuação dos Psicólogos junto à equipe multiprofissional na atenção a este problema de saúde e, também sua atuação direta no cuidado de pessoas com TB, suas famílias e a comunidade. Ainda, apresenta uma revisão dos aspectos conceituais e metodológicos sobre o uso de tecnologias leves para o trabalho com TB na APS.

O Capítulo 21 “Possibilidades de atuação da Nutrição no cuidado de pessoas com TB” apresenta os aspectos nutricionais inerentes às pessoas com a doença, com o objetivo de subsidiar os profissionais da APS nas ações de avaliação, aconselhamento e manejo nutricional como parte regular do tratamento da doença, bem como indicar quando estes devem encaminhar a pessoa para a avaliação dos profissionais que realizam o apoio matricial em nutrição junto às APS e compõem a rede de cuidados ofertada para esses indivíduos. Ainda, instrumentalizar os nutricionistas que realizam o apoio matricial para o cuidado nutricional especializado desses indivíduos.

Este livro destina-se aos profissionais que realizam o cuidado à população nas unidades de saúde da APS e espera-se que possa apoiar suas práticas no cotidiano.

Boa leitura!

Sumário do Volume 2

12 TRATAMENTO COMPARTILHADO DA TUBERCULOSE, COMUNICAÇÃO INTRAEQUIPES DE SAÚDE, INTEREQUIPES/SERVIÇOS E INTERINSTITUCIONAL NA ARTICULAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	23
13 A ADESÃO AO TRATAMENTO E O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE.....	43
14 TUBERCULOSE, NORMAS DE BIOSSEGURANÇA E SUA APLICABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	57
15 O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM TUBERCULOSE	69
16 CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM TUBERCULOSE OU EM RISCO DE DESENVOLVÊ-LA	89
17 A INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO CUIDADO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE	117
18 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM TUBERCULOSE.....	129
19 ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM TUBERCULOSE.....	143
20 POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NO CUIDADO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE	163
21 POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DA NUTRIÇÃO NO CUIDADO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE	179

Lista de Abreviaturas

ACE	Área de Coleta de Escarro
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADA	Adenosinadeaminase
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALT	Alanina aminotransferase (antiga TGP)
AP	Ação Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
ARV	Antiretroviral
ATS	American Thoracic Society
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AZT	Azidotimidina, zidovudina (dorga antiviral que inibe a replicação de algunstipos de retrovírus)
BAAR	Bacilo Álcool Ácido Resistente
BCG-id	Bacilo de Calmes Guerin – intra dérmico
BIM	Boletim de Informação Mensal (da tuberculose)
BVS	Biblioteca virtual de saúde
CD4	<i>Cluster of differentiation 4</i> (glicoproteína encontrada na superfície das células imunitárias)
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i> (Centro de Controle de Doenças)
CE	Consulta de Enfermagem
CGVS	Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
CI	Coeficiente de Incidência
CM	Controle de Medicação (formulário do programa da tuberculose)
CNPS	Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN/RS	Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Rio Grande do Sul
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DFC	Dose Fixa Combinada
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short Course</i>
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DTG	Dolutegravir
E	Etambutol
EB	Esquema Básico
EFV	Efavirenz
ELISA	<i>Enzyme-linked immunosorbent assay</i> (métodos sorológicos para <i>exame</i>)
EPI	Equipamento de proteção individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FASC	Fundação de Assistência Social e Cidadania
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GDEP	<i>Global DOTS Expansion Plan</i>
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GSC	Gerência de Saúde Comunitária
H	Isoniazida
HCC	Hospital da Criança Conceição
HEPA	<i>High Efficiency Particulate Air</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

HNSC	Hospital Nossa Senhora Conceição
HSP	Hospital Sanatório Partenon
IFN gama	Interferon gama
IGRA	Interferon-Gamma release assays
ILTB	Infecção Latente da Tuberculose
IP	Inibidores da Protease
ITRNN	Inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos
IUATLD	<i>International Union Against Tuberculosis and Lung Disease</i> (União Internacional contra a TB e Doenças do Pulmão)
LAC	Laboratório de Análise Clínicas
LACEN-RS	Laboratório Central do Estado do Rio Grande do Sul
LC	Linhas de Cuidado
LCR	Líquido céfalo-raquídeo
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LSN	Limite superior da normalidade
LT-CD4	Linfócitos T auxiliar
M&A	Monitoramento e Avaliação de Ações de Saúde (setor de apoio do SSC)
MFC	Médico de Família e Comunidade
MNT	Micobactéria não tuberculosa
MR	Multidrogarresistente
MS	Ministério da Saúde
MTB ou Mtb	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NASF	Núcleo de Apoio à saúde da Família
NIC	Nursing Interventions Classification
NIOSH	<i>National Institute for Occupational Safety and Health</i>
NOC	Nursing Outcome Classification
NVP	Nevirapina
O	Ofloxacina
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAL	<i>Practical Approach to lung health</i> / Abordagem prática para a saúde do pulmão
PE	Processo de Enfermagem
PFH	Provas de Função Hepática
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPD	Purified protein derivative (derivado proteico purificado)
PRMSFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
PubMed	É uma base de dados da <i>United States National Library of Medicine</i> (NLM)
PVHIV	Pessoas vivendo com HIV
RA	Retorno por Abandono
RAL	Raltegravir
RAS	Rede de Atenção à saúde
RH	Rifampicina e Isoniazida
RHZE	Rifampicina / Isoniazida / Pirazinamida / Etambutol
RIS-SFC	Residência Integrada em Saúde ênfase em Saúde da Família e Comunidade
RM ou RNM	Ressonância Magnética ou Ressonância Nuclear Magnética
RR	Retorno por Recidiva
S	Streptomina

SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBPT	Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SE	Sem escarro
SEO / EO	S= Estreptomicina; E = Etambutol; O= Ofloxacina / E = Etambutol; O= Ofloxacina
SER / RE	S= Estreptomicina; E = Etambutol; R= Rifampicina / R= Rifampicina; E = Etambutol
SHE / HE	S= Estreptomicina; H = Isoniazida; E = Etambutol / - H = Isoniazida; E = Etambutol
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SMS - POA	Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre
SNC	Sistema Nervoso Central
SR	Sintomático Respiratório
SSC	Serviço de Saúde Comunitária
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TAA	Tratamento Auto Administrado
TARV	Terapia antiretroviral
TB	Tuberculose
TB P+	Tuberculose pulmonar bacilífera (exame de BAAR escarro positivo)
TbCTA	<i>The Tuberculosis Coalition for Technical Assistance</i>
TB-MR	Tuberculose multidrogarresistente
TC	Tomografia Computadorizada
TDF ou TAF	Tenofovir ou tenofovir alafenamida
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TGO	Transaminase glutâmica oxalética (atual AST–aspartato aminotransferase)
TGP	Transaminase glutâmica pirúvica (atual ALT-alanina aminotransferase)
TL	Tuberculose Latente
TRM-TB	Teste rápido molecular da tuberculose
TS	Tratamento Supervisionado
TSA	Teste de sensibilidade antimicrobiana
TT	Teste Tuberculínico
U DP	Unidade Divina providência
UpToDate	Base de informações médicas, baseada em evidências, revisada por pares, publicada por uma companhia médica chamada UpToDate, Inc.
US	Unidade de Saúde
VD	Visita domiciliar
WHO	<i>World Health Organization</i>
Z	Pirazinamida
3TC	Lamivudina

12 TRATAMENTO COMPARTILHADO DA TUBERCULOSE, COMUNICAÇÃO INTRAEQUIPES DE SAÚDE, INTEREQUIPES/SERVIÇOS E INTERINSTITUCIONAL NA ARTICULAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



Sandra Rejane Soares Ferreira
Lisiane Andréia Devinar Périco

Introdução

Compartilhar: v.t. Ter ou tomar parte em; participar de; compartilhar, quinhoar, partilhar com ...⁽¹⁾.

O conceito de compartilhar compreende, entre outras perspectivas, a possibilidade de “*tomar parte em*” ou de “*participar de*”. O título deste capítulo inclui a expressão “*compartilhado*” porque busca desenvolver uma reflexão sobre as diversas possibilidades e necessidades de participação que estão implicadas no tratamento da tuberculose (TB). Para que o tratamento dessa doença tenha êxito é necessário que haja uma partilha de compromissos, envolvendo os serviços de saúde, a pessoa acometida pela TB, a família e a comunidade, através da criação de pactos que contemplem as necessidades de todas as partes⁽²⁾.

A implementação da atenção à saúde com enfoque na família e na orientação da comunidade por meio dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) faz-se necessária para promover mudanças na qualidade dos serviços e reforçar o compromisso e o envolvimento dos profissionais de saúde, usuários, famílias e comunidades para que todos possam se sentir “sujeitos ativos” na busca de melhores condições de vida⁽³⁾.

Nesse sentido questiona-se: qual é a concepção do processo saúde-adoecimento das equipes da APS e dos serviços de referência secundária e terciária? e quais são os fluxos que precisam ser construídos para se realizar o tratamento compartilhado entre os serviços, instituições e comunidade?

O objetivo deste Capítulo é de incentivar os profissionais de saúde da APS a implementar o tratamento compartilhado de pessoas com TB com outros serviços e a comunidade e o exercício cotidiano de ações que fortaleçam a construção de redes de atenção à saúde no SUS.

Apresenta-se a discussão do tema subdividido em dois enfoques: a) compartilhando o tratamento da TB na equipe de saúde; b) compartilhando o tratamento da TB além das fronteiras da Unidade de Saúde (US) utilizando-se, também, o relato da experiência de trabalho de uma equipe de APS como pano de fundo para a ilustração dos aspectos teóricos abordados. Considera-se fundamental neste processo o desenvolvimento, na equipe de saúde, de habilidades para a construção de uma intervenção interdisciplinar para as pessoas com TB, bem como a disponibilidade e motivação para realizar um

trabalho na perspectiva intersetorial e interinstitucional para a construção de redes entre os serviços de diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário) adequando a atenção às pessoas e suas famílias de acordo com suas necessidades.

Compartilhando o tratamento da TB na equipe de saúde

A literatura relata que algumas dificuldades existentes para a obtenção do sucesso terapêutico no acompanhamento de pessoas com TB estão relacionadas com problemas operacionais dos serviços de saúde, ou seja, problemas relacionados com a ausência ou precariedade na coordenação da atenção à saúde⁽²⁾.

O acompanhamento dos casos de TB pelos profissionais da APS deve estar fundamentado no resgate da humanização do cuidado, no qual se realiza escuta solidária, identificando as necessidades manifestadas pela pessoa e com ela definindo as melhores estratégias de agir na perspectiva de tornar o tratamento da TB um processo de co-responsabilização⁽²⁾. Uma relação humanizada que promove o acolhimento ocorre quando o profissional de saúde garante acesso ao usuário e desenvolve responsabilidade pelas necessidades da pessoa que procura o serviço de saúde. O acolhimento é importante na relação com a pessoa, pois propõe:

[...] inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: 1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal” - assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva capaz de resolver os problemas de saúde da população; 2) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; 3) qualificar a relação trabalhador-usuário que deve dar-se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania⁽⁴⁾.

Cabe apontar a relevância que os serviços de saúde assumem neste contexto, pois podem facilitar ou limitar seu uso pelos indivíduos que demandam atenção⁽⁵⁾. O controle da TB precisa ser compreendido além de uma intervenção biomédica e ser abordado, considerando a perspectiva da pessoa e do contexto onde se inserem as práticas de saúde⁽⁶⁾, visando à integralidade na atenção.

Estudo realizado por Rodrigues et al⁽⁷⁾ identificou diversos motivos para abandono do tratamento da TB em pessoas com coinfeção TB/HIV e, em relação aos serviços de saúde, as questões relacionadas à estrutura física, organização do processo de trabalho e acesso se mostraram relevantes para a decisão de não realizar o tratamento, apontando para a necessidade de se alterar as práticas desenvolvidas nos serviços de saúde.

Para o controle da TB, espera-se que os profissionais da APS sejam capazes de identificar na comunidade, por meio de visitas domiciliares, indivíduos sintomáticos respiratórios e encaminhá-los aos serviços de saúde para investigação da doença (busca ativa)⁽⁸⁾. Além disso, espera-se que orientem a família para que observem a tomada dos medicamentos pelos seus familiares doentes e que organizem reuniões com os membros da comunidade para orientação⁽³⁾, melhorando o acesso ao serviço de saúde e ao tratamento adequado, pois estudos indicam que dificuldade de acesso aos serviços de saúde está associada com aumento do desfecho de abandono⁽⁹⁾.

O vínculo com o serviço de saúde constitui um importante princípio no cuidado da pessoa em tratamento, uma vez que estabelece uma relação de confiança, diálogo e respeito entre o profissional de saúde e aquele que recebe o cuidado, ampliando a possibilidade da pessoa compreender o significado do seu tratamento e de segui-lo de acordo com as orientações terapêuticas⁽¹⁰⁾.

É necessário um olhar abrangente sobre as diversas dimensões do indivíduo, buscando a integralidade e a compreensão dos fatores e circunstâncias com ele relacionadas e que podem interferir no tratamento como, por exemplo, o meio social em que ele está inserido, fatores psicológicos, físicos, econômicos e, ainda, como amenizar ou reduzir os prejuízos e as interferências desses fatores sobre o tratamento.

Para o acompanhamento adequado das pessoas com TB é necessário preparo (treinamento ou suporte) dos profissionais da APS⁽⁹⁾, bem como, sem perder a perspectiva do cuidado promovido em equipe, realizar a escolha de profissionais “chave” para o monitoramento dos casos – gestores de caso⁽¹¹⁾, seguindo uma sistemática de trabalho com registros e coordenação da assistência que envolve outros setores e redes de apoio social⁽²⁾.

Diante dessa complexidade, é importante que o tratamento da pessoa com TB seja compartilhado entre uma equipe multidisciplinar – médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes de saúde, nutricionistas, odontólogos, entre outros profissionais – e que ela possua o mesmo objetivo: contribuir para a cura dos casos de TB. Cabe ressaltar que para alcançar sucesso no tratamento da TB é necessário que o compartilhamento em equipe aconteça na perspectiva de Coordenação do Cuidado, onde se escolhe para cada caso um Gestor (Gestão de Caso), que será responsável por coordenar a implementação das ações de saúde necessárias para a atenção integral, dentro da complexidade de cada situação.

A atenção às condições crônicas deve envolver uma equipe multidisciplinar que atua por meio de atendimentos programados e monitoramento da situação de saúde dos usuários do serviço; esses atendimentos são estruturados com base em diretrizes clínicas construídas com base em evidências científicas, em informações clínicas relevantes e em ações organizadas para que as pessoas recebam atenção adequada. Os atendimentos programados podem ser individuais ou em grupos e inclui atenção às agudizações das condições crônicas, ações preventivas, ações educacionais de autocuidado apoiado; um sistema de monitoramento das pessoas usuárias realizado por membros das equipes de saúde, seja presencial, seja à distância, por meio de telefone ou correio eletrônico⁽¹¹⁾.

Encontra-se na literatura^(3,6,8-10) evidências sobre os benefícios do compartilhamento de responsabilidades no tratamento da TB para se alcançar a cura o que leva a recomendação dessas práticas. Mas será possível transpor a forma tradicional de trabalho compartimentada dos serviços de saúde, passando da teoria para a prática cotidiana desses pressupostos?

Da teoria para a prática: experiência de compartilhamento da atenção à saúde de pessoas com tuberculose na Unidade de Saúde (US) Divina Providência (DP)

Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de atenção às condições agudas não funciona... Devem ser desenvolvidos os cuidados inovadores para as condições crônicas⁽⁵⁾.

A atenção descentraliza às pessoas com TB na US Divina Providência (DP) foi implantada em junho de 2002 (Projeto Piloto do Serviço de Saúde Comunitária) e a equipe utiliza em sua rotina de trabalho os referenciais do Programa Nacional de Controle da TB (PNCT) e os Protocolo de Atenção às pessoas TB deste serviço. Até junho de 2008, os atendimentos das demandas relacionadas a este problema de saúde ocorriam através de consultas médicas mensais e dispensação dos medicamentos para 30 dias de tratamento. As buscas dos faltosos às consultas de acompanhamento da doença e colheitas de exames eram realizadas pela equipe, por meio de visitas domiciliares (VD). A partir de junho de 2008, o trabalho foi reavaliado e reorganizado frente a necessidade de **“fazer diferente para fazer a diferença”**. A coordenação local da atenção à TB passou a contar com uma equipe multiprofissional atuando de forma **interdisciplinar**^{c(12)} que reunia-se semanalmente, por duas horas, para realizar atividades de **vigilância da saúde**^{d(13)}, que eram complementadas com ações de monitoramento e avaliação das informações, entre elas: (a) avaliar registros de casos de TB, registro dos SR e relatório de alta de pacientes; (b) verificar o envio da Ficha do SINAN ao setor de M&A; (c) revisar o controle e dispensação de medicamentos; (d) buscar resultados de exames de baciloscopia das pessoas com sintoma respiratório, no sistema informatizado do GHC; (e) conferir estoque dos medicamentos e insumos e (f) programar em conjunto como realizar a supervisão e Educação Permanente da equipe na US.

Neste processo, foram promovidas reuniões mensais da equipe da US para discutir TB, a situação de saúde dos casos em acompanhamento e repactuar rotinas e fluxos, quando necessário. Nestas reuniões foi possível divulgar informações, discutir as atividades que ajudariam a equipe a conhecer melhor a realidade das pessoas e do problema TB no território, planejar, pactuar e desencadear as ações necessárias. Entre as atividades realizadas e apresentadas à equipe pode-se citar: (a) mapeamento geográfico de casos de TB no território destacando os pulmonares (P+); (b) organização de um painel com cronograma mensal de consultas médicas, de enfermagem e farmácia para as pessoas com TB; (c) discussão dos protocolo da GSC e pactuação das atribuições dos profissionais na atenção da TB, na US e d) Educação Permanente dos ACS para realizarem acompanhamento do tratamento das pessoas com TB, estímulo a adesão, busca ativa de faltosos as consultas de tratamento e dos SR que não realizaram exames.

^c Trabalho Interdisciplinar - Processo de integração recíproca entre várias disciplinas e campos de conhecimento capaz de romper as estruturas de cada uma delas para alcançar uma visão comum e unitária do saber trabalhando em parceria. Desse processo interativo, todas as disciplinas devem sair enriquecidas. Não basta somente tomar de empréstimo elementos de outras disciplinas, mas comparar, julgar e incorporar esses elementos na produção de uma disciplina modificada⁽¹²⁾.

^d O conceito de Vigilância da Saúde apresentado refere-se à preocupação da equipe de saúde com a utilização de um modelo assistencial em saúde capaz de articular os conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde. Buscam atuar com uma visão ampla do papel da epidemiologia nos serviços de saúde, incluindo avaliação e pesquisa e em suas propostas de ação. Preocupam-se com a compreensão da realidade que se apresenta como uma distribuição desigual de agravos à saúde, oriundos da desigualdade social. Ainda, procuram a compreensão das relações sociais que definem essas desigualdades⁽¹³⁾.

O processo de reorganização do trabalho com o objetivo de alcançar melhores resultados nas ações voltadas para as pessoas com TB ou em risco de desenvolvê-la na unidade permitiu à equipe planejar uma “**intervenção**” com diversas atividades com vistas a promoção da integralidade e da interdisciplinaridade do cuidado prestado, bem como para contribuir na qualificação do acolhimento aos usuários e no fortalecimento do vínculo entre o serviço de saúde e as pessoas com TB. A intervenção denominada “**estratégia de contatos frequentes**” previu a inserção direta dos núcleos de enfermagem (consultas mesais) e da farmácia (no mínimo duas consultas durante o tratamento) no acompanhamento das pessoas com TB e, também, o aumento do número de visitas domiciliares (VD) realizadas ao longo do tratamento da doença pelos ACS e outros profissionais.

Tecnologias leves utilizadas no processo de cuidado de pessoas com tuberculose pela Unidade de Saúde Divina Providência

Os trabalhadores de saúde e os usuários produzem, mutuamente, subjetividades - modos de sentir, de representar, de vivenciar necessidades. O encontro entre a pessoa que necessita de um cuidado em saúde e o trabalhador de saúde envolve um arsenal de saberes e práticas específicas, além de um encontro de situações nem sempre equivalentes. Ou seja, aquilo que um deseja ou procura não necessariamente se relaciona ou corresponde ao que o outro espera⁽¹⁴⁾.

A ideia de tecnologia apresentada aqui não está ligada a equipamentos tecnológicos, mas ao “saber fazer” e a um “ir fazendo com”. No campo da saúde, embora as categorias tecnológicas se inter-relacionem, não deve prevalecer à lógica expressa nos equipamentos e saberes estruturados. O ser humano necessita das tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização, denominadas “tecnologias leves”⁽¹⁴⁾.

As tecnologias têm sempre como referência o trabalho que se revela como ação intencional sobre a realidade na busca de produção de bens/produtos que, necessariamente, não são materiais, duros, palpáveis, mas podem ser simbólicos, uma vez que esse tipo de tecnologia tem como premissa a produção de relações de reciprocidade e de interação, indispensáveis à efetivação do cuidado⁽¹⁴⁾. Ao produzir essas relações, o usuário do serviço de saúde pode resgatar a sua singularidade, autonomia e cidadania.

O cuidado compõe-se de tentativas intersubjetivas e transpessoais para proteger, melhorar e preservar a humanidade ajudando a pessoa a encontrar sentido na doença, sofrimento, na dor e na existência, e para ajudar o outro a obter autoconhecimento, autocontrole e autocura⁽¹⁴⁾.

A interação profissional de saúde-usuário do serviço é um dos fatores que favorece a ação terapêutica. Esse processo de interação ocorre através do diálogo, da conversa, da escuta sensível. E, a partir desse processo, o profissional utiliza suas habilidades e seus conhecimentos para a identificação dos problemas e das necessidades da pessoa que buscou ou foi contatada pelo serviço de saúde. A seguir destacam-se exemplos de tecnologias leves utilizadas pela equipe de saúde da US DP, como o acolhimento, o vínculo, a visita domiciliar, a gestão de caso e a rede social pessoal ou rede social significativa, que foram utilizadas no processo de cuidado das pessoas com TB.

O Acolhimento

O acolhimento foi utilizado pela equipe da US DP como ação tecnoassistencial e instrumento para potencializar o encontro entre usuário-profissional-serviço. A equipe se preparou para que essa tecnologia de comunicação passasse a fazer parte das práticas profissionais, fossem elas individuais ou em equipe.

A APS tem um caráter estruturante e organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo coordenadora do cuidado e da integralidade nos seus diversos aspectos, portanto a utilização de tecnologias de relacionamento/ comunicação como o acolhimento são fundamentais no processo de trabalho¹⁵. Enquanto ordenadora das redes de atenção, a APS é compreendida como espaço de produção de mudanças no sistema de saúde, elemento articulador do cuidado, esse foi um dos desafios para a equipe da US DP no cuidado das pessoas com TB, especialmente no estabelecimento da rede de atenção à saúde com outros níveis de atenção que nem sempre possuíam o mesmo conceito de acolhimento para o usuário.

O acolhimento se constitui numa diretriz importante e necessária para a valorização do usuário, enquanto ser humano dotado de subjetividades, e que o serviço e os profissionais devem compreendê-lo em suas necessidades. Por meio dele, as concepções e práticas que fortalecem o modelo de assistência centrado nas queixas, condutas e doenças pode ser rompido e podemos estabelecer novos tipos de relacionamento com as pessoas/ família e comunidade⁽¹⁵⁾. Destaca-se que a forma com que a pessoa é acolhida pelos profissionais nos serviços de saúde influencia na adesão ao tratamento. Nessa perspectiva, a assistência oferecida pelos profissionais da US DP procurou se pautar na escuta qualificada. Para facilitar essa escuta foi estabelecida a “estratégia de contatos frequentes” para as pessoas com TB, com consultas e contatos com o médico, com a enfermagem e com outros profissionais da equipe, desde o início até o término do tratamento. Esta intervenção baseou-se na perspectiva do autocuidado apoiado, parte essencial do modelo de atenção.

O acolhimento é uma tecnologia que implica na responsabilização do serviço com os usuários e pode qualificar a escuta na unidade de saúde, promover uma recepção mais humanizada que amplia o acesso, oferece uma triagem de casos agudos e melhora a resolutividade da atenção prestada⁽¹⁵⁾.

O acolhimento envolve um interesse, uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana, empática e respeitosa ao usuário, mas ao mesmo tempo implica na avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais, que precisam ser consideradas no cotidiano do trabalho⁽¹⁵⁾.

O Vínculo

A criação do vínculo relaciona-se à prática de cuidados, traduzidos em atitudes de preocupação, interesse e zelo pelo outro. O conhecimento do contexto social em que as pessoas estão inseridas, como as condições de vida e trabalho e as relações familiares, pode fortalecer a relação de compromisso e vínculo com esses profissionais, ou seja, o protagonismo como sujeito no processo de produção de saúde⁽¹⁶⁾. Para ajudar na vinculação dos casos de TB a equipe estabeleceu por meio da “estratégia de contatos frequentes” uma “dupla” de profissionais que atuariam como referência para cada um dos casos de TB do território. Os profissionais responsáveis pelo caso (gestores do caso), quando identificavam a necessidade de avaliação das áreas da psicologia, serviço social e odontologia, propunham a discussão

do caso e realizavam encaminhamentos de forma conjunta, possibilitando oferecer um acompanhamento mais sistemático por essas áreas com prioridade no agendamento.

A proposta da “estratégia de contatos frequentes” entre equipe e usuários, foi construída com o intuito de fortalecer o vínculo e proporcionar uma abordagem voltada às diversas necessidades de saúde da pessoa com TB. Foi estabelecida uma periodicidade mínima de 15 dias para cada avaliação da pessoa com TB que recebia atendimento de diferentes categorias profissionais.

Além destas atividades de natureza individual, foram realizadas atividades coletivas e comunitárias de educação em saúde e de identificação de sintomáticos respiratórios no território utilizando a tecnologia do trabalho em “**Áreas de Vigilância**”^e.

Segundo Mendes⁽¹¹⁾, existem evidências robustas de que intervenções individuais e grupais para promover o empoderamento das pessoas e para capacitá-las para o autocuidado são muito efetivas no manejo das condições crônicas. Isso significa fortalecer as pessoas para estabelecer suas metas, participar da elaboração de seus planos de cuidados, identificar e superar as barreiras à sua saúde. Diversas experiências de compartilhamento do tratamento da TB foram acontecendo ao longo dos anos de trabalho da US DP, sendo possível citar como exemplos:

- o tratamento compartilhado com a família, onde um ou mais familiares se responsabilizam pela administração do tratamento diário e pelos retornos em consultas da pessoa com TB;
- o tratamento compartilhado com a comunidade, onde o administrador do tratamento para um morador de rua alcoolista foi o dono de um bar (único lugar onde a pessoa comparecia diariamente) e com o qual ele mantinha forte vínculo;
- o tratamento compartilhado com Serviço de Referência de nível secundário da TB;
- o tratamento compartilhado com Serviço de Referência de nível terciário da TB (HSP), devido a internações temporárias por comorbidades ou problemas sociais (necessidade de internação para tratar o uso de drogas, por exemplo); e
- o tratamento compartilhado com uma instituição prisional.

Desenvolver um olhar ampliado que levasse em consideração aspectos biopsicossociais do indivíduo/ família e comunidade foi fundamental, pois permitiu construir novas formas de abordagem que facilitaram o processo de adesão ao tratamento, bem como o estabelecimento de uma relação de confiança entre o usuário e a equipe, abrindo espaço para conversar sobre a maneira como cada um se comporta frente à doença e ao tratamento da TB.

As Visitas Domiciliares (VD)

A VD é um dos instrumentos mais indicados à prestação de assistência à saúde, do indivíduo, família e comunidade, pois possibilita conhecer a realidade do usuário e sua família *in loco*, compreender os aspectos psico-afetivo-sociais e biológicos da clientela assistida, contribuir para a redução de gastos hospitalares, além de fortalecer os vínculos usuário – terapêutica – profissionais⁽¹⁷⁾.

A VD deve ser realizada mediante processo racional, com objetivos definidos e pautados nos princípios de eficiência. Também, deve ser considerada no contexto de educação em saúde por

^e Áreas de Vigilância – denominação da reorganização do processo de trabalho da US DP, com uma postura de Vigilância da Saúde, onde a área de abrangência do posto foi dividida em três “áreas de vigilância” e cada uma dessas áreas ficou sob a responsabilidade de um grupo de trabalho oriundo da subdivisão dos profissionais da equipe de saúde.

contribuir para a mudança de padrões de comportamento e, conseqüentemente, promover a qualidade de vida através da prevenção de doenças e promoção da saúde⁽¹⁷⁾.

Segundo Costa⁽¹⁸⁾, “a visita domiciliar como atividade dirigida à família enseja um tipo de ensino voltado à solução de problemas de vivência em situações da vida real, no ambiente familiar”. É uma atividade caracterizada fundamentalmente pela interação entre indivíduos, e aí, a comunicação assume uma importância decisiva.

Na APS, a VD propicia maior proximidade dos profissionais e serviços com as pessoas e seus modos de vida. Conforme Fonseca e Bertolozzi⁽¹⁹⁾, ela permite uma aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar. Ou seja, a VD é um instrumento que possibilita identificar como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida dos membros, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no interior do universo familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros. Além de buscar a identificação dessa situação familiar, a sua prática compreende ainda entender as funções sociais, econômicas e ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade⁽¹⁹⁾.

Na experiência da US DP foi elaborada uma ficha para as VD com informações sobre a pessoa, sua família e aspectos relacionadas ao seu acompanhamento. Nas VD, os ACS e demais profissionais da equipe investigam o contexto em que a pessoa vive e as condições de vida que afetam o prognóstico da doença, bem como, os contatos intradomiciliares suscetíveis a desenvolver a doença quando esta é pulmonar e os fatores positivos do contexto que poderão auxiliar no tratamento.

Rede social pessoal ou rede social significativa

A rede social pessoal ou rede social significativa pode ser definida como a soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativa na sua vida⁽²⁰⁾. Esta rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para a sua autoimagem. Constitui uma das chaves fundamentais da experiência individual de identidade, bem-estar, competência e autoria, incluindo os hábitos de cuidado da saúde e a capacidade de adaptação em uma crise⁽²⁰⁾.

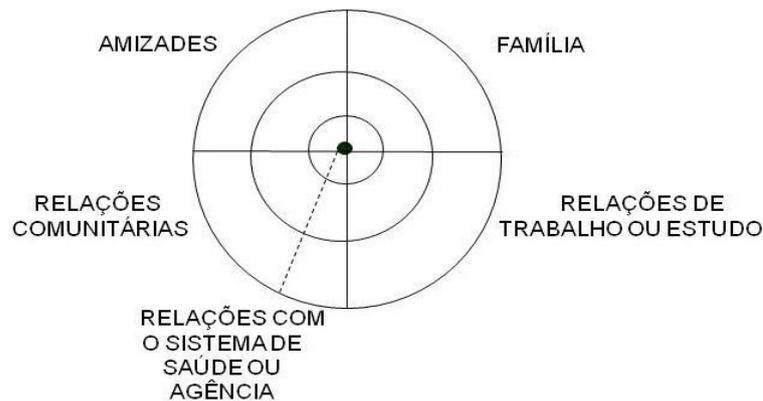
A avaliação da rede social (mapa social) pode ser registrada em forma de mapa incluindo todos os indivíduos com os quais uma determinada pessoa interage. O mapa pode ser sistematizado em quatro quadrantes: família, amigos, relações de trabalho/escolares, relações comunitárias/de serviço (Figura 2). Sobre esses quadrantes, inscrevem-se três círculos: um interno de relações íntimas; um intermediário de relações pessoais com menor grau de compromisso e um externo de conhecidos e relações ocasionais⁽²⁰⁾.

A representação de cada participante desse mapa deve ser registrada por meio de pontos partindo-se de um ponto central que representa a pessoa e os seus vínculos são marcados com linhas que ligam dois ou mais pontos tornando possível visualizar a rede social significativa do informante.

Sabe-se que todas essas dimensões da rede de cada sujeito estão constantemente interagindo de forma dinâmica e essas interações “atravessam” o processo de saúde-adoecimento, de concepções de doença e cura de cada sujeito e de cada família⁽²⁰⁾. O trabalho proposto pelo conceito de redes sociais significativas teria a função de mapear, junto à pessoa com algum problema de saúde a sua rede de contato/de relações e de que forma poderia utilizá-la em prol do seu bem-estar⁽²⁰⁾. Realizando esse

mapeamento tanto a equipe de saúde, quanto o próprio sujeito e família, afetados pela TB, podem vislumbrar as suas possibilidades de vínculos afetivos, apoio emocional, estrutural, grau de intimidade, possibilidades de construção de projetos e de planejamento da sua vida durante este tratamento.

Figura 1 - Mapa de rede social pessoal significativa



Fonte: Reprodução da Figura de Sluzki⁽²⁰⁾

O emprego desta tecnologia leve possibilita à pessoa e a equipe que a acompanha a visualização da rede de relações. Seu objetivo é oportunizar a construção conjunta do plano terapêutico singular, identificando com a pessoa as potencialidades e fragilidades na sua rede de apoio. Assim, será possível realizar tratamentos compatíveis com as realidades de cada sujeito. Os profissionais devem buscar a confiança das pessoas atendidas, sua satisfação através de uma relação empática e sem pré-julgamentos, devido à necessidade do processo de cuidado englobar além da competência técnica, os aspectos interpessoais e humanísticos da relação profissional-usuário-família⁽²⁰⁾.

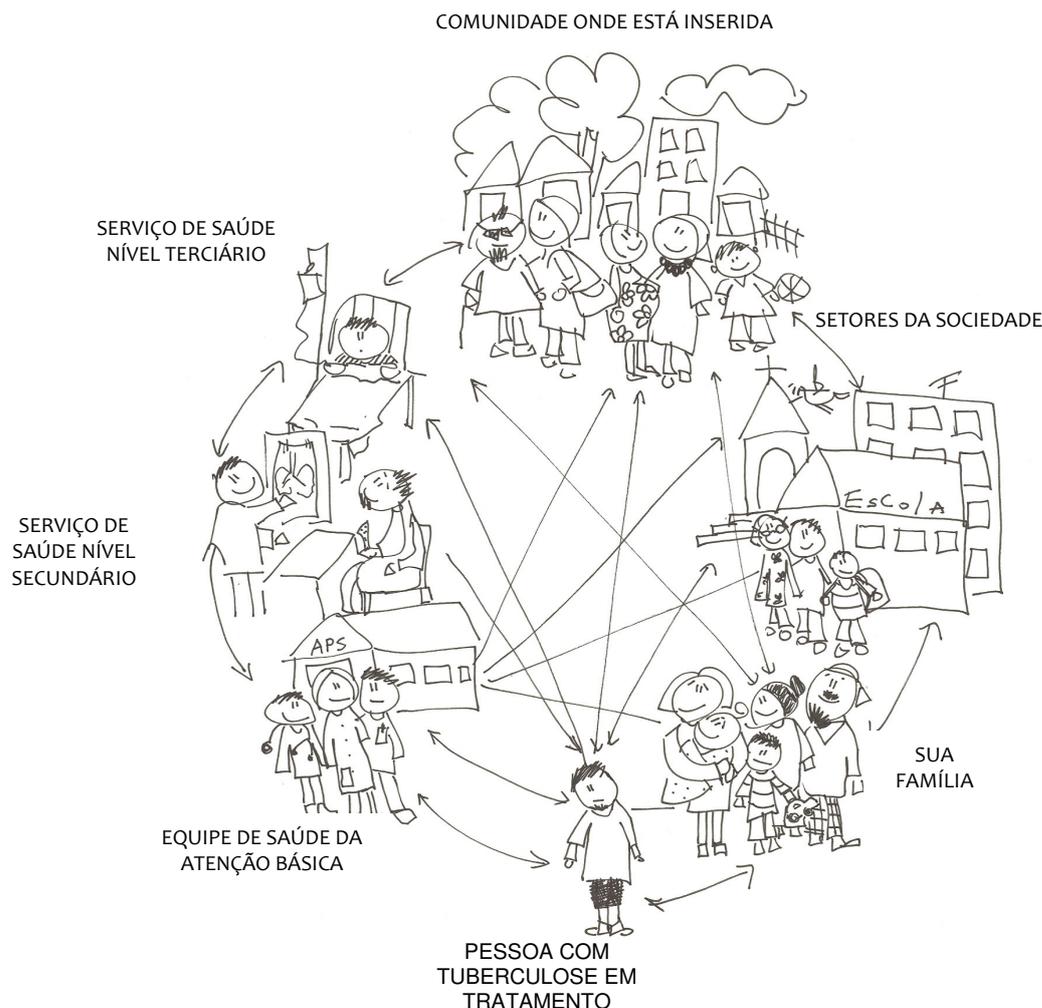
Apresenta-se nos Capítulos 19 e 20, dessa publicação, a descrição detalhada de outras tecnologias leves que podem ser utilizadas pelas equipes de saúde, entre elas: a avaliação socioeconômica, o genograma, o ecomapa, a discussão de casos, a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), a interconsulta e a gestão de caso.

A experiência de reorganização do processo de trabalho da equipe US DP foi importante para todo o Serviço de Saúde Comunitária e inspirou outras equipes de saúde a buscarem e utilizarem tecnologias de relação, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculo, de autonomização dos sujeitos produzindo-se neste contexto um trabalho mais amplo para o compartilhamento do tratamento dos casos de TB, seja entre a própria equipe, com familiares, com pessoas da comunidade, com Serviços de Referência em nível secundário e terciário ou ainda com outras instituições na perspectiva do trabalho intersetorial. A produção de relações de reciprocidade e de interação foram fundamentais para a efetivação do cuidado de muitas pessoas com TB trazendo satisfação à equipe, ao usuário do serviço e a sua família.

Compartilhando o tratamento da TB além das fronteiras da Unidade de Saúde

Uma nova proposta assistencial visando à integralidade da atenção às pessoas com TB, não poderia concentrar-se apenas na renovação do processo de trabalho das equipes de saúde, mas também explorar a potencialidade dos vários componentes da rede de atenção à saúde, além da rede social pessoal significativa do indivíduo para o compartilhamento do tratamento da TB.

Figura 2 - Representação gráfica da rede de compartilhamento do tratamento na tuberculose



A seguir relata-se, de uma perspectiva teórico-prática, essas outras formas de compartilhamento que a equipe da US DP e outras unidades do SSC vem experimentando no seu cotidiano.

A. Compartilhando o tratamento com a família

A inclusão dos familiares no processo de tratamento e acompanhamento de uma pessoa com TB é ação extremamente importante e que deve ser considerada em todos os casos⁽³⁾.

O indivíduo possui algumas características como: ter corpo biológico singular (que, por sua vez, possui uma estrutura óssea-muscular e funções); ter elementos psicológicos e uma espiritualidade, interagindo em um meio que tem uma cultura, onde está a família e a sociedade. A família, por sua vez,

também se caracteriza por ser um corpo, mas um corpo social, ou seja, uma rede de interações que pode assumir diferentes formas; que possui objetivos e toma decisões enquanto grupo; tem uma estrutura de funcionamento interno, construída por posições e papéis, possuindo várias atribuições, dentre elas, cuidar da saúde de seus membros⁽²¹⁾.

O processo de adoecimento interfere nas relações familiares, podendo alterar os laços afetivos, causando distanciamento da família ou uma união ainda maior, de maneira que seus membros vivenciem as dificuldades de saúde como uma unidade, podendo fortalecer os laços familiares e proporcionar o estabelecimento de novas prioridades para suas vidas⁽²¹⁾.

A terapia familiar tem uma perspectiva biopsicossocial, na qual os profissionais atuam junto com as famílias de modo a oferecer um cuidado mais integrador para a saúde e a cura. Quando a ênfase passa do impacto da doença na família, para o impacto da vida em família no processo da doença, “podemos falar de medicina psicossomática”⁽²²⁾. O achado de que algumas doenças são indicadores psicossomáticos mostra que o estresse e a ansiedade podem causar efeitos destrutivos no corpo. Portanto, quando se compreende o funcionamento de cada família, o significado e concepção de doença e saúde que está presente em sua cultura, bem como as relações de cuidado que se estabelecem, as crenças que possuem a respeito do cuidado e do autocuidado, teremos a possibilidade de lidar, de uma forma mais ampla, com a adesão ou rejeição ao tratamento e propiciar atenção singular ao sujeito que está com TB.

Pesquisa realizada por Mendes, através de entrevistas com pessoas acometidas por TB e profissionais de saúde que trabalham com a doença, constatou que a clientela, em suas representações, aponta para uma concepção de que a doença é curável, marcada por estigma e contagiosa. As pessoas com TB assimilaram as orientações médicas relativas ao tratamento, entretanto, isto não significou que todos as tenham incorporado e colocado em prática. A autora concluiu que, ao contrário do que sugerem os profissionais de saúde, o abandono do tratamento não se deve apenas à falta de informações e orientações, e sim a um conjunto de fatores, constituído de causas sócio-econômicas, culturais e de representações sobre a saúde (cura), doença e corpo⁽²³⁾.

O indivíduo e seus familiares devem se tornar protagonistas do próprio tratamento e sujeitos ativos no processo decisório de seu projeto terapêutico⁽²³⁾. Estudo conduzido por Maciel⁽²⁴⁾, no qual se escolhia um familiar para supervisionar o tratamento de pessoas com TB, a taxa de cura foi de 96%. Os pesquisadores concluíram que TDO por um membro da família tem se mostrado uma técnica eficaz e de baixo custo⁽²⁴⁾. Mas como envolver familiares e outras pessoas do meio social da pessoa com TB no plano de acompanhamento?

Uma possibilidade é ampliar-se o olhar frente a esse sujeito e a sua família. Essa ação pode ser facilitada pela utilização de tecnologias como, por exemplo, a “rede social significativa”, entre outras. Essas redes abordam a ampliação das possíveis relações que os sujeitos possam ter, ou seja, defendem que as fronteiras do sistema significativo de cada indivíduo vão além da família nuclear, extensa, incluindo todo o conjunto de vínculos interpessoais desses sujeitos tais como: amigos, relações de trabalho, estudo, de inserção comunitária e práticas sociais⁽²⁰⁾.

Na experiência de trabalho com TB na US DP, o compartilhamento do tratamento com a família aconteceu em situações onde havia comprometimento da condição de autonomia e autocuidado da pessoa doente como, por exemplo, na situação em que um jovem dependente químico teve TB e a mãe

assumiu o cuidado ou em outro caso no qual uma senhora com seqüela de AVC estava com TB e a nora assumiu a administração do tratamento.

B. Compartilhando o tratamento com a comunidade

Existe a necessidade de se criar alternativas para o tratamento efetivo e o controle da TB através de práticas de saúde participativas, coletivas, integrais, vinculadas à realidade da comunidade e capazes de ultrapassar as fronteiras das US. A atuação dos serviços nas dimensões familiar e comunitária se constituem em um novo paradigma para o SUS, sendo fundamental para a reorganização dos serviços e nas Estratégias de Saúde da Família (ESF). Utilizar esse enfoque, obrigatoriamente, envolve um sistema de Vigilância em Saúde que priorize a vigilância do espaço/população/família/ comunidade de ocorrência da doença e não mais a vigilância clássica, focada no indivíduo^(25,26).

Na ESF, o ACS assume um espaço, muitas vezes central, pois, além de residir na comunidade em que atua, mostra-se familiarizado com seus valores, costumes e linguagem, produzindo uma união entre o uso de tecnologia/conhecimento em saúde e as crenças locais. O ACS seria, então, um facilitador, capaz de construir pontes entre os serviços de saúde e a comunidade, identificando prontamente seus problemas, atuando no trabalho de prevenção de doenças e promoção da saúde^(27,28).

Estudo conduzido por Niazi e Delaimi⁽²⁹⁾, realizado no Iraque, que avaliou o compartilhamento do tratamento da TB com a comunidade associado à realização de VD, observou que nos pacientes que realizaram TDO feito pela Federação das Mulheres Iraquianas as taxas de cura foram significativamente melhores do que no grupo controle que compareceu ao centro de saúde local para tratamento (83,7% versus 68,6%) e taxas de conversão de esfregaço foram significativamente melhores nos casos da intervenção em comparação com os controles em todas as fases.

Na experiência de trabalho com TB na US DP, o compartilhamento do tratamento com a comunidade aconteceu em situações onde o contexto familiar estava muito prejudicado ou inexistente e o indivíduo havia criado fortes laços com pessoas em diversos espaços da comunidade. As pessoas com TB, nestes casos, também apresentavam prejuízo da condição de autonomia e autocuidado como, por exemplo, adulto em situação de rua, dependente químico de álcool e/ou outras drogas, doença mental, idoso vivendo só com prejuízo de memória, entre outros. No caso do adulto em situação de rua e, também, dependente químico de álcool o dono do bar onde ele comparecia diariamente foi à única pessoa do seu convívio social que se ofereceu para realizar a administração diária do tratamento da TB. Ainda, o bar foi o único local onde sua presença foi diária durante o período de tratamento.

C. Compartilhando o tratamento com os Serviços de Referência

A organização de redes de atenção à saúde (RAS) com sistema de referência e contra referência é um dos princípios da APS e do SUS para garantir a integralidade da atenção. No processo de acompanhamento dos casos de TB pela APS, os profissionais da saúde irão identificar muitas vezes a necessidade de encaminhar as pessoas aos serviços especializados. Frequentemente, a TB apresenta-se associada com outras morbidades ou as pessoas apresentam efeitos colaterais aos medicamentos utilizados ou a equipe suspeita de falência do esquema básico ou drogaassistência. Portanto, algumas pessoas com TB necessitarão de avaliação e/ou acompanhamento da sua condição de saúde em Serviços de Referência de nível Secundário ou Terciário, seja de equipamentos da assistência social, seja de serviços de TB e de outras especialidades médicas.

Na prática cotidiana da APS tem sido um desafio compartilhar o tratamento da TB com os Serviços de Referência, pois o sistema de saúde não está plenamente constituído na perspectiva da atuação em rede. Pela dificuldade de comunicação entre os serviços, ainda encontramos serviços especializados que centralizam a tomada de decisões sobre o tratamento das pessoas, não partilhando o acompanhamento com os serviços de APS e não estimulando os usuários a procurar como porta de entrada para o seu acompanhamento a US mais próxima da sua residência. No contexto da TB, muitas vezes, o serviço de APS dispõe de melhores condições para realizar o acompanhamento cotidiano da pessoa e do seu tratamento do que os Serviços de Referência, visto que a US localiza-se próxima a residência dela, ainda uma grande parcela dos casos está vinculada a este serviço por um prontuário família, além da equipe ter maior conhecimento sobre a realidade familiar e comunitária. Entretanto, algumas pessoas com TB podem acessar diretamente o serviço secundário ou terciário por meio de outras portas de entrada do sistema (UPA e serviços de emergência) e desenvolver um bom vínculo mantendo seu acompanhamento apenas neste serviço.

Para superar estas dificuldades, é necessária a adoção pelo serviço de APS do princípio da coordenação do cuidado. Entende-se por este princípio a disponibilidade de informações entre os diversos níveis de atenção e trocas de ações, que possibilitem qualificar a assistência prestada às pessoas/ família e comunidade, em um esforço comum, de forma que sejam utilizados todos os recursos possíveis para o sucesso do tratamento ou do cuidado necessário.

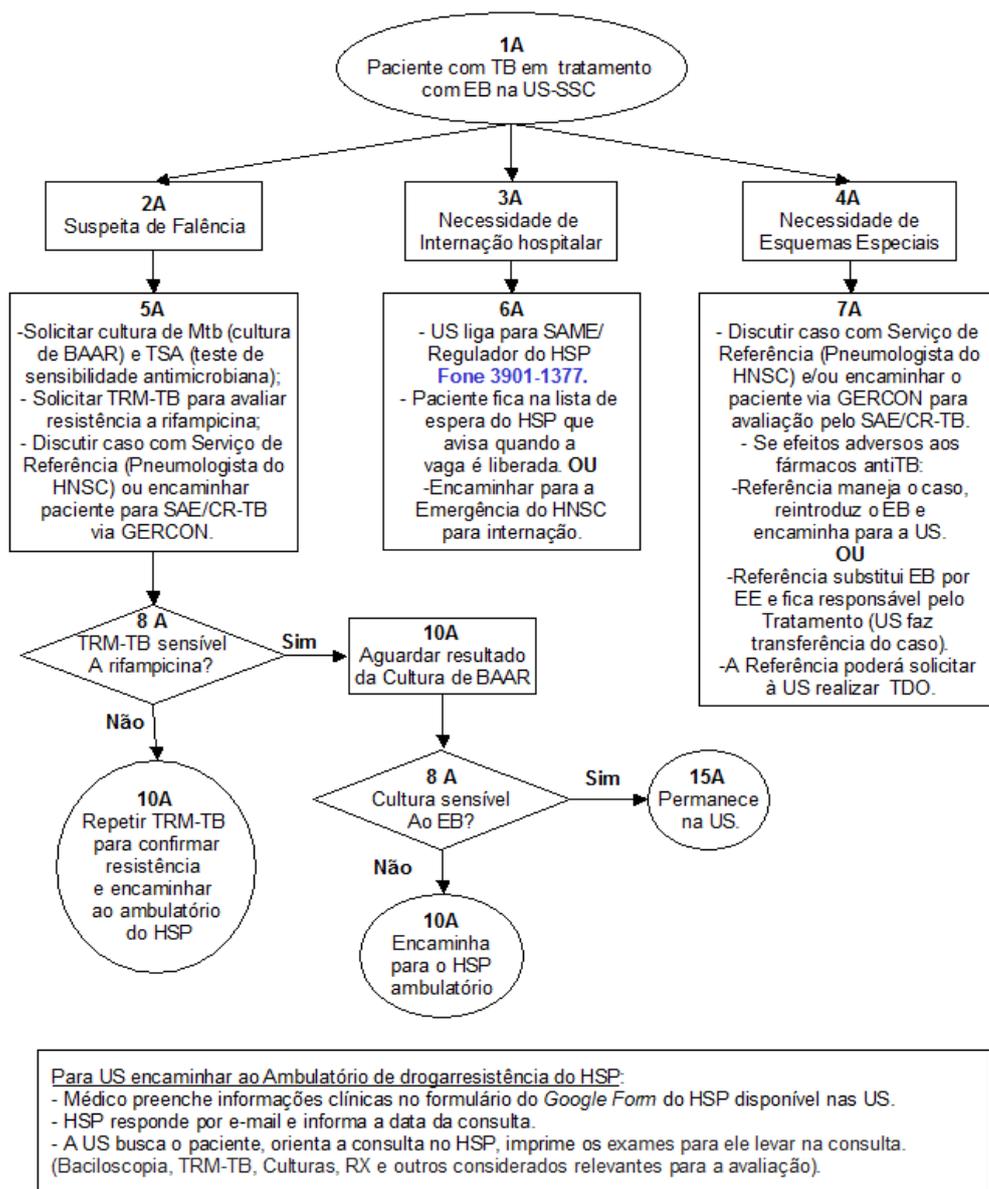
O papel especial da APS é relativizar a tendência à centralização pelo serviço especializado em relação à dominância na tomada de decisões sobre a pessoa com TB, evitar duplicação desnecessária de exames ou procedimentos e minimizar a expressão de diferentes opiniões sobre o problema de saúde, quando essas forem insignificantes, diminuindo dúvidas e inseguranças da pessoa/ família sobre o seu tratamento⁽³⁰⁾, numa perspectiva de coordenação da informação e das ações que estejam envolvidas no plano de cuidados. Esforços deverão ser empregados no conhecimento de todos os casos de pessoas com TB no território, na manutenção de contatos periódicos com os Serviços de Referência para trocas de informação e compartilhamento de ações e o acompanhamento regular da pessoa e seus contatos com o serviço de APS para possibilitar o pleno exercício da coordenação do cuidado.

A experiência da US DP com o compartilhamento do tratamento com Serviços de Referência de Tuberculose e de outras especialidades é ampla devido à complexidade das situações frequentemente associadas às pessoas com TB do território da unidade. Comorbidades como AIDS e dependência química tem determinado que o Gestor do Caso e outros profissionais da equipe realizem discussão dos planos de tratamento com a referência secundária e que sejam necessárias internações hospitalares em função das comorbidades pela referência terciária.

A Coordenação da LC da TB no SSC, por meio da comunicação com os serviços de referência secundária e terciária em TB no município de Porto Alegre e seus coordenadores desenvolveu em parceria com estes serviços um fluxograma para a sistematização do processo de referência e contra referência dos casos de TB sob sua responsabilidade. Estabelecer e pactuar fluxos de forma clara entre todos os serviços envolvidos é fundamental para a integralidade da atenção, também evita desgastes de energia dos profissionais por falha na comunicação e aumenta a confiança e a cooperação entre os diferentes setores.

Apresenta-se a seguir dois fluxogramas de encaminhamento aos serviços de referência que estão sendo utilizados para qualificar a comunicação interinstitucional melhorando a articulação da rede de atenção às pessoas com TB. O primeiro fluxograma (Figura 3) apresenta a forma como o Serviço de Saúde Comunitária do GHC deve realizar o encaminhamento de pessoas com TB do para Serviços de Referência Secundária e Terciária.

Figura 3 - Fluxograma de encaminhamento de pessoas com tuberculose das Unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária para Serviços de Referência



Fonte: Organizado pelas autoras

Desde fevereiro de 2020 os usuários com diagnóstico de TB que necessitam atendimento especializado nos Serviços de Atendimento Especializado (SAE), no município de Porto Alegre (Referência Secundária), deverão ser agendados via sistema GERCON na agenda denominada “Consulta em Tuberculose”. Os critérios para atendimento especializado em TB nestes serviços são:

- Suspeita clínica de tuberculose sem confirmação laboratorial;
- Pessoas com comorbidades e impossibilidade de utilização do EB em virtude de hepatopatias, nefropatias, entre outras comorbidades;
- Pessoas com diagnóstico de tuberculose com idade menor que 10 anos;
- Pessoas com reação adversa moderada/grave aos tuberculostáticos;
- Pessoas com necessidade de uso de esquemas especiais de tratamento;
- Elucidações diagnósticas;

Os Serviços de Atendimento Especializado (SAE)/Centro de Referência em Tuberculose (CR-TB) podem compartilhar o tratamento de pessoas com Esquema Especial definido para que as US realizem o TDO. O paciente mantém o agendamento de uma consulta mensal de avaliação, acompanhamento e retirada de medicação no Serviço de Referência e o acompanhamento diário na US.

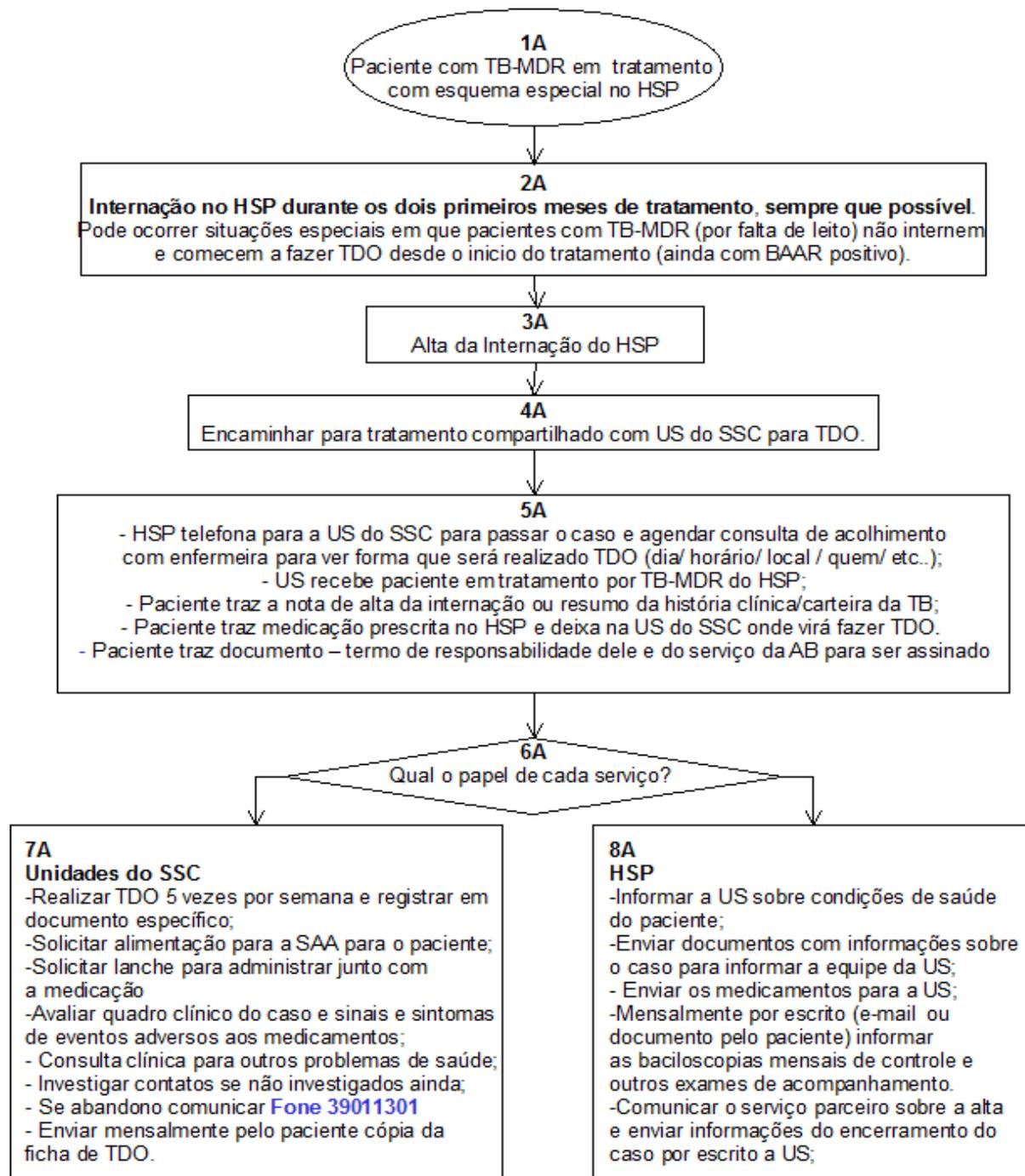
Quanto a Referência Terciária - Hospital Sanatório Partenon (HSP), as US da GSC deverão encaminhar os pacientes em qualquer uma das quatro situações a seguir:

- Diagnóstico diferencial de Micobactéria Não Tuberculosa (MNT) - Cultura positiva para MNT de pacientes com ou sem tratamento para TB;
- Avaliação de resistência COM confirmação laboratorial (Confirmação de qualquer tipo de resistência detectada por Teste de Sensibilidade ou resistência à Rifampicina confirmada em duas amostras de TRM-TB).
- Elucidação Diagnóstica (Consultoria de casos de difícil diagnóstico/ com efeitos adversos maiores e necessidade de avaliação de uso de esquema especial);
- Avaliação de resistência SEM confirmação laboratorial (paciente que apresenta persistência de baciloscopia de escarro positiva ao final do tratamento; paciente que inicialmente apresentava baciloscopia fortemente positiva (++ ou +++) e mantém essa positividade até o quarto mês de tratamento; e pacientes com baciloscopia inicialmente positiva, seguida de negatificação e nova positividade, por dois meses consecutivos, a partir do quarto mês de tratamento).

O encaminhamento para o HSP é realizado por meio do formulário do *Google Form* no link: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc5qyVuud-DNkr5E5QRuYJoThim1yhswhPG1DTQFQVnOKIiyg/viewform?usp=sf_link. O HSP encaminha a data da consulta por e-mail para o profissional solicitante. A US é responsável pela busca do paciente e pela orientação sobre a consulta no HSP. Destaca-se que é fundamental que o paciente leve impresso todos os exames realizados para o HSP (Baciloscopia, TRM-TB, Culturas, RX e outros considerados relevantes para a avaliação).

O fluxograma da Figura 4 apresenta a proposta de encaminhamento de volta para as US das pessoas que residem no território do SSC, estão com TB droga resistência e estiveram internadas no Hospital Sanatório Partenon (HSP) ou em acompanhamento no ambulatório de drogaresistência deste serviço. A Referência Terciária vai encaminhar o paciente para realizar TDO na US e o acompanhamento será compartilhado entre os dois serviços.

Figura 4 - Fluxograma de encaminhamento de pessoas com tuberculose do Hospital Sanatório Partenon para o Serviço de Saúde Comunitária para tratamento compartilhado



Fonte: Organizado pelas autoras

D. Compartilhando o tratamento na perspectiva intersetorial

Devido à magnitude dos problemas de saúde e à complexidade que envolve o paciente de TB, outros setores dentro e fora do âmbito dos serviços de saúde, são convocados a participar da proposta de atenção integral à saúde. Esta articulação entre profissionais e serviços intra e extra setoriais poderá resultar em maior interação entre si e na ampliação do processo de reflexão acerca da diversidade de

problemas que envolvem as pessoas com TB e seus familiares, conduzindo à busca de soluções em um universo mais amplo de opções⁽³¹⁾.

Não se deve perder de vista que, dentro do quadro complexo em que se inserem os problemas de saúde, nem sempre este setor dispõe da totalidade de recursos necessários para dar uma resposta efetiva aos mesmos. Na atualidade, caracteriza-se como um desafio aos planejadores e profissionais de saúde, adotar estratégias que contribuam para melhoria da qualidade dos serviços ofertados e garantam o acesso igualitário e a equidade⁽³¹⁾.

Além dos problemas que envolvem diretamente a pessoa com TB (uso de drogas, alcoolismo, AIDS), os serviços de saúde se deparam com outros de natureza econômica, cultural e social que contribuem para definir e determinar as necessidades de saúde das pessoas. Intervir sobre estes aspectos exige o reconhecimento da complexidade da situação de saúde no Brasil e de intervenções que construam articulações de amplo alcance, com a participação de outras instâncias decisórias nos campos da política, economia e sócio-culturais. Assim, o tratamento da TB não pode estar descolado deste contexto maior das políticas de saúde⁽³¹⁾.

O controle da TB requer melhor distribuição de renda da população, combate sistemático da miséria, melhores condições de moradia e educação, pois estes fatores contribuem para a manutenção da grave situação epidemiológica atual. Estudos evidenciam, por exemplo, que incentivo financeiro melhora o desfecho de alta por cura da TB⁽³²⁾. Dotar o sistema de saúde de condições ideais para o combate efetivo destas condições, valorizar o profissional de saúde, utilizar todos os recursos tecnológicos disponíveis, assim como envolver todos os demais segmentos da sociedade são fatores imprescindíveis para o controle da TB⁽³³⁾.

Estudo internacional indica que um conjunto de intervenções, incluindo assistência reforçada por uma melhor comunicação entre profissionais de saúde e paciente, descentralização do tratamento, escolha da terapia diretamente observada e reforço das atividades de supervisão melhora o prognóstico das pessoas com TB em comparação com os procedimentos usuais de controle⁽³⁴⁾. Esses achados reforçaram a concepção de que a reorganização do processo de trabalho pode ampliar os impactos positivos na atenção à saúde de pessoas com TB.

Nas atividades do PNCT é fundamental a participação da sociedade civil organizada. É necessário manter uma ampla discussão das estratégias de controle da TB no Brasil, levando em consideração a articulação, intersetorialidade, interdisciplinaridade e participação da sociedade civil. Portanto, pode-se afirmar que, no cenário atual de enfrentamento da TB no Brasil, é indiscutível e imprescindível a atuação do setor comunitário⁽³³⁾.

A experiência da UDP com o compartilhamento do tratamento na perspectiva intersetorial aconteceu em situações onde a pessoa com TB demandou ações de outros setores da sociedade e foi necessário trabalho conjunto para a manutenção do tratamento.

Referências

1. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio eletrônico. 5. ed. Curitiba: Positivo; 2010.
2. Sa LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto contexto – Enferm.* 2007; 16(4):712-8.
3. Oliveira SAC, Netto AR, Villa TCS, Vendramini SHF, Andrade RLP, Scatena LM. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. *Rev. Latinoam. Enferm.* 2009 maio-jun.; 17(3):361-7.
4. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 1999 abr./jun; 15(2):345-53.
5. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OPAS/OMS; 2003.
6. Souza FBA, Villa TCS, Cavalcante SC, Ruffino Neto A, Lopes LB, Conde MB. Peculiaridades do controle da tuberculose em um cenário de violência urbana de uma comunidade carente do Rio de Janeiro. *J Bras Pneumol.* 2007; 33(3):318-22.
7. Rodrigues ILA, Monteiro LL, Pacheco RHB, Silva SED. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(2):383-7.
8. Mohan A, Nassir H, Niazi A. Does routine home visiting improve the return rate and outcome of DOTS patients who delay treatment? *East Mediterr Health J.* 2003 Jul; 9(4):702-8.
9. Brasil PEAA, Braga JU. Metanálise de fatores relacionados aos serviços de saúde que predizem ao abandono de tratamento de pacientes com tuberculose. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(supl. 4):S485-502.
10. Arcêncio RA. A organização do tratamento supervisionado nos 36 municípios prioritários do Estado de São Paulo: facilidades e dificuldades [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2006.
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.
12. COSTA RP. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental [Internet].* 2007 [acesso em 2018 fev. 15]; 5(8):107-24. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100008.
13. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: Rozenfeld S., org. *Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 49-60. ISBN 978-85-7541-325-8. Acesso 10 julho 2017, Disponível em: <http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-06.pdf>
14. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE; Onocko R (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
15. Oliveira JR de, Albuquerque MCS de, Brêda MZ, Barros LA, Lisbôa GLP. Concepções e práticas de acolhimento apresentadas pela enfermagem no contexto da atenção básica à saúde. *Rev enferm UFPE on line [Internet].* 2015 dez. [acesso em 2017 dez. 2]; 9(Supl. 10):1545-55. Disponível em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/fsandra/Meus%20documentos/Downloads/10869-23498-1-PB.pdf>
16. Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Egly EY. As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(Esp. 2):1656-60.
17. Souza CR, Lopes SCF, Barbosa MA. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. *Rev UFG.* 2004 dez; 6(N Esp.).
18. Costa J. Visitação domiciliária: base para o ensino de enfermagem na comunidade. *Enf Novas Dimens.* 1977; 3(2):78-82.
19. Fonseca RMGS, Bertolozzi MR. A epidemiologia social como instrumento de intervenção em saúde coletiva e em enfermagem em saúde coletiva. Santa Maria, out. 1997. Texto resumido do curso *Epidemiologia Social*, ministrado durante o I Encontro Internacional de Enfermagem: Educação e Saúde.

20. Sluzki, C. E. A rede social na prática sistêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
21. Cecagno S, Souza DM, Jardim RMV. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. *Acta Sci Health Sci.* 2004; 26(1):107-12.
22. Munuchin S. Famílias e casais: do sintoma ao sistema. Porto Alegre: Artmed; 2009.
23. Mendes MCT. A clientela e os profissionais de saúde diante da tuberculose [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 1998.
24. Maciel EL, Silva AP, Meireles W, Fiorotti K, Hadad DJ, Dietze R. Terapia diretamente observada utilizando supervisores domiciliares para tratar tuberculose em Vitória, Brasil. *J Bras Pneumol.* 2008 jul; 34(7):506-13.
25. Ruffino-Netto A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. *Inf Epidemiol SUS.* 2001; 10(3):129-38.
26. Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde: uma agenda para a saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
27. Giffin K, Shiraiwa T. O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos. *Cad Saúde Pública.* 1989 jan./mar; 5(1):24-44.
28. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública.* 2002 nov.dez.; 18(6):1639-46.
29. Niazi AD, Al-Delaimi AM. Impact of community participation on treatment outcomes and compliance of DOTS patients in Iraq. *Eastern Mediterr Health J.* 2003 Jul; 9(4):709-17.
30. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde; 2002.
31. Muniz JN, Villa TCS, Pedersolli CE. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde. *Bol Pneumol Sanit.* 1999 jun;7(1):33-42.
32. Hwang SW, Tolomiczenko G, Kouyoumdjian FG, Garner RE. Interventions to improve the health of the homeless: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2005; 29(4):311-9.
33. Santos Filho ET, Gomes ZMS. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. *Rev Saúde Pública.* 2007 set; 41(supl.1):111-6.
34. Thiam S, LeFevre AM, Hane F, Ndiaye A, Ba F, Fielding KL, et al. Effectiveness of a strategy to improve adherence to tuberculosis treatment in a resource-poor setting: a cluster randomized controlled trial. *JAMA.* 2007 Jan.; 297(4):380-6.

13 A ADESÃO AO TRATAMENTO E O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE



Rosane Glasenapp
Sandra Rejane Soares Ferreira

Introdução

O adoecer traz para o ser humano, em maior ou menor grau, apreensão e ameaça, fazendo com que ele pense sobre a vulnerabilidade, imprevisibilidade e finitude implícitas no ato de viver. Quando as doenças são crônicas – ou de longa duração – é necessário que ele aprenda a conviver com essa situação⁽¹⁾. Assim, o tratamento de pessoas com uma doença de longa duração deve favorecer a adaptação a essa condição, instrumentalizando-o para desenvolver mecanismos que permitam conhecer o seu processo saúde/doença, de modo a identificar, evitar ou prevenir complicações e, principalmente, a mortalidade precoce. Dessa forma, a adesão ao tratamento passa a ser um item importante para o sucesso do cuidado e um desafio - tanto para os profissionais quanto para os próprios pacientes⁽¹⁾.

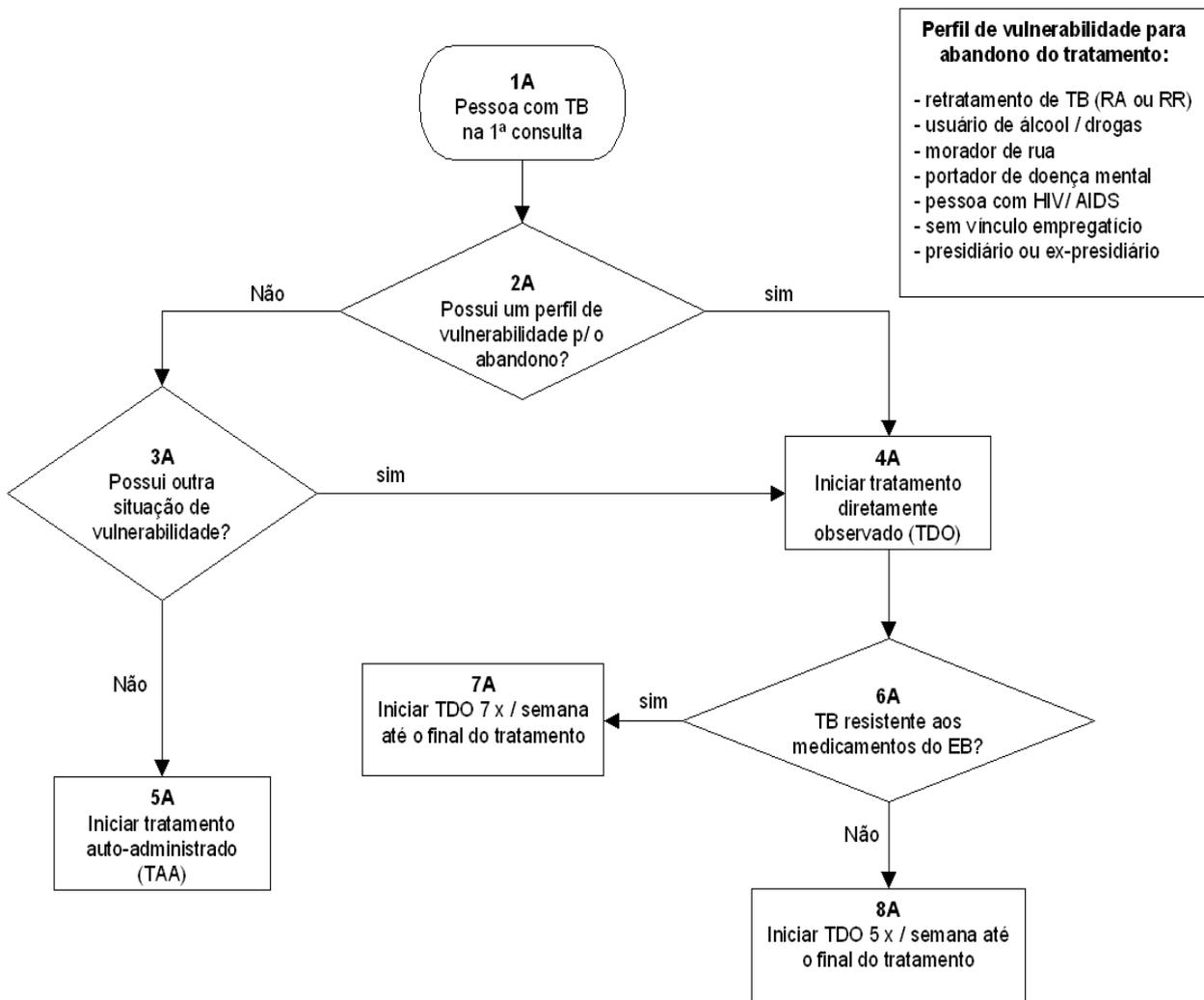
A “adesão” e o “abandono” são termos da literatura habitualmente utilizados pelo Programa Nacional de Controle da TB (PNCT), bem como por outros Programas de Saúde Pública que trabalham com doenças crônicas. A definição do termo “*adherence*” ou “*adhesion*” procura ressaltar a perspectiva do paciente como um ser capaz de tomar uma decisão consciente e responsável sobre o seu tratamento⁽²⁾. Pressupõe que todos os pacientes têm autonomia e habilidade para aceitar ou não as recomendações médicas^(2,3). Em contrapartida encontra-se, também, na literatura o termo “*compliance*” que poderia ser traduzido como “obediência”, pressupondo um papel passivo da pessoa no seu processo de tratamento⁽³⁾. Este conceito estaria mais ligado a uma concepção biomédica, na qual a pessoa com um problema de saúde é vista como um cumpridor de recomendações. Este conceito não envolve outros aspectos relevantes na questão como: a interferência e opinião da família, dos colegas de trabalho, dos amigos e dos vizinhos, bem como as representações sociais do corpo, da saúde e da doença⁽²⁾.

Considera-se importante essa breve definição conceitual para destacar que a proposta de trabalho no SSC está de acordo com o conceito de “adesão”, que vê o paciente como um sujeito ativo, que participa e assume responsabilidades sobre o seu tratamento e não como alguém que simplesmente “obedece” a uma recomendação de um profissional da saúde. Se levarmos em consideração as mudanças nos padrões de morbimortalidade evidenciadas pelo aumento das doenças crônicas, a questão da adesão à terapêutica medicamentosa mostra-se cada vez mais importante e atual, pois as pessoas têm dificuldade de seguir por muito tempo um tratamento de forma regular e sistemática⁽⁴⁾. Em geral, cerca de 50% das pessoas que consultam em serviços de saúde não seguem as orientações médicas nem tomam os medicamentos conforme a prescrição⁽⁵⁾.

Em relação à TB, a pobre adesão ao tratamento pode levar às baixas taxas de cura, ao prolongamento do período de infecciosidade, ao aumento da morbimortalidade e das recidivas, bem como o aumento da multidrogarresistência, constituindo-se no maior obstáculo para o efetivo controle e eliminação da doença⁽⁵⁻¹⁰⁾. Portanto, garantir a ingestão regular das drogas para obter a cura é tão importante quanto fazer o diagnóstico precoce da TB⁽⁵⁾.

O objetivo deste Capítulo é instrumentalizar os profissionais da APS a trabalhar com enfoque na adesão ao tratamento da TB, na identificação dos grupos populacionais mais vulneráveis ao abandono do tratamento e na realização do tratamento diretamente observado (TDO).

Figura 1 - Algoritmo para avaliação da vulnerabilidade ao abandono do tratamento da tuberculose e recomendações para o início do tratamento diretamente observado (TDO).



Fonte: organizado pela autora.

Anotações do algoritmo para avaliação da vulnerabilidade ao abandono do tratamento da tuberculose e recomendações para o início do TDO.

1A Pessoa com TB na 1ª consulta

Avaliar condições de vida e saúde e verificar se a pessoa possui perfil vulnerável para o abandono do tratamento. Recomenda-se utilizar nesta avaliação instrumentos como o Genograma, mapa de rede social significativa, entre outros (ver Capítulos 12 e 20).

2A Possui um perfil de vulnerabilidade para o abandono?

Consideram-se pessoas com o perfil de vulnerabilidade para o abandono do tratamento da TB: caso de retratamento da doença (retorno pós-abandono ou recidiva)^(5,11,14), usuário de álcool ou outras drogas^(5,10,12-17), pessoa em situação de rua^(5,18), portador de doença mental⁽⁵⁾, pessoa vivendo com HIV/AIDS⁽¹³⁻¹⁵⁾, sem vínculo empregatício^(2,10,16), população privada de liberdade.

Caso na avaliação inicial da pessoa com TB se identifique que ela não possui um perfil de vulnerabilidade para abandono, seguir para o item **(3A)**. No caso de dúvidas sobre o perfil na avaliação inicial considerar a pessoa sempre como “vulnerável ao abandono” e iniciar TDO mantendo o tratamento supervisionado pelo menos durante 15 a 30 dias. Se ao finalizar a avaliação, em 15 a 30 dias, não for identificado perfil vulnerável ao abandono suspender o TDO e instituir o TAA – tratamento auto administrado.

3A Possui outra situação de vulnerabilidade?

Caso o profissional avalie que a pessoa possua outra situação de vulnerabilidade para o abandono do tratamento, seguir para **(4A)**.

Caso o profissional avalie que a pessoa não possua situação de vulnerabilidade para o abandono do tratamento, iniciar TAA **(5A)**.

4A Iniciar TDO

Caso a pessoa se encontre vulnerável, está indicado o TDO. Neste caso, iniciar imediatamente a observação da tomada dos medicamentos.

O TDO pode ser realizado na US, na residência, no local de trabalho da pessoa, em espaços religiosos, ou em outros locais (asilos, bares), conforme escolha do paciente.

A observação da tomada do medicamento pode ser feita por profissionais de saúde (ACS, equipe de enfermagem, médico ou outros profissionais) ou por pessoas da família ou comunidade, desde que capacitadas previamente pela equipe de saúde, inclusive para realizar o registro adequado da observação da tomada da medicação na carteira de TDO do Programa Municipal de Controle da TB.

Quando o TDO é realizado por pessoa da família e/ou comunidade faz-se necessário a visita domiciliar, por profissional da equipe, pelo menos uma vez por semana, para esclarecer dúvidas e realizar-se o monitoramento da tomada do medicamentos.

Para o TDO é necessário, além da observação da tomada da medicação, a construção de vínculo entre a pessoa com TB e a pessoa que vai realizar a observação. Neste sentido considera-se o ACS o profissional mais indicado para realizar TDO fora da US. O ACS é um facilitador, capaz de construir pontes entre os serviços de saúde e a comunidade, identificando prontamente seus problemas, atuando no trabalho de prevenção de doenças e promoção da saúde^(19,20).

O ACS é o profissional que apreende melhor a complexidade do problema da TB no meio onde vive e tem mais facilidade para formar vínculo com as pessoas em tratamento. Portanto, conclui-se que é peça fundamental na proposta de controle da TB nos locais onde a ESF está implantada. O vínculo entre o ACS e a pessoa com TB favorece a comunicação, a compreensão do processo saúde-adoecimento, fortalecendo os doentes mais fragilizados. Entretanto, este profissional precisa ser preparado e amparado dentro do programa pela equipe de saúde^(19,20).

O MS considera o TDO para fins administrativos apenas quando ele é realizado por profissionais de saúde⁽²¹⁾, mas o SSC-GHC considera TDO a observação da tomada do tuberculostático realizada tanto pelo profissional da saúde quanto por pessoa da comunidade, capacitada pela equipe de saúde, desde que ocorra o adequado registro da observação na Ficha de TDO.

5A Iniciar tratamento autoadministrado

Todos os pacientes que não possuem um perfil vulnerável para o abandono do tratamento deverão iniciar o tratamento autoadministrado (TAA).

6A TB resistente aos medicamentos do esquema Básico (EB)?

SIM (7A) - Caso a pessoa tenha resistência a algum dos medicamentos do EB, ela deverá iniciar TDO sete vezes na semana até o final do tratamento, seja por um profissional da equipe de saúde ou por um recurso da comunidade treinado para esse acompanhamento. Caso a pessoa não tome os medicamentos nos finais de semana, esses dias deverão ser acrescentados ao final do tratamento.

NÃO (8A) – Se a pessoa não tem resistência aos medicamentos do EB, mas apresenta um perfil vulnerável para o abandono (retratamento, usuários de álcool e outras drogas, privado de liberdade, portador de doença mental, pessoa vivendo com HIV, pessoas em situação de rua e homens sem vínculo empregatício) deve-se realizar o TDO, pelo menos cinco vezes na semana, durante todo o tratamento. As observações do final de semana podem ser compartilhadas com a família ou membro da comunidade, quando o TDO for realizado por profissional de saúde.

O MS considera TDO a realização de, pelo menos, três observações da ingestão da medicação por semana, nos dois primeiros meses de tratamento e, duas observações por semana, nos últimos quatro meses de tratamento⁽²¹⁾. Essa proposta de observação mínima da ingestão da medicação (três e duas vezes por semana) foi estabelecida, em função das importantes diferenças regionais identificadas no Brasil quanto à infraestrutura e recursos humanos dos serviços de saúde. Ela pode ser aplicada em determinadas realidades, quando as equipes de saúde e as redes sociais não tiverem condições para fazer a supervisão cinco ou mais vezes por semana.

O SSC possui nas doze US com equipes multiprofissionais com condições para realizar a observação da ingestão da medicação cinco vezes por semana durante todo o período de tratamento das pessoas com perfil de vulnerabilidade ao abandono.

Para o acompanhamento do TDO deve-se utilizar o registro da tomada diária dos medicamentos na carteira de TDO. Além disso, deve-se manter o uso da carteira da TB de uso individual, além de registrar as informações mensais de acompanhamento no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) na Interface Linha de Cuidado da TB. Quando a observação da tomada do medicamento for parcial, deve-se comunicar o tempo à coordenação da Linha de Cuidado para que se possa verificar se o número de

doses supervisionadas pode ou não ser considerado TDO, para fins administrativos do PNCT (24 doses na 1ª fase e 48 doses na 2ª fase de tratamento).

A adesão ao tratamento da tuberculose

Os objetivos do tratamento diretamente observado são de: a) melhorar a atenção as pessoas com TB por meio do acolhimento humanizado; b) possibilitar a adesão, garantindo a cura; c) reduzir a taxa de abandono e a mortalidade; d) interromper a cadeia de transmissão da doença; e) diminuir o surgimento de bacilos multirresistentes; f) reduzir o sofrimento humano, uma vez que se trata de doença consuptiva, transmissível e de alto custo social; g) realizar uma educação em saúde mais efetiva, de forma individualizada voltada para orientar e corresponsabilizar o indivíduo, a família e a comunidade nas ações de saúde⁽²¹⁾.

A organização dos serviços de tuberculose deverá assegurar que⁽²¹⁾:

- A pessoa com TB receba o TDO na unidade de saúde mais próxima de sua residência;
- A medicação seja administrada no domicílio, unidade de saúde ou trabalho, auxiliada pelo profissional de saúde (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, agente comunitáriode saúde);
- A pessoa que participa da administração dos medicamentos deverá ser identificada e aceita pela pessoa com TB;
- Dois profissionais da US se responsabilizem concomitantemente pelo TDO, em virtude de licenças, férias e doença.
- Seja disponibilizado o tratamento para cada doente que ingresse no programa da TB;
- Seja viabilizado fluxo para a realização dos exames de escarro e a entrega dos resultados;
- Seja garantida a internação do paciente ($\pm 10,0\%$ dos casos novos), quando necessário;
- Seja garantida a referência e contrarreferência.

Também é importante que na US haja uma organização dos registros e de informações dos usuários sob investigação e em tratamento da TB, a saber:

- a) Registro de sintomático respiratório no serviço de saúde.
- b) Registro de pessoas e acompanhamento de Tratamento dos Casos de TB;
- c) Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose (SINAN).
- d) Registro dos Contatos.
- e) Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose.
- f) Carteira de Acompanhamento da Tomada Diária da Medicação.
- g) Agenda para Marcação de Consulta.
- h) Boletim de Transferência para os casos necessários.

Fatores que interferem na adesão das pessoas com TB

O sucesso do tratamento entre as pessoas portadoras de TB pode ser influenciado por muitos fatores⁽¹⁾:

- gravidade dos sintomas;
- acesso aos cuidados de saúde;
- número de medicamentos e seus efeitos colaterais;

- frequência das doses e a duração do tratamento;
- características e crenças pessoais e sociais do paciente e do cuidador;
- qualidade do treinamento dos cuidadores;
- qualidade e quantidade de informações disponíveis sobre TB;
- nível de conhecimento dos pacientes sobre TB;
- compromisso do sistema público de saúde no tratamento da TB e
- fatores políticos e econômicos.

Os provedores dos cuidados de saúde devem avaliar os potenciais obstáculos ao tratamento, facilitar a informação ao paciente, além de apoiá-los na tomada dos medicamentos. Uma pobre relação cuidador-paciente é uma importante causa de não adesão⁽¹⁾.

Fatores de risco para não adesão

Nenhum grupo tem sido consistentemente identificado como “de risco” para a não adesão. Entretanto, diversos estudos mostram que alguns fatores estão mais relacionados com o abandono do tratamento, tais como: pacientes do sexo masculino^(11-13,15,22-24), solteiros e separados⁽²⁾, desempregados ou sem trabalho fixo^(2,10,16); pessoas em situação de rua^(5,18), baixa escolaridade^(2,16); uso de álcool^(5,10,12-17) e outras drogas^(5,13,15,17,23); tabagismo⁽¹⁵⁾; tratamento prévio para TB^(5,11-14); TBMR^(12,14); coinfeção pelo HIV⁽¹³⁻¹⁵⁾; abandono prévio e tratamento não supervisionado⁽¹¹⁾, pacientes com problemas mentais⁽⁵⁾. Com relação aos medicamentos, pode-se destacar os efeitos adversos associados^(18,19) como o gosto, a quantidade e o tamanho dos comprimidos. A baciloscopia negativa no momento do diagnóstico ou durante o tratamento é vista como um fator de risco para o abandono do tratamento^(10,16).

Na avaliação desses potenciais fatores de risco, alguns apresentam risco relativo maior que outros. Assim, em estudo realizado em Ubatuba (SP) para verificar os fatores de risco associados ao abandono, verificou-se que pacientes alcoolistas têm um risco 3,5 vezes maior de abandonar o tratamento; pacientes desempregados têm um risco 3,3 vezes maior de abandono; pacientes sem nenhum ano de escolaridade têm uma chance três vezes maior de abandono; e pessoas do sexo masculino representam um risco duas vezes maior para o abandono do tratamento (OR= 3,01 e 3,56; p= 0,014 e 0,051). O que mais chama atenção, no entanto, é o “efeito protetor” da baciloscopia positiva do escarro. Somente 8,9% dos pacientes com baciloscopia do escarro positiva abandonaram o tratamento (p=0,073), enquanto 19,4% dos pacientes com esse exame negativo, o fizeram⁽¹⁶⁾.

Em outro estudo caso-controle⁽¹⁰⁾, uma análise multivariada dos fatores associados ao abandono do tratamento da TB mostrou associação significativa entre o abandono e as características a seguir: sem trabalho fixo (OR=6,1 e IC 3,0 –12,6), uso diário de bebida alcoólica (OR=4,63 e IC 1,9 –11,1), baciloscopia negativa no momento do diagnóstico (OR=3,3 e IC 1,4 – 7,9), baixa escolaridade - menos que o 3º ano do primeiro grau (OR=3,8 e IC 1,7 –12,9). Nesse estudo, entretanto, ser do sexo masculino não foi fator de risco para o abandono do tratamento de TB.

Destacam-se, ainda, outros fatores relacionados a não adesão como a concepção popular de saúde e de doença^(2,10), a relação médico-paciente⁽¹³⁾, internação prévia⁽¹⁵⁾, não melhora clínica⁽¹⁰⁾ ou melhora clínica durante o tratamento⁽¹⁷⁾, rejeição ao serviço de saúde⁽¹⁰⁾ e a falta de alimentos⁽¹⁷⁾.

Para a maioria das pessoas, a concepção de doença está ligada à presença de sintomas indesejáveis. Portanto, quando os sintomas melhoram, elas não se sentem mais doentes e pressupõem que não precisam mais utilizar o(s) medicamento(s)^(2,17). Vários autores demonstram que a maioria dos casos de abandono do tratamento da TB ocorre entre o segundo e o terceiro mês^(2,10,11,24).

Em Nova Iorque, em 1991, antes do fortalecimento do seu PCT, as taxas de abandono eram de 48% (meta $\leq 10\%$), sendo que eram maiores em negros, usuários de drogas injetáveis, moradores de rua, alcoolistas e pessoas com co-infecção por HIV⁽⁵⁾. Entretanto, uma análise multivariada mostrou que apenas os usuários de drogas injetáveis e os moradores de rua eram preditivos consistentes de não adesão (risco relativo de 1,5 vezes – OR= 1,5 e 1,4; IC= 1,0 e 2,0)⁽¹⁸⁾.

Uma extensa revisão sistemática da literatura abrangendo quase 40 anos de pesquisas qualitativas foi realizada com o objetivo de conhecer quais eram os fatores considerados importantes pelos pacientes, cuidadores e profissionais de saúde na contribuição para adesão à terapêutica antituberculosa. Foram identificados, através desses estudos, oito temas principais: organização do tratamento e do cuidado; interpretações sobre a doença; custo do tratamento; conhecimentos, crenças e atitudes sobre o tratamento; *advocacy*^f e imigração^g; características pessoais e comportamento de aderência; efeitos colaterais; e, suporte familiar e da comunidade. Após síntese desses temas, definiram-se quatro fatores maiores que interagem e afetam a adesão: (a) fatores estruturais (incluindo discriminação de gênero e pobreza); (b) contexto social; (c) fatores dos serviços de saúde; (d) fatores pessoais. Observa-se que o processo de adesão a um tratamento de longo prazo é um fenômeno complexo e dinâmico com vários fatores que podem interferir no comportamento do usuário. Portanto, mais intervenções centradas no paciente e na atenção às barreiras estruturais são necessárias para melhorar a adesão e diminuir a carga global da doença⁽²⁵⁾.

Outro estudo que analisou a produção bibliográfica latino-americana de 1995 a 2005 sobre adesão/não-adesão ao tratamento de pessoas portadoras de problemas crônicos, citou nove fatores determinantes da não-adesão que estão relacionados ao: tratamento; doença; serviços de saúde; profissional de saúde; paciente; relacionamento profissional de saúde/paciente; dados demográficos; uso de drogas e problemas sociais. Este estudo sugere algumas formas de lidar com a não-adesão e as divide didaticamente em 4 fatores, citados a seguir com suas respectivas sugestões de atividades⁽⁴⁾.

Atividades para os fatores relacionados aos serviços e equipe de saúde⁽⁴⁾:

- adotar medidas de vigilância;
- implementar visita domiciliar;
- realizar busca ativa dos faltosos;
- criar central de informações;
- estabelecer fluxograma de atendimento e acompanhamento;

^f As definições e os significados da *advocacy* têm variado no tempo e vêm sendo formulados a partir de como são compreendidos a política e o poder. Tem origem na palavra *advocare*, do latim, que significa defender e argumentar em favor de uma causa, uma demanda, uma pessoa ou uma posição. Neste texto *advocacy* tem um significado mais amplo, denotando iniciativas de incidência ou pressão política, de promoção e defesa de uma causa e/ou interesse, e de articulações mobilizadas por organizações da sociedade civil com o objetivo de dar maior visibilidade a determinadas temáticas ou questões no debate público e influenciar políticas visando à transformação da sociedade⁽²⁵⁾.

^g Imigração é um movimento de entrada, em outro país, ou voltar para o seu país de origem. Os imigrantes necessitam atenção especial dos serviços de saúde, especialmente aqueles provenientes de países com alta incidência de TB ou os que retornam ao seu país depois de estar em países com alta incidência da doença.

- ampliar redes de apoio;
- promover campanhas educativas, associar desenhos aos horários de ingestão de medicamentos;
- promover treinamento em serviço para as equipes e
- oferecer suporte às questões sociais, econômicas e psicológicas do paciente que interferem no processo de adesão ao tratamento.

Atividades para os fatores relacionadas ao profissional de saúde⁽⁴⁾:

- estabelecer vínculo com o paciente;
- estabelecer uma aliança terapêutica;
- explicar os procedimentos, esclarecer dúvidas, através de linguagem adequada;
- adequar o esquema terapêutico ao cotidiano do paciente e
- auxiliar o paciente na compreensão do processo doença / diagnóstico / tratamento.

Atividades para os fatores relacionados aos estudos científicos⁽⁴⁾:

- utilizar as ciências sociais para compreensão do fenômeno;
- avaliar sistematicamente os resultados de pesquisas e
- divulgar os trabalhos científicos fora dos muros das instituições de saúde e universidades.

Atividades para os fatores relacionados às políticas públicas⁽⁴⁾:

- implantar e expandir as equipes do programas de saúde da família;
- descentralizar os programas de saúde;
- melhorar as condições socioeconômicas da população;
- suprir as irregularidades atribuídas aos serviços com supervisão e suporte técnico às unidades de atendimento;
- investir na capacitação dos profissionais de saúde e
- estabelecer protocolos de condutas adequadas na rede pública de saúde.

Estratégias para aumentar a adesão

É fundamental que os serviços e equipes de saúde utilizem estratégias (tecnologias leves) com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento. Essas estratégias incluem: DOTS (Directly Observed Treatment Short Course); TDO (Tratamento Dietamente Observado); terapia com doses fixas combinadas, educação do paciente, incentivos e facilitadores, manejo abrangente do caso, entre outras⁽⁵⁾.

A Estratégia DOTS - Directly Observed Treatment Short Course

DOTS é a estratégia recomendada pela OMS para melhorar a adesão ao tratamento da TB. Esta estratégia inclui cinco elementos: (a) vontade política, (b) diagnóstico precoce dos casos de TB, (c) aquisição e distribuição regular de medicamentos, (d) TDO e (e) sistema de informação efetivo⁽²⁶⁾. Embora a estratégia DOTS requeira um significativo comprometimento de recursos, vários estudos mostram a sua efetividade⁽²⁷⁻³³⁾.

Tratamento Diretamente Observado da TB

O TDO é um elemento chave da estratégia DOTS e consiste na observação do paciente realizar a ingestão dos medicamentos para o tratamento da TB o que pode ser realizado por um profissional da saúde, um familiar ou qualquer outra pessoa da comunidade, previamente orientada e capacitada para tal. Diversos esquemas têm sido propostos e os regimes podem ser adaptados conforme a realidade e a estrutura de atenção à saúde existente^(5,21,34).

Para a OMS a observação da tomada da medicação poderá ser feita com, no mínimo, três observações semanais, nos primeiros dois meses e, com duas observações por semana, até o final do tratamento⁽²⁶⁾.

Nos Estados Unidos, o CDC (*Centers for Disease Control*) e a ATS (*American Thoracic Society*), devido à dificuldade em prever qual paciente não aderirá ao tratamento, recomendam TDO para todos os pacientes⁽⁵⁾. Na mesma linha, no Brasil, o MS recomenda o TDO para todo o caso de TB (novo ou retratamento), cinco vezes por semana, durante todo o tratamento⁽³⁴⁾.

Apesar de ser um dos pontos mais importantes dos cinco elementos que constituem a estratégia DOTS, alguns estudos têm demonstrado que o TDO sozinho não altera as taxas de abandono, cura ou qualquer outro desfecho⁽⁵⁾. Uma revisão sistemática avaliando a efetividade do TDO, entre 1990 a 2000, analisou 34 estudos de diferentes partes do mundo e encontrou que, apesar das taxas de falência do tratamento e de recaída serem baixas, havia uma grande variabilidade entre os estudos, em relação à adesão e acompanhamento dos casos, sugerindo que estudos prospectivos sobre a adesão às drogas e de acompanhamento são necessários para demonstrar a verdadeira eficácia do TDO⁽⁵⁾. Outra revisão sistemática comparando TDO com tratamento autoadministrado (TAA) não demonstrou diferença estatisticamente significativa em relação à cura e tratamento completo⁽³⁵⁾, entretanto a OMS questionou os dados desta revisão⁽³⁶⁾. Somente três ensaios compararam o TAA com o TDO promovido por alguém de fora da família, sendo que todos mostraram baixas taxas de sucesso de tratamento, sugerindo que o TDO não foi efetivo. Porém, em nenhum desses estudos foram analisadas as taxas de recidiva pós-tratamento⁽³⁷⁾.

Estudos sugerem que os benefícios associados com a utilização de TDO podem ser atribuídos mais a intervenções simultâneas do que somente à observação da tomada do medicamento^(38,39). O TDO tem mostrado que diminui tanto a recidiva quanto à resistência às drogas. Mas este é somente “parte” do manejo de um paciente com TB. O rigoroso monitoramento de todos os pacientes que iniciaram tratamento e uma rápida resposta para assegurar o retorno o quanto antes, daqueles que interromperam os seus tratamentos, são componentes essenciais para o efetivo manejo de um caso como para o controle da TB em geral⁽³⁷⁾.

Estudos mostram que o TDO realizado na residência do paciente apresenta vantagem em relação ao realizado na US. Com relação ao supervisor do tratamento, não há diferença nos desfechos do TDO aplicado por profissional da saúde, familiar ou membro da comunidade⁽³⁵⁾. Frieden & Sbarbaro⁽³⁷⁾ dizem que a observação familiar é um conceito sedutor, mas perigoso. Os autores questionam a opinião de que os familiares poderiam cuidar melhor de uma pessoa por estarem mais próximos ao doente, mas esse cuidado pode não ser tão efetivo. Na análise dos autores os estudos que mostraram que a observação familiar teve taxas de cura mais altas quando comparadas à observação realizada por um membro da equipe de saúde, foram *pequenos* e revelaram que esta observação familiar foi *combinada*

com uma *intensa supervisão e visitação domiciliar por um membro da equipe*. Entretanto, outro estudo avaliado por eles mostrou que a observação familiar isoladamente, produziu baixas taxas de cura e altas taxas de abandono⁽³⁷⁾. Acredita-se que o trabalhador de saúde por conhecer melhor o ambiente no qual o doente está inserido, as suas necessidades e singularidades, tem melhores condições de identificar intercorrências durante o tratamento, possibilitando novas oportunidades de interação com o doente e a família⁴⁰. Esta interação é importante, pois as intervenções para aumentar a adesão ao tratamento da TB devem ser sempre centradas nas necessidades do paciente⁽²⁶⁾.

Estudos realizados no Brasil para avaliar o impacto epidemiológico do TDO mostram que há redução das taxas de abandono e aumento das taxas de cura⁽⁴¹⁻⁴³⁾. Além disso, o TDO é uma possibilidade de reorganização do trabalho da equipe, ampliando a sua capacidade de interação e atuação junto ao paciente e à família⁽⁴³⁾.

O SSC implantou os cinco elementos da estratégia DOTS, conforme relato do Capítulo 1. E, embora, não haja um grupo que possa ser identificado, consistentemente, por estudos científicos, como de risco para não-adesão, definiu-se que as pessoas que apresentam fatores prognósticos para o abandono, já identificados em vários estudos, devem receber um acompanhamento diferenciado desde o início do tratamento. Portanto, o SSC recomenda o TDO, pelo menos cinco vezes na semana, durante todo o tratamento para as pessoas que apresentam os fatores prognósticos para o abandono (maior vulnerabilidade para o abandono) do tratamento da TB, são eles: (a) casos de retratamento, (b) usuários de álcool e/ou outras drogas, (c) pessoas vivendo com HIV, (d) pessoas em situação de rua, (e) população privada de liberdade, (f) portadores de doença mental e (g) pessoas sem vínculo empregatício.

A experiência deste serviço com a realização do TDO é recente e as equipes realizam TDO para 40% dos casos de TB acompanhados nas US, de acordo com o perfil epidemiológico populacional de cada território. Destaca-se, neste contexto, a realização do tratamento compartilhado entre as US do SSC e os Serviços de Referência para a realização do tratamento dos casos de TBMR, por meio do TDO (ver Capítulo 12).

Outras estratégias realizadas no SSC para melhorar a adesão ao tratamento

1. Terapia com doses fixas combinadas: o uso de drogas combinadas em dose fixa simplifica a terapia e reduz a possibilidade de esquecimento de uma das drogas, prevenindo, assim, o desenvolvimento de resistência às drogas⁽⁵⁾.
2. Educação do paciente: o uso de termos simples, informação concisa e limitada, utilização de material escrito e ilustrativo são essenciais para garantir a adesão.
3. Incentivos como vale transporte, vale alimentação, lanches, almoço, entre outros, fornecidos para as pessoas em tratamento para a TB para facilitar a adesão.
4. Manejo abrangente do caso: ter uma equipe que assuma de forma interdisciplinar o cuidado do caso, o manejo e seguimento do tratamento de forma contínua (gestão de caso) melhora a adesão.
5. Gestão da clínica – é um conjunto de instrumentos tecnológicos (gestão da condição de saúde, gestão de casos, lista de espera, auditoria clínica, diretrizes clínicas) que permitem

integrar os diversos pontos de atenção à saúde, capaz de prestar a atenção certa, no tempo certo, com o custo e qualidade certa⁽⁴⁴⁾.

6. Promover advocacy –promover com a comunidade e outros setores da sociedade atividades planejadas com o objetivo de transformar certas condições, de modo a alcançar circunstâncias melhores, podendo envolver o esforço para mudar percepções, atitudes e /ou políticas⁽²⁵⁾.

Referências

1. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2005; 9(16):91-104.
2. Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad Saúde Pública.* 1999;15(4):777-87.
3. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2003; 8(3):775-82.
4. Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13(supl. 2):2299-2306.
5. Reichman LB, Lardizabal AA. Adherence to tuberculosis treatment. UpToDate [Internet], This topic last updated: 2017 Jul. 11. [acesso em 2021 ago. 27]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/adherence-to-tuberculosis-treatment>.
6. M’Imunya JM, Kredo T, Volmink J. Patient education and counseling for promoting adherence to treatment for tuberculosis. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2012 May 16 [acesso em 2021 ago. 27]; (5). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22592714>.
7. Davies PD. The role of DOTS in tuberculosis treatment and control. *Am J Respir Med.* 2003; 2(3): 203-9.
8. Sterling TR. Treatment of drug-susceptible pulmonary tuberculosis in HIV-uninfected adults. UpToDate [Internet], This topic last updated: 2017 Jul. 07 [acesso em 2021 ago 27]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-drug-susceptible-pulmonary-tuberculosis-in-hiv-uninfected-adults?search=tuberculosis%20treatment%20diagnosis%20e%20epidemiologi&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
9. World Health Organization. What is DOTS? A guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS. Washington: WHO; 1999.
10. Natal S, Valente J, Gerhardt G, Penna ML. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. *Bol Pneumol Sanit.* 1999; 7(1):65-77.
11. Ferreira SMB, Silva AMC, Botelho C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá-MT-Brasil. *J Bras Pneumol.* 2005; 31(5):427-35.
12. Santha T, Garg R, Frieden TR, Chandrasekaran V, Subramani R, Gopi PG, et al. Risk factors associated with default, failure and death among tuberculosis patients treated in a DOTS programme in Tiruvallur District, South India, 2000. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2002 Sept.; 6(9):780-8.
13. Vieira AA, Ribeiro SA. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, Grande São Paulo. *J Bras Pneumol.* 2011; 37(2):223-31.
14. Albuquerque MFM, Leitão CCS, Campelo ARL, Souza WV, Salustiano A. Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2001; 9(6):368-74.
15. Ribeiro SA, Amado VM, Camelier AA, Fernandes MMA, Schenkman S. Estudo caso-controlado de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. *J Pneumol.* 2000; 26(6):291-6.
16. Bergel FS, Gouveia N. Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(6):898-905.

17. Paixão LMM, Gontijo ED. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(2):205-13.
18. Pablos-Méndez A, Knirsch CA, Barr RG, Lerner BH, Frieden TR. Nonadherence in tuberculosis treatment: predictors and consequences in New York City. *Am J Med*. 1997; 102(2):164-70.
19. Maciel ELN, Vieira RCA, Milani EC, Brasil M, Fregona G, Dietze R. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2008 [acesso em 2021 ago. 19]; 24(6):1377-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/18.pdf>.
20. Campinas LLSL, Almeida MMB. Agentes comunitários de saúde e o acolhimento aos doentes com tuberculose no Programa Saúde da Família. *Bol Pneumol Sanit*. [Internet]. 2004 [acesso em 2021 ago. 19]; 12(3):145-54. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/bps/v12n3/pdf/v12n3a02.pdf>.
21. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [acesso em 2021 ago. 19]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf
22. Mendes AM, Fensterseifer LM. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? *Bol Pneumol Sanit*. 2004; 12(1):25-36.
23. Braga JU, Pinheiro JS, Matsuda JS, Barreto JAP, Feijão AMM. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose nos serviços de atenção básica em dois municípios brasileiros, Manaus e Fortaleza, 2006 a 2008. *Cad Saúde Coletiva*. 2012; 20(2):225-33.
24. Lima MB, Mello DA, Morais APP, Silva WC. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(4):877-85.
25. Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. *Plos Med*. 2007; 4(7):1230-45.
26. World Health Organization. Tuberculosis. What is DOTS (Directly Observed Treatment, Short Course). [Internet]. Geneva: WHO; 2015. [Acesso em 2021 ago. 27]. Disponível em: http://www.searo.who.int/tb/topics/what_dots/en/.
27. Chaulk CP, Kazandjian VA. Directly observed therapy for treatment completion of pulmonary tuberculosis. Consensus statement of the public health tuberculosis guidelines panel. *JAMA*. 1998; 279(12):943-8.
28. Chaulk CP. Eleven years of community based directly observed therapy for tuberculosis. *JAMA*. 1995; 274(12):945-51.
29. Jasmer RM, Seaman CB, Gonzalez LC, Kawamura LM, Osmond DH, Daley CL. Tuberculosis treatment outcomes: directly observed therapy compared with self-administered therapy. *Am J Respir Crit Care Med*. 2004 Sept.; 170(5):561-6.
30. Kamolratanakul P, Sawert H, Lertmaharit S, Kasetjaroen Y, Akksilp S, Tulaporn C, et al. Randomized controlled trial of directly observed treatment (DOT) for patient with pulmonary tuberculosis in Thailand. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1999 Sept./Oct.; 93(5):552-7.
31. Thiam S, LeFevre AM, Hane F, Ndiaye A, Ba F, Fielding KL, et al. Effectiveness of a strategy to improve adherence to tuberculosis treatment in a resource-poor setting – a cluster randomized controlled trial. *JAMA*. 2007; 297(4):380-6.
32. Tandon M, Gupta M, Tandon S, Gupta KB. Dots versus self administered therapy (SAT) for patients of pulmonary tuberculosis: a randomised trial at a tertiary care hospital. *Indian J Med Sci*. 2002; 56(1):19-21.
33. Lwilla F, Schellenberg D, Masanja H, Acosta C, Galindo C, Aponte J, et al. Evaluation of efficacy of community-based vs. institutional-based direct observed short-course treatment for the control of tuberculosis in Kilombero district, Tanzania. *Trop Med Int Health*. 2003;8(3):204-10.
34. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [acesso em 2021

- ago. 14]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf
35. Volmink J, Garner P. Directly observed therapy for treating tuberculosis. [Internet]. The Cochrane Library 2009; 3. [Cochrane Database Syst Rev. 2015]. [acesso em 2021 ago. 14]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943789>.
 36. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
 37. Frieden TR, Sbarbaro JA. Promoting adherence to treatment for tuberculosis: the importance of direct observation. *Bull World Health Organ.* 2007; 85(5):407-9.
 38. Volmink J, Matchaba P, Garner P. Directly observed therapy and treatment adherence. *Lancet.* 2000; 355(9212):1345-50.
 39. Garner P, Volmink J. Directly observed therapy. *Lancet* 1997; 350:666-7.
 40. Vendramini SHF, Villa TCS, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. *Bol Pneumol Sanit.* 2002; 10(1):5-12.
 41. Maciel ELN, Silva AP, Meireles W, Fiorotti K, Hadad DJ, Dietze R. Tratamento supervisionado em pacientes portadores de tuberculose utilizando supervisores domiciliares em Vitória, Brasil. *J Bras Pneumol.* 2008; 34(7):506-13.
 42. Morrone N, Solha MSS, Cruvinel MC, Morrone N Jr, Freire JAS, Barbosa ZLM. Tuberculose: tratamento supervisionado "vs." tratamento auto-administrado. Experiência ambulatorial em instituição filantrópica e revisão da literatura. *J Pneumol.* 1999; 25(4):198-206.
 43. Muniz JN, Villa TCS. O impacto epidemiológico do tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto 1998-2000. *Bol Pneumol Sanit.* 2002; 10(1):49-54.
 44. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Panamericana de Saúde; 2012.

Anexo I – Registro na ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação para tuberculose do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

As modalidades de TDO consistem em estratégias criadas pelo serviço em cada nível, a partir das situações-problema das pessoas com TB, e que pressupõem uma flexibilidade de atendimento. O profissional ao administrar o medicamento deve-se mostrar solidário, escutar o paciente, auxiliar e solucionar as suas dúvidas e queixas. Esse é um momento único para conversar com o doente sobre a doença, transmissão, duração do tratamento, regularidade na tomada do medicamento, abandono do tratamento, medicamentos a serem utilizados e possíveis efeitos adversos; estimulá-lo para o controle de seus contatos. Nessa concepção, o serviço de tuberculose se adéqua às necessidades do paciente, apoiando-o, estabelecendo vínculo, acolhimento e corresponsabilidade, fundamental na busca da integralidade da assistência. Sendo assim:

- Escolha um local ventilado e com um pouco de privacidade ao ministrar o tratamento diretamente observado ao paciente.
- Entregue à pessoa o medicamento com um copo de água.
- Observe a tomada das drogas.
- Observe se ele engoliu corretamente os medicamentos.
- Após a tomada dos medicamentos, faça na ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação sua rubrica no dia e fase que correspondente a observação realizada.
- Encoraje o paciente a continuar o tratamento e marque o próximo encontro, que deverá ser administrado de preferência diariamente.
- Pergunte ao paciente se tem dúvidas quanto à doença e ao tratamento.
- Providencie agendamento para consulta médica ou de enfermagem, caso necessário.
- Recorde-o sobre o planejamento de consultas mensais com o médico e o enfermeiro.
- Certifique-se com o paciente da realização dos exames baciloscópicos de controle.
- Sempre informe aos pacientes em tratamento os nomes dos remédios administrados.
- Providencie com o paciente o encaminhamento dos contatos para exames.
- Havendo necessidade, encaminhe o paciente ao serviço social.

14 TUBERCULOSE, NORMAS DE BIOSSEGURANÇA E SUA APLICABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Lahir Chaves Dias
Micheline Gisele Dalarosa
Simone Valvassori

Introdução

A biossegurança em TB tem como objetivo minimizar os riscos de se contrair a doença no ambiente de trabalho; logo, biossegurança é contenção de risco. É a parte da saúde do trabalhador que estabelece as medidas destinadas a preservar a qualidade de vida do profissional da área da saúde e, no caso da TB, a controlar os riscos de contrair a doença, durante o processo laboral⁽¹⁾. É uma doença que atinge principalmente as pessoas em idade produtiva, entre 15 e 59 anos, e pode se apresentar de forma distinta^(1,2).

De acordo com Kritski⁽³⁾,

calcula-se que uma pessoa bacilífera infecte de 10 a 15 pessoas por ano na comunidade com a qual tem contato. O risco de contágio de contactantes próximos é de 5% a 20% e de contactantes casuais de 0,2% a 2%. Na tosse, no espirro, no canto, na fala, na respiração do traqueostomizado, o paciente elimina gotículas contaminadas de vários tamanhos. As mais pesadas vão para o chão, enquanto as mais leves permanecem em suspensão no ar. Somente o núcleo seco da gotícula (núcleo de Wells), com diâmetro menor do que 5µm e contendo um a três bacilos, consegue atingir os bronquíolos e, aí, iniciar a sua multiplicação. O escarro mais fluido contamina mais. O fator ambiental que mais diminui o risco de inalação é a ventilação local. Um ambiente bem ventilado e com boa luminosidade (com elevada intensidade de luz ultravioleta e a radiação gama) é um ambiente pouco propício à disseminação da TB.

O risco de transmissão da TB se relaciona diretamente com os fatores ambientais, com o tipo e continuidade do contato e com a forma de apresentação da doença do caso índice^(2,4). Quanto maior a intensidade e frequência da tosse, o tempo de permanência do paciente bacilífero (o que aumenta a concentração de bacilos no ambiente) e quanto menor a ventilação desse ambiente, maior será a probabilidade de infecção. Pessoas com doença pulmonar cavitária geralmente eliminam maior quantidade de bacilos para o ambiente por ocasião da tosse. Quando exposto ao bacilo, as pessoas com maior risco de adoecer são as com imunidade comprometida, crianças menores de 5 anos, pessoa vivendo com HIV entre outras condições específicas⁽⁵⁾.

As medidas de combate à transmissão do bacilo da TB, recomendadas internacionalmente⁽⁴⁾ e preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS)⁽⁶⁾, devem ser realizadas considerando três aspectos: (a) **administrativo ou gerencial** - primeiro nível e mais importante, pois o uso dessas medidas reduz o risco de exposição a pessoas que podem ter a doença e envolve ações de investigação, diagnóstico e

tratamento precoce. Incluem ainda a vigilância epidemiológica, onde todo o trabalhador da área da saúde, desde seguranças, recepcionistas, administrativos, equipe de enfermagem, médicos, entre outros, devem estar preparados para reconhecer um sintomático respiratório e encaminhá-lo para avaliação diagnóstica logo que possível⁽⁶⁾. Essas medidas se baseiam no monitoramento do trajeto de sintomáticos respiratórios e/ou pacientes com tuberculose pulmonar bacilífero nos diferentes locais da unidade de saúde, com o objetivo de agilizar o atendimento e minimizar a permanência no serviço. Geralmente tem baixo custo e grande efeito na redução do risco de transmissão⁽⁴⁾. O início precoce do tratamento reduz o número de bacilos eliminados pelos doentes, controlando assim a transmissão da doença⁽⁶⁾; (b) **ambientais ou de engenharia** - o uso de medidas de controle ambiental é considerado o segundo nível da hierarquia para prevenir a disseminação e reduzir a concentração de gotículas infecciosas no ar ambiente⁽⁶⁾. Incluem adaptação de mobiliário e dos espaços de atendimento, com eventuais reformas ou construção de espaços adequados⁽⁵⁾ e c) **medidas de proteção respiratória** – são complementares as demais e se fazem necessárias nas situações em que é relativamente alto o risco de exposição. Este nível de recomendação reduz, mas não elimina o risco da exposição em poucas áreas onde ainda possa ocorrer⁽⁶⁾. Portanto, é necessário o uso de máscaras cirúrgicas pelos pacientes “P+” (estas funcionam apenas como método de barreira das partículas infectantes geradas pela fala, tosse ou espirros), bem como o uso de máscaras especiais com filtro tipo respiradores PFF2 (padrão brasileiro e da União Européia) ou N95 (padrão dos Estados Unidos) pelos trabalhadores de saúde onde houver risco de transmissão do bacilo da TB^(2, 5-7).

O objetivo deste Capítulo é orientar os profissionais da APS sobre o risco de transmissão da TB, período e formas de contágio. Também, instrumentalizá-los para aplicação adequada das normas de biossegurança recomendadas para prevenção do contágio da TB pulmonar e/ou laríngea, no seu cotidiano.

Biossegurança em Unidades de APS

A biossegurança em serviços de APS é um tema em que há poucas recomendações encontradas na literatura, a maioria das publicações descreve e indica medidas de biossegurança na atividade ocupacional em instituições de média e alta densidade tecnológica (hospitais e clínicas). Portanto, neste material busca-se adequar as medidas de biossegurança recomendadas para o contexto de serviços de APS, domicílio e comunidade, estimulando sua adoção e criando uma normatização básica.

A determinação do risco, de acordo com MS^(6,8), deve ser feita considerando: (a) o número de casos de TB pulmonar, por ano, notificados na US e em áreas do território e cobertas pelo programa específico; (b) as áreas onde pessoas com TB são atendidas; (c) o tempo de permanência do usuário “P+” nas dependências do serviço de saúde e d) a realização de procedimentos que geram aerossóis (colheita de escarro, aspiração de secreções orais, nasais e/ou orofaringe, nebulização).

Considerando a prática dos profissionais de saúde que assistem aos usuários do serviço, *em investigação de TB*, recomenda-se a adoção de medidas de biossegurança nas ações de investigação, diagnóstico e tratamento, sejam estas realizadas na US ou no domicílio do paciente.

As medidas de biossegurança, didaticamente podem ser divididas em: administrativas, ambientais e, de proteção individual.

Medidas administrativas ou gerenciais

Recomenda-se aos serviços de saúde:

- desenvolver sistemas de triagem na US para identificar precocemente SR e realizar sua condução até o atendimento⁽⁶⁾ (ver Quadro 01), diminuindo o risco de exposição ao *M.tuberculosis*⁽⁹⁾; se possível, adotar sala de espera exclusiva para SR ou TB⁽⁶⁾.
- identificar na US e orientar os profissionais sobre os locais que requerem precaução respiratória com aerossóis^h (sala de nebulização, Área de Coleta de Escarro (ACE), local para colheita de aspirado nasal)⁽⁹⁾;
- desenvolver atividades de educação permanente para todas as categorias profissionais do serviço sobre TB, a fim de garantir a adesão às medidas de biossegurança, diminuir o tempo no diagnóstico de TB pulmonar, promover adequado tratamento anti TB, bem como a verificação do cumprimento das medidas estabelecidas^(5,6,9,10);
- disponibilizar EPIs, pias e insumos (sabonete líquido, papel toalha e solução alcoólica) para higienização das mãos dos profissionais de saúde^(9,11-14);
- disponibilizar instruções para adequada higiene das mãos para os pacientes/usuários, bem como pias e/ou dispensadores de solução alcoólica^(8,9,11-14);
- disponibilizar máscaras cirúrgicas ou lenços ou papel toalha descartável para uso dos pacientes com tosse, e ainda lixeiras com abertura acionadas por pedal para descartá-los⁽⁹⁾;
- disponibilizar laboratório preparado para receber e processar exame bacteriológico de escarro e que libere o resultado da baciloscopia em até 24h para os profissionais de saúde;
- disponibilizar na US medicamentos do esquema básico para o início imediato do tratamento da TB;
- considerar as pessoas em investigação de TB como “P+”, até que esta hipótese seja descartada através do resultado de, pelo menos, duas baciloscopias negativas coletadas em dias diferentes, a primeira por ocasião do atendimento da pessoa que tosse e outra, independentemente do resultado da primeira, no dia seguinte, com a coleta do material sendo feita preferencialmente ao despertar⁽⁶⁾;
- assegurar adequada limpeza e desinfecção ou esterilização de artigos e equipamentos potencialmente contaminados^(9,15).

^h Precaução respiratória com aerossóis – destina-se para pacientes com suspeita ou confirmação de doenças de transmissão através de aerossóis (partículas < 5 micras de diâmetro) eliminados pelas vias aéreas durante tosse, espirro ou fala.

Quadro 1 – Etapas preconizadas para a busca ativa de SR em serviços de saúde

CINCO ETAPAS PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DE TB EM UNIDADE DE SAÚDE		
1	Rastrear	Reconhecer o SR e/ou pessoa com TB pulmonar ativa é o primeiro passo nas medidas administrativas. Pode ser obtido com a preparação de um profissional de saúde para realizar a busca ativa de SR em todo paciente que chega à unidade, interrogando a presença e duração da tosse.
2	Educar	Oferecer ao SR máscara cirúrgica para uso durante sua permanência na unidade e instruí-lo com relação à etiqueta da tosse (levar o braço ou lenço à boca quando tossir).
3	Separar	SR ou pessoas com TB pulmonar ou laríngea ainda infectantes devem esperar pelo atendimento ou procedimentos em áreas bem ventiladas.
4	Priorizar	Priorizar o atendimento do paciente no serviço, independentemente do motivo da procura. O paciente deve passar à frente na fila de consultas, exames e/ou dispensa de medicamentos.
5	Investigar TB	Proceder a investigação necessária para afastar ou confirmar o diagnóstico de TB nos SR.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2019⁽⁶⁾.

Medidas ambientais

As medidas de controle ambiental incluem adaptação de mobiliários e dos espaços de atendimento com eventuais reformas ou construção de espaços adequados para o desenvolvimento das atividades profissionais. Essas ações envolvem^(4,6):

- escolher ambiente de permanência de possíveis SR o mais ventilado possível. Havendo condições, devem ser designadas áreas externas para espera de consultas^(4,6);
- manter as salas de espera sempre abertas e bem ventiladas^(4,6);
- evitar o uso de ventiladores em estabelecimentos de assistência à saúde, conforme RDC 50/2002⁽¹⁶⁾. Embora o MS, no Manual de Recomendação da TB no Brasil⁽⁶⁾, preconize que exaustores e ventiladores, quando utilizados em US, devam ser posicionados de forma que o ar dos ambientes potencialmente contaminados se dirija ao exterior e não aos demais cômodos da instituição, contribuindo para direcionar o fluxo de ar de modo efetivo no controle da infecção por *M tuberculosis*. O exaustor pode ser conectado a duto, para que a descarga de ar se faça a, pelo menos, 9m de qualquer abertura externa do ambiente (como janelas, vãos de entrada de pessoas, etc) e a uma altura de 3m acima do teto da construção levando-se em consideração a direção dos ventos predominantes⁽¹⁷⁾.
- designar local adequado para colheita de escarro, de preferência em área externa do serviço de saúde (ACE) ou em local específico, arejado e com luz solar, longe de outros pacientes e outros profissionais de saúde, além daquele que orienta e supervisiona a técnica adequada de obtenção da amostra. Cuidar para que haja suficiente privacidade para o paciente^(6,18). A

colheita de escarro não deve ser realizada em ambiente pequeno e fechado, como banheiros^(6,18).

- evitar acúmulo de pacientes nas salas de espera, escalonando horários de agendamento das consultas;
- identificar precocemente (na triagem ou acolhimento) o SR e iniciar os procedimentos apropriados: oferecer e orientar o paciente sobre a importância do uso de máscara no interior da US e encaminhá-lo aos setores específicos para colheita de escarro ou ao consultório para avaliação^(4,10,11,19);
- instruir a pessoa com TB ou em investigação a usar máscara cirúrgica, cobrindo completamente nariz e boca e observar higiene respiratória/etiqueta da tosseⁱ. O paciente deve permanecer com a máscara enquanto estiver no ambiente do serviço de saúde^(6,10,11,19);
- recomendar que a pessoa com TB permaneça em repouso domiciliar durante os primeiros 14 dias de tratamento medicamentoso⁽⁴⁾ e
- transportar pessoas com lesões de pele causadas pelo *M.tuberculosis*, com as áreas afetadas cobertas, para prevenir a aerossolização do agente infeccioso presente nas lesões da pele⁽⁴⁾.

É recomendado à equipe de saúde que durante a permanência da pessoa com TB no consultório, em período de transmissibilidade, a porta deve permanecer fechada e janelas abertas⁽¹⁵⁾. E que após o atendimento da pessoa com TB o consultório permaneça vazio, com a porta fechada e janela aberta, por um período que permita a troca de ar, pelo menos duas horas^(4,15), tendo em vista que quando o paciente deixa o local de atendimento, os bacilos podem permanecer no ambiente dependendo de sua ventilação e iluminação. Após este período deveser realizada limpeza terminal do ambiente.

O uso da máscara PFF2 ou N95 pelos profissionais de saúde tem pouca utilidade quando ocorrer somente na presença do paciente, uma vez que os bacilos podem permanecer no ambiente entre 5 a 12 horas, dependendo da precariedade de sua ventilação e iluminação⁵.

Medidas de proteção individual ou respiratória

Recomenda-se o uso de máscaras (respiradores) no atendimento de SR ou pessoas com TB de forma criteriosa. Muitos profissionais dedicam a esse item dos procedimentos de biossegurança valor prioritário, negligenciando medidas administrativas e de controle ambiental que certamente teriam maior impacto na sua proteção⁽⁶⁾.

O uso de máscaras cirúrgicas é recomendado para pessoas com TB pulmonar ou SR em situação de potencial risco de transmissão, por exemplo: em ambientes com muitas pessoas, especialmente em serviços de saúde, e se identificado falta de estrutura de ventilação adequada em

ⁱ Higiene respiratória/etiqueta da tosse - em algumas publicações podemos encontrar a denominação de etiqueta respiratória – são os cuidados elementares que evitam a propagação de doenças respiratórias transmissíveis pela dispersão no ar ou no ambiente através de gotículas contaminadas ou aerossóis, destacam-se: (a) evitar espirrar e tossir próximo a outras pessoas; (b) cobrir nariz e boca com lenço descartável ou papel toalha quando espirrar e/ou tossir (nunca cobrir com as mãos, se necessário usar o antebraço como barreira); (c) evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca; (d) higienizar as mãos após tossir, espirrar ou realizar higiene nasal; (e) utilizar lenços descartáveis para higiene nasal; (f) se tosse, em lugares públicos, usar máscara cirúrgica como barreira; (g) ventilar o ambiente e propiciar a entrada de luz solar; (h) na presença de doença respiratória evitar sair de casa, especialmente, lugares com muitas pessoas.

salas de espera e emergências enquanto aguarda atendimento, resultado de exames, internação, entre outros⁽⁴⁻⁶⁾.

Em serviços ambulatoriais nos quais é baixa a renovação do ar, recomenda-se o uso de máscaras de proteção respiratória (tipo PFF2 ou N95) pelos profissionais que atendam pessoas potencialmente “P+”⁽⁶⁾. A máscara PFF2 não é recomendada para SR ou pacientes bacilíferos^(4,6).

É necessário treinamento especial para uso das máscaras PFF2 ou N95, uma vez que devem ser perfeitamente adaptadas ao rosto do funcionário. Essas máscaras podem ser reutilizadas desde que estejam íntegras e secas (Anexo I). Além disso, preconiza-se:

- disponibilizar para todos os profissionais, a proteção respiratória através da máscara PFF2 (padrão brasileiro e da União Européia) ou N95 (padrão dos EUA com certificado NIOSH-Nacional Institute for Occupational Safety and Health)^(5-7,10,13,19,20) que deverá ser utilizada pelos profissionais de saúde sempre que entrarem no mesmo ambiente que a pessoa com TB ou SR⁽¹⁾.
- manter as medidas de proteção respiratória, no mínimo até 14 dias de tratamento comprovado e obtenção de duas baciloscopias negativas coletadas em dias diferentes⁽⁶⁾.
- disponibilizar às equipes, sacos plásticos e caixas térmicas para acondicionamento das amostras de escarro que serão transportadas (Anexo II).

Colheitas de exame de escarro na Unidade de Saúde

Na implementação de medidas ambientais de biossegurança, o SSC contou com o apoio do Fundo Global-TB que financiou a adequação do espaço de colheita de escarro nas US que não tinham área adequada para tal. Criou-se a “Área de Coleta de Escarro” (ACE) em um local na área externa das US, o que possibilita a não exposição do paciente perante os demais usuários no momento da colheita do material, além da redução do risco de contaminação do paciente para o profissional de saúde e do paciente para outro paciente.

Orientação para colheita de escarro

A rotina de colheita de escarro nas US do SSC recomenda que a equipe/profissional de saúde, ao identificar um SR, realize a primeira colheita do exame sob supervisão na US, buscando garantir que o usuário realize a técnica de colheita do exame de forma adequada e aprenda como realizá-la para obter a segunda amostra no domicílio. Portanto, o roteiro de orientação inclui os seguintes passos⁽¹⁸⁾:

- solicitar que o usuário vá ao banheiro e lave a boca para retirar resíduos de alimentos;
- reunir o material para realizar a colheita (2 potes plásticos estereis, identificados com o nome, registro do paciente, tipo de exame, nº da amostra (se 1ª ou 2ª) e data da colheita);
- vestir avental, luvas, óculos de proteção e máscara PFF2/N95 (o paciente estará sem máscara no momento da colheita);
- acompanhar o usuário até a área de coleta de escarro;
- orientar que o mesmo inspire profundamente e segure por um instante o ar nos pulmões (pulmões cheios) e, a seguir, lance o ar para fora com esforço da tosse;

- tossir e escarrar, expelindo as secreções das vias aéreas inferiores dentro do pote, repetir esta operação várias vezes até obter uma boa quantidade de escarro (aproximadamente 5ml);
- fechar o pote e protegê-lo da luz, embalando-o com papel toalha ou alumínio e
- colocar o pote em um saco plástico.

De acordo com a realidade e condições de trabalho da US, existem duas possibilidades de finalizar esse atendimento:

- entregar o pote com o material ao usuário, solicitando que o guarde na geladeira da sua casa, separado dos alimentos, até que colete a segunda amostra na manhã seguinte, e leve as duas amostras até o laboratório do HNSC ou que as traga de volta, até a US, que se encarregará do transporte do material obedecendo as “Normas de Transportes de Materiais Biológicos de LAC/GHC”⁽²¹⁾ (Anexo II) e
- entregar apenas o segundo pote ao usuário e orientá-lo para coletar a segunda amostra pela manhã em jejum, em sua casa, seguindo a técnica de colheita e os cuidados no manejo do material, orientados na colheita da amostra anterior e que traga o pote à US para que as amostras sejam encaminhadas ao laboratório do HNSC.

Após, orientar o usuário como fazer para receber o resultado do exame em consulta com o médico e/ou enfermeiro da US.

Quanto à conservação e transporte das amostras de escarro deve-se considerar duas condições importantes: proteção do calor e da luz solar e acondicionamento adequado para que não haja o risco de derramamento do material. Nessas condições elas poderão ficar protegidas da temperatura ambiente em caixa térmica (usar termômetro com fio extensor para avaliar temperatura da caixa), por um período máximo de 24 horas. Se houver demora no envio ao laboratório, as amostras deverão ser conservadas em refrigeração, entre 2º e 8ºC, em geladeira exclusiva para armazenar material biológico, por no máximo cinco dias^(6,20), tendo em vista a possível deterioração do material.

Orientações sobre cuidados de biossegurança durante o atendimento domiciliar e/ou tratamento diretamente observado (TDO)

As recomendações apresentadas a seguir foram construídas com base na literatura científica, na realidade e necessidades dos serviços de APS^(3-5,9,10,22). São recomendações de prevenção e controle de infecção e biossegurança para APS (incluindo a visita domiciliar) são as mesmas indicadas para atendimento ambulatorial.

Os profissionais de saúde devem orientar os SR sobre a necessidade do uso de máscaras cirúrgicas até que esteja descartado o diagnóstico de TB. Para os SR e, para os pacientes com TB pulmonar/laríngea confirmada, utilizar a máscara até, no mínimo 14 dias de tratamento^(6,10) e duas baciloscopias negativas coletadas em dias diferentes⁽⁶⁾. Recomenda-se a utilização de máscaras especiais (respiradores PFF2/ N95) pelos profissionais de saúde durante o atendimento a pacientes em investigação ou já confirmados de TB pulmonar ou laríngea. Nessas situações, o uso da máscara se dará na entrada do profissional no ambiente, e deverá permanecer com ela até sua saída⁽⁶⁾.

Com relação à dinâmica familiar no domicílio, recomenda-se que os pacientes com TB e seus contatos, sejam orientados sobre as condições de higiene e limpeza de suas residências, sendo desnecessário separar utensílios, como louças e talheres, desde que esses sejam lavados com detergente e água corrente. É imprescindível orientar sobre como arejar bem o domicílio, possibilitando além da ventilação a entrada da luz solar, pois o bacilo não resiste por muito tempo à luz ultravioleta e radiação gama.

Ao entrar na casa de paciente “P+” que não tenha realizado ainda os 14 dias de tratamento com tuberculostáticos o profissional de saúde deve utilizar máscara PFF2/N95, tendo em vista que não terá como se assegurar de que o ambiente onde o paciente se encontra foi adequadamente ventilado e este poderá estar repleto de microrganismos aerossolizados⁽⁶⁾.

Fazer a observação da tomada de medicamentos(TDO) em local bem ventilado (jardim, varanda, próximo da janela, etc) principalmente no primeiro mês de tratamento⁽⁶⁾.

Referências

1. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação a Distância. Controle da Tuberculose: um trabalho integrado das equipes no serviço [Internet]. 7. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação a Distância, [acesso em 2021 nov. 4], 2008. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/81/control-da-tuberculose-uma-proposta-de-integracao-ensino-servico-%5B81-080909-SES-MT%5D.pdf>.
2. Bejgel I, Barroso WJ. O trabalhador do setor saúde, a legislação e seus direitos sociais. Bol Pneumol Sanit. 2001 jul/dez; 9(2):69-77.
3. Kritski AL, Conde MB, Sousa GRM. Tuberculose do ambulatório à enfermaria. 2.ed. São Paulo: Atheneu; 2000.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health care settings. Jensen, PA (organizer). MMWR 2005 Dec.; 54(RR-17):1-141. [acesso em 2021 nov. 10]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5417a1.htm>.
5. Zachary KC; Reyn CFV; Baron EL. Tuberculosis transmission and control. Uptodate [Internet]. This topic last updated: 2021 Nov. 23. [acesso em 2021 nov. 06]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/tuberculosis-transmission-and-control-in-health-care-settings>
6. Ministério da Saúde(Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, [acesso em 2021 nov. 14], 2019. Disponível em: https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2019/06/manual_recomendacoes_tb_2ed_atualizada_8maio19.pdf.
7. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Grupo de trabalho das Diretrizes para Tuberculose. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. III Brazilian Thoracic Association Guidelines on Tuberculosis. J Bras Pneumol. 2009; 35(10):1018-48.
8. Ministério da Previdência e Assistência Social (Brasil). Legisweb. Resolução DC/INSS nº 10 de 23 de dezembro de 1999 [Internet]. 1999. [acesso em 2021 set. 30]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=97218>.
9. Siegel JD, Rhinehart E, Jacksn M, Chiarello L. Guidelines for isolation precautions: preventing transmission of infections agents in healthcare settings. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2007.
10. World Health Organization. Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings. WASHINGTON: WHO; 1999.
11. OSHA-OSHA. Department of labor: occupational exposure to bloodborne pathogens: needlestick and other sharps injuries: final rule [Internet]. 2001. [acesso em 2021 nov. 5]. Disponível em:

http://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadis.show_document?p_id=16265&p_table=FEDERAL_REGIS TER.

12. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force. *MMWR* 2002; 51(RR-16):1-44.
13. Ministério da Saúde (Brasil), Grupo Hospitalar Conceição, Controle de Infecção Hospitalar. Manual de precauções e isolamentos. Porto Alegre: [s.n]; 2002.
14. Canadian Thoracic Society, Canada Lung Association, Public Health Agency of Canada. Canadian Tuberculosis Standards [Internet]. 7.ed. Canada; 2013. [acesso em 2021 nov. 5]. Disponível em: emwww.phac-aspc.gc.ca.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for environmental infection control in health-care facilities: recommendations of CDC and the healthcare infection control practices advisory committee (HICPAC). *MMWR* 2003; 52(RR-10):1-42.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução n° 50 de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde [Internet]. 2002. [acesso em 2021 nov 5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html.
17. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos: tuberculose e HIV. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2021 set. 15]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e>.
18. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de orientações para coleta de escarro. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
19. Interdepartmental Working Group on Tuberculosis. The prevention and control of tuberculosis in the United Kingdom: UK guidance on the prevention and control of transmissions of 1) HIV-related Tuberculosis; 2) Drug-resistant, Including multiple drug-resistant, Tuberculosis. Department of Health, Scottish Office. Welsh Office; 1998.
20. Cotias PMT et al. Procedimentos operacionais padrões (POP's) na avaliação e conduta do acidente com material biológico. *Anais do II Congresso Brasileiro de Biossegurança*; 2001. p.188-9.
21. Silva C; Hoppe, J. Transporte de material biológico. Procedimento Operacional Padrão L44 [Internet]. Versão 4.1 de 07 fev 2012. [acesso em 2021 set. 16]. Disponível em: http://www3.ghc.com.br/PROT/Laboratorio/files/POP-L44-Transporte%20de%20Material%20Biol%C3%B3gico%20vers%C3%A3o%204.1_doc.pdf.
22. Secretaria Municipal de Saúde (Porto Alegre), Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde. Manual de biossegurança para serviços de saúde. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde; 2003.

Anexo I - Orientações para o uso correto da máscara PFF2/N95

A máscara PFF2/N95 deve ficar completamente adaptada à face do profissional de saúde, cobrindo plenamente o nariz e a boca e perfeitamente vedada à face. Todo o ar inalado deve passar pelo filtro. Uso de barba, bigode ou mesmo a barba não feita no dia atrapalha a vedação e diminui a proteção do profissional. A máscara é de uso individual, portanto não pode ser compartilhada¹⁵.

Pode ser utilizada enquanto estiver limpa, íntegra, seca e não for contaminada na sua superfície interna. Pode ser guardada em saco de papel, para não acumular umidade. Não deve ser amassada. Dependendo do modelo (aquela em formato de concha) não pode ser dobrada¹⁵.

Antes de entrar no ambiente do paciente (residência), a máscara deve ser colocada e realizado o teste de vedação: ao inspirar a mesma deve colabar e ao expirar não deve ocorrer escape pelas laterais. Só após o teste de vedação e perfeita adaptação à face do profissional é que deve ocorrer à entrada do mesmo no ambiente¹⁵. A máscara deve ser retirada após a saída do ambiente do paciente(residência).

Para colocar a máscara deve-se ter os seguintes cuidados:

- segurar a máscara com a pinça nasal próxima à ponta dos dedos deixando as alças pendentes;
- encaixar sobre o nariz, boca e queixo;
- posicionar um tirante na nuca e outro sobre a cabeça;
- ajustar a pinça nasal flexível ao formato do nariz;
- verificar a vedação pelo teste de vedação e
- cobrir a máscara com as mãos em concha sem forçar a máscara sobre o rosto e soprar suavemente. Ficar atento a vazamentos eventuais. Se ocorrer vazamentos, a máscara está mal colocada ou o tamanho é inadequado. A vedação é considerada satisfatória quando o usuário sentir ligeira pressão dentro da máscara e não conseguir detectar nenhuma fuga de ar na zona de vedação com o rosto.

Para retirar a máscara deve-se ter os seguintes cuidados:

- segurar a máscara comprimida contra a face, com uma das mãos, para mantê-la na posição original;
- retirar o tirante posicionado na nuca (tirante inferior) passando-o sobre a cabeça;
- mantendo a máscara na sua posição, retirar o outro tirante (superior), passando-o sobre a cabeça e
- remover a máscara sem tocar na sua superfície interna com os dedos e guardá-la em local ventilado para secar (envolvidas em saco de papel para proteção).

Anexo II - Normas de transportes de materiais biológicos de LAC/GHC²²

1. Objetivo

Garantir a integridade do material biológico a ser analisado; garantir o recebimento do material no laboratório dentro do intervalo permitido entre a colheita e o início dos ensaios; garantir a transferência segura das amostras para evitar acidentes capazes de causar risco à saúde das pessoas e à segurança do material.

2. Aplicabilidade

Auxiliares administrativos e coletadores do LAC-HNSC;

Profissionais de enfermagem da GSC capacitados para coleta de material biológico.

3. Descrição

3.1 Materiais necessários:

- caixas plásticas, com tampa, de paredes rígidas, cantos arredondados, laváveis e com identificação do material biológico;
- carrinho de transporte com identificação de material biológico;
- estantes para tubos e caixas com tampa para potes;
- sacos plásticos;
- equipamentos de Proteção Individual: luvas, óculos e avental;
- material de limpeza e desinfecção: detergente neutro líquido, hipoclorito 0,5% e álcool 70ºGI;
- caixas térmicas de material rígido, lavável, com identificação de material biológico;
- gelo reciclável.

3.2. Preparação das amostras para o transporte

Verificar se os recipientes estão corretamente identificados de forma legível com o nome completo do paciente, registro no GHC e o tipo de material. Amostras mal identificadas serão rejeitadas pelo laboratório.

Garantir que os recipientes estejam hermeticamente fechados para evitar vazamento de amostras e consequente exposição ao material infectante.

Verificar se o número de tubos / potes coletados corresponde ao número de exames solicitados.

3.3 Precauções

O manuseio do material biológico deve ser feito, obrigatoriamente, com uso de EPI: luvas, óculos e avental. Em caso de quebra de tubos, calçar luvas, retirar os pedaços de vidro com pinça e descartar na caixa de perfuro cortantes. Em caso de derramamento de material, absorver o excesso de material com papel toalha e dispensar hipoclorito de sódio 0,5% com gaze, pano ou papel toalha sobre o local do derramamento. Retirar o papel com a pinça (em caso de vidro) e mão enluvada e descartar no saco de lixo branco.

As caixas de transporte devem ser lavadas com água e detergente neutro líquido e desinfetadas com álcool 70%, semanalmente, ou, sempre que houver contaminação proveniente de derramamentos.

3.4 Transporte externo

3.4.1 Postos de Saúde Comunitária do GHC

O transporte das amostras coletadas nos postos do SSC é realizado por empresa terceirizada, através de serviço de moto-boy ou carro próprio do serviço, nas 3ª e 5ª feiras pela manhã, até as 9 h. Solicitar o transporte no dia anterior através do fluxo pelo Workflow TRA050- Solicitação de Transporte para Apoio Administrativo, o formulário de transporte deve ser encaminhado juntamente com a caixa térmica.

Os tubos devem ser acondicionados em pé nas estantes ou em sacos plásticos fechados e separados de outros materiais biológicos. Os potes devem ser acondicionados em sacos plásticos e acondicionados em caixas com tampa. Os sacos devem ser bem fechados para garantir a segurança em caso de vazamento. Todos os recipientes devem estar hermeticamente fechados, identificados antes do seu acondicionamento na caixa térmica de transporte. As requisições devem estar separadas do material biológico, em saco plástico, acompanhando o material.

A medição da temperatura da caixa térmica deve ser realizada pela enfermagem.

15 O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM TUBERCULOSE



Sandra Rejane Soares Ferreira

Leica Eduarda Gambin

Introdução

Este Capítulo aborda as atribuições e competências do Agente Comunitário de Saúde (ACS), como membro da equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) na atenção às pessoas com tuberculose (TB) ou em risco de desenvolvê-la. O objetivo é apresentar e discutir as competências e atribuições dos ACS no trabalho de atenção às pessoas com TB, na Gerência de Saúde Comunitária (GSC), do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), bem como as estratégias e ferramentas que poderão ser utilizadas para qualificar as ações de abordagem familiar, acolhimento, vínculo, promoção da adesão, entre outras.

A TB é uma doença infecciosa, transmissível, mas curável se tratada corretamente. Com o agravamento do cenário nacional - HIV e TB resistente - ocorrem aproximadamente 70 mil casos novos de TB a cada ano, com 4,5 mil mortes em decorrência da doença⁽¹⁾. Portanto, a TB é considerada um importante problema de saúde pública, especialmente por seu agravamento quando associada às condições de pobreza e de iniquidade social, dificuldades no acesso aos serviços de saúde, entre outros elementos que resultam no retardo no diagnóstico e na falta do adequado acompanhamento.

Os ACS, enquanto membros das equipes de saúde, são fundamentais na realização de atividades que podem contribuir para o controle efetivo da doença, entre elas a identificação de sintomáticos respiratórios (SR) na comunidade, a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento da doença, a descentralização das ações de educação comunitária, as ações de promoção da saúde, o acompanhamento dos casos até a cura, entre outras.

Trabalhar com pessoas com TB ou em risco de desenvolvê-la é uma atividade complexa que necessita ser realizada de forma intersectorial pelos Serviços de APS junto com outros níveis de atenção à saúde e setores da sociedade. Neste contexto, o ACS se configura num elemento chave da equipe de saúde para identificar com mais facilidade pessoas/famílias mais vulneráveis para o desenvolvimento da doença. As ações do ACS, em relação à TB, não podem estar desvinculadas de uma avaliação global da família e do seu contexto no território, bem como da atenção integral e integrada de toda a equipe multiprofissional.

O ACS é um profissional que está diretamente em contato com a população, portanto um elemento fundamental para o trabalho de Vigilância em Saúde realizada no território, bem como para a promoção e educação em saúde. A partir da abordagem do ACS sobre TB no território é possível

incentivar a população a falar mais sobre a doença auxiliando na desconstrução do preconceito, discriminação, mitos e medos.

Refletindo sobre esse tema observam-se os desafios que se colocam para os ACS e para as equipes de saúde trabalharem com esse complexo problema de saúde o que implica, entre outros aspectos, na construção cotidiana de vínculo com as pessoas/ famílias, no estabelecimento de uma relação de confiança relacionado com todos os aspectos éticos e de sigilo que envolvem as ações de saúde, na análise de critérios de risco e vulnerabilidades para o planejamento das ações em saúde tendo em vista que a TB frequentemente encontra-se associada à comorbidades (dependência química, tabagismo, pessoas vivendo com HIV, diabetes, doenças que comprometem a imunidade, entre outros).

O Ministério da Saúde (MS) define a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária⁽²⁾.

Analisando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB - Portaria nº 2.436/2017)⁽²⁾ pode-se identificar as potencialidades do trabalho do ACS nos diferentes territórios dos serviços de APS e as suas contribuições na execução da Linha de Cuidado (LC) da TB.

Atribuições e competências dos ACS nas ações de controle da tuberculose

Considerando o conjunto de atribuições do ACS, definidas pela PNAB, cabe a esse profissional realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, **tuberculose**, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco⁽³⁾.

É necessário que o ACS esteja atento aos casos suspeitos de TB, realize a busca ativa, aumentando/ agilizando a detecção de casos, contribuindo para que o início do tratamento (quando confirmado o diagnóstico) seja mais rápido e mais eficiente³. Também, deve realizar o tratamento diretamente observado (TDO), o que favorece a cura e a quebra da cadeia de transmissão⁽³⁻⁴⁾.

De acordo com MS⁽³⁻⁴⁾ e com a Linha de Cuidado (LC) de atenção às pessoas com TB da GSC⁽⁵⁾, as atribuições dos ACS nas ações de controle da doença são:

- Participar com a equipe do planejamento de ações para o controle da TB na comunidade;
- Realizar e/ou acompanhar ações educativas sobre TB junto à comunidade;
- Fazer visita domiciliar de acordo com a programação da equipe e realizar seu registro;
- Realizar busca oportuna dos SR nas VD realizadas diariamente, nas atividades coletivas e na comunidade identificando os sintomáticos respiratórios (SR)^j;
- Registrar e comunicar a identificação do SR ou da pessoa com suspeita de TB, à equipe da US;
- Encaminhar os SR ao acolhimento da US ou ao profissional de referência para avaliação;
- Orientar sobre a importância e a forma de realizar da coleta de escarro para a investigação da tosse, por meio da baciloscopia ou TRM-TB;

- Realizar busca ativa de SR que não coletou exame de escarro, pessoas com TB faltosas as consultas de tratamento e contatos que não compareceram a US para investigação.
- Encaminhar os casos suspeitos de TB e seus contatos para avaliação na unidades de saúde;
- Orientar sobre TB à pessoa/ família e à comunidade;
- Verificar a situação vacinal da criança na Caderneta de Saúde, se faltosa, encaminhar à US;
- Verificar a presença de cicatriz da vacina BCG no braço direito da criança. Caso não exista e não haja comprovante na Caderneta, encaminhar a criança para vacinação. A presença de cicatriz de vacinação BCG não quer dizer que a pessoa não vá ter tuberculose, pois a vacina só previne as manifestações graves da doença.
- Realizar tratamento diretamente observado (TDO) para os casos de TB e pessoas em tratamento para infecção latente da TB, conforme planejamento da equipe;
- Fazer visita domiciliar (VD) para realizar TDO, de acordo com a programação da equipe, usando a Ficha de Acompanhamento da Tomada Diária da Medicação;
- Acompanhar as pessoas/ familiar com TB durante o período de tratamento até a cura;
- Orientar que os medicamentos precisam ser tomados juntos para que façam o efeito desejado, por isso, deve informar para que a pessoa não estranhe a quantidade de medicamentos. A medicação deve ser preferencialmente tomada em jejum. Informar que algumas vezes os medicamentos podem causar reações adversas ou efeitos colaterais. Orientar a procura imediata da US na presença de sinais e sintomas de efeitos adversos ao uso do medicamento;
- Comunicar a situação de suspeita de efeitos adversos aos medicamentos à US, verificar o comparecimento da pessoa à US e aumentar o número de VD para acompanhamento;
- Orientar mulheres em idade fértil que estão em tratamento para TB que esses medicamentos interferem na ação dos contraceptivos orais (pílulas) e que elas devem buscar novas orientações sobre anticoncepção com a equipe de saúde;
- Orientar sobre a importância da continuidade do tratamento até a alta e seguir as orientações da equipe de saúde;
- Orientar sobre a importância da coleta de escarro mensal para pessoas com TB pulmonar, quando solicitado pela US;
- Orientar sobre o consumo de alimentos saudáveis, estimular o consumo de líquidos e manter o ambiente limpo e arejado;
- Orientar e estimular o tabagista a abandonar o uso de tabaco e procurar a US, para receber apoio e tratamento;
- Observar os cuidados básicos de redução da transmissão do *Mtb* (biossegurança individual e no domicílio), como, por exemplo, atender os usuários em ambientes arejados (com ventilação natural) e de preferência com luz solar (varandas, perto de janelas ou portas) – Ver Capítulo 14.

A atribuição fundamental e transversal do ACS é auxiliar a população a refletir sobre sua condição de saúde para encontrar, com o apoio dos serviços de saúde, as soluções mais eficazes para os seus problemas. Por isso, o ACS precisa compreender profundamente as potencialidades e os pontos

^j Sintomáticos Respiratórios (SR) são pessoas que apresentam tosse com ou sem expectoração há pelo menos três semanas^(4,14). A estimativa do número de SR de um território é de 1% da população residente⁽¹⁴⁾. Na população vulnerável considerar como SR pessoas com qualquer tempo de tosse para investigação de TB⁽¹⁴⁾.

vulneráveis da comunidade, bem como suas características específicas. Com as pessoas da comunidade, o ACS tem a possibilidade de (re) conhecer os problemas locais de saúde e suas causas e, dentre estes, os problemas que afetam o bem estar das pessoas e que elas consideram graves⁽⁶⁾. Essa é uma característica do trabalho dos ACS que é primordial para o efetivo cuidado em saúde de pessoas acometidas por TB e/ou em risco para o adoecimento e vai muito além de atuar como elo entre a comunidade e o sistema de saúde externo ou de ofertar atendimento específico para um problema de saúde.

Estudo⁽⁶⁾ sobre o papel de mediador social exercido pelos ACS definem essa atribuição como a capacidade de:

atuar como um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de autoajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado⁽⁶⁾.

Destaca-se que se o ACS conhecer essas responsabilidades e exercitá-las no seu processo de trabalho indiretamente ele já estará atuando de forma positiva no cuidado das pessoas com TB e suas famílias devido as suas frequentes vulnerabilidades.

Pode-se afirmar que para dar conta de tantas atribuições, o ACS precisa utilizar muitas técnicas de comunicação e informação em saúde no seu trabalho, além das práticas educativas e de vigilância da saúde, previstas de forma mais explícita nas portarias, nos manuais e nas rotinas estabelecidas para esse trabalhador⁽⁶⁾.

Tecnologias leves e estratégias que podem auxiliar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde na atenção às pessoas com tuberculose

Na APS espera-se que os processos de trabalho e de cuidado, dos ACSs e da equipe, estejam basicamente centrados no desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção, trabalhando com um conceito amplo de saúde, exercendo a mediação entre o serviço e a comunidade e entre os diferentes saberes. Para tanto, o ACS precisa ter ao seu dispor tecnologias em saúde, especificamente as tecnologias leves (relacionais e de comunicação), a fim de que tenha êxito em suas atividades e consiga interagir com o usuário/ família/ comunidade, identificando suas necessidades e auxiliando-os na resolutividade das mesmas. Assim, as tecnologias em saúde são ferramentas fundamentais para as ações dos ACS, e são classificadas em três categorias: tecnologia dura que se relaciona a equipamentos tecnológicos; a leve-dura que compreende os saberes no processo da saúde; e a tecnologia leve que são as tecnologias das relações, da comunicação, do acolhimento, do vínculo e da autonomia⁽⁷⁾. As tecnologias leves são aquelas utilizadas na relação trabalhador/usuário, que permitem a formação de vínculo, ou seja, são atos que permitem produzir relações entre trabalhador/usuário, expressando a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações⁽⁸⁾.

Aborda-se a seguir tecnologias leves, as quais são fundamentais para o trabalho do ACS, pois as ações acolhedoras e vinculares possuem capacidade de tornar as práticas mais eficazes, eficientes, ágeis e resolutivas, por meio do estabelecimento das relações entre trabalhadores e usuários e da

construção de valores afetivos e de respeito com a vida do outro, permitindo que as práticas tradicionais (curativas e preventivas) ganhem nova dimensão, pautadas na corresponsabilização, na autonomia, na construção compartilhada do conhecimento e no interesse coletivo⁽⁹⁾.

Acolhimento e Vínculo

O acolhimento pode ser uma estratégia para reestruturar o modelo assistencial curativo e fragmentado dos serviços de saúde, tornando a assistência mais acolhedora e resolutiva. Nessa direção, o processo de trabalho em saúde modifica-se por meio da escuta aos usuários, da valorização de suas necessidades, da corresponsabilização com o cuidado e da promoção da autonomia⁽¹⁰⁾.

O acolhimento também pode ser considerado um dispositivo para a humanização do atendimento, ou seja, o acolher é compreendido como mais do que exercer uma escuta qualificada e interessante, é um conjunto de atividades que envolve a escuta, a identificação do problema e a intervenção resolutiva⁹⁻¹⁰. Nessa perspectiva, o vínculo é um dispositivo que permite tanto ao usuário quanto ao trabalhador encontrar suas potencialidades, estabelecendo relações mais recíprocas e possibilitando a construção de atos terapêuticos corresponsabilizados e coautorais⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O vínculo possibilita as trocas entre o saber técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, tornando-os ações terapêuticas aptas a cada grupo ou indivíduo⁽⁹⁾. Destaca-se que o vínculo é considerado uma conquista não imediata da relação com o usuário, pois pode levar certo tempo para ser estabelecido, porém, após consolidado, quanto mais forte for, melhor será a relação entre profissional/usuário, produzindo melhores resultados pois potencializa as trocas de saberes entre as pessoas envolvidas⁽⁹⁾. Alguns elementos considerados essenciais para a formação de vínculo devem ser ressaltados, são eles: a confiança, o compromisso, o respeito e a empatia, os quais são essenciais para que haja maior conhecimento da comunidade e, conseqüentemente, se estabeleça com ela o vínculo⁽⁹⁾.

O vínculo é uma ferramenta que, além de favorecer a proximidade e fortalecer o relacionamento profissional entre o ACS e a família, faz com que o usuário sinta-se mais confiante para relatar as dificuldades e riscos a que está exposto, possibilitando que seja atendido em sua integralidade⁽⁹⁾.

A literatura^(6,9-12) evidencia que o acolhimento e vínculo estão presentes no trabalho dos ACSs em muitas formas e abordagens, merecendo ser aprofundadas e discutidas pelas equipes de saúde. Entretanto, compreende-se que a construção de relações de vínculo é um processo complexo e que os ACS no trabalho com pessoas com TB vêm demonstrando habilidades nessa direção conforme relatos de experiências exitosas descritas a seguir.

O ACS está na linha de frente de um sistema de saúde que, muitas vezes, não está capacitado ou não tem as condições estruturais para atender as inúmeras demandas que surgem no seu cotidiano de trabalho. No cuidado de pessoas com TB é fundamental que o ACS desenvolva sua capacidade de ouvir os problemas das famílias para que, junto com eles e a equipe de saúde, possa elaborar estratégias resolutivas. No entanto vale lembrar que acolhimento e vínculo é responsabilidade de toda a equipe, pois cada membro possui uma função essencial no processo de cuidado de pessoas com TB. Também, que a construção da relação de trabalhadores e usuários depende de ambos, pois a equipe deve saber acolher e o usuário precisa corroborar para a execução do Plano Terapêutico⁽⁹⁾.

Acredita-se que entre as atividades desenvolvidas pelos ACS, a que melhor possibilita a construção prática do acolhimento e vínculo seja a visita domiciliar, pois permite que o profissional circule

com frequência no “mundo” em que a família vive, facilitando o contato com as pessoas e possibilitando o fortalecimento da relação⁽⁶⁾.

Visita Domiciliar (VD)

A visita é um espaço de atuação prática do ACS e os desafia a buscar elementos que favoreçam sua inserção na família. O fato do ACS conhecer seus usuários e a prioridade de cada um baseia-se, em especial, na escuta ativa do usuário, propiciando o vínculo que, por sua vez, otimiza o processo da atenção⁽⁶⁾. Durante a VD, atividade mais corriqueira do ACS, é que o acolhimento e o vínculo são possíveis de serem estabelecidos e até mesmo fortalecidos, pois é uma das oportunidades que o profissional tem de construção do diálogo, conhecendo as necessidades da família e auxiliando na resolutividade dos problemas evidenciados. Sendo assim, é na VD que as tecnologias leves ganham espaço para seu fortalecimento, pois a relação usuário/profissional em saúde se constrói nessa dimensão de escuta e de trocas^(6,12).

O ACS, por sua linguagem sobre saúde mais acessível, está entre os profissionais de saúde que no cotidiano de trabalho são capazes de estabelecer relações de diálogo e de amorosidade para com a população⁽¹⁰⁾. Ao tecer relações de empatia e reciprocidade, com “a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade” o ACS ocupa o lugar de mediador das ações em saúde¹⁰. Ao assumir o papel de mediação e articulação entre equipe de saúde e comunidade, o ACS se constitui um elemento nuclear das ações em saúde^(6,12-13).

Uma VD para ser realizada com eficácia precisa ser planejada. É necessário definir objetivos e verificar os detalhes antes de realizá-la, dessa forma o ACS aproveita melhor o seu tempo e respeita o tempo das pessoas que serão visitadas. Por exemplo, saber o nome dos integrantes da família e os problemas já registrados antes da visita demonstram interesse nos assuntos relacionados à família. Saber se houve um nascimento, uma morte ou alguma mudança na família cadastrada, escolher um horário adequado e prever o tempo de duração das visitas, são detalhes que fazem parte do processo de planejamento. Isto não impede que se altere o horário da VD ou que possa ficar por mais tempo. É necessário explicar às pessoas o porquê das perguntas realizadas (a importância das respostas e para que elas vão servir) para compreendam o sentido da abordagem. Destaca-se que o questionamento também é uma oportunidade para se ensinar e aprender e que fazer perguntas além de conseguir informações faz com que as pessoas pensem sobre sua condição de vida e saúde.

Organize seu roteiro antes da VD e questione se as informações que você pretende conseguir serão úteis para você e/ou a equipe planejar o trabalho com a família no domicílio, as reuniões comunitárias e/ou outras atividades. Depois de realizar uma visita é importante verificar se os objetivos foram atingidos, avaliar o que foi bom e o que poderá ser melhor na abordagem, bem como repensar estratégias de abordagem e fazer um novo planejamento para as próximas VD.

Busca Oportuna e Busca Ativa de casos de TB no território

Para a equipe de saúde identificar todos os casos de TB do seu território e tratá-los a LC da TB deve ter como alvo das suas ações **dois grupos prioritários**: a) os sintomáticos respiratórios e b) os

contatos de caso de TB^k. A maioria dos casos novos de TB pode ser encontrada nestes dois grupos, portanto ações de busca são fundamentais.

Existem vários tipos de busca que podem ser realizadas por um serviço de saúde, entre elas:

- busca na demanda diária da US (busca oportuna);
- busca por meio da observação do público que participa habitualmente de atividades comunitárias e na unidade de saúde (busca passiva);
- busca entre os contatos de caso de TB (busca ativa);
- busca em instituições fechadas: asilos, sistema prisional, entre outras (busca ativa);
- busca em populações vulneráveis: em situação de rua, pessoas vivendo com HIV, entre outras (busca ativa);
- busca por meio de ações/campanhas como por exemplo dia mundial da TB, entre outras (busca ativa); e
- busca do SR realizada pelo ACS em todos os domicílios visitados, por qualquer motivo, na sua rotina diária de trabalho (busca oportuna).

É importante diferenciar conceitualmente os tipos de busca as quais nos referimos:

a) **Busca Oportuna:** é uma atividade permanente, transversal, agregada às demais atividades rotineiras realizadas no território, na US e nos domicílios com o objetivo de não perder a oportunidade para abordar o tema (por exemplo, a tosse) e tentar identificar precocemente pessoas com tosse, orientá-las a respeito da importância da investigação e identificação das causas desse sinal/sintoma. É uma atividade “oportuna” porque seu objetivo é aproveitar todos os momentos de contato com os usuários para realizar o processo educativo. A proposta é olhar para o contexto da família como um todo e não apenas para a dimensão de um problema específico que motivou o planejamento da VD, um convite para ir além do habitual. Aproveita-se a oportunidade de contato com as pessoas/ famílias para lembrar que a tosse é pouco valorizada e até negligenciada.

A estratégia “**busca oportuna de SR**” foi implantada no SSC, em janeiro de 2015, quando foi recomendado aos ACS realizar em todas as VD realizadas (por qualquer motivo) a pergunta: “**na sua casa tem alguém com tosse?**” A busca oportuna de SR é uma atividade orientada para identificar precocemente pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas, visando à descoberta dos casos de TB bacilíferos e tem como objetivos⁽¹⁵⁾:

- ampliar o olhar e a escuta do ACS para a percepção da tosse em todas as atividades realizadas na US, domicílio e território, identificando os SR⁽¹⁵⁾;
- incluir rotineiramente em todas as VD realizadas, a pergunta ao usuário: **na sua família/casa alguém está com tosse?**⁽¹⁵⁾ e
- oferecer, às pessoas com tosse, acesso facilitado à US para avaliação e, se indicado, realização de baciloscopia (BAAR) de escarro ou teste rápido molecular (TRM-TB)⁽¹⁵⁾.

Após realizar a pergunta o ACS deverá registrar a informação obtida e orientar sobre a tosse e a importância das pessoas procurarem a Unidade de Saúde (US) para investigação dos motivos da

^k Contatos de caso de TB – pessoas que convivem no mesmo ambiente com alguém com TB, no momento em que foi feito este diagnóstico⁽¹⁴⁾. A estimativa do número de contatos são de 4 pessoas para cada caso de TB identificado.

mesma. Quando o ACS identifica oportunamente na VD uma pessoa com tosse ele deverá encaminhar o caso para o acolhimento da US de acordo com o fluxo planejado junto com a equipe de saúde⁽¹⁵⁾.

b) **Busca Ativa:** ocorre quando o profissional planeja atividades fora da unidade de saúde com o objetivo específico de buscar o SR ou o caso de TB no território e motivá-lo a comparecer na US para realizar o exame de escarro ou acompanhamento. Por exemplo, busca de SR conhecidos e que não vieram realizar os exames solicitados. A busca ativa para encontrar casos de TB está recomendada especialmente entre: a) SR conhecidos do serviço; b) contatos de pessoa com TB; c) populações de maior risco de adoecimento, como os residentes em comunidades fechadas (asilos, presídios), etilistas, usuários de drogas, população em situação de rua, imunodeprimidos, trabalhadores que mantém contato com paciente bacilífero e d) pessoas com radiografia de tórax sugestiva de TB pulmonar^(14,16-17).

O MS e a OMS recomendam que, para se obter um rastreamento eficaz, as equipes de saúde realizem busca ativa através da organização da **vigilância em saúde**⁽¹⁸⁾, mobilizem a comunidade para auxiliar a identificar os SR, também chamados de “tossidores crônicos”, nas famílias, clubes, igrejas e comunidades fechadas, com o objetivo de encaminhá-los para fazer baciloscopia de escarro ou TRM-TB. Quanto mais cedo ocorrer o diagnóstico e o início do tratamento dos casos de TB descobertos, bem como a cura do doente, mais rápida será a interrupção da cadeia de transmissão do bacilo^(14,19-20).

c) **Busca Passiva:** é a procura de casos de TB entre as pessoas que frequentam o serviço de saúde. É uma atividade intramuros que ocorre durante a consulta na unidade de saúde ou participação de uma atividade de grupo realizada pela equipe de saúde.

Em 2017, foi realizada uma revisão integrativa da literatura⁽²¹⁾ sobre a atuação dos ACS na busca ativa do SR e os pesquisadores concluíram que as ações destes profissionais, nos serviços pesquisados, ainda estavam calcadas no modelo tecnicista, fruto de uma formação biologicista, não tendo um poder de resolutividade na identificação dos SR, ainda que a busca não fazia parte da rotina de VD dos ACS. Uma das barreiras identificadas pelo estudo para atuação limitada dos ACS na busca do SR estava relacionada ao conhecimento da sintomatologia clássica da doença, pois os participantes de uma das pesquisas não sabiam definir corretamente o significado do SR e de TB; em outro estudo eles reconheciam a tosse como o sintoma mais preocupante, mas havia a falta de incorporação da busca do SR na rotina de VD desses profissionais⁽²¹⁾. Os estudos revisados apontaram que é preciso repensar o modelo de capacitação destes profissionais, rompendo com modelo biologicista em prol do modelo da problematização, de forma que se possa dialogar com os determinantes sociais que tem relação com a TB, a fim de identificar os grupos vulneráveis à doença e a partir daí intensificar a busca nesses grupos, além de promover a educação em saúde para disseminar uma rede de saberes na comunidade, de forma que o usuário assuma o protagonismo do processo⁽²¹⁾. Uma das propostas do estudo⁽²¹⁾ foi a incorporação na APS da Política de Educação Permanente de Saúde (EPS) do MS, de forma que os ACS possam compreender que sua ferramenta de trabalho encontra-se na comunidade, e que sua atuação tem que ser de acordo com a necessidade do usuário, família e comunidade.

¹ O Objetivo da Vigilância em Saúde é desenvolver um conjunto de medidas capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde além de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, incluindo o ambiente de trabalho, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde⁽¹⁸⁾.

No SSC os ACS possuem papel fundamental na identificação dos SR na comunidade sendo um dos principais agentes para a busca ativa e oportuna dos casos. Mas, para que o trabalho do ACS seja efetivo a equipe de saúde deve estar preparada para apoiá-los e acolher as pessoas encaminhadas às US, pactuando fluxos de acesso que permitam o adequado acolhimento e vinculação destes SR identificados nas ações de prevenção e promoção da saúde da US.

Destaca-se como papel dos ACS na Linha de Cuidado (LC) da TB no SSC⁽⁵⁾:

- busca oportuna de SR em todos os domicílios visitados e na comunidade;
- busca ativa de SR registrados na US, mas que não realizaram a colheita do exame de escarro para baciloscopia;
- busca ativa dos contatos de casos de TB para realizar consulta clínica de avaliação; e
- busca ativa dos casos de TB faltosos a consulta clínica ou ao TDO.

Entretanto, o trabalho dos ACS nas 12 US da GSC, que correspondem a 37 Equipes de Saúde da Família, não é homogêneo e identifica-se US onde eles realizam esse trabalho de forma efetiva e outras nas quais eles não realizam a busca oportuna de SR. Nesse sentido, buscou-se unificar/alinhar os instrumentos de trabalho relacionados ao cuidado de pessoas com TB e repactuar fluxos das US no acolhimento dessa demanda e recomendando as seguintes ações:

- o ACS deverá realizar a busca oportuna de SR nas VD realizadas;
- ao identificar um SR deverá encaminhá-lo por meio do instrumento/formulário padrão do SSC para a identificação e acolhimento na US, garantindo acesso facilitado para realização do exame de escarro e consulta clínica de avaliação;
- registrar em sua agenda a identificação e encaminhamento do SR para monitorar o que ocorreu após sua abordagem;
- comunicar a enfermeira da área de vigilância sobre o SR identificado para que realize o registro em prontuário ou livro de SR da US para monitorar se a pessoa compareceu;
- desenvolver ações educativas sobre TB nos espaços coletivos do território.

Tratamento Diretamente Observado

O tratamento diretamente observado (TDO) consiste na observação direta e registro da tomada de um medicamento realizada por um profissional da saúde, um familiar ou qualquer outra pessoa da comunidade, previamente orientada e treinada para esta atividade⁽⁴⁾. Mais informações no Capítulo 13.

Os objetivos do TDO são: a) melhorar a atenção às pessoas com TB por meio do acolhimento humanizado; b) possibilitar a adesão, garantindo a cura; c) reduzir a taxa de abandono e a mortalidade; d) interromper a cadeia de transmissão da doença; e) diminuir o surgimento de bacilos multirresistentes; f) reduzir o sofrimento humano, uma vez que se trata de doença consuntiva, transmissível e de alto custo social; g) realizar educação em saúde mais efetiva, de forma individualizada voltada para orientar e responsabilizar o indivíduo, a família e a comunidade nas ações de saúde⁽⁴⁾.

A ingestão regular dos fármacos até a cura da TB é tão importante quanto fazer o diagnóstico precoce da doença, portanto o SSC definiu a realização de TDO para as pessoas que apresentam fatores prognósticos para o abandono identificados por meio de vários estudos, são eles:

- retratamento da doença (retorno após abandono ou recidiva)
- pessoas com alcoolistas e/ou usuários de outras drogas;

- pessoas em situação de rua;
- pessoas vivendo com HIV;
- homens sem vínculo empregatício;
- pessoas do sistema prisional ou egressas dele; e
- portadores de doença mental;

Para o TDO é necessário, além da observação da tomada da medicação, a construção de vínculo entre a pessoa com TB e a pessoa que vai realizar a observação. Neste sentido, considera-se que o ACS é o profissional mais indicado para realizar TDO fora da US, pois atua como um facilitador, capaz de construir pontes entre os serviços de saúde e a comunidade, identificando prontamente seus problemas, atuando no trabalho de prevenção de doenças e promoção da saúde^(22,23).

O ACS é o profissional que tem a potencialidade para melhor apreender a complexidade do problema da TB no meio onde vive e para formar vínculo com as pessoas em tratamento. Portanto, conclui-se que o ACS é peça fundamental na proposta de controle da TB nos locais onde a ESF está implantada. O vínculo entre o ACS e a pessoa com TB favorece a comunicação, a compreensão do processo saúde-adoecimento, fortalecendo as pessoas mais fragilizadas. Entretanto, este profissional precisa ser preparado e amparado dentro do programa pela equipe de saúde^(22,23).

No item “Experiências exitosas do trabalho dos ACS na identificação de casos de TB, no tratamento e acompanhamento das pessoas e seus contatos na GSC” apresentam-se relatos sobre as práticas dos ACS na realização do TDO no domicílio e nas US da GSC.

Educação Popular em Saúde

A Educação Popular em Saúde (EPS) pode ser vista como uma estratégia de operacionalização do conceito ampliado em saúde para realizar promoção, prevenção e recuperação da saúde. A proposta de EPS foi inspirada na Educação Popular criada por Paulo Freire ao debruçar-se sobre questões relativas à saúde. Essa metodologia de ensino considera: a) as possibilidades concretas do contexto de vida dos sujeitos que facilitam/dificultam a ocorrência de transformações em seu modo de viver; e b) que será necessário atuar sobre essas possibilidades, para que de fato as mudanças se concretizem⁽²⁴⁾.

A EPS problematiza a naturalização de intervenções em saúde impositivas, transpassadas por uma moralidade, com vistas a transmitir saberes biomédicos considerados imprescindíveis para se ter saúde. “*Concebe o ato de educar como um processo que acontece durante a identificação, discussão e intervenção nas questões sociais de determinada comunidade, as quais atravessam as práticas e as concepções sociais de saúde/doença*”⁽²⁵⁾. A concepção ampliada de saúde se aproxima da EPS ao levar em conta o saber comum das pessoas sobre a experiência de adoecimento e de cura. A produção em saúde acontece em meio à produção da vida, por isso o ponto de partida do processo educativo acontece com rodas de conversa, diagnósticos participativos, assembleias e manifestações da cultura popular⁽²⁶⁾.

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) orienta-se para o estabelecimento de processos educativos e de trabalho social emancipatório, a favor da promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, no intuito de superar as desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão⁽²⁷⁾. A PNEPS-SUS apresenta na Portaria 2.761/2013 os seguintes princípios orientadores: a) diálogo; b) amorosidade; c)

problematização; d) construção compartilhada do conhecimento; e) emancipação; e f) compromisso com a construção do projeto democrático e popular⁽²⁸⁾. O trabalho do ACS possui claramente uma importante interface com os princípios orientadores da PNEP-SUS, pois envolve ações técnicas ligadas a orientações em saúde (compartilha conhecimento), que são transpassadas por uma rede de afetos, abertura ao diálogo e proximidade constituída pelo vínculo estabelecido.

Promoção da Saúde

A situação de saúde está intimamente ligada com o modo de vida do indivíduo e das populações. O dia a dia do indivíduo na sociedade é, portanto, o espaço onde se manifesta a articulação entre os processos biológicos e sociais que determinarão o seu processo saúde doença naquela sociedade⁽²⁹⁾. A compreensão dessa questão é fundamental para o trabalho do ACS com pessoas/famílias acometidas por TB, tendo em vista que é uma doença, na maioria dos casos, associada à pobreza, às más condições de vida e de habitação e à aglomeração humana.

A promoção da saúde é uma das estratégias para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidade. O termo promoção da saúde tem sido associado a valores como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, e a uma combinação de estratégias tais como ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais⁽³⁰⁾. De acordo com a literatura a prática da promoção da saúde pode ser dividida em dois grandes grupos⁽²⁹⁾:

a) atividades voltadas à transformação dos comportamentos do indivíduo, dirigidas ao estilo de vida e localizando-os no seio da família e, no máximo, no ambiente cultural. A adesão a esta linha nos conduz à realização de atividades de promoção da saúde voltadas para os componentes educativos relacionados com os riscos comportamentais passíveis de mudança e sob o controle do próprio cidadão. Exemplo: higiene pessoal, hábito de fumar, realizar atividade física, cuidados alimentares, entre outros⁽²⁹⁾.

b) atividades relacionadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente no sentido amplo (ambiente físico, social, político, econômico e cultural). As atividades de promoção por meio de políticas públicas intersetoriais, participação da sociedade e do poder público⁽²⁹⁾. Exemplo: ações para a melhoria das condições de vida e de habitação da população, ações para a redução de ambientes insalubres e com aglomeração humana, entre outros.

Faz-se claro que a promoção da saúde não é só responsabilidade do setor saúde, mas de uma integração entre os diversos setores dos governos municipal, estadual e federal na articulação de políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais ao ser humano⁽²⁹⁻³⁰⁾.

O ACS é um profissional imprescindível para o desenvolvimento de estratégias que permitam aos serviços de saúde atuar de forma integrada e intersetorial na promoção da saúde buscando coletivamente as condições e os recursos fundamentais para atingir o proposto em um conceito mais amplo de saúde, entre eles: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade⁽²⁹⁾.

Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui ferramenta importante para o aprimoramento do trabalho desenvolvido na APS. O acesso às atividades educativas deve ser garantido a todos os profissionais que atuam neste espaço. Entretanto, cabe destacar a importância da realização da EPS no cotidiano do ACS, em especial para ampliar a compreensão dos problemas e situações de vida e saúde relacionados com a TB.

Estudos^(21,23,31) apontam a falta de conhecimento/informação como causa de diversos problemas presentes em serviços de APS. Dentre os atores envolvidos no processo de trabalho em saúde, o ACS ganha destaque, pois ele é uma pessoa da comunidade que terá a atribuição de ser um elo entre equipe de saúde e comunidade. É fundamental a abordagem de assuntos que permitam compreensão dos diversos aspectos do processo de adoecimento e a discussão acerca do processo de trabalho na US.

Em relação a TB é necessário que as equipes de saúde tenham um espaço regular estabelecido para discutir de forma sistematizada com o ACS os casos de SR, de pessoas com TB ou suspeita da doença nas suas áreas de atuação/vigilância. Destaca-se a importância de discutir questões relacionadas com a TB como ética, preconceito, discriminação e o medo de exposição das pessoas/ famílias. Por exemplo, na GSC realizamos EPS sobre casos de TB, os quais a pessoa/família não queria que a US soubesse da doença (medo de exposição) e por isso realizaram tratamento nos Centros de Referência em TB. Quando não foi estabelecido, previamente ao diagnóstico, uma relação de confiança e vínculo fica mais difícil tratar a doença que tem um período longo de acompanhamento. Os ACS são profissionais que podem ajudar na promoção da vinculação dos casos, a adesão ao tratamento e a realização do TDO, especialmente para pessoas dentro do perfil de vulnerabilidade para o abandono.

É necessário que as US tenham um Projeto de EPS destinado ao ACS como uma estratégia capaz de aumentar os conhecimentos técnicos sobre o processo saúde-doença e sobre o caráter dinâmico da construção do conhecimento, além de conscientizar os ACS acerca da importância do seu trabalho⁽³¹⁾. No contexto do trabalho, para transformar a prática da atenção em saúde, é preciso dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las, não de forma abstrata, mas no concreto do trabalho de cada equipe, para construir novas formas de organização do processo de trabalho, de convivência e práticas que aproximem o SUS da atenção integral e da qualidade do cuidado⁽³¹⁾.

O ACS necessita estar atento no território para as pessoas mais vulneráveis para desenvolver TB, realizar a busca ativa e oportuna de SR ampliando e agilizando a detecção precoce de casos. Destaca-se que para realizar esta e outras atividades descritas anteriormente como suas atribuições, bem como para realizar um trabalho efetivo na comunidade sobre a doença é preciso garantir um processo de EPS que contribua no desenvolvimento de suas capacidades e o estimule para o trabalho comunitário participativo, reflexivo e transformador⁽³²⁾. A aprendizagem no trabalho, como ação política, ocorre quando o facilitador proporciona ao grupo reflexão coletiva sobre os problemas que dificultam o cuidado integral das pessoas e esta pode ser uma tarefa de todos os profissionais da equipe de saúde⁽³²⁾.

Planejamento das Ações de Saúde

A partir de uma visão, de um sonho ou objetivo planejamos conseguir um emprego, uma casa, um casamento, ter filhos, comprar um objeto, entre outros, e porque não, nossos processos de trabalho.

O planejamento é uma ferramenta que pode ser utilizada pelo trabalhador para refletir, definir e compreender os objetivos do seu trabalho e como desenvolvê-lo para atingir os objetivos e metas desejadas. Em algumas situações da vida podemos planejar coisas de forma independente e realizá-las solitariamente. Mas, em outras situações, tais como o trabalho em uma instituição, dependemos do trabalho de outras pessoas para realizarmos o que planejamos. Neste caso, precisamos compartilhar com outras pessoas, esse sonho, ou visão, que poderá ser alcançado. Quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele no dia a dia, especialmente se não houver um momento específico onde se possa “parar e pensar” sobre as atividades. A complexidade do trabalho e a necessidade de atuação em equipes multiprofissionais são características presentes nos serviços de APS, por isso, é fundamental que os profissionais desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos, como o planejamento, que auxiliem na reflexão crítica e na transformação do seu processo de trabalho.

Genericamente pode-se dizer que o processo de planejamento em saúde necessita dos seguintes passos: (a) conhecer a realidade (análise da situação/ onde estamos?); (b) realizar o diagnóstico da situação de saúde; (c) listar todos os problemas identificados; (d) o que queremos alcançar? Definir de forma participativa o(s) problemas que são prioritários (aqueles sobre os quais vamos atuar); (e) até onde queremos ir dentro de um determinado período de tempo? Estabelecer objetivos, metas e indicadores para o acompanhamento do trabalho; (f) o que temos que fazer e como queremos trabalhar? Planejar ações para atingir os objetivos definidos (Quem, Quando e Como); (g) quais são os recursos necessários para realizar as atividades? (material, humano, financeiro, logístico, entre outros); (h) o que faremos para ter apoio? (busca de parcerias/ mobilização de recursos); (i) monitorar a realização das ações planejadas; (j) avaliar a realização das atividades com base nos indicadores escolhidos (promove a aprendizagem na situação de trabalho); e (l) (re)planejar as ações caso nossos objetivos e metas não tenham sido atingidos.

Na APS o ACS poderá utilizar os instrumentos do planejamento em três momentos distintos, quando: (a) participar do planejamento das ações da equipe de saúde; (b) participar do planejamento das atividades que realizará com outros profissionais e (c) realizar o planejamento individual das atividades específicas que compõe seu escopo de trabalho.

Nosso objetivo neste item é destacar a importância do planejamento nas ações do ACS no cuidado de pessoas com TB ou em risco de desenvolvê-la, especialmente o que ele pode fazer antes de realizar uma visita domiciliar, uma reunião com a comunidade, um grupo educativo, entre outras atividades que lhe competem.

Dentro de suas atribuições na prevenção e cuidado de pessoas com TB que instrumentos do planejamento o ACS pode utilizar na programação de suas atividades diárias?

O trabalho deverá ser sempre guiado por um objetivo conhecido, portanto antes de realizar uma VD é importante verificar: (a) o que eu já conheço sobre essa família; (b) que problemas essa família/pessoa possui ou o que está motivando essa visita; (c) listar os problemas já identificados e, se for o caso, perguntas que podem me auxiliar a descobrir problemas potenciais para pessoas/família, especialmente se minha VD for preventiva ou para aprofundar o conhecimento da situação de saúde; (d) verificar (validar) com a pessoa/família de forma participativa o(s) problemas ou situação de saúde que eles consideram prioritários para receber auxílio dos serviços de saúde; (e) verificar com a família quais

são seus objetivos (o que desejam) e apresentar os objetivos que o serviço de saúde possui em relação ao trabalho de VD; (f) planejar o que precisa ser realizado com a pessoa e, se possível, definir: quem, quando e como realiza-lo; (g) acompanhar a realização das ações planejadas; (h) avaliar com a pessoa/família a execução de tudo que foi planejado e seu grau de satisfação com o serviço; e (i) (re)planejar ações caso os objetivos e metas pactuados com a pessoa/ família não tenham sido atingido.

Nessa perspectiva poderíamos dizer que cada família que o ACS é responsável poderá ter um “projeto de cuidado” ou um “plano de ação” de acordo com os problemas identificados e pactuados com a pessoa/família como prioritários para serem trabalhados. Entretanto, não sendo possível ter um “projeto de cuidado” para cada família do território enfatiza-se que é imprescindível fazê-lo para aquelas pessoas/famílias que estão em situação de vulnerabilidade para o adoecimento pela TB. Essa questão precisa ser debatida na equipe e fazer parte do trabalho diário do ACS no território.

A literatura^(14,33) destaca como população mais vulnerável para desenvolver TB: (a) população em situação de pobreza (risco relativo de adoecimento 3 vezes maior que a população geral); (b) população privada de liberdade (RR 29X); (c) pessoas em situação de rua (RR 44X); (d) pessoas vivendo com HIV (RR 35X); (e) população indígena (RR 3X); (f) tabagistas (RR 4X); (g) pessoas portadoras de diabetes (RR 2 a 3X); e (h) pessoas com doenças autoimune ou problemas de saúde que afetem a imunidade (RR 4X ou mais de acordo com a doença). O ACS junto com a equipe pode ter um “plano” de atuação permanente com essas populações para atender suas necessidades, as quais demandam trabalho intersetorial e da rede de atenção à saúde, mas é preciso ter um olhar atento para os sinais e sintomas da doença com o objetivo de prevenção, diagnóstico precoce e suporte para o tratamento da TB.

Planejar o trabalho pode auxiliar o ACS a obter uma visão ampla sobre o trabalho a ser realizado e o que precisa ser priorizado saindo do “automatismo” das ações que ocorrem pela correria cotidiana dos serviços de saúde. Lembrando que: quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele no dia a dia. Portanto, utilizar instrumentos do planejamento poderá melhorar o processo de trabalho no cotidiano, propiciar maior satisfação profissional e permitir que se visualize com clareza onde o profissional está e onde quer chegar.

Experiências exitosas do trabalho dos ACS na identificação de casos de TB, no tratamento e acompanhamento das pessoas e seus contatos no SSC

Cravo – a impossibilidade de acesso ao serviço de saúde

A ACS Clara iniciou o acompanhamento da família de Cravo que chegou recentemente ao território, mas ainda não o conhecia. Sua esposa Rosa sempre informava que ele estava trabalhando na construção civil e isso o mantinha períodos fora de casa. Eles tinham três filhos (6, 4 e 2 anos), estavam juntos há 7 anos. Inicialmente Rosa trabalhava fazendo faxina em casa de família, mas depois da última gravidez isso não foi mais possível, pois se mudaram para diferentes lugares nos últimos anos o que dificultava conseguir creche para as crianças.

Clara acompanhava a família por vários meses e, em março, como acontecia todo ano, a US promoveu ações para o dia mundial de combate da TB e neste período foram intensificadas as ações de busca ativa e oportuna dos SRs. Em uma das visitas à família de Cravo a ACS perguntou se havia alguém com tosse na casa. Rosa respondeu que não. Na US a equipe manteve durante o mês de março

cartazes e folders com informações sobre TB e, também, ações educativas em sala de espera. Rosa foi ao posto fazer vacina nas crianças e participou de uma abordagem em sala de espera sobre TB e levou um folder para casa.

Em maio, a Clara realizou VD na casa de Cravo e perguntou novamente se havia alguém com tosse no domicílio. Rosa um pouco constrangida disse que o Cravo vinha tossindo há algum tempo e que também emagreceu, que tinha mostrado o folder do posto pra ele, mas ele considerou aquilo uma bobagem e que a tosse era só pigarro do cigarro. A ACS ouviu e depois ofereceu uma consulta na US, mas Rosa disse que ele não poderia perder nenhum dia de trabalho. A seguir, justifica o emagrecimento dizendo: *“ele tem trabalhado muito, não come direito e às vezes prefere beber a comer”*. E, antes da ACS falar qualquer coisa continua *“ele não tem tempo para ir ao postinho, se não trabalhar não recebe”* e completa a frase *“não deve ser nada. Deus nos livre de doença ruim”*.

A ACS escuta muito atentamente as informações e faz uma abordagem no sentido de desmistificar a TB e reforçando a importância da avaliação da tosse pra descartar uma infecção mais séria no pulmão, uma pneumonia e que iria conversar com a equipe para ver o que poderia ser feito para facilitar a investigação da tosse do Cravo.

Após discutir o caso na equipe de saúde e ser orientada para a importância da coleta do escarro para o exame de baciloscopia, a ACS retorna a casa de Cravo, orienta Rosa sobre o exame, pede que ele colete duas amostras de escarro (em dias diferentes), uma a cada manhã antes de escovar os dentes ou comer. Pede a Rosa que após a coleta do material ela entregue o pote com escarro no mesmo dia na US para a equipe encaminhar o material ao laboratório.

Passados 10 dias a ACS verifica que Cravo não enviou escarro para exame à US e retorna no domicílio. Escuta Rosa, (re)orienta sobre TB e os riscos para as crianças e incentiva que ela continue solicitando ao marido a coleta do exame para descartar a existência desse problema de saúde. Passa mais uma semana e finalmente Rosa aparece na unidade com uma amostra de escarro do Cravo.

Dois dias após a coleta do material a equipe tem o resultado da 1^ª amostra da baciloscopia (++) e a Enfermeira vai com a ACS na casa de Cravo. Elas conversam com Rosa sobre o resultado do exame. Rosa assustada informa que o Cravo só retornará em casa no sábado a tarde e que segunda-feira de manhã cedo voltará para a obra onde está trabalhando. A Enfermeira oferece uma consulta pontualmente às 8:00 horas para o Cravo na US e atestado para o seu atraso no Serviço. Escuta as preocupações de Rosa, tranquiliza-a informando que TB tem cura, reforça orientações sobre a doença, cuidados de biossegurança no domicílio, a necessidade de investigação dela e das crianças e pede que Cravo colete mais uma amostra de escarro. Então, combinam com Rosa que toda família irá a US na próxima segunda-feira.

Segunda-feira Cravo não aparece na US e nem Rosa com as crianças para as consultas clínicas. A Enfermeira pede a ACS Clara que retorne ao domicílio para ver o que está acontecendo. Rosa diz que Cravo brigou com ela porque pediu que ele dormisse na sala e ela dormiu com as crianças no quarto. Passou o resto do final de semana fora de casa bebendo e voltou para a obra no domingo. Negou-se a coletar a segunda amostra do material. Clara consola Rosa que chora de preocupação e remarca a ida dela e das crianças na US para consulta clínica. No dia agendado Rosa e as crianças consultam e são orientados quanto a realização do RX de tórax e teste tuberculínico, onde ir e como proceder. A US mantém a oferta de consulta para Cravo na próxima segunda-feira as 8:00 horas.

Cravo não comparece a consulta. A ACS vai novamente ao domicílio e retorna com a segunda amostra de escarro que Rosa convenceu o marido a realizar. Ela pede que o posto marque a consulta para a próxima sexta-feira às 17h que Cravo virá sexta para casa, pois está se sentindo muito fraco e cansado e o Chefe autorizou ele consultar. A segunda amostra de escarro para baciloscopia vem com o resultado positivo (+++), confirmando o diagnóstico de TB.

Cravo e Rosa compareceram na sexta-feira à US. Ele estava arredio, assustado e envergonhado com a situação, mas a equipe o acolheu compreendendo suas dificuldades de acesso e tentando facilitar ao máximo o seu contato com o serviço de saúde, orientou-o sobre a doença e os seis meses de tratamento, tranquilizou-o e instituiu o tratamento. Cravo começou o tratamento e o realizou corretamente por dois meses, a partir do terceiro mês, faltou a consulta médica e até o sexto mês foram muitas idas e vindas da ACS Clara no domicílio.

Rosa e as crianças iniciaram o tratamento para infecção latente da TB e a ACS Clara ajudava Rosa na compreensão de como tomar e administrar o medicamento, mantendo VD semanais a família por 6 meses.

Cravo teve alta por término de tratamento, nunca foi realizar o RX de tórax solicitado, mas nas consultas mensais que compareceu se pode verificar a melhora clínica e a recuperação da vitalidade e disposição para o trabalho. Rosa sempre cobrava dele o uso dos medicamentos e ele informou que sua motivação para guentear esses seis meses de tratamento foi seus três filhos. Não queria que as crianças ficassem sem pai ou que adoecessem. Rosa e as crianças realizaram o tratamento da Infecção latente até o fim com o apoio da ACS Clara que atualmente continua realizando VD a essa família só que de forma mais esporádica.

O cuidado com Tulipa - um desfecho de sucesso em relação a TB

A “Tulipa” tinha 15 anos quando teve seu diagnóstico de TB, com HIV+ por transmissão vertical, órfã de pai e mãe e nesta época ela estava vivendo com os dois irmãos (uma menina de 13 anos e um menino de 7 anos) com sua tia materna.

O pai de Tulipa foi assassinado, na frente dos filhos, quando ela era pequena. A mãe foi a óbito em decorrência da infecção pelo HIV e quando isso ocorreu Tulipa e seus irmãos foram destinados a um abrigo, mas Tulipa com seus 12 anos não aceitou ser internada nessa instituição e fugiu no dia em que o Conselho Tutelar foi buscá-las. Os dois irmãos menores foram levados para o abrigo, mas Tulipa permaneceu escondida. Nesse contexto uma tia materna vendeu sua casa e mudou-se com seus dois filhos para a casa de Tulipa para cuidar dela e dos irmãos. Ela solicitou a guarda das crianças. Um dos irmãos de Tulipa fugia frequentemente do abrigo e voltava para o território e o Conselho Tutelar e os responsáveis pelo abrigo vinham buscá-lo, até que não foram mais buscá-lo e hoje ele vive em situação de rua. A guarda da Tulipa e da irmã foi concedida para a tia materna e passaram a viver com ela na casa da Tulipa, mas um dos irmãos permanece sob a guarda do estado, vivendo em situação de rua. A equipe de saúde desse território fez e continua a fazer intervenções junto ao Conselho Tutelar e Ação Rua para intervir em relação ao cuidado desse menino.

Em julho de 2012, Tulipa foi a Unidade de Saúde com tosse e mal estar geral. Por estar muito debilitada foi encaminhada para a emergência do HNSC e ficou 4 meses internada e entre outros problemas de saúde foi realizado diagnóstico de TB. Ao sair do hospital Tulipa foi a US para continuar o

tratamento da TB. Foi oferecido TDO tendo em vista a vulnerabilidade e ela estar dentro dos critérios recomendados para fazer o tratamento supervisionado. Inicialmente foi combinado que ela viria a US de segunda a sexta-feira para o TDO, mas por sua dificuldade respiratória a combinação foi modificada e uma ACS (com maior vínculo com a família) foi designada para fazer o TDO no domicílio.

Nas VD a ACS identificou que a família vivia em constante conflito, pois a Tia e Tulipa brigavam muito e a tia, como represália, mandava a adolescente para a rua não permitindo a mesma ficar em casa, nestas situações ela era abrigada por familiares próximos ou vizinhos. Todos esses fatores dificultavam a adesão ao tratamento da TB e ao cuidado integral da adolescente, pois a ACS precisava a cada dia procurar em que local do território a Tulipa estaria para poder realizar o TDO.

O caso por sua complexidade foi e continua sendo discutido por toda a equipe para que Tulipa e sua família pudessem receber um cuidado integral além do tratamento TB. Ações como, por exemplo, convidá-la para participar semanalmente do Grupo de Adolescentes da US, entre outras, que propiciassem a aproximação maior com a equipe e dessem maior sustentação para esse vínculo foram acontecendo até ela completar 18 anos. Todos os contatos de Tulipa foram investigados, mas apenas um aceitou a indicação de realizar o tratamento da Infecção latente da TB (Prima de 6 anos), a Tia já havia tratado TB, o irmão (8 anos) estava no abrigo e a irmã (13 anos) mesmo com a profilaxia sendo realizada por TDO no domicílio recusou-se a concluir o tratamento.

A ACS realizou TDO para Tulipa por 5 meses circulando pelo território diariamente para identificar onde ela estaria a cada dia. Tulipa, no segundo mês de acompanhamento, teve piora do quadro respiratório, pois estava também com Pneumocistose e foi para o atendimento na UPA onde ficou internada por 5 dias e a ACS foi a UPA diariamente realizar o TDO.

Tulipa teve alta por cura da TB em junho de 2013 e sua Prima concluiu por meio de TDO o tratamento da infecção latente.

Atualmente, Tulipa mantém sua dificuldade de aderir ao tratamento para o HIV e teve mais 12 internações em decorrência de doenças oportunistas. A equipe de saúde continua investindo no vínculo com ela e na sensibilização para aderir ao tratamento do HIV.

“Flor de Cactus” – permitindo uma aproximação e vínculo

“Flor de Cactus” costumava ir muito à Unidade, pois tinha problemas renais e não se sentia em condições de trabalhar. Ela trabalhava em serviços gerais em uma escola. Ela chegava na US e não queria esperar sua vez de atendimento, sempre com pressa e muitas reclamações. A equipe a conhecia de longa data porque realizou os pré-natais das suas 4 filhas, acompanhamento de puericultura, entre outras necessidades em saúde da família. Ela tinha bom vínculo com o Serviço Social em função do auxílio em questões com sua filha que tem retardo intelectual. Entretanto, suas passagens no serviço de saúde foram com muitos conflitos e reclamações porque as pessoas não faziam exatamente o que ela queria. Apresentava bastante dificuldade de ouvir. Em dezembro de 2013, ela teve 3 consultas agendadas na US, mas não compareceu. Em janeiro de 2014, a equipe soube pela UPA que ela havia consultado lá, realizado baciloscopia e RX de tórax e estava com TB.

Flor de cactus iniciou tratamento com uma médica da US, mas em seguida brigou com a médica e a equipe ofereceu acompanhamento da TB com outra médica do serviço e ela aceitou. O mesmo ocorreu com o primeiro ACS que foi realizar TDO na casa dela e passou a ter muita dificuldade de

acessá-la (não estava em casa nos turnos agendados para TDO) e a equipe definiu a troca de ACS para o acompanhamento.

A segunda ACS passou a realizar o TDO para TB em Flor de Cactos e o TDO para infecção latente da TB nas 4 filhas (6, 9, 14 e 15 anos).

Diariamente acessar Flor de Cactos e as 4 filhas para o TDO era um desafio. A ACS levava diariamente na casa da paciente almoço e os medicamentos do TDO e, mesmo assim, várias vezes, não encontrava ninguém em casa. Algumas vezes ela, o companheiro e as filhas estavam na casa da comadre que morava perto. Outras vezes ela não estava no território e a ACS tinha que deixar a comida na casa da “comadre” junto com as medicações. Essa questão dificultava a supervisão do tratamento aumentando as possibilidades de falhas e retardando a cura da TB.

Entretanto, a ACS persistiu nessa difícil missão e, em agosto de 2014, a equipe pode dar alta por término de tratamento para Flor de Cactus e término do tratamento da ILTB para as duas filhas menores. O desafio nesse momento foi manter as VD e tentar concluir as 180 doses do tratamento da ILTB para as duas filhas adolescentes que tinham dificuldade de adesão e várias vezes se recusaram a tomar a dose do dia. A terceira filha conclui o tratamento um mês depois e a quarta filha completou as 180 doses da ILTB no período de um ano de acompanhamento.

Uma vitória no processo de educação em saúde e estímulo ao autocuidado foi que, durante o período de acompanhamento no domicílio, Flor de Cactos decidiu parar de fumar, além de curar-se da TB. Ela continua utilizando a US e melhorou sua comunicação com a equipe.

Considerações Finais

Ressalta-se a importância do trabalho do ACS na detecção precoce da TB na comunidade, do apoio ao tratamento e acompanhamento dos casos da doença no âmbito da APS. No entanto, estudos^(21,23,34) apontam a fragilidade destes profissionais para incorporar no seu contexto de trabalho as ações de controle da TB em serviços de APS. Para a construção de novas práticas, que atendam esta demanda, é necessário promover mudanças nos processos de trabalho, consubstanciadas pela qualificação, valorização e motivação do ACS, em um contexto de EPS.

O trabalho com a TB é extremamente complexo e implica em realizar ações articuladas em equipe de forma intra e intersectorial, buscar apoio da rede de atenção à saúde, da rede de assistência social, dos serviços de saúde mental, os quais, na maioria dos municípios brasileiros, apresentam fragilidades e recursos insuficientes. Portanto, no que tange aos problemas que fogem à governabilidade dos ACS, cabe à gestão municipal criar e apoiar novos dispositivos institucionais capazes de realizar produção em saúde mais condizente com a complexidade epidemiológica e social da TB.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. Tuberculose: 2021. Número Especial. Mar. 2021. [acesso em 2021 dez. 14]. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/24/boletim-tuberculose-2021_24.03
2. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2017. [acesso em 2021 nov. 2].

Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.

3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [acesso em 2021 nov. 2]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na Atenção Básica: protocolo de enfermagem [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [acesso em 2021 nov. 2]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária, Ferreira SRS (Org.). Linha de Cuidado para atenção às pessoas com tuberculose na Gerência de Saúde Comunitária SSC-GHC. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 20118.
6. De Carli R, Costa MC da, Silva, EB da, Resta DG, Colomé, ICS. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde [Internet]. Texto Contexto Enferm. 2014 jul./set. [acesso em 2021 nov. 2]; 23(3):626-32. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00626.pdf.
7. Silva DC, Alvim NAT, Figueiredo PA. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. In: Merhy EE, Onocko R. Práxis em salud um desafio para lo público. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.
8. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor da saúde. Interface Comunic Saúde Educ. 2000 fev; (6):109-16.
9. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologias das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica a saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(1):1523-31.
10. Guerrero P, Mello ALZF, Andrade SR, Erdmann AL. User embracement as a good practice in primary health care. Texto Contexto-Enferm. 2013 jan./mar.; 22(1):132-40.
11. Bornstein VJ, David HMSL, Araújo JWG. Community health agents: reconstruction of the risk concept at local level. Interface - Comunic Saude Educ. 2010; 14(32):93-101.
12. Lopes WO, Saupe R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa [Internet]. Cienc Cuid Saúde. 2008 abr./jun. [acesso em 2021 nov. 4]; 7(2):241-7. Disponível em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/fsandra/Meus%20documentos/Downloads/5012-14771-1-PB.pdf>.
13. Peres CRFB, Caldas Júnior AL, Silva RF, Marin MJS. The community health agent and working as a team: the easy and difficult aspects. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(4):899-905.
14. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
15. Ferreira SRS; Flores R. Manual. Busca oportuna de sintomáticos respiratórios no território do SSC-GHC: O papel do agente comunitário e da equipe de saúde: manual de orientação. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora Conceição; 2014.
16. Bernardo J. Diagnosis of pulmonary tuberculosis in HIV-negative patients. Uptodate [Internet]. 2015 Mar. [acesso em 2015 mar. 26]. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-pulmonary-tuberculosis-in-hiv-uninfected-patients?source=see_link§ionName=LABORATORY+EVALUATION&anchor=H6#H6.
17. Zachary KC. Tuberculosis transmission and control. Uptodate [Internet]. 2015 Mar. [acesso em 2021 nov. 28]. Disponível em <http://www.uptodate.com/contents/tuberculosis-transmission-and-control>.
18. Ministério da Saúde (Brasil). Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 5. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002. V. 1.
19. World Health Organization. Practical Approach to Lung Health (PAL). A primary health care strategy for the integrated management of respiratory conditions in people five years of age and over [Internet].

- Geneva: WHO; 2005. [acesso em 2021 abr. 14]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69035/1/WHO_HTM_TB_2005.351.pdf.
20. World Health Organization. Practical Approach to Lung health (PAL) [Internet]. Geneva: WHO; 2003. [acesso em 2021 nov. 4]. Disponível em http://www.who.int/tb/dots/pal/en/pal_leaflet.pdf?ua=1.
 21. Pereira CEAP, Silva MVS, Santana ME, Kobayashi DR. Atuação dos agentes comunitários de saúde na busca ativa do sintomático respiratório: revisão integrativa. *Portuguese Rev Enferm UFPI*. 2017 jan./mar. 6(1):71-5.
 22. Maciel ELN, Vieira RCA, Milani EC, Brasil M, Fregona G, Dietze R. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. *Cad. Saúde Pública*. 2008 jun. 24(6):1377-86.
 23. Villa TCS, Ruffino-Netto A, Arcencio RA, Cardozo-Gonzales RI. As políticas de controle da Tuberculose no Sistema de Saúde no Brasil e a implantação da estratégia DOTS (1980-2005). In: Ruffino-Netto A, Villa TCS. (Org.) *Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil, histórico e algumas peculiaridades regionais*. [Internet]. Instituto Milênio Rede TB; 2006. p. 29-48. [acesso em 2021 nov. 10]. Disponível em: http://www.eerp.usp.br/geotb/Doc/livro_DOTS.pdf.
 24. Maciazeki-Gomes R de C, Souza CD de, Baggio Lissandra, Wachs Felipe. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 maio [acesso em 2021 nov. 20]; 21(5):1637-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501637&lng=en.
 25. Simão CRP, Zurba MC, Nunes ASB. Educação popular em saúde: o círculo de cultura como ferramenta de promoção de participação popular no SUS. In: Zurba MC (Org.). *Psicologia e Saúde Coletiva*. Florianópolis: Tribo da Ilha; 2011. p. 75-102.
 26. Bornstein VJ, Lopes MR, David HMSL. Educação popular na formação do agente comunitário de saúde. In: Ministério da Saúde (Brasil). *Caderno de educação popular em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. p. 151-6.
 27. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2021 out. 20]. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>.
 28. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Saúde Legis, Sistema de Legislação da Saúde* [Internet]. 2013.
 29. Araújo MRN, Assunção RS. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. *Rev Bras Enferm*. 2004 fev.; 57(1):19-25.
 30. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2021 out. 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_promocao_saude_1ed.pdf.
 31. Barbosa VBA, Ferreira MLSM, Barbosa PMK. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2012 mar. 33(1):56-63.
 32. Duarte LR, Silva DSJR, Cardoso SH. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. *Interface-Comum, Saúde, Educ*. [Internet]. 2007 [acesso em 2021 out. 20]; 11(23):439-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a04v1123.pdf>.
 33. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde de A a Z. Tuberculose. Populações Vulneráveis [Internet]. 2017. [acesso em 2021 out. 20]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/tuberculose/populacoes-vulneraveis>.
 34. 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 [acesso em 2017 out. 20]; 25(5):721-7.. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/39155/S0103-21002012000500012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

16 CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM TUBERCULOSE OU EM RISCO DE DESENVOLVÊ-LA



Sandra Rejane Soares Ferreira
Lisiane Andréia Devinar Périco

Introdução

O Processo de Enfermagem (PE) é uma parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que é definida como um conjunto de processos relacionados às questões administrativas e gerenciais do cuidado com o objetivo de manter uma prática sem obstáculos⁽¹⁾. A SAE organiza, ou seja, favorece a lógica do saber aplicada ao fazer em Enfermagem. Esse fazer (realizar o cuidado/consulta) é realizado por meio do PE⁽¹⁾. A aplicação do PE em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem (CE)⁽²⁾.

A denominação de SAE surgiu no Brasil dentro do processo de regulamentação da atuação da enfermeira^m pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e teve como objetivo favorecer a implantação do PE no cotidiano de trabalho destas profissionais⁽¹⁾. De acordo com a Resolução nº 358/2009 “a SAE deve organizar o trabalho profissional da enfermagem quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE, instrumento de planejamento e execução dos cuidados e da documentação da prática profissional⁽²⁾. Portanto podemos dizer que a SAE corresponde à administração e gerenciamento de todo o universo de recursos materiais e humanos, bem como a ideologia da instituição (propósito) onde ocorre a assistência de Enfermagem⁽¹⁾. Já o PE é a aplicação do conhecimento da enfermeira no ato de cuidar durante a realização da CE⁽¹⁾, do acolhimento, do cuidado domiciliar, entre outros processos de trabalho que ocorrem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

O PE é atividade privativa da enfermeira, sendo constituído por cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes que envolvem: (a) investigação ou coleta de dados; (b) delineamento do(s) Diagnósticos de Enfermagem (DE); (c) Planejamento de Enfermagem para a construção de um plano de cuidados; (d) Implementação da assistência de Enfermagem (na APS o plano pactuado é realizado pela pessoa e/ou/com a família); (e) a avaliação dos resultados obtidos no processo de cuidado^(2,3).

^m O uso do substantivo Enfermeira, no feminino, foi uma opção das autoras pela democracia de gênero, tendo em vista que a categoria profissional é composta de forma majoritária por mulheres.

A CE utiliza componentes do método científico para identificar necessidades ou problemas de saúde, prescrever e implementar medidas que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade⁽³⁾. Ela tem como fundamento os princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde e contribui com a perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às condições e necessidades de saúde da população⁽⁴⁾. A enfermeira poderá realizar a CE em diferentes contextos e espaços clínicos, entre eles o consultório da Unidade de Saúde (US), o domicílio, entre outros, ampliando a capacidade de atendimento da rede pública.

Na Linha de Cuidado da Tuberculose (LC TB) da Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GSC-GHC)⁽⁵⁾, a enfermeira possui um conjunto de atribuições e competências, descritas no Anexo I. Neste Capítulo vamos descrever as atribuições no desenvolvimento da CE em quatro situações clínicas específicas relacionadas à TB:

- 1 investigação de sintomático respiratório (SR) – pessoas com tosse há três semanas ou mais e que podem estar com TB.
- 2 acompanhamento de pessoas em tratamento para a TB – pessoas com diagnóstico de TB que iniciaram tratamento na US.
- 3 investigação de contatos de caso de TB – pessoas que convivem no mesmo ambiente com alguém com TB, no momento em que foi realizado o diagnóstico da doença.
- 4 acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente da TB (ILTB) – pessoas com infecção latente da TB e que iniciam tratamento como prevenção secundária.

O objetivo deste Capítulo é instrumentalizar as enfermeiras da APS a trabalharem com o PE voltado para pessoas com sintomas respiratórios, com diagnóstico de TB, com os contatos dos casos de TB e com pessoas em tratamento ILTB.

A Consulta de Enfermagem e suas etapas

I) Investigação ou Coleta de Dados

É um processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a coleta de dados (informações) sobre as pessoas, famílias ou coletividade e sobre suas respostas em um dado momento do acompanhamento do processo saúde-doença. Os métodos mais utilizados pelas enfermeiras para a coleta de dados são: a entrevista, o exame físico, os resultados de exames laboratoriais e de imagem e os testes diagnósticos⁽¹⁻³⁾.

A **entrevista** é utilizada para conhecer hábitos individuais, familiares e biopsicossociais visando a identificação da situação de saúde, de problemas de natureza biopsicossocial e das potencialidades para a recuperação da saúde ou para a adaptação a nova condição de saúde. Na entrevista, a enfermeira deve demonstrar interesse e atenção. Os dados poderão ser obtidos do próprio cliente ou de pessoas significativas e incluirão as percepções do cliente, queixas, sintomatologia(s) e relatos complementares. Nessa investigação, é importante levar em consideração os aspectos clínicos, epidemiológicos e psicossociais, sendo que esses achados dependerão do tipo de necessidade em saúde da pessoa/família, do grau de saúde ou do comprometimento do estado de saúde da pessoa e/ou do estágio de uma doença⁽¹⁻³⁾.

O **exame físico** é utilizado para coletar dados objetivos que subsidiarão os DE. A enfermeira deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico⁽³⁾.

Os **exames laboratoriais, de imagem e testes diagnósticos** também são utilizados para coletar dados objetivos que subsidiarão os DE. No exercício de suas atividades profissionais, as enfermeiras solicitam exames de rotina e complementares de acordo com os programas de saúde pública adotados ou a rotina aprovada pela instituição de saúde em que trabalha⁽⁶⁻⁸⁾. Na CE a enfermeira necessitará solicitar exames de rotina e complementares para uma assistência efetiva às pessoas com suspeita de TB, aos casos de TB em acompanhamento e aos seus contatos.

Na GSC-GHC, as enfermeiras solicitam os seguintes exames laboratoriais, conforme as rotinas aprovadas pela instituição para atuação na LC da TB. Estas indicações serão abordadas na descrição de cada um dos quatro tipos de CE realizadas. São eles:

- Baciloscopia de escarro (2 amostras);
- Teste Rápido Molecular para TB (TRM-TB);
- Cultura de *Micobacterium tuberculosis* (Mtb) e teste de sensibilidade antimicrobiana (TSA);
- Teste anti-HIV laboratorial;
- Testes rápidos para HIV, sífilis e hepatite B e C;
- Teste tuberculínico (PPD ou Mantoux);
- Radiografia de tórax para a investigação de contatos de caso de TB.

II) Diagnóstico de Enfermagem (DE)

É um processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa da consulta, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos dos DE que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde-doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados⁽¹⁻³⁾.

A enfermeira, após ter analisado os dados coletados por meio do histórico, exame físico, testes diagnósticos, exames laboratoriais e de imagem, identificará os problemas de saúde, as necessidades básicas afetadas (grau de dependência), as potencialidades em saúde fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais^(3,9). O DE constitui-se na base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais a enfermeira é responsável⁽⁹⁾.

Na execução das etapas do PE referentes ao DE, as intervenções e aos resultados (elementos básicos da prática de enfermagem), os Sistemas de Classificações de Enfermagem podem ser utilizados como ferramentas de auxílio e qualificação⁽¹⁰⁾. Existem diversas classificações de termos de enfermagem, entretanto, as mais conhecidas e utilizadas no contexto brasileiro são as taxonomias da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I)*⁽⁹⁾, da *Nursing Interventions Classification (NIC)*⁽¹¹⁾ e da *Nursing Outcomes Classification (NOC)*⁽¹²⁾.

Outro Sistema de Classificação de Enfermagem reconhecido no cenário brasileiro para o registros dos DE na APS é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®),

desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE)⁽¹³⁾. Esse sistema foi aprovado, em 2008, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e incluído no grupo ou “família” de classificações internacionais dessa organização, por se tratar de um conjunto de modos de classificação que podem ser utilizadas de forma integrada para comparar informações e dados de saúde no plano nacional e internacional⁽¹⁴⁾. A construção e estruturação de um subconjunto da CIPE® deve ser pautada em uma Teoria de Enfermagem e sua estrutura é composta por um Modelo de Sete Eixos, que possibilita a organização de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, promovendo a adequada aplicação do Processo de Enfermagem⁽¹³⁾.

Quanto a utilização do referencial da NANDA-I para descrever os DE na área de atenção às pessoas com TB foi realizado, em 2002, um estudo no ambulatório de tuberculose em Foz do Iguaçu (Paraná) e os autores identificaram os DE mais comuns nas pessoas em tratamento neste serviço, entre eles: risco para infecção, nutrição desequilibrada (menos do que as necessidades corporais), déficit de lazer, distúrbio do padrão do sono, trocas gasosas prejudicadas, padrão respiratório ineficaz, ventilação espontânea prejudicada, fadiga, risco para abandono do tratamento, déficit de conhecimento, interação social prejudicada, déficit de autocuidado e diarreia⁽¹⁵⁾. Para apoiar a prática das enfermeiras nas US da GSC apresenta-se no **Apêndice I** uma lista de DE frequentemente utilizados nas CE para atenção às pessoas com TB ou em risco de desenvolvê-la (Quadro 2), de acordo com referencial da NANDA-I.

Quanto a utilização do referencial da CIPE® para descrever os DE na área de atenção às pessoas com TB não havia a proposição de um subconjunto específico da CIPE® até 2019, quando foi realizado um estudo em Vitória (Espírito Santo)⁽¹⁶⁾. As pesquisadoras utilizaram a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta para embasar a construção do subconjunto da CIPE® para pessoas com TB com objetivo de oferecer um instrumento de apoio a tomada de decisão clínica da enfermeira na assistência singular as pessoas acometidas pela doença, respeitando suas necessidades e favorecendo a documentação e a inclusão dessa terminologia na prática de enfermagem⁽¹⁶⁾. Os diagnósticos/resultados elaborados neste estudo foram organizados de acordo com a estrutura das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais da Teoria de Wanda Horta. Dentre as necessidades psicobiológicas identificadas pelo estudo, estão oxigenação, nutrição, eliminação, exercício e atividade física, sexualidade, regulação, terapêutica, cuidado corporal, segurança física e percepção. As necessidades psicossociais identificadas são gregária, amor, aceitação, aprendizagem, autoestima, segurança e autorrealização. Quanto às necessidades psicoespirituais, foi identificada somente a religiosa⁽¹⁶⁾. Para apoiar a prática das enfermeiras nas US da GSC apresenta-se no **Apêndice II** uma lista de DE freqüentes na CE de pessoas com TB (Quadros 3, 4 e 5), de acordo com a CIPE®, tendo como base a Teoria de Wanda Horta: necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

III - Planejamento de Enfermagem

É a determinação junto com o cliente dos resultados que se espera alcançar e das ações e/ou intervenções de enfermagem que serão prescritas para a resolução das necessidades/ problemas de saúde identificados na etapa de diagnóstico de enfermagem⁽¹⁻³⁾.

O planejamento é o conjunto de medidas definidas pela enfermeira em conjunto com a pessoa (prescrições de enfermagem), as quais direcionam e coordenam a assistência de enfermagem às pessoas de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde⁽³⁾.

Após a identificação dos DE, a enfermeira deverá planejar o cuidado a ser prestado, definir os critérios que serão utilizados na priorização das ações, levando em conta as preferências do cliente e as necessidades a serem atendidas por meio do Plano Terapêutico. Nessa etapa do PE são formuladas as metas ou os critérios de resultados, identificadas às ações ou prescrições de enfermagem, considerando as particularidades de cada indivíduo/família⁽³⁾.

As principais metas podem incluir resultados tais como: orientação efetiva sobre todos os aspectos relacionados à doença (educação em saúde), investigação dos contatos, realização de aconselhamento para testagem do HIV, acompanhamento e controle do tratamento, apoio psicossocial de acordo com as necessidades identificadas e adesão ao tratamento medicamentoso por meio do tratamento diretamente observado (TDO)⁽¹⁷⁾.

A manutenção das atividades a serem executadas pela pessoa/família em acompanhamento no cotidiano e a ausência de complicações são também alguns exemplos de metas a serem definidas no plano de cuidado/terapêutico⁽³⁾. As metas podem ser incrementadas com os resultados esperados e elaboradas em associação com cada um dos DE⁽³⁾, por exemplo: nutrição desequilibrada - menor do que as necessidades corporais. Entre os resultados esperados: com a adesão ao tratamento medicamentoso, haverá um ganho ponderal progressivo, necessitando que a pessoa compreenda os fatores que levam ao aumento ponderal e as intervenções necessárias, propiciando, quando necessário, a mudança do comportamento /estilo de vida para readquirir ou manter o peso apropriado.

A elaboração de resultados esperados no plano de cuidados favorece a continuidade do cuidado e a reavaliação da pessoa com TB nas próximas consultas⁽³⁾, pois são critérios que ficam definidos e permitem a identificação de questões importantes como a adesão ao tratamento, entre outras ações/comportamentos pactuados com a pessoa/família.

No **Quadro 1** apresenta-se alguns exemplos de DE, segundo a NANDA-I e a CIPE®, com a descrição de objetivos/metas a serem alcançados por meio da atenção à saúde e possíveis intervenções para o Plano de Cuidados da pessoa com TB ou em risco de desenvolver a doença.

IV - Implementação da assistência de enfermagem

Após a prescrição e pactuação das ações descritas no Plano de Cuidados, efetiva-se a fase de implementação, que é a etapa onde ocorre a realização das ações e/ou intervenções recomendadas na fase do Planejamento. Na APS, diferente do ambiente hospitalar, a implementação do Plano de Cuidados depende da motivação do paciente e da sua adesão as recomendações e prescrições realizadas. Durante o acompanhamento da pessoa/família a enfermeira avalia com ele(s) a implementação das ações, os resultados obtidos (avaliação do cuidado), as intercorrências, entre outros e modifica o Plano de Cuidados, reescreve objetivos e ações de acordo com as novas necessidades identificadas⁽¹⁻³⁾.

V- Avaliação do Cuidado (resultados)

É o processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde-doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado⁽¹⁻³⁾. Nessa etapa a enfermeira realiza uma comparação sistematizada das metas propostas com os resultados obtidos (estado atual da pessoa/ família), a fim de determinar a eficácia do cuidado prestado, bem como a necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do PE⁽³⁾.

Quadro 1 - Descrição de exemplos de Diagnósticos de Enfermagem com objetivos/metasp e possíveis intervenções para o Plano de Cuidados de um SR, caso de TB e/ou contatos de caso de TB.

Exemplos de Diagnósticos de Enfermagem	Objetivos/ metas	Intervenções
<p>NANDA-I: - Falta de adesão ao regime de tratamento</p> <p>CIPE@: - adesão ao regime medicamentoso ou terapêutico, prejudicada; - Não adesão ao regime medicamentoso ou terapêutico</p>	Promoção da adesão da pessoa com TB ao regime de tratamento	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento de metas mútuas, auxiliando a pessoa com TB a desenvolver expectativas realistas de si no desempenho de papéis; um plano para cumprir as metas e coordenar com a pessoa as revisões para avaliação do progresso em direção às mesmas. - Auxiliar na aquisição de informações para a compreensão de todos os aspectos da doença: o que é a doença; como se transmite; o medicamento em uso, a condução do tratamento e a duração; associação das drogas; regularidade na tomada da medicação; a cura da doença, os contatos; os estigmas e preconceitos, dentre outros aspectos. - Promover a compreensão da importância da continuidade do uso da medicação de maneira regular, da duração do tratamento, dos controles mensais da baciloscopia e das consultas médicas e de enfermagem. - Informar sobre as reações e as interações dos medicamentos e que, em face de qualquer anormalidade observada, a pessoa deverá procurar o serviço de saúde independente de agendamento prévio. - Orientar as mulheres em idade fértil sobre as interações do anticoncepcional oral (ACO) com os medicamentos anti-TB e alertar sobre a necessidade da troca do método ou do uso de outros métodos anticoncepcionais complementares para a efetiva proteção. - Orientar sobre o processo de cura e encorajar a adesão ao tratamento diretamente observado (TDO). - Orientar quanto ao sistema de saúde, sobre como funcionam os recursos da rede e quais são as pessoas para contato.
<p>NANDA-I: - Nutrição desequilibrada; - Disposição para nutrição melhorada.</p> <p>CIPE@: - Apetite prejudicado - Emagrecimento - Peso corporal diminuído</p>	Promoção de uma nutrição adequada.	<ul style="list-style-type: none"> - Estar atento para a condição nutricional, monitorando peso, turgor da pele, palidez, vermelhidão e ressecamento do tecido conjuntivo. - Investigar os recursos disponíveis e usuais de alimentação. - Avaliar o Índice de Massa Corporal a cada consulta. - Estabelecer parcerias para obtenção de recursos, tais como, cesta básica, suplementação alimentar e vale-refeição, quando necessário. - Encaminhar para consulta com a(o) nutricionista. - Identificar anormalidades no funcionamento do intestino.
<p>NANDA-I: - Troca de gases prejudicada; - Diarréia; - Fadiga; - Náuseas;</p> <p>CIPE@: - Troca de gases prejudicada; - Tosse - Fadiga - Fraqueza - Efeito colateral da medicação - Risco de efeito colateral da medicação</p>	Monitorar, encaminhar e/ou tratar complicações que possam surgir em decorrência da doença ou do uso dos medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar vias aéreas, encorajando respiração lenta e profunda, orientando mudança de posição para maximizar o potencial ventilatório e orientar como tossir efetivamente. - Monitorar a função respiratória: frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações. - Identificar a presença de efeitos adversos dos medicamentos como: anorexia, náuseas, dor abdominal, vômitos, artralgias, neuropatia periférica, hiperuricemia assintomática, prurido, rash cutâneo, alterações visuais, icterícia, hepatite, insuficiência renal aguda, confusão, choque, púrpura. - Identificar situações que indiquem o agravamento do quadro clínico e/ou intercorrências como: resistência aos fármacos, hemoptise, dispneia, dentre outros. - Encaminhar à consulta médica as pessoas com presença de efeitos adversos aos medicamentos, agravamento do quadro clínico e/ou intercorrências. - Orientar sobre os efeitos adversos, sinais de agravamento do quadro clínico e intercorrências e da necessidade de retornar ao serviço para atendimento imediato pela equipe de saúde, nestas situações, independente da data em que está agendado o seu retorno.
<p>NANDA-I: - Disposição para o conhecimento melhorado - Disposição para comunicação melhorada</p> <p>CIPE@: - Problema de Emprego - Renda, Inadequada</p>	Promoção da educação e do cuidado domiciliar, comunitário e ambiental (biossegurança)	<ul style="list-style-type: none"> - Reportar à equipe de saúde informações específicas quanto à ingestão supervisionada do medicamento, ao acompanhamento do caso, aos exames que precisam ser realizados, ao abandono de tratamento; as faltas às consultas médicas e/ou de enfermagem, ao aprazamento das consultas e aos sintomas que indiquem a suspeita de TB entre os contatos. - Orientar sobre a importância da testagem do HIV, quanto ao uso do álcool e do tabaco durante o tratamento, encaminhando-os aos programas específicos. - Enfatizar que, após 15 dias de tomada regular da medicação, a pessoa poderá ter uma transmissão limitada da doença. - Encaminhar ao serviço social, quando necessário, em caso de afastamento do trabalho, de auxílio-doença, de benefício do INSS, dentre outros aspectos.

Continua

Continuação do Quadro 1

Exemplos de Diagnósticos de Enfermagem	Objetivos/ metas	Intervenções
<p>NANDA-I: - Conhecimento deficiente</p> <p>CIPE®: - Falta de Conhecimento sobre a doença, sobre o regime medicamentoso, sobre o regime terapêutico</p>	<p>Identificar em que aspectos a pessoa tem necessidade de informação, educação em saúde e se há interesse e prontidão para recebê-la.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a presença de prejuízo cognitivo ou perceptivo e negação do problema. - Revisar as informações que o paciente possui e em quais aspectos necessita de reforço quanto ao problema enfrentado nos seus diversos aspectos: fisiopatologia da doença, formas de transmissão, sinais e sintomas mais comuns, tratamento medicamentoso prescrito (tipo, ação, dose, via de administração), duração do tratamento, associação das drogas e regularidade na tomada, cura da doença, investigação de contatos, estigmas e preconceitos; dentre outros. - Adaptar as informações de acordo com o contexto cultural e nível de escolaridade e interesse da pessoa. - Avaliar a prontidão da pessoa e da família para ouvir as orientações. - Ser claro, simples e oferecer informações, também por escrito. - Avaliar capacidade de autoadministração dos medicamentos.
<p>NANDA-I: - Disposição para o conhecimento melhorado</p> <p>CIPE®: - Atitude em relação ao cuidado, positiva</p>	<p>Informar à pessoa e a família sobre TB e fatores de risco/ vulnerabilidades, na medida da necessidade, do interesse e da capacidade para o autocuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prover à pessoa ou cuidador informações necessárias para o cuidado efetivo e desenvolvimento do autocuidado; - Orientar de forma clara e simples questões básicas sobre os fatores de risco para desenvolver TB e como manejá-las; - Revisar ao final da consulta o entendimento que a pessoa teve em relação a cada tópico abordado e o que ela acredita ser capaz de realizar em relação ao autocuidado no seu dia a dia. - Encorajar o autocuidado até o ponto que a pessoa se sinta capaz de fazê-lo e fornecer apoio nas questões em que se sinta inseguro- tal procedimento promove a independência e a autonomia.
<p>NANDA-I: - Risco de infecção; - Comportamento de saúde propenso a risco</p> <p>CIPE®: - Risco de Infecção; - Problema na condição habitacional; - Déficit de autocuidado</p>	<p>Orientar à família e a pessoa com TB sobre a importância de medidas de biossegurança no domicílio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar para manter a casa limpa, arejada (a ventilação diminui risco de aspirar o bacilo) e com luz solar (o sol mata o bacilo); - Recomendar a pessoa com tosse para utilizar sempre e prioritariamente a etiqueta respiratória, cobrindo a boca e nariz com lenço de papel ou papel toalha ao tossir ou espirrar para evitar a dispersão do bacilo no ambiente e realizar a correta lavagem de mãos. - Recomendar o uso e fornecer máscaras cirúrgicas (descartáveis), que funcionam como barreira mecânica; esta medida pode ser realizada quando bem tolerada pela pessoa com TB. - Em situações onde a etiqueta respiratória não é possível como durante o sono, em quarto compartilhado, verificar a possibilidade do paciente dormir sozinho em um cômodo da casa. - Orientar aos familiares que evitem dormir no mesmo quarto e cama da pessoa com TB durante os primeiros 15 dias de tratamento, especialmente se o quarto ficar fechado; - Orientar o descarte adequado dos lenços e máscaras descartáveis utilizados (jogar em lixeira com tampa para evitar a aerosolização do bacilo e a contaminação das pessoas). - Promover e solicitar o apoio da família durante o tratamento e acompanhamento da pessoa com TB para que ela não desista de realizá-lo. - Orientar a família que, após 15 dias de uso contínuo da medicação anti-TB, o risco de contaminar o ar do ambiente, por meio da tosse, diminui bastante, reduzindo o risco das pessoas se contaminarem.
<p>NANDA-I: - Risco de infecção</p> <p>CIPE®: - Risco de Infecção; - Enfrentamento familiar, prejudicado</p>	<p>Descartar doença ativa e promover a avaliação e identificação da infecção latente da TB dentre os contatos da pessoa com TB.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar que todos os contatos deverão comparecer à unidade de saúde para avaliação da existência de algum sinal ou sintoma sugestivo de TB como: tosse com ou sem secreção por três semanas ou mais, dor no peito, cansaço fácil, emagrecimento, falta de apetite, febre baixa geralmente à tardinha, suores noturnos. - Orientar e solicitar exames necessários para investigação da infecção latente da TB. - Encaminhar as pessoas com infecção latente para tratamento (prevenção secundária).

Fonte: organizado pelas autoras com base na experiência e na literatura^(3,15,16-19).

Documentação do Processo de Enfermagem

A operacionalização e documentação do PE evidencia a contribuição da enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional. Portanto a CE deverá ser registrada formalmente no prontuário da pessoa/ família em atendimento e conter na sua descrição⁽²⁾:

- a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana;
- b) os DE acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana;
- c) as ações ou intervenções de enfermagem prescritas e realizadas face aos DE identificados e
- d) as metas e os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas e os problemas a serem abordados nos encontros subsequentes.

Os registros das etapas do PE devem ser redigidos de forma clara e, sempre que possível, adotar Sistemas de Classificações de Enfermagem como a CIPE® ou a NANDA-I para descrever os DE; a NIC para descrever a Classificação das Intervenções de Enfermagem e a NOC para descrever a Classificação dos Resultados de Enfermagem.

Cada instituição determina a forma como os dados dos atendimentos devem ser organizados e registrados em prontuário, que pode ser em papel ou informatizado. Na GSC, em 2020, o registro passou a ser por meio do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) que possui uma interface específica para o registro das informações monitoradas pela Linha de Cuidado da TB. Em geral, na primeira consulta de uma pessoa com TB a enfermeira necessitará de um tempo maior com o paciente, pois a etapa de investigação será mais longa, uma vez que pode não conhecer a pessoa e a família com a qual iniciará o acompanhamento.

Nas CE sequenciais deverá ser realizado, a cada encontro, uma evolução de enfermagem após a avaliação do estado geral da pessoa em acompanhamento. Neste registro devem constar as novas necessidades ou fatores de risco identificados na consulta, a revisão dos DE prioritários em acompanhamento, a avaliação e revisão dos resultados a serem alcançados, bem como as novas intervenções de enfermagem que serão prescritas⁽³⁾. Esses itens merecerão nova avaliação nos encontros subsequentes ou sempre que necessário.

O modelo frequentemente utilizado para o registro da evolução de enfermagem é o anagrama SOAC ou SOIC que significa: subjetivo (S) - informação fornecida pela pessoa ou sua família/cuidador; objetivo (O) - dados do exame físico ou exames laboratoriais; avaliação (A) ou interpretação (I) - análise e interpretação das informações subjetivas e objetivas, onde pode constar o diagnóstico de enfermagem; conduta (C) – ou prescrição estabelecida. Salienta-se que a evolução de enfermagem faz parte da etapa de avaliação do PE e deve ser realizada em todos os atendimentos às pessoas do serviço pela enfermeira responsável pelo mesmo⁽³⁾.

Especificidades da Consulta de Enfermagem em diferentes situações clínicas na atenção às pessoas com tuberculose

O desenvolvimento do PE deve estar embasado num arcabouço teórico que orientará a coleta de dados, o estabelecimento dos DE, o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem e a avaliação dos resultados alcançados. A seguir apresenta-se os principais aspectos a serem considerados nos quatro tipos de CE voltadas para o atendimento de pessoas com TB ou em risco de desenvolver a

doença. Para cada um dessas situações clínicas foram construídos algoritmos que sintetizam as principais informações sobre a CE.

Consulta de Enfermagem para Investigação de Sintomáticos Respiratórios (SR)

O trabalho das enfermeiras na identificação e investigação de SR (pessoa que apresenta tosse há 3 semanas ou mais), com uso de protocolos, é fundamental na APS. Um estudo prospectivo, transversal, com 1.392 pacientes adultos com tosse e/ou dificuldade para respirar, avaliou a precisão diagnóstica da diretriz integrada de Abordagem Prática à Saúde do Pulmão na África do Sul (PALSA), utilizada por enfermeiras na identificação de pessoas que necessitavam triagem bacteriológica para TB. O estudo comparou a precisão do diagnóstico da TB realizado pelas enfermeiras utilizando a diretriz com a precisão do diagnóstico dos médicos da APS, na Cidade do Cabo (África do Sul) ⁽²⁰⁾. As enfermeiras identificaram 516 pacientes como suspeitos de TB em comparação com a identificação de 365 casos pelos médicos da APS. O estudo conclui que a diretriz PALSA é uma ferramenta de triagem eficaz para identificar pessoas que necessitam de triagem bacteriológica para TB pulmonar no cenário da APS e que a precisão de uma enfermeira usando a diretriz para identificar suspeitos de TB foi idêntica a dos médicos ⁽²⁰⁾.

Na APS a identificação de SR acontece frequentemente no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), quando realizam visitas domiciliares e/ou ações de vigilância em saúde nos territórios e de forma oportuna identificam pessoas com tosse. Também, nos atendimentos realizados no acolhimento das US, quando a pessoa busca espontaneamente o serviço por qualquer motivo ou, especificamente, pelo desconforto causado pela tosse ou por sintomas considerados sugestivos de TB como: emagrecimento, anorexia, sudorese noturna, fraqueza generalizada, cansaço/ fadiga, febre vespertina seguida ou não de calafrios. A entrevista inicial pode ser realizada em diversos espaços como a sala de acolhimento da US, o domicílio, as ruas ou em outros espaços desde que seja possível garantir as condições adequadas de privacidade da pessoa/ família. O ideal é buscar sempre um espaço privativo na US para realização da consulta.

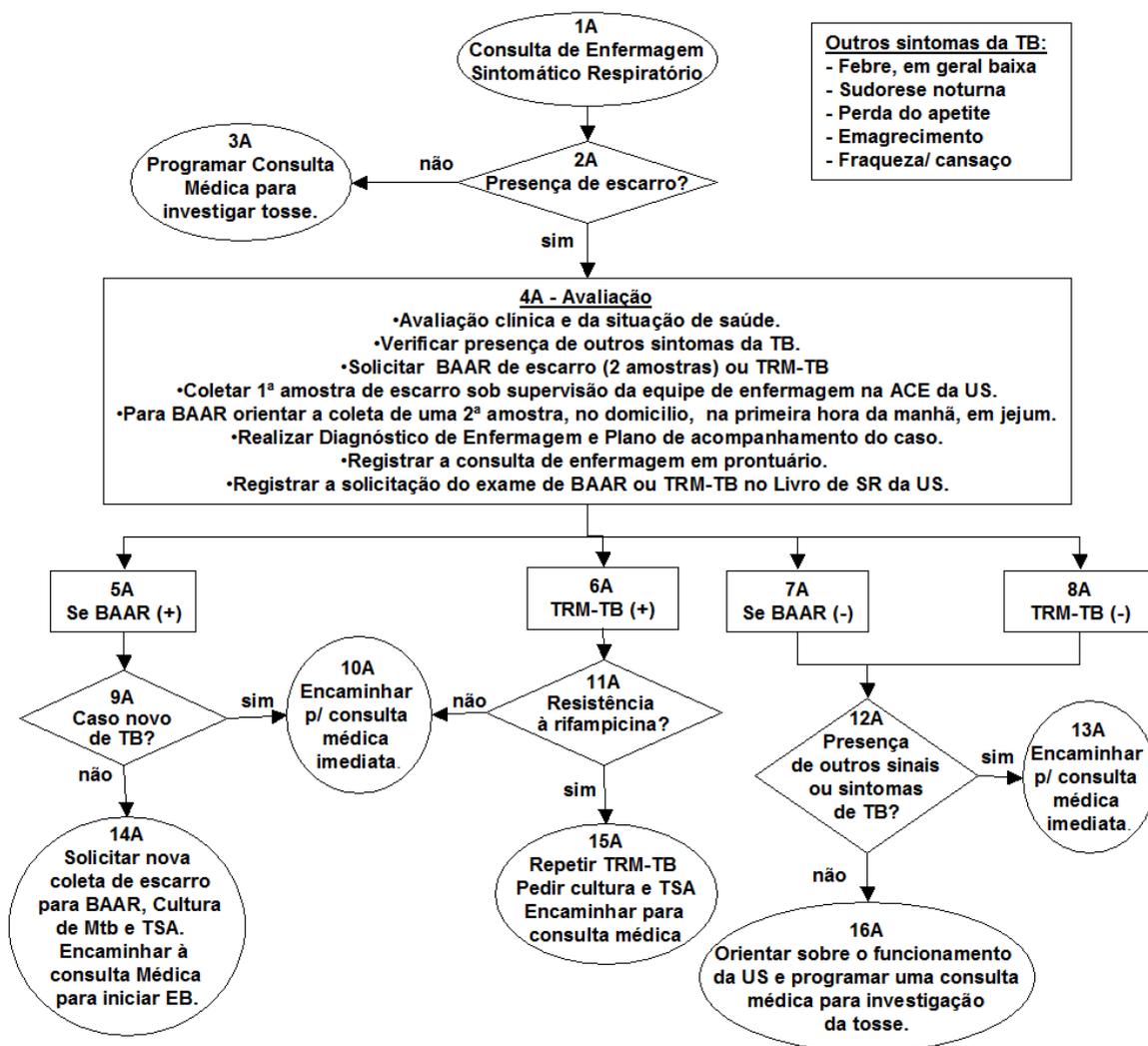
Na CE a entrevista de SR deverá contemplar, minimamente, a coleta das seguintes informações: identificação (nome, registro, prontuário, endereço), presença de queixas e problemas atuais (motivação para a consulta – porque você está aqui?), antecedentes familiares (história familiar de TB ou vínculo a um caso de TB), antecedentes pessoais (se teve TB no passado, comorbidades, entre outros) e presença de sinais ou sintomas sugestivos de TB ⁽¹⁸⁾. O exame físico, sumariamente, deve contemplar peso, temperatura axilar, pressão arterial, ausculta pulmonar ⁽¹⁸⁾. Os exames laboratoriais e testes que deverão ser solicitados na avaliação do SR pela enfermeira são ⁽¹⁸⁾:

- Baciloscopia de escarro (2 amostras);
- Teste rápido molecular da TB (TRM-TB/ Genexpert®), uma amostra – indicado para o diagnóstico de casos novos. Nos casos de retratamento é indicado apenas para avaliação da sensibilidade à rifampicina;
- Cultura de Mtb ou Cultura de BAAR no escarro com identificação do bacilo – sempre que disponível, sendo indispensável para todos os casos de retratamento;
- Teste de sensibilidade antimicrobiana (TSA) – sempre que disponível, sendo indispensável para todos os casos de retratamento.

Nesta etapa é fundamental garantir a qualidade das amostras do escarro que serão examinadas pelo laboratório, orientando sobre os cuidados para o procedimento adequado para obtenção de material das vias aéreas inferiores e realizando a coleta supervisionada do escarro, na área externa da unidade de saúde.

Na Figura 1 apresenta-se na forma de algoritmo os passos recomendados na CE para investigação de sintomas respiratórios em pessoas com idade maior que 10 anos.

Figura 1 - Algoritmo da Consulta de Enfermagem para investigação do Sintomático Respiratório com idade maior que 10 anos.



Fonte: Reprodução de: Ferreira, SRS; Périco, LAD. Tuberculose⁽¹⁸⁾.

Nota:

ACE= área de coleta de escarro; BAAR = bacilo álcool ácido resistente; Cultura *Mtb*= cultura de *Micobacterium tuberculosis*; SR = sintomático respiratório; TRM-TB = teste rápido molecular para tuberculose; TSA = teste de sensibilidade antimicrobiana; US = unidade de saúde.

No decorrer da consulta deve(m) ser estabelecido(s) o(s) DE e realizado o Planejamento de Enfermagem (prescrições) que incluem a solicitação de exames laboratoriais de acordo com as indicações estabelecidas neste Protocolo.

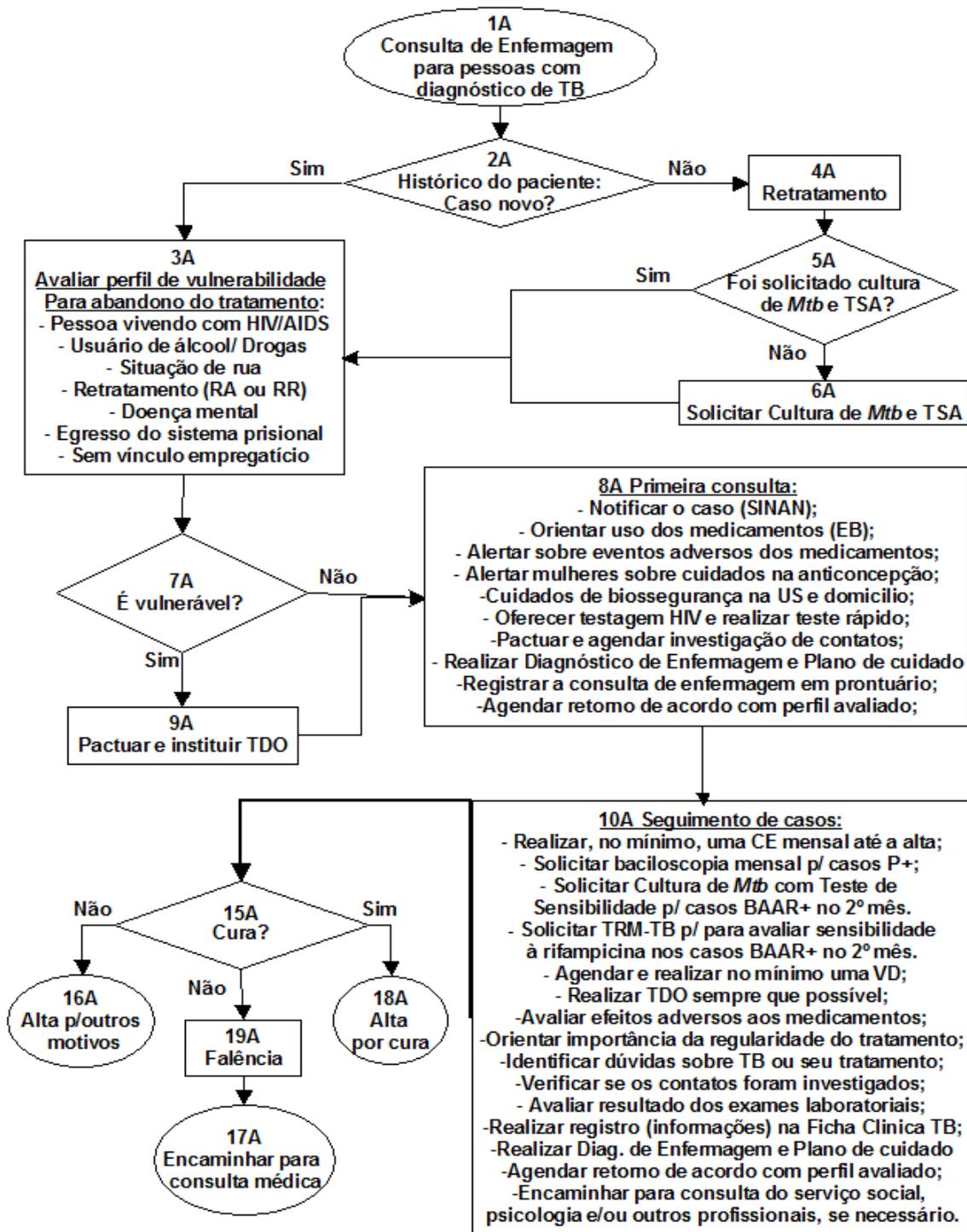
Finalizando a consulta a enfermeira deverá realizar os registros no PEP-GHC na interface “Linha de Cuidado”. É importante que ocorra o registro de todos os SR no Livro “Sintomáticos Respiratórios”, disponível na sala de enfermagem junto com o material e as orientações para a coleta de escarro. Este registro é importante para vigilância dos resultados dos exames.

Consulta de Enfermagem para acompanhamento de pessoas com TB

O atendimento de pessoas com diagnóstico e tratamento instituído para TB acontece frequentemente em consultório ou no domicílio, por demanda do acompanhamento mensal recomendado pelo Protocolo da GSC, após a primeira consulta médica. Para uma boa avaliação e acompanhamento das pessoas com diagnóstico e tratamento instituído da doença, recomenda-se na entrevista⁽¹⁸⁾:

- Identificar dados pessoais, socioeconômicos, ocupação/trabalho, moradia (quantas pessoas vivem na casa, qual seu tamanho, ventilação e higiene), escolaridade, lazer, religião/espiritualidade, rede familiar e social (usar ferramentas como genograma, mapa social, entre outras), vulnerabilidades e potencial de autocuidado. Se houve contato prévio com caso de TB identificar o tipo de vinculação;
- Avaliar a presença de queixas e problemas atuais (motivação – por que você está aqui?);
- Verificar os antecedentes de morbidade familiar – história familiar de doenças/ problemas/ vulnerabilidades e relacionamento;
- Verificar os antecedentes de morbidade pessoal, problemas de saúde e uso de medicamentos (tem ou teve doença hepática, renal, HIV, alcoolismo ou uso de outras drogas, entre outros);
- Identificar os hábitos de vida: alimentação, sono e repouso, atividade física, higiene e funções fisiológicas;
- Identificar de fatores de risco e vulnerabilidades (problemas sociais e econômicos, tabagismo, alcoolismo, diabetes, doenças autoimunes, pulmonares, entre outras);
- Verificar se ocorre ao longo do tratamento melhora dos sintomas da doença: tosse, emagrecimento, sudorese noturna, perda do apetite, fraqueza/ cansaço, febre vespertina, dispnéia, entre outros;
- Avaliar os aspectos psicossociais: sentimentos relatados durante a entrevista podem estar ligados ao isolamento, à rejeição de familiares e amigos devido ao estigma e preconceito da doença, além de alterações na capacidade de retomada dos papéis sociais e de trabalho em decorrência das limitações físicas ocasionadas pela TB. Além disso, o sentimento de negação da doença pode estar presente e interferir no tratamento instituído, provocando revolta, ansiedade, apreensão e irritabilidade;
- Identificar a presença de dificuldades, limitações ou déficit cognitivo, bem como analfabetismo, diminuição da acuidade visual e auditiva (vai implicar no entendimento e execução do tratamento); problemas emocionais, sintomas depressivos e outras barreiras psicológicas, medo em relação a doença ou ao tratamento;
- Identificar a percepção da pessoa em relação à doença e ao seu tratamento e a avaliação do tratamento da sua família/ contatos (o que você conhece da doença?); e
- Buscar vincular/ cativar a pessoa para adesão ao tratamento. Verificar se conhece o ACS da sua área de residência, quais os profissionais da unidade que conhece / consultou/ tem vínculo.

Figura 2 - Algoritmo da Consulta de Enfermagem para o acompanhamento de pessoas em tratamento para a tuberculose



Fonte: Reprodução de: Ferreira, SRS; Périco, LAD. Tuberculose⁽¹⁸⁾.

Nota: BAAR = bacilo álcool ácido resistente; CE = Consulta de enfermagem; EB = esquema básico; Cultura Mtb= cultura de *Micobacterium tuberculosis* (cultura de BAAR); P+= caso de TB pulmonar positiva; RA= retratamento por abandono; RR= retratamento por recidiva; TRM-TB = teste rápido molecular para tuberculose; TSA = teste de sensibilidade antimicrobiana; TDO = tratamento diretamente observado; US = unidade de saúde; VD = visita domiciliar.

Na realização do exame físico recomenda-se⁽¹⁸⁾:

- Exame físico geral céfalo-caudal – na primeira consulta e direcionado para os problemas identificados nas consultas subsequentes.
- Avaliar na primeira consulta a marcha, os membros superiores e inferiores. Se houver queixas relacionadas reavaliar nas consultas subsequentes.
- Avaliar na primeira consulta a pele quanto a sua integridade, turgor, coloração e manchas e se houver queixas relacionadas nas consultas subsequentes.
- Ausculta cardiopulmonar na primeira consulta e se houve queixas relacionadas nas consultas subsequentes.
- Avaliar presença de cicatriz vacinal de BCG na primeira consulta.
- Altura na primeira consulta.
- Peso e IMC em todas as consultas realizadas.
- Pressão arterial em todas as consultas realizadas.
- Frequência cardíaca e respiratória em todas as consultas realizadas – a pessoa pode apresentar taquicardia, taquipnéia ou dispneia de esforço.
- Avaliar presença de alterações de visão em todas as consultas realizadas.

Em relação ao exame do aparelho respiratório, poderão ser revelados frequência respiratória aumentada, sons respiratórios diminuídos ou ausentes bilateral ou unilateralmente, estertores pós-tussígenos, assimetria na excursão respiratória (em casos de derrame pleural), macicez à percussão e diminuição do frêmito (em casos de haver líquido pleural)⁽¹⁷⁾. Estertores crepitantes finos estão presentes após a tosse. Os murmúrios vesiculares estão diminuídos ou mostram-se com sopros anóricos. Podem estar presentes relatos de dor torácica agravada com tosse recorrente. Outras doenças associadas como doenças autoimunes, diabetes e HIV devem ser pesquisadas. O escarro pode apresentar-se esverdeado/amarelado, com ou sem raias de sangue, ser escasso ou abundante⁽¹⁷⁾.

A enfermeira na consulta mensal de acompanhamento dos casos de TB pulmonar deverá solicitar (se o médico ainda não solicitou) a baciloscopia de escarro e encaminhar a pessoa para coleta do material na ACE, neste mesmo dia. Se a baciloscopia de escarro estiver positiva, após 60 dias de tratamento, o profissional deverá solicitar nova baciloscopia, TRM-TB (avaliar sensibilidade à rifampicina), cultura de *Mtb* (cultura de BAAR) no escarro com teste de sensibilidade antimicrobiana (TSA).

Consulta de Enfermagem para investigação de contatos de caso de TB

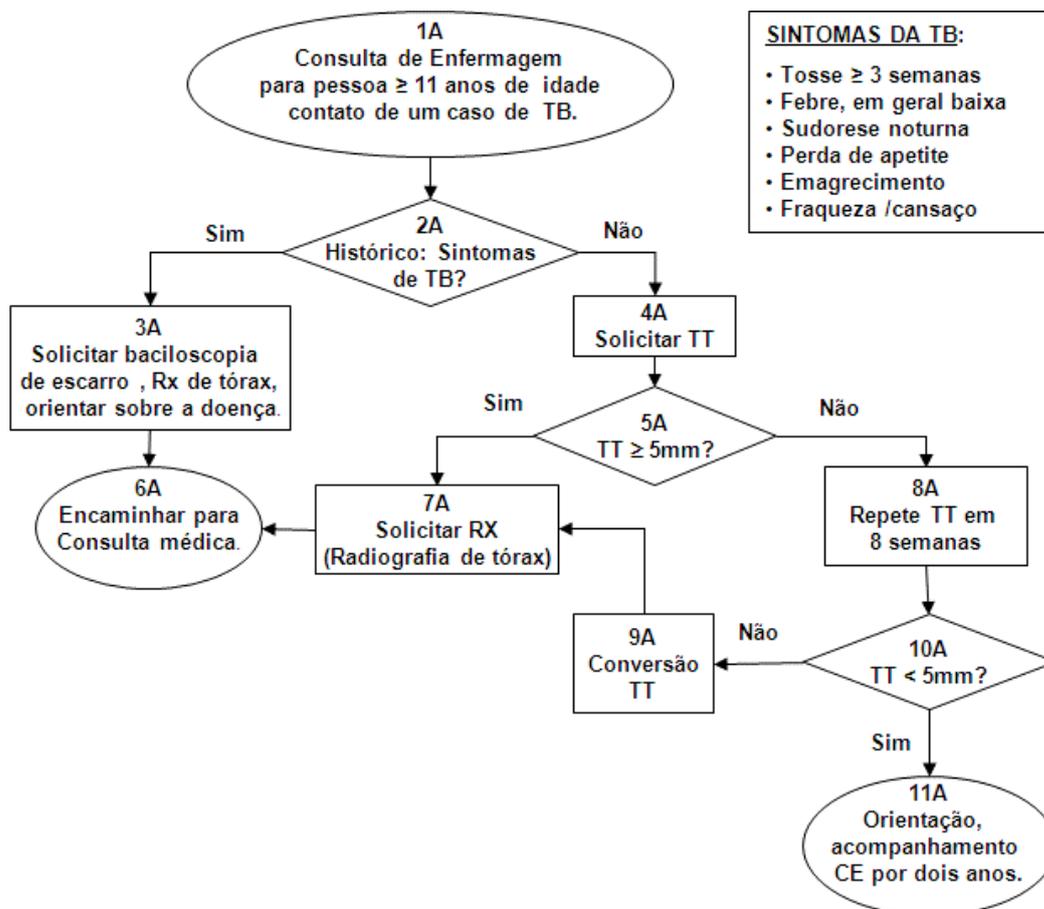
Denominam-se contatos de um caso de TB todas as pessoas que convivem no mesmo ambiente que o portador da doença, no momento em que foi realizado o diagnóstico da TB⁽¹⁷⁾. Considera-se convívio as relações de contato próximo e prolongado (6 horas diárias ou mais) ou pessoas que coabitam com portadores de TB. O convívio com o caso índice (pessoa com TB) pode ocorrer em casa e ou em ambientes de trabalho, instituições de longa permanência, escola ou pré-escola. A avaliação do grau de exposição do contato deve ser individualizada considerando-se a forma da doença, o ambiente e o tempo de exposição.

O caso índice deve ser entrevistado para identificar todos os seus contatos que devem ser listados no PEP/Linha de Cuidado/Tuberculose, bem como as formas de localização. Sempre que possível deve-se realizar visita domiciliar (VD) para confirmar as informações.

Todos os contatos devem ser convidados para comparecer à US para avaliação em consulta com a enfermeira. Se os contatos não comparecerem à US, deve ser realizada uma VD.

O resultado da avaliação dos contatos também necessita ser registrado no PEP/Linha de Cuidado/Tuberculose, no quadro específico de investigação dos contatos.

Figura 3 - Algoritmo da Consulta de Enfermagem para investigação de pessoas com idade maior ou igual a 11 anos, contatos de caso de TB



Fonte: Reprodução de: Ferreira, SRS; Périco, LAD. Tuberculose⁽¹⁸⁾.

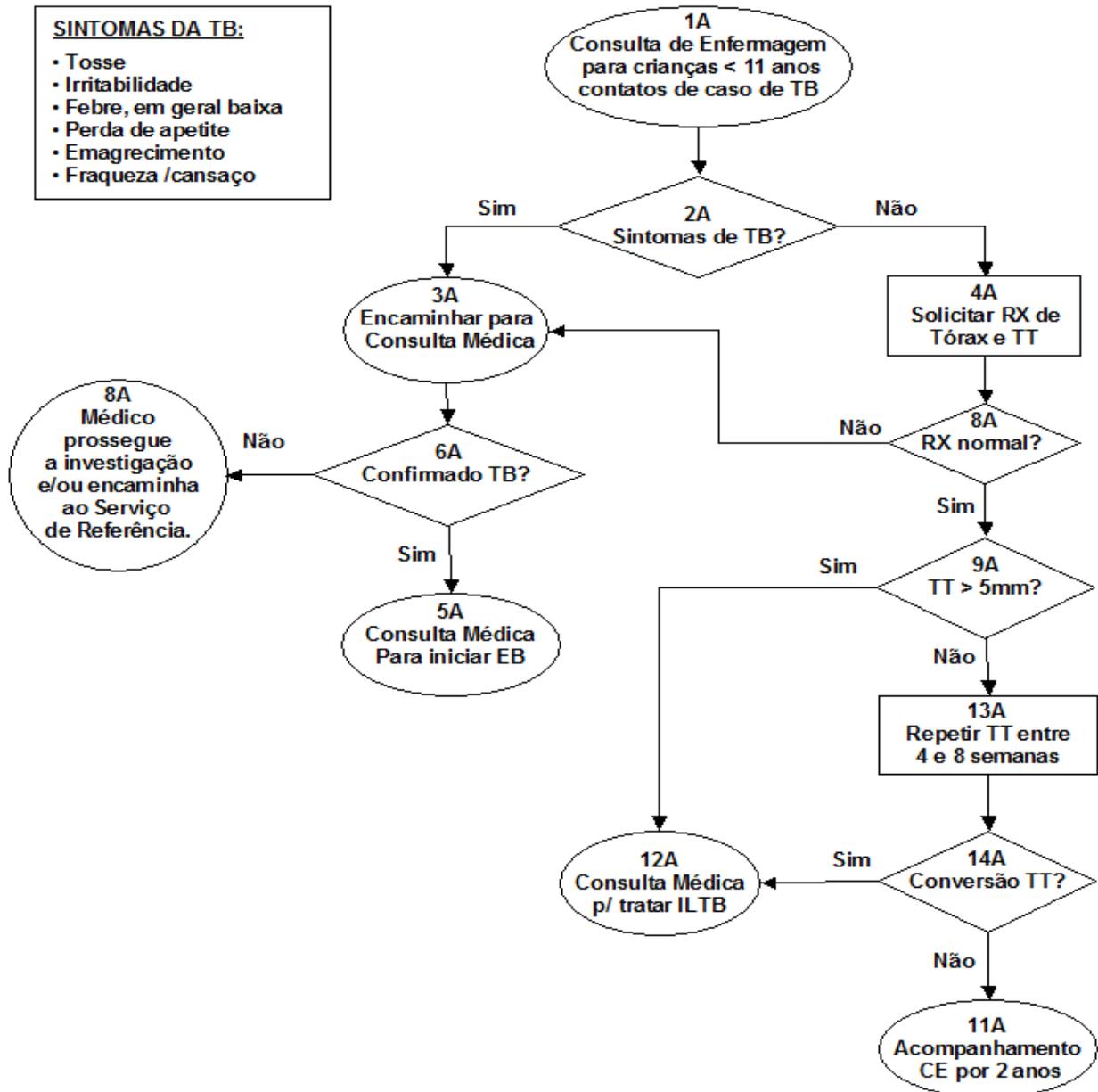
Nota: CE = Consulta de enfermagem; TT = teste tuberculínico.

Resumo da primeira consulta de enfermagem para investigar contatos de caso de TB⁽¹⁸⁾:

- História pessoal e familiar (verificar se já existem as informações no prontuário família):
 - sinais e sintomas de TB;
 - comorbidades: HIV, DM, tabagismo, álcool e/ou outras drogas;
 - situação de vulnerabilidade;
 - conhecimento sobre TB e relação com o caso índice;
- Exame físico.
- Solicitar Exames laboratoriais e de imagem:
 - < 11 anos: teste tuberculínico(TT) e Radiografia de tórax (sempre);
 - ≥ 11 anos: teste tuberculínico(TT) e Radiografia de tórax (se TT ≥ 5mm).

- Para todos os contatos maiores de 18 anos solicitar teste anti-HIV ou realizar teste rápido para o HIV na unidade de saúde
- Diagnóstico de Enfermagem e Plano de Cuidados.
- Registrar informações no PEP/ Linha de cuidado da TB (investigação de contatos);
- Agendar retorno com resultados dos exames.

Figura 4 - Algoritmo da Consulta de Enfermagem para investigação de crianças menores de 11 anos de idade contatos de caso de TB



Fonte: Organizado pelas autoras do Capítulo.

Nota: CE = Consulta de enfermagem; ILTB = infecção latente da tuberculose; TT = teste tuberculínico.

Resumo da segunda consulta de enfermagem para investigação de contatos de caso de TB

- Realizar a avaliação do resultado do TT e do RX de tórax e demais exames solicitados.
- Verificar passos no algoritmo de investigação de contatos, conforme idade, se há indicação de tratamento da infecção latente da TB.
- Os contatos com indicação de tratamento da ILTB devem ser orientados sobre o tratamento e encaminhados para consulta médica.
- Agendar consulta médica para os contatos com indicação de tratamento da ILTB.
- Os contatos que não possuem indicação de realizar tratamento da ILTB deverão ser orientados e monitorados ao longo de dois anos.
- Realizar registro das informações no prontuário e na Ficha Clínica da TB.

Todos os contatos investigados que tiverem indicação de tratamento da ILTB devem ter uma consulta médica agendada na US, com prioridade.

Consulta de Enfermagem para acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente da tuberculose

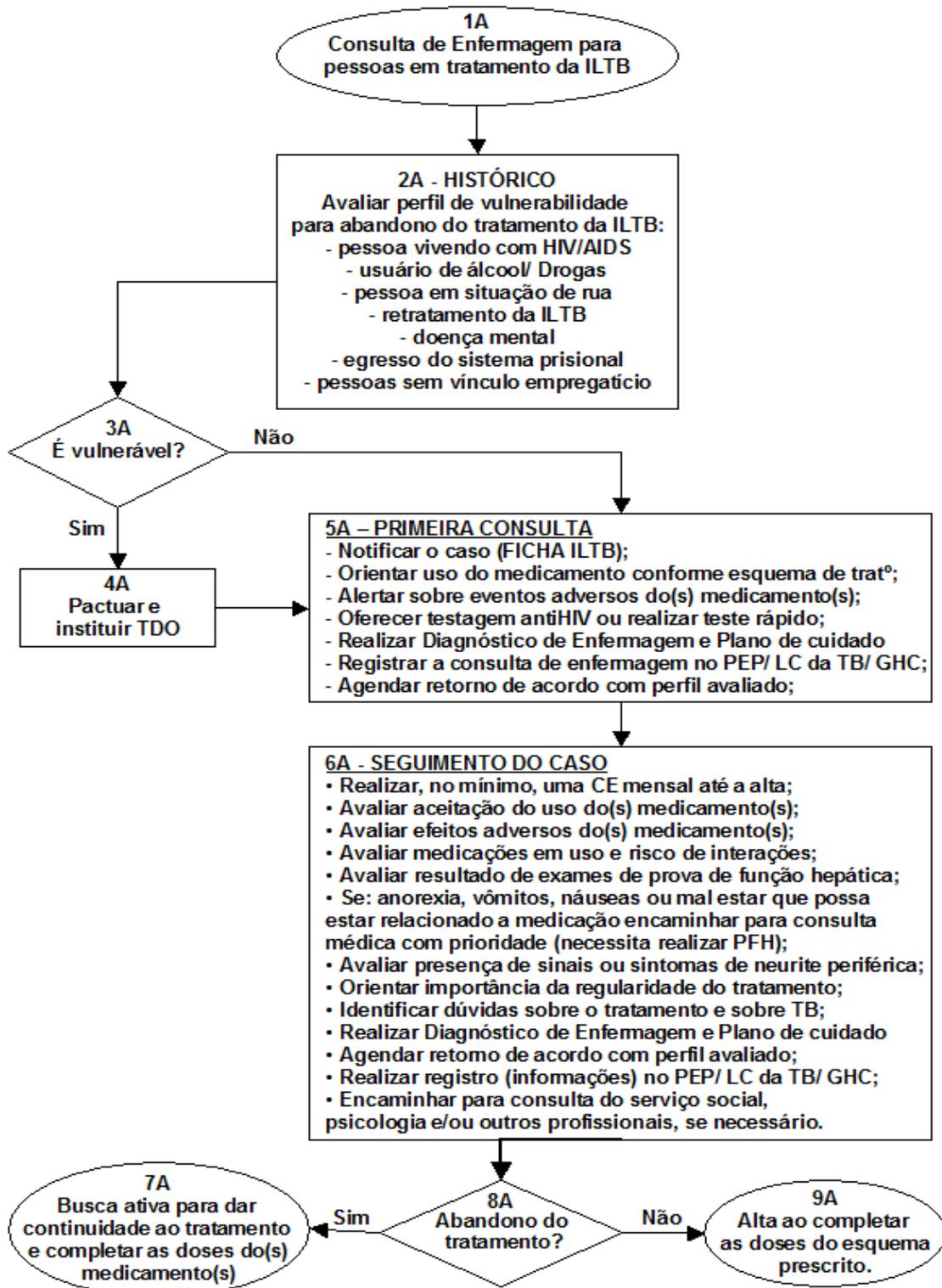
O atendimento de pessoas com diagnóstico e tratamento da ILTB acontece mais frequentemente em consultório ou no domicílio, por demanda de acompanhamento recomendada pelo Protocolo da LC da TB na GSC. Na Figura 5 apresenta-se a proposta de algoritmo de condução da consulta de enfermagem para o acompanhamento de pessoas em tratamento ILTB.

O acompanhamento em CE para as pessoas em tratamento da ILTB deverá ser mensal e nestas consultas recomenda-se⁽¹⁸⁾:

Primeira Consulta

- História pessoal e familiar (verificar se já existem as informações no prontuário família):
 - comorbidades: doença hepática ou renal, HIV, DM, tabagismo, dependência crônica de álcool e/ou outras drogas, desnutrição;
 - situações de vulnerabilidade e risco para o abandono do tratamento;
 - situação familiar e rede social;
- Avaliar a situação de saúde e problemas biopsicossociais;
- Verificar medicamentos em uso – atenção ao risco de interações medicamentosas – Monitorar a terapia se paciente faz uso de paracetamol, benzodiazepínicos, budesonida nasal, codeína, corticóides sistêmicos, levodopa, estavudina. Deve ser discutido com o médico o uso concomitante de antiácidos, budesonida oral, carbamazepina e fenitoína.
- Verificar conhecimento sobre TB e a necessidade de realizar tratamento da infecção latente;
- Realizar exame físico (altura, peso, IMC, pressão arterial);
- Elaborar o Diagnóstico de Enfermagem, as prescrições e o Plano de Cuidados;
- Notificar o tratamento da ILTB;
- Registrar o acompanhamento no prontuário eletrônico do paciente (PEP) na interface Linha de Cuidado da TB (LC da TB) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

Figura 5 - Algoritmo da Consulta de Enfermagem para acompanhamento de pessoas em tratamento da Infecção latente da TB (ILTB)



Fonte: Modificado de Ferreira, SRS; Périco, LAD. Tuberculose⁽¹⁸⁾.

Nota: CE = Consulta de enfermagem; ILTB = infecção latente da tuberculose; LC da TB = linha de cuidado da tuberculose; PEP = prontuário eletrônico do paciente; PFH = provas de função hepática; TT = teste tuberculínico; TDO = tratamento diretamente observado.

Consultas Subsequentes

- Avaliar a adaptação ao tratamento (como se sente em relação ao uso do(s) medicamento(s));
- Verificar sinais ou sintomas de efeitos adversos a isoniazida (náuseas, vômito, anorexia, diarreia, dor abdominal, hepatotoxicidade, xerostomia, hipertensão, taquicardia, hiperglicemia, reações de hipersensibilidade, neuropatia periférica, neurite óptica, agranulocitose, anemia hemolítica, depressão, psicose, febre);
- Identificar e esclarecer dúvidas a respeito do tratamento e da importância da manutenção do tratamento da infecção latente;
- Realizar exame físico (peso, IMC, pressão arterial);
- Elaborar o Diagnóstico de Enfermagem, as prescrições e o Plano de Cuidados;
- Registrar o acompanhamento no PEP/ LC da TB/ GHC
- Realizar a busca ativa de pacientes que interrompem o tratamento da ILTB para identificar os motivos da falta de adesão e motivar a pessoa para retomar o tratamento. No caso de abandono do tratamento com isoniazida a equipe de saúde tem até três meses de interrupção, consecutivos ou não, para buscar a pessoa e retomar o tratamento da ILTB. Para as pessoas em uso de rifampicina a equipe tem o prazo de até dois meses de interrupção, consecutivos ou não, para retomar o tratamento da ILTB. Para pessoas em uso do esquema rifapentina + isoniazida o prazo para retomar o tratamento pode ocorrer com a perda de no máximo três doses semanais, consecutivas ou não. Se a busca for ineficaz nos prazos descritos por esquema de tratamento o desfecho do acompanhamento será de “abandono do tratamento”.

Recomenda-se aprofundar informações sobre tratamento da ILTB (tipos de esquema/ medicamentos) no Capítulo 11 desta publicação.

Referências

1. CHANES, M. SAE descomplicada. 1ª ed., São Paulo: Guanabara Koogan, 2018. 158p.
2. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. 2009 [acesso em 2021 nov. 15]. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
3. Ferreira SRS, Périco LAD, Lucena AF, Laurent MCR. O processo de enfermagem com fundamento para o cuidado na atenção primária à saúde. In: Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRF. Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Rio Janeiro: Atheneu; 2017. p. 51-68.
4. Adami NP, Franco LHR de O, Brêtas, ACP, Ransan L M de O, Pereira AL. Características básicas que diferenciam a consulta de enfermagem da consulta médica. Acta Paul Enf. [Internet]. 1989 mar.; 2(1):9-13, [acesso em 2021 nov. 15]. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/caracteristicas-basicas-que-diferenciam-a-consulta-de-enfermagem-da-consulta-medica/>
5. Ministério da Saúde (Brasil). Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária, Ferreira Sandra Rejane Soares (Org.). Linha de Cuidado para atenção às pessoas com tuberculose na Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. 2.ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora Conceição, 2018.

6. Brasil. Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986 [Internet]. 1986. [acesso em 2021 nov. 24]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html
7. Brasil. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem [Internet]. 1986. [acesso em 2021 nov. 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm
8. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro [Internet]. 1997. [acesso em 2021 nov. 18]. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1951997_4252.html
9. Herdman, T. Heather; Kamitsuru, Shigemi. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação. Tradução Regina Machado Garcez. 12ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.
10. Alfaro-LeFevre, Rosalinda. A aplicação do processo de enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
11. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM (org.). NIC Classificação das Intervenções de Enfermagem. 7ª ed., São Paulo: GEN Guanabara Koogan, 2020.
12. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. NOC Classificação dos resultados de Enfermagem, 6ª Ed. São Paulo: GEN Guanabara Koogan, 2020.
13. Cubas, Marcia Regina et al. Mapeamento dos termos dos eixos tempo, localização, meio e cliente entre versões da CIPE® e CIPESC®. Rev Bras Enferm, Brasília, 2011 nov-dez; 64(6): 1100-5.
14. Conselho Internacional de Enfermagem. CIPE Versão 1.0. Classificação internacional para a prática de enfermagem. São Paulo: Algor; 2007. 203p.
15. Freitas HH. Consulta de enfermagem em pacientes em tratamento de tuberculose. [monografia]. Foz do Iguaçu: Unioeste; 2002.
16. Silva LPZ, Primo CC, Prado TN. Subconjunto terminológico CIPE para pessoa com tuberculose. Rev. Brás Enferm, [Internet]. 2021; 74(2): e20200059[citado 27mar.2022]. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rSP6YgcHQ5CjySQW7NBvWVv/?lang=pt&format=pdf>.
17. Ministério da Saúde (Brasil). 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; 2011. [acesso em 2021 nov. 24]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf
18. Ferreira SRS, Périco LAD. Tuberculose. In: Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde. Rio Janeiro: Atheneu; 2017. p. 603-27.
19. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Guia de orientações para a atuação da equipe de enfermagem na atenção primária à saúde. Belo Horizonte: Coren-MG; 2017. acesso em 2021 nov. 24]. Disponível em: <https://www.corenmg.gov.br/wp-content/uploads/2019/12/Guia-de-Orientacoes-para-a-Atuacao-da-Equipe-de-Enfermagem-na-Atencao-Primaria-a-Saude.pdf>
20. English RG, Bachmann MO, Bateman ED, Zwarenstein MF, Fairall LR, Bheekie A, et al. Diagnostic accuracy of na integrated respiratory guideline in identifying patients with respiratory symptoms requiring screening for pulmonary tuberculosis: a cross-sectional study. BMC Pulm Med. 2006 Aug 25; 6:22. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16934140/>

Anexo I - Atribuições e Competências das Enfermeiras na Linha de Cuidado da Tuberculose na Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição

É da competência de todas as Enfermeiras que atuam nas US da GSC:

- identificar na população os sintomáticos respiratórios (SR) e solicitar baciloscopia de escarro;
- acolher na US SR encaminhados pelos ACS, realizar consulta de enfermagem (CE) com solicitação de baciloscopia de escarro;
- solicitar exames como: baciloscopia de escarro, Teste Rápido Molecular da TB (TRM-TB), cultura de escarro, teste de sensibilidade antimicrobiana (TSA), radiografia de tórax e outros exames normatizados por protocolo da instituição, necessários para investigação de SR e contatos/TB, acompanhamento de pessoas com TB ou em tratamento para a ILTB;
- orientar a manobra de tosse para coleta de escarro, fornecer e identificar o pote para colheita do escarro, acompanhar a primeira coleta de material;
- orientar o envio ou enviar escarro ao laboratório do HNSC para realização de exame;
- avaliar o resultado de baciloscopia no sistema informatizado e encaminhar pessoas com exames positivos para consulta médica prioritariamente, para iniciar tratamento;
- Identificar os contatos de casos de TB e convidá-los para avaliação clínica em CE;
- realizar CE para investigação de SR e de contatos de caso de TB, encaminhando para consulta médica os casos de TB ou aqueles que necessitam iniciar tratamento da ILTB;
- identificar as pessoas com TB faltosas às consultas de acompanhamento e convidá-las para comparecer a US e agendar consultas extras, sempre que necessário;
- realizar ou delegar ao ACS/Técnico de enfermagem a busca ativa/ visita domiciliar para os casos de abandono de tratamento;
- aplicar a vacina BCG e fazer a prova tuberculínica (PPD), caso tenha capacitação para tal;
- realizar CE inicial para avaliação do caso, construir genograma, mapear rede social, avaliar perfil e indicação de TDO;
- realizar CE mensal para acompanhamento dos casos de TB, orientação sobre a patologia, avaliação do tratamento (adesão, reações adversas e interações medicamentosas);
- entregar às pessoas com TB a carteira individual para acompanhamento do tratamento e orientar sobre a importância de trazê-la em todas as consultas;
- realizar tratamento diretamente observado (TDO) na US e no domicílio e/ou supervisionar o TDO realizado pelos demais componentes da equipe;
- capacitar ACS, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem a realizarem e registrarem o TDO e revisar o registro da tomada diária dos medicamentos na ficha de acompanhamento;
- realizar visita domiciliar para acompanhar o tratamento e supervisionar o trabalho dos ACS;
- identificar reações adversas e interações medicamentosas no processo de acompanhamento dos casos de TB e tratamento para ILTB e encaminhá-los a consulta médica;
- dispensar o medicamento para as pessoas com TB, mediante prescrição de médico capacitado na AP-TB, orientar o uso e esclarecer mitos;

- notificar os casos de TB e tratamento para ILTB utilizando a ficha de notificação / investigação do SINAN e do tratamento de ILTB;
- realizar contato com Unidades de Referência para transferir casos de TB da US, quando necessário, com boletim de transferência devidamente preenchido pelo médico;
- promover ações educativas junto à clientela da US e à comunidade;

É da competência das Enfermeiras Responsáveis Locais pela LC da TB, além das atribuições acima descritas:

- liderar o processo de planejamento e execução da equipe na LC da TB (em nível local), junto com o médico responsável, promovendo a discussão e realização das atividades que necessitam ser desenvolvidas no território;
- atuar como elo/referência dessa AP junto ao Monitoramento e Avaliação (M&A) do SSC;
- preencher corretamente o Livro de Registro e Acompanhamento dos casos de TB, inserir fichas clínicas de acompanhamento de casos TB no prontuário e mantê-las atualizadas, supervisionar o preenchimento dos registros do livro de “Sintomáticos Respiratórios”, fazer análises periódicas de resultado de investigação dos SR e dos casos de TB acompanhados, preenchendo os registros mensais e encaminhando os mesmos ao setor de M&A do SSC;
- realizar e/ou delegar e monitorar a realização de todas as atividades administrativas da AP após estabelecer junto com a equipe local de saúde os fluxos necessários para as mesmas, entre elas o registro das informações: em banco de dados; no livro de sintomático respiratório; no livro de acompanhamento de casos de TB; do acompanhamento dos casos em tratamento para ILTB (quimioprofilaxia); SINAN da TB e SINAN de tratamento para ILTB; boletim de transferência de caso; ficha de tratamento diretamente observado; nos prontuários e ficha clínica da TB, na ficha de consulta de enfermagem;
- realizar e/ou delegar e monitorar a realização da digitação na base de dados do SSC das informações da AP relacionadas com o livro de sintomáticos respiratórios, o livro de acompanhamento de casos de TB e informações sobre tratamento para ILTB, mantendo-as atualizadas;
- capacitar os ACS e demais profissionais da equipe para realizar a identificação e busca oportuna e/ou ativa de sintomáticos respiratórios no território;
- capacitar os ACS, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem da equipe sobre a técnica correta para coleta de escarro (manobra de tosse) e a necessidade de realizar a primeira coleta do material de forma supervisionada; bem como prepará-los para realizar a orientação da técnica ao paciente e o acompanhamento da coleta do material na área de coleta de escarro (ACE) da US;
- capacitar, junto com o Médico Responsável pela LC da TB, os ACS, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem da sua equipe para a realização e o registro adequado do tratamento diretamente observado (TDO);
- capacitar familiares, pessoas/profissionais de outras instituições, pessoas que fazem rede de apoio para a realização e registro adequado do TDO;

- avaliar junto com o Médico Responsável da equipe as informações da LC da TB digitadas na US e sistematizadas pelo setor de M&A que são publicadas mensalmente no boletim do SIS-SSC e promover, junto com o Assistente de Coordenação, a discussão destas nas reuniões de equipe analisando-as em relação as metas pactuadas na GSC;
- avaliar ou delegar a avaliação dos resultados de BAAR coletados ou solicitados na US semanalmente e encaminhar as pessoas com BAAR positivo para consulta médica com prioridade para iniciar tratamento, identificar e desencadear a busca de casos de abandono primário;
- promover a flexibilização do acesso aos pacientes com TB às consultas de todos os profissionais, agendar consulta extra, quando necessário, encaminhar situações complexas para gestão de caso e avaliação com especialista;
- apoiar o trabalho do farmacêutico na programação e solicitação do quantitativo de medicamentos necessários para o tratamento de forma a assegurar o tratamento mensal e o controle de estoque;
- digitar ou revisar o registro dos SR, casos de TB e tratamento de ILTB no banco de dados do SSC para emissão do Boletim de Acompanhamento Mensal enviado para a vigilância do município;
- participar das reuniões bimensais da LC da TB e planejar, juntamente com a equipe local e setor de monitoramento e avaliação do SSC, estratégias de controle da TB na comunidade;

Apêndice I –Diagnósticos de Enfermagem, segundo a NANDA-I⁽⁹⁾ identificados com frequência nas consultas das enfermeiras durante a avaliação de pessoas com sintomas respiratórios, pessoas com TB e dos contatos de caso de TB, na Atenção Primária à Saúde.

Quadro 2 - Exemplos de diagnósticos de enfermagem, segundo a NANDA-I⁽⁹⁾ identificados nas CE para a avaliação de sintomáticos respiratórios, de pessoas com TB e dos contatos de caso de TB, na APS.

Dominio/ Classe	Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I
Dominio 1 – Promoção da Saúde (Controle da Saúde)	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamento de saúde propenso a risco. - Falta de adesão ao regime de tratamento. - Controle ineficaz da saúde - devido à complexidade do regime terapêutico, déficit de apoio social, dificuldades econômicas, déficit de conhecimento ou conflitos familiares. - Controle da saúde familiar ineficaz. - Disposição para controle da saúde melhorado. - Saúde deficiente da comunidade. - Manutenção ineficaz da saúde.
Dominio 2 – Nutrição (Ingestão)	<ul style="list-style-type: none"> - Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais do doente – relacionada à própria doença e aos fatores biológicos, culturais, nutricionais e econômicos. - Disposição para nutrição melhorada.
Dominio 3 – Eliminação e Troca (Função Respiratória, Função Gastrointestinal)	<ul style="list-style-type: none"> - Troca de gases prejudicada – relacionada ao desequilíbrio na relação ventilação-perfusão e/ou mudanças na membrana alveolar. - Diarréia – relacionada ao regime de tratamento.
Dominio 4 – Atividade/repouso (Equilíbrio de energia, Respostas cardiovasculares/pulmonares, Autocuidado)	<ul style="list-style-type: none"> - Fadiga – relacionada à condição fisiológica ocasionada pela doença. - Intolerância à atividade a ser executada pelo doente – relacionada com a fadiga, estado nutricional e desequilíbrio entre a oferta e as demandas de oxigênio. - Padrão respiratório ineficaz – relacionado a dispnéia, dor torácica, dentre outros. - Autonegligência – relacionada ao abuso de substâncias e/ou alteração de função cognitiva - Disposição para melhora do autocuidado
Dominio 5 – Percepção/cognição (Cognição, Comunicação)	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento deficiente (sobre o regime de tratamento, medidas de prevenção e controle da doença) – relacionados à falta de informação, falta de interesse em aprender, limitação cognitiva ou interpretação errônea da informação. - Disposição para o conhecimento melhorado. - Disposição para comunicação melhorada.
Dominio 6 – Autopercepção (Autoconceito, Autoestima)	<ul style="list-style-type: none"> - Desesperança. - Risco da dignidade humana comprometida – relacionada à estigmatização. - Risco de ou Baixa autoestima situacional.
Dominio 9 – Enfrentamento/ tolerância ao estresse (Resposta de enfrentamento)	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade. - Enfrentamento defensivo. - Enfrentamento ineficaz – relacionado ao abuso de substâncias e/ou fadiga e/ou comportamento destrutivo e/ou dificuldade de organizar informações. - Disposição para enfrentamento melhorado.
Dominio 11 – Segurança-Proteção (Infecção)	<ul style="list-style-type: none"> - Risco de infecção – cujos fatores podem incluir alterações nas defesas do indivíduo (ação ciliar diminuída, estase de secreções e resistência diminuída), desnutrição, exposição ambiental e conhecimento insuficiente para evitar exposição a outros patógenos.
Dominio 12 – Conforto (conforto físico, conforto social)	<ul style="list-style-type: none"> - Náusea relacionada ao regime de tratamento. - Isolamento Social – relacionado recursos pessoais insuficientes, alteração no estado mental, alteração na aparência física, incapacidade de engajar-se em relacionamentos pessoais satisfatórios, entre outros.

Fonte: organizado pelas autoras com base na experiência, na literatura e na NANDA-I⁽⁹⁾.

Apêndice II - Subconjunto terminológico Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- CIPE®, para pessoas com tuberculose, de acordo com a estrutura da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta⁽¹⁶⁾.

Quadro 3- Subconjunto terminológico Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem® para pessoas com tuberculose de acordo com a estrutura das **necessidades psicoespirituais** da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2019⁽¹⁶⁾.

Necessidades	Diagnósticos CIPE®	Intervenções de Enfermagem
RELIGIOSA	1. Crença, prejudicada	Apoiar crenças
		Obter dados sobre crenças
		^a Facilitar a capacidade para comunicar necessidades e sentimentos
		^b Facilitar a capacidade da família para participar no Plano de Cuidados

Fonte: modificado de Silva LPZ, Primo CC e Prado TN⁽¹⁶⁾.

Nota: As intervenções de enfermagem descritas nos itens ^a e ^b são recomendadas para todos os DE descritos nos quadros 3, 4 e 5, mas não serão repetidas nos quadros a seguir.

Quadro 4- Subconjunto terminológico Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem® para pessoas com tuberculose de acordo com a estrutura das **necessidades psicobiológicas** da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2019⁽¹⁶⁾.

Necessidades	Diagnósticos CIPE®	Intervenções de Enfermagem
OXIGENAÇÃO	1- Dispnéia leve/ moderada/ severa 2- Tosse	Manter vias aéreas permeáveis
		Medir movimentos respiratórios
		Encorajar o uso de técnica respiratória ou de tosse
		Obter dados sobre comportamento de ingestão de líquidos
		Obter dados sobre condições respiratórias
		Orientar a família sobre monitoramento de condições respiratórias
		Orientar sobre ingesta de líquidos
		Orientar técnica respiratória
		Orientar uso de máscara nos primeiros 15 dias de tratamento
		Encaminhar ao serviço de fisioterapia
NUTRIÇÃO	1- Falta de apetite 2- Peso, prejudicado	Monitorar ingestão de alimentos
		Pesar o paciente
		Obter dados sobre apetite, ingestão e suprimento de alimentos.
		Orientar sobre a ingestão de alimentos
		Orientar sobre peso, eficaz
		Monitorar peso
ELIMINAÇÃO	1- Expectoração	Orientar a família sobre a doença
		Avaliar presença de sangue
		Coletar amostra de escarro
		Encaminhar amostra de escarro ao laboratório
		Encaminhar ao serviço de fisioterapia
		Estimular a expectoração
		Gerenciar amostra de escarro
		Gerenciar controle de amostra
Obter dados sobre expectoração/ escarro		
Orientar sobre ingestão de líquidos		

Continua

Continuação Quadro 4

Necessidades	Diagnósticos CIPE®	Intervenções de Enfermagem
EXERCÍCIO E ATIVIDADE FÍSICA	1- Fadiga 2- Fraqueza 3- Intolerância a atividade 4- Incapacidade	Obter dados sobre fadiga, fraqueza, intolerância a atividade
		Obter dados sobre (redução ou aumento) tolerância a atividade
		Orientar sobre o gerenciamento da fadiga
		Encorajar repouso
		Monitorar efeito adverso da medicação
		Obter dados sobre suprimento de alimentos
		Orientar sobre a ingestão de alimentos
		Orientar sobre a doença
Reforçar capacidades (ou aptidões)		
SEXUALIDADE	1- Comportamento sexual, prejudicado 2- Risco de falha na eficácia do método contraceptivo	Realizar teste diagnóstico para o HIV e outras ISTs
		Obter dados sobre comportamento sexual
		Orientar sobre comportamento sexual
		Orientar sobre a doença e implicações na sexualidade Orientar interações medicamentosas da Rifampicina com noretisterona, medroxiprogesterona, etinilestradiol, levonorgestrel diminuindo o efeito dos ACO e a necessidade de usar método alternativo ou suplementar durante o tratamento para evitar gravidez.
REGULAÇÃO	1- Febre 2- Humor deprimido 3- Processo de transpiração noturna, prejudicada	Obter dados sobre humor deprimido e comportamento negativo
		Fazer rastreamento de humor deprimido
		Gerenciar humor deprimido e comportamento negativo
		Obter dados sobre apoio emocional
		Prover apoio emocional
		Medir e monitorar temperatura corporal
		Orientar sobre medição de temperatura corporal
		Orientar sobre controle da febre e gerenciamento da febre
		Facilitar acesso ao tratamento/ prescrever medicação para febre
		Orientar uso de medicamento
Orientar paciente e família sobre a doença		
Avaliar rede social e promover apoio social		
TERAPÊUTICA	1. Adesão ao regime medicamentoso, prejudicada 2. Adesão ao regime terapêutico, prejudicada 3. Efeito colateral da medicação 4. Não adesão ao regime medicamentoso 5. Não adesão ao regime terapêutico 6. Risco de efeito colateral da medicação	Agendar e executar consulta de acompanhamento
		Obter dados e avaliar adesão ao regime terapêutico
		Realizar tratamento diretamente observado
		Obter dados sobre barreiras para adesão e sobre efeito colateral da medicação
		Pactuar (acordar) e monitorar adesão ao tratamento
		Monitorar efeitos adverso e/ou interações medicamentosas
		Gerenciar efeitos adversos e/ou interações medicamentosas
		Promover e reforçar a adesão à medicação e ao regime terapêutico
		Demonstrar administração de medicação
		Executar visita domiciliar
		Facilitar acesso ao tratamento e resposta ao tratamento
		Orientar sobre a doença
		Orientar sobre: a medicação, efeitos colaterais da medicação, regime terapêutico
		Apoiar a Família na aquisição de Mmedicação
Priorizar regime terapêutico		
Relatar condição a equipe multiprofissional		

Continua

Necessidades	Diagnósticos CIPE®	Intervenções de Enfermagem
CUIDADO CORPORAL	1- Déficit de Autocuidado	Encorajar autocuidado
		Obter dados sobre a capacidade para executar o cuidado e sobre o autocuidado
		Orientar e promover o autocuidado
		Obter dados sobre padrão de higiene e orientar sobre higiene
		Orientar família sobre padrão de higiene
SEGURANÇA FÍSICA	1. Abuso de Álcool 2. Abuso de Drogas 3. Abuso de Tabaco ou Tabagismo	Aconselhar sobre abuso de drogas (tabagismo, álcool, outras)
		Fazer Rastreamento do uso de tabaco e do abuso de álcool e de outras drogas
		Obter dados sobre o uso de tabaco e o abuso de álcool e outras drogas
		Obter dados sobre disposição para abandono do tabagismo, do uso de álcool e outras drogas
		Avaliar dependência do tabaco (Teste de Fagerstrom)
		Orientar sobre abandono do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas
		Encaminhar para Serviço de Saúde (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD)
		Orientar e encaminhar para serviço de autoajuda
		Encaminhar para terapia de grupo de apoio
		Iniciar terapia para abandono de tabagismo
		Executar visita domiciliar
		Facilitar acesso ao tratamento
		Administrar medicação – realizar TDO
		Facilitar recuperação de abuso de álcool e outras drogas
		PERCEPÇÃO
Avaliar resposta ao controle da dor		
Gerenciar dor		
Obter dados sobre dor		
Orientar sobre a doença		
Orientar sobre dor e o controle da dor		
Prescrever medicação		

Fonte: modificado de Silva LPZ, Primo CC e Prado TN⁽¹⁶⁾.

Quadro 5- Subconjunto terminológico Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem® para pessoas com tuberculose de acordo com a estrutura das **necessidades psicossociais** da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2019⁽¹⁶⁾.

Necessidades	Diagnósticos CIPE®	Intervenções de Enfermagem
GREGÁRIA	1. Discriminação 2. Estigma 3. Isolamento Social 4. Risco de Isolamento Social 5. Risco de Solidão 6. Solidão	Aconselhar sobre medos Apoiar condição psicológica Apoiar a família e o processo familiar de enfrentamento Encaminhar para serviço comunitário Encaminhar para terapia de grupo de apoio Encorajar afirmações positivas Facilitar acesso ao tratamento Identificar percepções alteradas Obter dados sobre disposição para revelação da condição de saúde Obter dados sobre necessidades de cuidado de saúde e de apoio social Orientar a comunidade sobre doença Orientar e promover terapia recreacional Promover apoio familiar e social
AMOR	1. Falta de Apoio Familiar 2. Falta de Apoio Social	Apoiar e/ou colaborar com a família Coordenar conversação em grupo familiar Encaminhar para serviço comunitário Encaminhar para terapia familiar Executar visita domiciliária Monitorar enfrentamento familiar prejudicado Obter dados sobre apoio social e prover apoio social Obter dados sobre conhecimento familiar sobre a doença, necessidades de cuidado de saúde e social Obter dados sobre processo familiar Orientar família sobre a doença Promover apoio familiar e social Promover comunicação familiar eficaz Orientar e promover terapia recreacional
ACEITAÇÃO	1. Aceitação da Condição de Saúde 2. Negação	Administrar medicação Encaminhar para terapia de grupo de apoio Estabelecer confiança e promover vínculo Executar visita domiciliar Obter dados sobre aceitação da condição de saúde Obter dados sobre atitude em relação à condição de saúde, Obter dados sobre negação Orientar família e pessoa com TB sobre comportamento de busca de saúde Orientar sobre doença Promover aceitação de condição de saúde Promover apoio familiar Promover comportamento de busca de saúde Relatar condição a equipe interprofissional

Continua

Necessidades	Diagnósticos CIPE®	Intervenções de Enfermagem
APRENDIZAGEM	1. Falta de conhecimento sobre a doença (tuberculose) 2. Falta de conhecimento sobre regime medicamentoso / terapêutico	Demonstrar administração de medicação
		Executar visita domiciliar
		Obter dados sobre conhecimento do regime terapêutico/ medicamentoso e sobre o manejo de medicação
		Obter dados sobre conhecimento de pessoa com TB e da família em relação a doença
		Orientar família e a comunidade sobre a doença
		Orientar família sobre regime terapêutico
		Orientar sobre doença, sobre a medicação e sobre o regime terapêutico
AUTOESTIMA E SEGURANÇA	1. Angústia 2. Baixa autoestima 3. Direitos do paciente, prejudicado 4. Dignidade, prejudicada 5. Esperança 6. Estresse 7. Insegurança 8. Medo 9. Problema de emprego 10. Renda, inadequada 11. Tristeza 12. Vergonha	Aceitar condição de saúde
		Aconselhar sobre esperança e sobre medos
		Demonstrar técnica de relaxamento
		Encaminhar para o serviço social (assistente social) e para o serviço de psicologia (psicóloga).
		Encaminhar para terapia de grupo e/ou grupo de apoio
		Encorajar afirmações positivas
		Promover condição psicológica positiva e de esperança
		Estabelecer confiança
		Explicar direitos do paciente (cesta básica e vale transporte)
		Proteger direitos do paciente
		Identificar barreira à comunicação
		Fazer rastreamento de humor deprimido
		Gerenciar processo de enfrentamento, prejudicado
		Identificar / observar percepções alteradas
		Manter dignidade e privacidade
		Obter dados sobre atitude em relação à doença e ao regime terapêutico
		Obter dados sobre autoestima, medos, tristeza, nível de estresse e sobre capacidade para gerenciar estresse
		Orientar sobre controle do estresse e uso de técnicas de relaxamento
		Orientar sobre comportamento de busca de saúde
		Orientar sobre terapia recreacional
Promover terapia recreacional		
Promover apoio emocional e autoestima		
Promover comportamento de busca de saúde		
Promover relacionamentos positivos		
AUTOREALIZAÇÃO	1. Impotência	Encaminhar para terapia de grupo de apoio
		Encorajar afirmações positivas
		Obter dados sobre atitude em relação à condição de saúde
		Orientar sobre comportamento de busca de saúde
		Promover apoio familiar
Promover comportamento de busca de saúde		

Fonte: modificado de Silva LPZ, Primo CC e Prado TN⁽¹⁶⁾.

17 A INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO CUIDADO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE



Caren Serra Bavaresco

Caroline Schirmer

Daniel Demétrio Faustino-Silva

Djalmo Sanzi Souza

Vinicius Coelho Carrard

Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença que pode ter repercursões em todos os órgãos e sistemas do corpo humano. Neste Capítulo abordam-se as repercussões da TB na saúde bucal, aspectos de biossegurança no atendimento odontológico e a participação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado de pessoas com TB. O objetivo deste Capítulo é instrumentalizar as ESB que atuam na APS para um cuidado efetivo através da identificação de pessoas com sintomas respiratórios, encaminhamento para investigação e realização do cuidado odontológico utilizando de forma adequada as medidas de biossegurança.

Saúde Bucal e a Tuberculose na APS

A TB é um problema de saúde pública e o Ministério da Saúde (MS) através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) privilegia a descentralização das medidas de controle da doença para a APS, ampliando o acesso da população em geral e dos grupos vulneráveis que apresentam maior risco de contrair a doença como as pessoas em situação de rua, as pessoas privadas de liberdade e a população indígena⁽¹⁾. Atualmente, encontra-se no âmbito da APS grande parte das ações para o controle da TB como o diagnóstico e o tratamento das pessoas doentes para interromper a cadeia de transmissão.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), ao abordar a organização de demanda na unidade de saúde (US), refere que as ações de saúde bucal devem estar integradas às demais ações de saúde e que os profissionais precisam estar capacitados para atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar². As recomendações atuais da Saúde Bucal no SUS preconizadas pelo MS reforçam a necessidade da saúde bucal integrar-se ao cuidado em equipe nas diversas condições crônicas mais prevalentes na população e sensíveis a APS tal como a TB, utilizando os recursos locais e da rede de atenção à saúde bucal sempre que necessário⁽²⁾. Neste contexto, insere-se a responsabilidade da ESB na execução do PNCT, participando das atividades de prevenção, vigilância e diagnóstico dos casos de TB.

Vale lembrar que na APS é fundamental que as equipes trabalhem de forma integral e integrada em vários aspectos, buscando a implementação das ações programáticas com foco na vigilância em saúde, articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde da população, incluindo a saúde bucal. Assim, algumas atividades das ESB

precisam ser pactuadas a partir do processo de planejamento da equipe. Especificamente sobre a TB, destaca-se o agendamento das consultas, o cumprimento das medidas de biossegurança, a atualização dos profissionais e sua participação na avaliação do cuidado à doença.

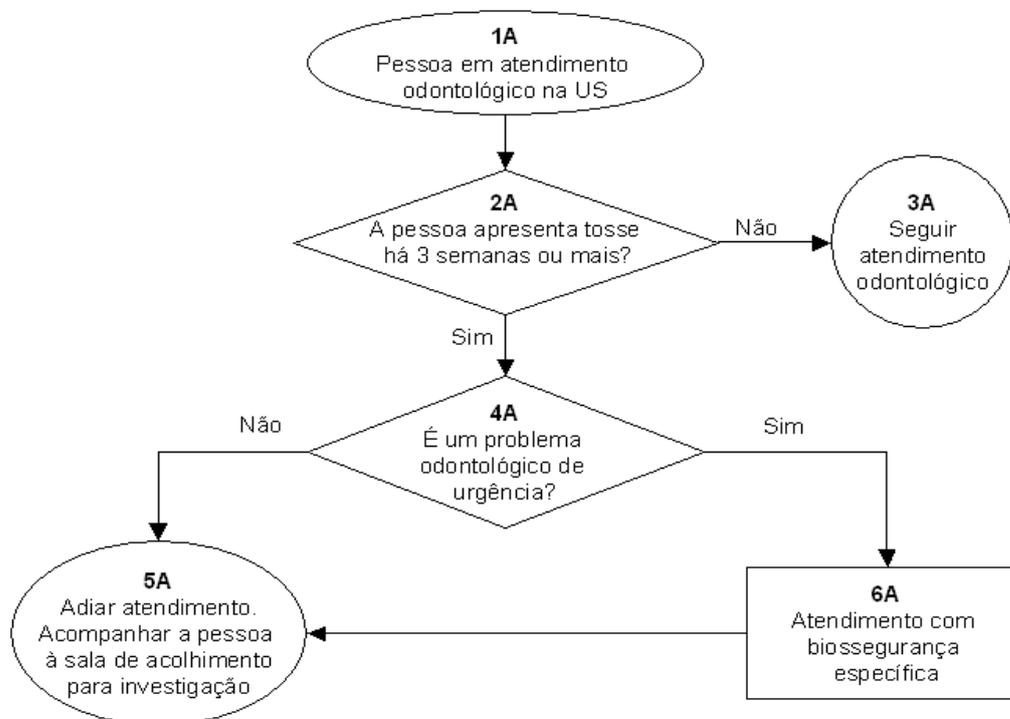
Durante a consulta, a ESB precisa observar e perguntar se a pessoa vem apresentando tosse prolongada há três semanas ou mais, associada com expectoração, febre vespertina, suores noturnos, perda de peso, escarro sanguíneo (hemoptóico) e dor torácica⁽³⁾. Caso sejam identificados estes sinais e sintomas, cabe a ESB encaminhá-la ao médico ou a enfermeira da equipe, pois está indicada a avaliação diagnóstica do sintomático respiratório (SR). A ESB deve levar em conta pessoas que pertençam a grupos populacionais de alto risco à TB, tais como: pessoas privadas de liberdade (pertencentes à população prisional), pessoas que vivam em asilos de idoso e albergues, pessoas em situação de rua e Pessoas vivendo com HIV⁽⁴⁾.

Quanto ao agendamento, recomenda-se que as ESB marquem as consultas do SR e do portador de TB no final da jornada de trabalho para cumprir as recomendações de biossegurança.

Orientações de cuidados em saúde bucal na atenção às pessoas com sintomas respiratórios em serviços de Atenção Primária à Saúde

Na Figura 1, apresenta-se a proposta de abordagem de pessoas com sintomas respiratórios antes de iniciar o atendimento odontológico, nas US da Gerência de Saúde Comunitária (GSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

Figura 1 - Algoritmo com orientações de cuidados em saúde bucal na atenção à saúde de pessoas com sintomas respiratórios em serviços de APS.



Fonte: Organizado pelos autores

Anotações do Algoritmo com orientações de cuidados em saúde bucal na atenção à saúde de pessoas com sintomas respiratórios em serviços de APS.

1A Pessoa em atendimento odontológico

A pessoa é usuária e veio consultar com a ESB. Esta consulta poderá ser programada ou não e, neste momento, a equipe deverá observar se há sintoma respiratório.

2A A pessoa apresenta sintoma de tosse há três semanas ou mais?

A ESB deverá questionar se a pessoa apresenta tosse há três semanas ou mais.

Sim, há presença de tosse há três ou mais semanas, portanto ela é um SR – neste caso é necessário verificar se o problema de saúde bucal que a pessoa apresenta requer atendimento imediato (dor, abscesso, hemorragia, fratura dentária, entre outros) ou se pode ser programado. Segue para a anotação **(4A)**.

Não há presença de tosse há três ou mais semanas, logo a pessoa não é SR – então a ESB poderá dar andamento ao atendimento odontológico de rotina. Segue para a anotação **(3A)**.

3A Seguir o atendimento odontológico

A ESB poderá realizar o atendimento convencional, pois a pessoa não é SR.

4A É problema odontológico de urgência? (dor, abscesso, hemorragia, fratura dentária, entre outros).

É necessário avaliar se o problema apresentado pela pessoa precisa de intervenção clínico-ambulatorial imediata ou não, com a finalidade de programar o atendimento.

Sim, é caso de atendimento de urgência (dor, abscesso, hemorragia, fratura dentária, entre outras): a ESB deverá realizar a intervenção, adotando os cuidados de biossegurança específicos para a pessoa SR, potencialmente contaminada pelo *M.tuberculosis*, ou seja, usar máscara N95, como proteção respiratória. Segue para a anotação **(6A)**.

Não é caso de atendimento de urgência: a ESB deverá explicar a importância e os procedimentos necessários para a investigação da TB, encaminhar a pessoa para investigação na US e garantir que, após a investigação, a consulta odontológica será agendada. Segue para a anotação **(5A)**.

5A Adiar o atendimento e acompanhar a pessoa à sala de acolhimento da US para investigação.

A ESB deverá acompanhar a pessoa até a sala de enfermagem para ser atendida de acordo com o fluxo de acolhimento e investigação de SR estabelecido na US.

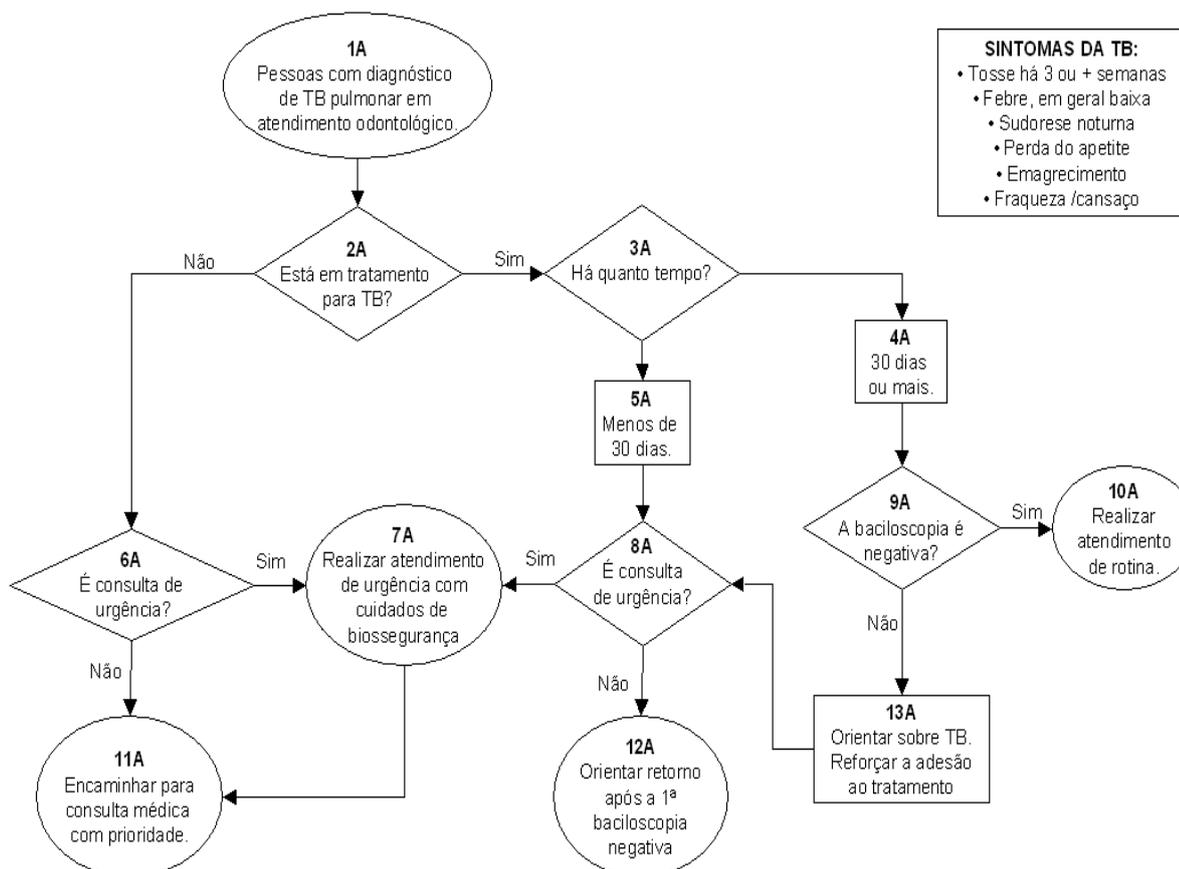
6A Atendimento com biossegurança específica

Se a pessoa necessitar de intervenção clínica, devem ser observados os cuidados de biossegurança específicos descritos no Capítulo 14. É necessário usar máscara N95, como proteção respiratória, para prevenir potencial contaminação por *M.tuberculosis* (Mtb). Ao final do atendimento odontológico de urgência, encaminhar a pessoa para investigação de TB **(5A)**.

Orientações para os cuidados em saúde bucal na atenção à saúde de pessoas com diagnóstico de tuberculose na Atenção Primária

Na Figura 2, apresenta-se a proposta de abordagem e realização dos cuidados em saúde bucal às pessoas com diagnóstico de TB, nas US da GSC do GHC.

Figura 2 - Algoritmo com orientações de cuidados em saúde bucal na atenção à saúde de pessoas com diagnóstico de tuberculose em serviços de Atenção Primária.



Fonte: Organizado pelos autores

Anotações do Algoritmo com orientações de cuidados em saúde bucal na atenção à saúde de pessoas com TB em serviços de de Atenção Primária

1A Pessoas com diagnóstico de TB pulmonar em atendimento odontológico

Cabe ao odontólogo questionar sobre o tratamento e acompanhamento da TB quando a pessoa, que está em consulta odontológica, apresentar diagnóstico ou histórico de doença registrado em prontuário. É importante reforçar que neste momento o odontólogo pode ser o profissional de maior vínculo com o usuário e, portanto, ser a referência da equipe de saúde, cabendo a ele a responsabilidade de sensibilizar a pessoa sobre a necessidade de adesão ao tratamento e da realização dos exames necessários para o controle da TB.

2A Está em tratamento de TB?

Deve-se perguntar se a pessoa está em tratamento medicamentoso para TB. É importante reforçar que o tratamento precisa ser realizado de forma correta e completa para ser efetivo na cura da doença e cessar a cadeia de transmissão do bacilo.

Sim, está em tratamento. Em caso afirmativo, perguntar se está tomando os medicamentos conforme prescrição médica e há quanto tempo. Segue para a anotação **(3A)**.

Não, a pessoa interrompeu ou não iniciou o tratamento. Segue para a anotação **(6A)**.

3A Há quanto tempo?

O odontólogo deve questionar o tempo que a pessoa está usando a medicação. Após 15 dias de tratamento a pessoa poderá ter reduzido o risco de contaminação, porém só após a primeira baciloscopia, que acontece após 30 dias de tratamento, é que haverá certeza da redução do Mtb.

4A Tratamento há 30 dias ou mais

Se a pessoa estiver em tratamento há mais de 30 dias, com o resultado da primeira baciloscopia, seguir para a anotação **(9A)**.

5A Tratamento há menos de 30 dias

Se a pessoa estiver em tratamento há menos de 30 dias, seguir anotação **8A**.

6A e 8A É consulta de urgência?

Se a pessoa não estiver em tratamento **(6A)**, ou em tratamento há menos de 30 dias **(8A)**, deve-se averiguar se a queixa odontológica é referente a uma urgência clínica (dor, abscesso, hemorragia, fratura dentária, entre outros) com necessidade de intervenção clínico-ambulatorial no momento.

Sim, é caso de atendimento de urgência: a ESB deverá realizar a intervenção, observando os cuidados de biossegurança específicos para a pessoa com TB, usando máscara N95, como proteção respiratória **(7A)**.

Se **não** for caso de urgência e a pessoa não está em tratamento para TB: a ESB deverá conduzir a pessoa até a área administrativa da US para agendar consulta médica com prioridade **(11A)**.

Também, quando não for caso de atendimento de urgência e a pessoa está em tratamento há menos de 30 dias: o dentista deverá aguardar a realização da primeira baciloscopia para controle da transmissão do bacilo da TB para dar seguimento ao tratamento. Orientar a pessoa para retornar para tratamento odontológico quando o resultado da baciloscopia de escarro estiver negativa **(12A)**.

7A Realizar atendimento de urgência com cuidados de biossegurança

Se a pessoa necessitar de intervenção clínica odontológica, deve-se realizar o atendimento observando-se os cuidados de biossegurança específicos descritos no Capítulo 14. Motivar o paciente para a adesão ao tratamento da TB e consultas periódicas do programa com o médico, a enfermeira e demais profissionais da equipe.

Se a pessoa com TB ainda não estiver em tratamento, ela deverá ser encaminhada para consulta médica com prioridade. O odontólogo deve facilitar o acesso à consulta médica para não perder a oportunidade de vinculação deste caso de TB para tratamento na US.

9A A baciloscopia é negativa?

Verificar se a pessoa já realizou a primeira baciloscopia, que é recomendada por volta dos 30 dias, após início de tratamento, e qual foi o resultado.

Resultado negativo – **(10A)** Realizar atendimento de rotina: o dentista poderá realizar o tratamento de rotina, pois não há risco de contaminação pelo *M. tuberculosis*.

Resultado positivo – **(13A)** Orientar sobre TB e reforçar adesão ao tratamento: a possibilidade de contaminação não pode ser totalmente descartada. O dentista deve reforçar a importância da continuidade do tratamento da TB. Se for uma situação de urgência odontológica **(8A)** realizar atendimento com medidas de biosegurança **(7A)**. Se não for situação de urgência **(12A)**, orientar o retorno para tratamento odontológico quando o resultado da baciloscopia de escarro estiver negativo. Isto geralmente ocorre entre 30 e 60 dias após o início do tratamento.

11A Encaminhar para consulta médica com prioridade

Quando a pessoa ainda não iniciou o tratamento para TB deve-se encaminhá-la para a consulta médica com prioridade de acordo com o fluxo da US. Cabe ao cirurgião-dentista reforçar a orientação sobre a importância do adequado tratamento e acompanhamento da doença.

12A Orientar retorno após primeira baciloscopia negativa

Se não for situação de urgência, orientar o retorno para tratamento odontológico após o primeiro resultado de baciloscopia de escarro negativa, entre 30 e 60 dias após o início do tratamento. O dentista deverá aproveitar a oportunidade para reforçar a importância da continuidade do tratamento da TB.

Atribuições específicas dos profissionais da equipe de saúde bucal na Linha de Cuidado da Tuberculose na Gerência de Saúde Comunitária

Do Cirurgião-dentista⁽⁵⁾:

- detectar sinais e sintomas que identifiquem o SR, investigando durante a consulta odontológica sobre a presença e a duração da tosse e de outros sintomas, independentemente do motivo da consulta;
- encaminhar os SR para consulta médica ou de enfermagem para investigação sobre TB;
- adequar a agenda da equipe para ofertar horários diferenciados às pessoas SR ou com TB pulmonar, visando diminuir o risco de contágio na US;
- registrar as observações no prontuário das pessoas;
- participar das ações educativas sobre TB, quando for necessário;
- participar das capacitações sobre TB desenvolvidas pelo SSC-GHC;
- participar do processo de avaliação da AP desenvolvido pela equipe de saúde;
- considerar a possibilidade de TB na avaliação e diagnóstico diferencial de úlceras bucais;
- realizar tratamento odontológico do SR e do portador de TB conforme algoritmos desse protocolo;
- investigar sobre o andamento do tratamento de TB ao receber pessoa para tratamento odontológico;
- conhecer a medicação utilizada e suas interações;
- promover ações de educação em saúde bucal com o paciente, familiares e/ou cuidadores;
- observar as orientações de biossegurança durante o atendimento clínico à pessoa com TB;
- orientar e supervisionar os TSB para os cuidados referentes à biossegurança.

Dos Técnicos em Saúde Bucal (TSB) ⁽⁵⁾:

- realizar os procedimentos odontológicos regulamentados para o exercício da sua profissão;
- garantir os cuidados referentes à biossegurança;
- realizar assistência domiciliar quando necessária, visando cuidados com a saúde bucal do usuário;
- promover ações de educação em saúde bucal com a pessoa, familiares e/ou cuidadores.

Manifestações da TB na Saúde Bucal

Médicos e dentistas devem estar cientes da possibilidade de ocorrência de lesões bucais de TB e considerá-las em um diagnóstico diferencial de úlceras bucais^(6,7).

As manifestações orais da TB ocorrem devido ao escarro infectado ou à disseminação hematogênica⁽⁸⁾. Embora extremamente raras, lesões bucais por TB podem ser observadas entre 0,5 a 1% de todos os casos da doença⁽⁸⁾. Dentre estas, 70% são manifestações secundárias em pessoas com doença pulmonar, sendo que a maioria das lesões bucais acontece em homens. Em um número representativo dos casos os pacientes são fumantes⁽⁹⁾.

As lesões têm predileção pela gengiva, véstíbulo, alvéolos pós-extração, embora região jugal, língua, palato e assoalho de boca também possam ser envolvidos. O dorso da língua é sítio anatômico mais acometido em boca. Fatores irritativos (trauma crônico) e má higiene bucal podem favorecer à infecção, pois interferem na proteção conferida pela saliva e pela barreira mucosa⁽⁹⁻¹¹⁾.

Na maior parte das vezes, sob o ponto de vista clínico, as lesões bucais no dorso da língua se apresentam como úlceras rasas múltiplas de contornos irregulares (Figura 3), mas fissuras ou crescimentos teciduais também podem ser observados⁹⁻¹².

Figura 3 - Manifestação da tuberculose no dorso da língua como úlceras rasas múltiplas e de contornos irregulares.



Fonte: Arquivo de estudos da Faculdade de odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

As lesões podem ser únicas ou múltiplas e estão eventualmente associadas à dor. As lesões mais antigas costumam apresentar contorno irregular e superfície rugosa e a mucosa adjacente

apresenta-se eritematosa e edemaciada. As lesões mostram variações na sua apresentação, podendo lembrar outras lesões. Úlceras traumáticas, ulcerações aftosas recorrentes, úlceras associadas a outras doenças infecciosas, sarcoidose, tumores malignos de glândulas salivares e do epitélio de revestimento (carcinoma espinocelular) ou ainda metástases de tumores distantes devem ser descartados. A TB intraóssea é extremamente rara e ocorre quando alvéolos pós-extração favorecem a penetração da bactéria⁽⁹⁻¹²⁾.

O processo diagnóstico para estes tipos de lesões envolve a biópsia parcial e o exame histopatológico. Do ponto de vista microscópico, observa-se inflamação granulomatosa, com presença de células gigantes e área de necrose caseosa central. Embora característicos tais quadros não são patognomônicos de TB, podendo aparecer em outras inflamações granulomatosas. Para evidência do *M. tuberculosis* e confirmação do diagnóstico de TB podem ser utilizadas as técnicas histoquímicas de Zeihl-Neelsen ou Fite-Faraco, as quais evidenciam a presença de bacilos (BAAR+)^(10,13,14).

Biossegurança no atendimento odontológico

A biossegurança no manejo da TB tem como objetivo minimizar os riscos de se contrair a doença no ambiente de trabalho. Desta forma, biossegurança é contenção de risco à saúde do trabalhador por meio de medidas destinadas a preservar a qualidade de vida do profissional da área da saúde. No caso da TB, esta se refere ao controle dos riscos de contrair a doença, durante o processo laboral⁽¹⁴⁾.

Diferentes medidas de biossegurança devem ser adotadas na prática diária como barreiras mecânicas, métodos de esterilização e uso de desinfetantes de superfície. Embora os mecanismos de transmissão destas patologias sejam diversos, a TB juntamente com a hepatite B, herpes, hepatite C e sífilis são as enfermidades mais citadas na literatura por apresentarem maiores riscos ocupacionais para a ESB⁽¹⁵⁾.

Os riscos de infecção a que estão submetidos os cirurgiões-dentistas podem ser potencializados pela proximidade com aerossóis que podem ser formados no ato do atendimento⁽¹⁶⁾.

O tempo e continuidade da exposição aos aerossóis com o *M. tuberculosis* são fatores predisponentes à contaminação do profissional. Nesse sentido, o atendimento odontológico pode oferecer risco tendo em vista que as consultas duram em média 30 minutos e ocorrem em ambientes fechados.

Além dos profissionais de saúde que atuam em ambiente hospitalar, outros profissionais e serviços também estão expostos aos possíveis riscos da contaminação pelo *M. tuberculosis*, como demonstra um estudo realizado em San Antónío, no Texas, área de fronteira com o México que apresenta uma elevada taxa de TB. Foram avaliados 284 profissionais ligados à saúde bucal (odontólogos e auxiliares), sendo que o teste tuberculínico foi positivo em 4,6% com taxa de conversão de 1,7%, um risco dez vezes maior que o da população geral dos Estados Unidos⁽¹⁷⁾.

O planejamento do procedimento antes de iniciar o atendimento de pessoa SR ou com TB é muito importante para reduzir o tempo de exposição, limitando assim o tempo de permanência com possíveis aerossóis com *M. tuberculosis*.

O procedimento padrão de biossegurança odontológica para qualquer atendimento odontológico estabelece que toda a ESB deve usar obrigatoriamente os equipamentos de proteção individual (EPI) citados a seguir⁽¹⁸⁾:

- luvas, sendo que a troca é obrigatória a cada paciente, especificadas para cada procedimento: luvas cirúrgicas (estéreis), luvas para procedimentos (não-estéreis), luvas grossas de borracha (para limpeza);
- máscara descartável com filtro (no mínimo, duplo);
- óculos de proteção;
- avental limpo;
- gorro em procedimentos cirúrgicos e
- é obrigatória a disponibilização de óculos de proteção para o paciente, em procedimentos que haja dispersão mecânica de partículas no ato operatório.

No entanto, os EPIs básicos não são suficientes para o atendimento de pessoas com TB.

As máscaras cirúrgicas simples não oferecem proteção adequada que impeçam a aspiração de aerossóis pelos profissionais de saúde⁽¹⁹⁾.

O risco de transmissão da TB se relaciona diretamente com os fatores ambientais, com o tipo e continuidade do contato e com a forma de apresentação da doença do caso índice^(20,21).

Estudos realizados no final da década de 90 confirmaram a maior transmissão de TB em ambientes fechados em países desenvolvidos e em desenvolvimento⁽²¹⁾.

No Brasil estes estudos demonstram que a TB relacionada ao trabalho tem sido, “freqüentemente observada em trabalhadores que exercem atividades em laboratórios de biologia, e em atividades realizadas por pessoal de saúde, que propiciam contato direto com produtos contaminados ou com doentes, cujos exames bacteriológicos são positivos⁽²⁰⁾.

As medidas de combate à transmissão do bacilo da TB, recomendadas internacionalmente⁽²²⁻²⁵⁾ e preconizadas pelo MS^(26,27) estão divididas em três níveis: (a) administrativas; (b) ambientais; (c) de proteção individual. Estas ações, as quais são recomendadas aos profissionais de saúde, para a biossegurança em relação à TB, estão descritas no Capítulo 14 dessa publicação.

Medidas ambientais para o atendimento odontológico

Quanto ao consultório odontológico recomenda-se que:

- para o agendamento da consulta odontológica de pacientes com TB ou SR deve ser reservado o último horário do turno de trabalho da ESB;
- o equipo odontológico deve possuir sugadores de saliva de alta potência e o cirurgião-dentista deve evitar o uso da seringa tríplice na sua forma spray, acionando os dois botões ao mesmo tempo, e ao usar a caneta de alta rotação, regular a saída de água de refrigeração⁽²⁷⁾;
- durante a permanência do paciente no consultório odontológico, a porta deve permanecer fechada e as janelas abertas^(22,23). Após o atendimento do paciente, o consultório odontológico deverá permanecer vazio, com a porta fechada e janela aberta, por um período aproximado de uma hora para possibilitar completa troca de ar⁽²⁴⁾;

- a ESB deve realizar cuidadosa desinfecção das superfícies expostas com álcool 70^o através da técnica de fricção (ação mecânica);
- a esterilização de todos os instrumentais deve ser realizada em autoclave, conforme rotina;
- é necessário limitar o transporte e movimentação do paciente para fora do seu domicílio, no mínimo durante os primeiros 14 dias de tratamento medicamentoso e quando possível até a negatização do exame baciloscópio, independente da “resposta clínica”⁽²⁴⁾.

Medidas de proteção individual para o atendimento odontológico:

- usar máscara N95 ao entrar em contato com a pessoa com diagnóstico confirmado ou suspeito de TB pulmonar ou laríngea que esteja em período de transmissibilidade, durante a consulta odontológica ou em qualquer ambiente onde a pessoa tenha permanecido⁽²²⁾. A máscara é de uso individual, portanto não pode ser compartilhada. Pode ser utilizada enquanto estiver limpa, íntegra, seca e não for contaminada na sua superfície interna. Realizar sempre o teste de vedação no momento do uso. Pode ser guardada em envelope de papel para não acumular umidade. Não deve ser amassada⁽²³⁾.

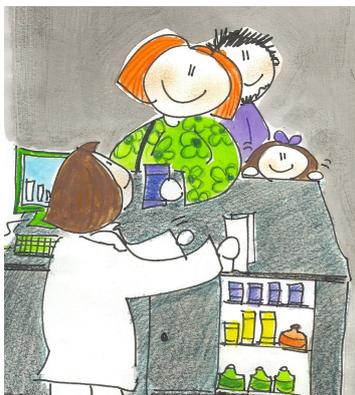
Recomenda-se a leitura cuidadosa do Capítulo 14, que traz as orientações específicas quanto ao uso, manuseio e armazenamento da máscara N95.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil [Internet]. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2021 mar 15]. 364p. Disponível em: https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2019/06/manual_recomendacoes_tb_2ed_atualizada_8maio19.pdf.
2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2021 mar 15] Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).
4. Ministério da Saúde (Brasil). Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Ministério da Saúde (Brasil), Grupo Hospitalar Conceição, Serviço de Saúde Comunitária. Linha de Cuidado para atenção às pessoas com tuberculose no Serviço de Saúde Comunitária do HNSC-GHC. 3.ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2018.
6. Von Arx P, Husain A. Oral tuberculosis. Br Dent J. 2001 Apr; 190(8):420-1.
7. Alawi F. Granulomatous disease of the oral tissues: differential diagnosis and update. Dent Clin North Am. 2005 Jan; 49(1):203-21.
8. Sharma S, Bajpai J, Pathak PK, Pradhan A, Singh P, Kant S. Oral tuberculosis: current concepts. J Family Med Prim Care [Internet]. 2019 [acesso em 2021 mar. 15]; 8(4):1308-12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6510082/>.
9. Kakisi OK, Kechagia AS, Kakisis IK, Rafailidis PI, Falagas ME. Tuberculosis of the oral cavity: a systematic review. Eur J Oral Sci. 2010 Apr; 118(2):103-9.
10. Mignogna MD, Muzio LL, Favia G, Ruoppo E, Sammartino G, Zarrelli C, et al. Oral tuberculosis: a clinical evaluation of 42 cases. Oral Dis. 2000 Jan; 6(1):25-30.

11. Wang WC, Chen JY, Chen YK, Lin LM. Tuberculosis of the head and neck: a review of 20 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009 Mar; 107(3):381-6.
12. Eng HL, Lu SY, Yang CH, Chen WJ. Oral tuberculosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1996 Apr; 81(4):415-20.
13. Alawi F. Granulomatous disease of the oral tissues: differential diagnosis and update. *Dent Clin N Am.* 2005; 49:203-21.
14. Barroso WJ. Biossegurança em tuberculose na unidade de saúde e no laboratório. *Bol Pneumol Sanit.* 2001 jul/dez; 9(2):27-32.
15. Knackfuss PL, Barbosa TC, Mota EG. Biossegurança na odontologia: uma revisão da literatura. *Rev Grad.* 2010; 3(1):1-13.
16. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11(1):219-27.
17. Porteus NB, Brown JP. Tuberculin skin test conversion rate in dental health care workers results of a prospective study. *Am J Infect Control.* 1999 Oct; 27(5):385-7.
18. Conselho Regional de Odontologia (Rio Grande do Sul). Portaria n. 40/2000. Norma Técnica de Biossegurança em Estabelecimentos Odontológicos e Laboratórios de Prótese Dentária no RS [Internet]. 2000. [acesso em 2021 mar 15]. Disponível em: http://www.crors.org.br/userfiles/file/dados_biosseguranca/portaria40.pdf.
19. Tavares DP, Gonçalves MLC, Braga PR. Aspectos da saúde. In: Tavares DP, Gonçalves MLC, Braga PR. *Recomendações para projetos de arquitetura de ambientes de tratamento da tuberculose.* Rio de Janeiro: Projeto Fundo Global Tuberculose Brasil; 2012. p.17-23.
20. Kritski AL, Conde MB, Sousa GRM. *Tuberculose: do ambulatório à enfermaria.* 2.ed. São Paulo: Atheneu; 2000.
21. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Grupo de trabalho das Diretrizes para Tuberculose. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. III Braziliam Thoracic Association Guidelines on Tuberculosis. *J Bras Pneumol.* 2009; 35(10):1018-48.
22. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. *Guidelines for isolation precautions: preventing transmission of infections agents in healthcare settings.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2007.
23. Centers for Disease Control and Prevention. *Guideline for environmental infection control in health-care recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC).* *MMWR.* 2003; 52(RR-10):1-48.
24. Centers for Disease Control and Prevention. *Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health care settings.* *MMWR.* 2005 Dec; 54(RR-17):1-141.
25. Armond GA, Oliveira AC. *Precauções e isolamento.* In: Oliveira AC. *Infecções hospitalares: epidemiologia, precaução e controle.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 457-70.
26. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica.* 6.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
27. Ministério da Saúde (Brasil), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Serviços odontológicos: prevenção e controle de riscos.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

18 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM TUBERCULOSE



Ana Josane Dantas Fernandes
Elineide Gomes dos Santos Camillo
Jaqueline Misturini

Introdução

A Assistência Farmacêutica é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população⁽¹⁾.

O farmacêutico possui um papel fundamental no acompanhamento de pessoas em tratamento da Tuberculose (TB) na Atenção Primária à Saúde (APS). Nas Unidades de Saúde (US), este profissional é responsável pela logística do medicamento, bem como, contribui com o uso racional destes, através de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso correto dos fármacos antiTB⁽²⁾.

O objetivo deste Capítulo é instrumentalizar os profissionais da Gerência de Saúde Comunitária (GSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) a realizarem o acompanhamento do tratamento da TB, considerando as interações medicamentosas, os efeitos adversos ou reações adversas, a administração dos medicamentos e a adesão ao tratamento.

Os fármacos antiTB pertencem ao Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. O Ministério da Saúde (MS) considera como estratégicos todos os medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico, cujo controle e tratamento tenham protocolo e normas estabelecidas e que tenham impacto socioeconômico. Esses medicamentos possuem financiamento e aquisição centralizada pelo MS, sendo distribuídos para as Secretarias Estaduais de Saúde que têm a responsabilidade de fazer o armazenamento e a distribuição aos municípios⁽³⁾. As competências de cada esfera institucional em relação aos medicamentos estratégicos estão descritas na Figura 1.

Figura 1 - Competência das três esferas do governo em relação aos medicamentos estratégicos.



Fonte: Reprodução da figura original extraída do Ministério da Saúde, 2020⁽³⁾.

Logística dos tuberculostáticos

As US da GSC-GHC recebem os medicamentos do esquema básico da TB da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Porto Alegre e estes são dispensados através do Sistema de Dispensação de Medicamentos (DIS). Cada US recebe mensalmente os medicamentos para as pessoas que já estão em tratamento, além de um estoque de segurança para início de novos tratamentos.

Os usuários que precisam utilizar outro esquema de tratamento (Multidrogarresistência ou Esquema Especial) são atendidos pelo serviço de referência secundária ou terciária. Os medicamentos são fornecidos ao usuário pelo serviço de referência e a supervisão do tratamento pode ser compartilhada entre este serviço e a US. Mais informações sobre o tratamento compartilhado da TB são discutidas no Capítulo 12.

Orientações para administração dos tuberculostáticos

Nas US da GSC do GHC as equipes trabalham com a prescrição do esquema básico (EB) composto por quatro drogas. No Anexo I, apresentam-se duas tabelas, a primeira com as doses diárias recomendadas do Esquema Básico e a segunda com a apresentação dos fármacos para os adultos e adolescentes. Os fármacos antiTB devem ser administrados preferencialmente em jejum (uma hora antes ou duas horas, após o café da manhã), em uma única tomada. Em caso de intolerância digestiva, reformular o horário da administração dos medicamentos (duas horas após o café da manhã), considerar o uso de medicamentos sintomáticos e avaliar a função hepática⁽⁴⁾. As pessoas com dificuldades de deglutir os medicamentos ou aqueles que estão recebendo nutrição enteral necessitam que estes sejam

triturados. No quadro 1 apresentam-se orientações sobre a viabilidade de triturar os medicamentos e administrá-los por via oral ou por sonda enteral.

Quadro 1 - Recomendações para a trituração e/ou administração dos fármacos antiTB via oral ou por sonda enteral.

Medicamento	Trituração ou abertura da cápsula para administração via oral.	Recomendações para administração por sonda enteral
Rifampicina (R)	Sim ⁽⁵⁻⁷⁾ Pode misturar o conteúdo da cápsula com papa de frutas ou gelatina ⁵ .	Administrar a suspensão oral ou preparação extemporânea* via sonda. No momento da administração: a dieta enteral deve ser pausada 1h antes e reiniciada após 2h da administração do medicamento. A sonda deve ser irrigada com 10-30ml de água, no início e no término da administração do medicamento. Se for administrado mais de um medicamento, administrar um de cada vez, sempre irrigando a sonda com água (5-10mL) entre as administrações. Preferencialmente em sonda nasogástrica ⁽⁵⁾ .
Isoniazida (H)	Sim ⁽⁵⁻⁸⁾	O comprimido pode ser triturado e dissolvido em volume de água adequado para administração via sonda. Pode-se preparar a suspensão oral a partir dos comprimidos. No momento da administração: a dieta enteral deve ser pausada 1h antes e reiniciada após 2h da administração do medicamento. A sonda deve ser irrigada com 10-30 mL de água, no início e no término da administração do medicamento. Se mais de um medicamento for administrado, administrar um de cada vez, sempre irrigando a sonda com água (5-10ml) entre as administrações ⁽⁵⁾ .
Pirazinamida (Z)	Sim ⁽⁵⁻⁸⁾	O comprimido pode ser triturado e dissolvido em volume de água adequado para administração via sonda. Pausar a dieta enteral. Irrigar a sonda com volume de água adequado. Administrar o medicamento e ao término irrigar a sonda com água. Retornar a dieta, a menos que uma pausa prolongada, seja necessária ^(5,8) .
Etambutol (E)	Sim ⁽⁵⁻⁸⁾ Pode misturar o conteúdo da cápsula com papa ou suco de maçã. Não misturar com outros sucos, pois formapreparações instáveis ⁵ .	O Etambutol pode ser triturado e disperso em 10-20ml de água para administração via sonda (uso imediato). No momento da administração: pausar a dieta enteral, irrigar a sonda com 10ml – 30 ml de água, administrar o medicamento e, ao término, irrigar novamente a sonda com água. Se forem administrados mais de um medicamento, administrar um de cada vez, sempre irrigando a sonda com água (5-10ml) entre as administrações ⁽⁵⁾ .

Fonte: Elvino, 2016⁽⁵⁾; Takemoto, 2005⁽⁶⁾; Sanz, 2000⁽⁷⁾; White, 2007⁽⁸⁾.

Nota: * Preparação para uso em até 48 h após sua manipulação, sob prescrição médica, com formulação individualizada⁽⁹⁾.

Adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento da TB é fundamental para a cura da doença. Após as primeiras semanas de uso contínuo dos medicamentos as pessoas se sentem melhor e, muitas vezes, deixam de fazer uso diário dos medicamentos. Portanto, os profissionais de saúde devem orientá-los sobre a importância da realização do esquema terapêutico até o final, lembrando que o tratamento irregular e/ou sua interrupção pode complicar a doença e resultar no desenvolvimento de cepas resistentes aos fármacos⁽³⁾.

Para melhor acompanhamento da terapia medicamentosa, a dispensação dos medicamentos pode ser realizada uma vez por semana, principalmente no início do tratamento. Para pessoas com perfil de vulnerabilidade para o abandono do tratamento, a GSC recomenda o Tratamento Diretamente Observado (TDO), que é discutido com maiores detalhes no Capítulo 13.

Reações adversas aos fármacos antiTB

A *American Society of Health System Pharmacists*⁽¹⁰⁾ define reação adversa a medicamento (RAM) como:

Qualquer resposta inesperada, não intencional, indesejável, excessiva de um fármaco, que necessita sua interrupção, a mudança na terapêutica, a modificação da dose, o internamento ou prolongamento da permanência no hospital, necessita tratamento de suporte, afeta o prognóstico, resulta em dano ou incapacidade temporária ou permanente, ou a morte⁽¹⁰⁾.

Estudos mostram que os fármacos utilizados no tratamento da TB podem produzir interações medicamentosas indesejáveis entre si ou com outros medicamentos em uso pelo pessoa em acompanhamento, assim como reações adversas que podem apresentar diferentes graus de gravidade⁽¹¹⁾.

A pessoa deve ser orientada sobre as principais reações adversas que os medicamentos da TB podem causar e a necessidade de retornar ao serviço de saúde se apresentar algum sintoma que pode estar associado ao uso dos fármacos antiTB⁽⁴⁾. As reações adversas a estes fármacos podem ser divididas em: reações adversas menores (normalmente não é necessária a suspensão do tratamento); e reações adversas maiores (normalmente causam a suspensão do tratamento)⁽⁴⁾. Os quadros 2 e 3 apresentam os principais efeitos adversos destes fármacos e orientações para o manejo desses efeitos.

Quadro 2 - Principais efeitos adversos dos fármacos antiTB – efeitos menores.

EFEITOS MENORES	MEDICAMENTO(S)	CONDUTA
Intolerância digestiva (náuseas e vômito) e dor abdominal	Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol	Reformular o horário da administração dos medicamentos (duas horas após o café da manhã); avaliar a função hepática; considerar o uso de medicamento sintomático.
Dor articular	Isoniazida, Pirazinamida	Medicar com analgésico ou antiinflamatório não esteroideal.
Prurido e exantema leve	Isoniazida, Rifampicina	Medicar com anti-histamínico.
Hiperuricemia (com ou sem sintomas)	Etambutol Pirazinamida	Orientar dieta hipopurínica e, se necessário, medicar com alopurinol ou colchicina.
Neuropatia periférica (queimação nos pés)	Etambutol (incomum) Isoniazida (comum)	Medicar com piridoxina (vitamina B6) na dose de 50mg/dia e avaliar a evolução.
Suor/ Urina de cor avermelhada	Rifampicina	Avisar que no início do tratamento é normal e ocorre.
Febre	Isoniazida, Rifampicina	Orientar e medicar com antitérmico.
Aumento das enzimas hepáticas (10-20%)	Isoniazida	Monitorar enzimas hepáticas.
Cefaleia e mudança de comportamento (euforia, insônia, depressão leve, ansiedade e sonolência)	Isoniazida	Orientar.

Fonte: Ministério da Saúde (Brasil), 2019⁽⁴⁾; DrugPoint, 2017⁽¹²⁾; Arbex, 2010⁽¹³⁾; Drug Information, 2020⁽¹⁴⁾.

Observações:

- Não há necessidade de alteração da composição do esquema nas reações adversas menores.
- As reações adversas menores devem ser manejadas na própria Atenção Primária.
- Como parte importante da farmacovigilância, recomenda-se que as reações adversas aos medicamentos antiTB sejam notificadas à Anvisa, pelo sistema VigiMed (<http://portal.anvisa.gov.br/vigimed>), para o monitoramento da sua frequência⁽⁴⁾.

Quadro 3 - Principais efeitos adversos dos fármacos antiTB – efeitos maiores

EFEITOS MAIORES	MEDICAMENTO(S)	CONDUTA SUSPENDER O TRATAMENTO E ENCAMINHAR PARA SERVIÇO DE REFERÊNCIA
Prurido, rash cutâneo, hipersensibilidade moderada a grave	Estreptomicina, Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol, Levofloxacino	Suspender os medicamentos; reintroduzir os medicamentos um a um após a resolução do quadro; substituir o esquema nos casos reincidentes ou graves, por esquemas especiais sem o medicamento causador do efeito.
Neurite óptica	Etambutol	Suspender o etambutol e reiniciar esquema especial sem o referido fármaco. É dose-dependente e reversível quando detectada precocemente. Raramente acontece durante os dois primeiros meses com as doses recomendadas.
Hepatotoxicidade	Isoniazida, Pirazinamida, Rifampicina	Suspender os medicamentos; aguardar a melhora dos sintomas e redução dos valores das enzimas hepáticas; reintroduzir um a um após avaliação da função hepática (RE, seguidos de H e por último a Z).
Surdez (excluídas outras causas)	Estreptomicina	Suspender a estreptomicina e reiniciar esquema especial sem este medicamento.
Psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica ou coma	Isoniazida	Suspender a isoniazida e reiniciar esquema especial sem este medicamento.
Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite	Rifampicina	Suspender a rifampicina e reiniciar esquema especial sem este medicamento.
Confusão (suspeitar de insuficiência hepática aguda induzida pelas drogas)	Rifampicina, Isoniazida, Etambutol	Suspender os medicamentos; avaliar função hepática; reiniciar os fármacos sequencialmente.
Rabdomiólise com mioglobulinúria e insuficiência renal	Pirazinamida	Suspender a pirazinamida e reiniciar esquema especial sem este medicamento.
Insuficiência renal aguda, nefrite intersticial, insuficiência renal, necrose tubular renal	Rifampicina	Suspender a rifampicina e reiniciar esquema especial sem este medicamento.

Fonte: Ministério da Saúde (Brasil), 2019⁽⁴⁾; DrugPoint, 2017⁽¹²⁾; Arbex, 2010⁽¹³⁾; Drug Information, 2020⁽¹⁴⁾.

Segundo Michail⁽¹⁵⁾, a identificação precoce de reações adversas aos fármacos antiTB requerem:

- Conhecimento das reações adversas associadas aos medicamentos;
- Consciência de situações clínicas, incluindo a comorbidade e a coadministração de outras drogas, que aumentam risco de reações adversas e
- Vigilância cuidadosa para as primeiras manifestações de reações adversas aos medicamentos.

Através da estreita vigilância da terapia, o farmacêutico pode auxiliar na identificação das reações adversas e intervir precocemente para buscar desfechos clínicos favoráveis⁽¹⁶⁾.

Os fatores de risco para desenvolvimento das reações adversas maiores são⁽⁴⁾:

- idade (> de 40 anos);
- dependência química ao álcool - ingestão diária de álcool maior que 80g (Anexo II)
- desnutrição (perda de mais de 15% do peso corporal);
- história de doença hepática prévia;
- coinfeção com HIV, em fase avançada de imunossupressão.

As reações adversas mais frequentes ao esquema básico são: mudança da coloração da urina (ocorre universalmente devido a rifampicina), intolerância gástrica (40%), alterações cutâneas (20%), icterícia (15%) e dores articulares (4%). Reações adversas maiores variam de 3 a 8%. No entanto, deve

ser ressaltado que quando a reação adversa corresponde a uma reação de hipersensibilidade grave como trombocitopenia, anemia hemolítica, insuficiência renal, o medicamento suspeito não pode ser reiniciado após a suspensão, pois na reintrodução a reação adversa pode ser ainda mais grave⁽⁴⁾.

Interações medicamentosas dos fármacos antiTB

A interação medicamentosa pode ser definida como a influência recíproca entre um ou mais fármacos e tem como consequência um efeito diferente do esperado ou desejado. As interações medicamentosas podem interferir nas concentrações séricas e, conseqüentemente, na eficácia dos fármacos envolvidos⁽¹⁷⁾.

No Anexo III (Quadro 4) apresentam-se as principais interações medicamentosas dos fármacos antiTB e a classificação de risco do Uptodate. A ausência de um fármaco neste quadro não significa que não existe interação medicamentosa. Para consulta de outros medicamentos que não estejam no quadro utilizar as referências deste capítulo ou outra referência especializada.

Quanto às pessoas vivendo com HIV e com coinfeção com a TB destaca-se que a rifampicina interage com os antirretrovirais diminuindo os níveis séricos dos ITRNN e IP. Verificar as interações medicamentosas entre rifampicina e ARV e a classificação de risco do Uptodate no anexo III (Quadro 5). Nestes casos, o acompanhamento das pessoas com TB deverá seguir as orientações do Capítulo 9 – abordagem da coinfeção tuberculose e HIV na APS.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica [Internet]. 2004 [acesso em 2021 jun. 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.
2. Narikawa V. A tuberculose e os cuidados farmacêuticos. Pharmacia Brasileira [Internet]. 2008 mar/abr. [acesso em 2021 abr 2]; 32-3. Disponível em: http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/4/032a033_tuberculose.pdf.
3. Secretaria de Estado da Saúde (Espírito Santo). Programas do Componente Estratégico [Internet]. 2020. [acesso em 2021 abr 2]. Disponível em: <https://farmaciadada.es.gov.br/programas-do-componente-estrategico>.
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2021 mar. 15]. 364p. Disponível em: https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2019/06/manual_recomendacoes_tb_2ed_atualizada_8maio19.pdf.
5. Elvino B, Torriani MS, Santos L, Echer IC. Medicamentos de A a Z enfermagem. Artmed: Porto Alegre; 2016/2018.
6. Taketomo CK, Hodding JH, Kraus DM. Pediatric dosage handbook. 12.ed. Hudson, Ohio: LexiComp; 2005.
7. Sanz HM, Peña EG-H, Tomás MJA, Infantes RL, Cartula TR. Seguimiento de la administración de medicamentos por sonda nasogástrica: elaboración de una guía práctica. Nutrición Hospitalaria 2000; 15(6):291-301.
8. White R, Bradnam V. Handbook of drug administration via enteral feeding tubes. London, Chicago: Pharmaceutical Press; 2007.
9. Brasil. Resolução RDC n. 67, de 08 de outubro de 2007. Dispõe sobre boas práticas de manipulação de preparações homeopáticas em farmácias [Internet]. 2007 [acesso em 2021 abr 2]. Disponível em:

<http://portal.crfsp.org.br/juridico-sp-42924454/legislacao/2597-resolucao-rdc-no-67-de-08-de-outubro-de-2007-anexos-iv-v-e-vi.html>.

10. American Society of Health System Pharmacists (ASPH). ASPH guidelines on adverse drug reaction monitoring and reporting. *Am J Hosp Phar.* 1995; 52:417-9.
11. Blumberg HM, Burman WJ, Chaisson RE, Daley CL, Etkind SC, Friedman LN, et al. American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America: treatment of tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003; 167(4):603-62.
12. Micromedex Solutions Web Applications Access. Drug point [Internet]. 2017. [acesso em 2021 jun 20]. Disponível em: <http://www.micromedexsolutions.com>.
13. Arbex MA, Varella MCL, Siqueira HR, Mello FAF. Drogas antituberculose: interações medicamentosas, efeitos adversos e utilização em situações especiais. Parte 2: Fármacos de segunda linha. *J Bras Pneumol.* 2010; 36(5):641-56.
14. Lexicomp. Isoniazid: drug information. UpToDate [Internet]. 2020. [Acesso em 2021 fev 14]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/isoniazid-drug-information?search=isoniazida&source=search_result&selectedTitle=1~148&usage_type=default&display_rank=1.
15. Michail D. Monitoring for adverse events among patients on tuberculosis therapy. *NSW Public Health Bulletin.* 2013; 24(1):24-6.
16. Tavitian SM, Spalek VH, Bailey RP. A pharmacist-managed clinic for treatment of latent tuberculosis infection in health care workers. *Am J Health-Syst Pharm.* 2003; 60:1856-61.
17. Momary KM, Rodvold KA. Antibiotic drug interactions. *Med Clin North Am.* 2006; 90(6):1223-55.
18. Campos S. Medicina avançada [Internet]. 2003 maio [acesso em 2021 mar. 13]. Disponível em: <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/11297>.
19. Appendix 9 Alcohol. Dietary guidelines 2015-2020 [Internet]. 2020. [acesso em 2021 abr 2]. Disponível em: <https://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/appendix-9/>.

Anexo I - Esquema Básico para adultos e adolescentes**Tabela 1** - Doses diárias dos fármacos antiTB - Esquema Básico para adultos e adolescentes.

REGIME	FÁRMACOS	FAIXA DE PESO	UNIDADES / DOSE	MESES
2RHZE Fase Intensiva	RHZE 150/75/400/275 Comprimido dose fixa combinada	20 a 35 kg 36 a 50 kg 51 a 70 kg >70 kg	2 comprimidos 3 comprimidos 4 comprimidos 5 comprimidos	2
4RH Fase de Manutenção	RH 150/75 Comprimido	20 a 35 kg 36 a 50 kg 51 a 70 kg >70 Kg	2 comprimidos 3 comprimidos 4 comprimidos 5 comprimidos	4

Fonte: Ministério da Saúde (Brasil), 2019⁽⁴⁾.

Tabela 2 – Apresentação dos fármacos do Esquema Básico para adultos e adolescentes:

Fármaco	RH 225	RHZE
1 comprimido contém	R 150 mg + H 75 mg	R 150 mg + H 75 mg + Z 400 mg + E 275 mg

Fonte: Ministério da Saúde (Brasil), 2019⁽⁴⁾.

Anexo II - Equivalência do Teor Alcoólico das Principais Bebidas Consumidas no Brasil**Tabela 3-** Equivalência do Teor Alcoólico das Principais Bebidas Consumidas no Brasil

Bebedidas	Volume	Gramas de álcool	Volume correspondente à 80g de álcool
1 lata de cerveja	350mL	5% = 17g de álcool	1.647mL = latas de 350mL
1 dose de aguardente	50mL	50% = 25g de álcool	160mL = 3 doses de 50mL
1 copo de chope	200mL	5% = 10 g de álcool	1600mL = 8 copos de chope de 200mL
1 copo de vinho	90mL	12% = 10g de álcool	720mL = 8 copos de vinho de 90mL
1 garrafa de vinho	750mL	12% = 80g de álcool	750mL = 1 garrafa de vinho de 750mL
1 dose de destilados (uísque, pinga, vodca, etc.)	50mL	40% - 50% = 20-25g de álcool	160-200mL = 3-4 doses de 50mL
1 garrafa de destilados	750mL	0%-50% = 300g-370g de álcool	162-200mL = 1/4-1/5 garrafa de 750mL

Fonte: Adaptado de Campos, 2011⁽¹⁷⁾; Dietary Guidelines, 2015⁽¹⁸⁾.

Anexo III – Interações medicamentosas dos fármacos antiTB**Quadro 4 - Principais interações medicamentosas dos fármacos antiTB.**

Rifampicina (R)			
Medicamento	Classificação de Risco		Efeito
	Micromedex	UpToDate	
Ácido Valpróico	Moderado	D	Redução dos níveis de ácido valproico.
Anlodipino	Não tem interação	D	Possível redução da eficácia do anlodipino.
Antidepressivos Tricíclicos (Amitríptilina, clomipramina, nortríptilina)	Não tem interação	C	Aumento do metabolismo do antidepressivo tricíclico com possível redução dos efeitos terapêuticos.
Azitromicina	Moderado	C	Azitromicina pode aumentar a concentração sérica da rifampicina
Benzodiazepínicos (Diazepam, midazolam)	Moderado	D	Redução da efetividade do benzodiazepínico.
Beta-bloqueadores (Carvedilol, metoprolol, propranolol)	Moderado	C	Redução da concentração plasmática de beta-bloqueadores. Exceção: Atenolol.
Carbamazepina	Moderado	C	Pode diminuir a efetividade da carbamazepina.
Contraceptivos hormonais (Medroxiprogesterona, etinilestradiol, levonorgestrel, noretisterona)	Moderado	D	Redução da efetividade anticoncepcional. Recomendar o uso de um método contraceptivo alternativo. Monitorar por sinais de sangramentos de escape ou gravidez.
Corticoides sistêmicos (Prednisona, prednisolona, hidrocortisona, betametasona)	Moderado	C	Aumento do metabolismo de corticoides com possível redução dos efeitos terapêuticos quando do uso sistêmico.
Digoxina	Importante	C	Redução dos níveis de digoxina.
Enalapril	Moderado	A	Redução da efetividade do enalapril.
Fenitoína	Importante	D	Redução da concentração sérica e da eficácia de um ou de ambos os fármacos. Considerar ajuste de dose.
Fenobarbital	Não tem interação	D	Aumento do metabolismo de barbitúricos com potencial redução do efeito anticonvulsivante.
Fluconazol (sistêmico)	Moderado	D	Pode resultar em redução da concentração sérica do fluconazol, podendo levar a perda da efetividade.
Glibenclamida	Moderado	D	Redução da efetividade da glibenclamida.
Gliclazida	Moderado	D	Redução da efetividade da gliclazida.
Haloperidol	Moderado	D	Redução dos níveis de haloperidol.
Levotiroxina	Moderado	C	Redução da efetividade da levotiroxina.
Losartana	Moderado	C	Redução da efetividade da losartana.
Macrolídeos (Clarithromicina, Eritromicina)	Não tem interação	D	Potencial redução do metabolismo da rifampicina com aumento da exposição a este e diminuição das concentrações plasmáticas do macrolídeo. Exceção: azitromicina.
Metformina	Moderado	A	Aumento dos níveis plasmáticos e do efeito hipoglicemiante da metformina.

continua

Quadro 4 - Principais interações medicamentosas dos fármacos antiTB.

continuação

Rifampicina (R) - continuação			
Medicamento	Classificação de Risco		Efeito
	Micromedex	Up ToDate	
Omeprazol	Moderado	X	Possível redução dos níveis plasmáticos de omeprazol.
Paracetamol	Não tem interação	C	Aumento do metabolismo do paracetamol com possível redução do efeito terapêutico.
Sinvastatina	Moderado	D	Redução da efetividade da sinvastatina.
Varfarina	Moderado	D	Uso concomitante pode resultar em menor efetividade anticoagulante da varfarina.
Verapamil	Moderado	D	Redução da efetividade do verapamil.
Clopidogrel	Não tem interação	C	Aumento da atividade antiplaquetária do clopidogrel.
Isoniazida (H)			
Medicamento	Classificação de Risco		Efeito
	Micromedex	UpToDate	
Ácido Valproico	Moderado	C	Aumento do risco de toxicidade do ácido valproico.
Carbamazepina	Importante	C	carbamazepina pode aumentar o risco de hepatotoxicidade induzida por isoniazida
Corticoides sistêmicos (Prednisona, Prednisolona, Hidrocortisona, Betametasona)	Não tem interação	C	Possível redução da concentração sérica da isoniazida.
Diazepam	Moderado	A	Aumento do risco de toxicidade do benzodiazepínico
Fenitoína	Moderado	D	Aumento do risco de toxicidade por fenitoína.
Levodopa	Importante	C	Isoniazida pode diminuir efeito terapêutico da levodopa. Possível piora sintomática da doença de Parkinson.
Paracetamol	Importante	C	Risco aumentado de hepatotoxicidade.
Varfarina	Moderado	B	Risco aumentado de sangramentos.
Estreptomicina (S)			
Medicamento	Classificação de Risco		Efeito
	Micromedex	UpToDate	
Antiinflamatórios não esteroidais: ibuprofeno diclofenaco	Não tem interação	C	Pode diminuir a excreção dos aminoglicosídeos. Monitorar efeito nefrotóxico dos aminoglicosídeos
Alendronato	Não tem interação	C	Risco aumentado de hipocalcemia.
Furosemida	Importante	C	Risco de ototoxicidade e nefrotoxicidade.

continua

Quadro 4 - Principais interações medicamentosas dos fármacos antiTB.

continuação

Levofloxacino (L)			
Medicamento	Classificação de Risco		Efeito
	Micromedex	UpToDate	
Ácido Acetilsalicílico	Moderado	A	Aumento do risco de convulsão
Antiinflamatórios não esteroidais: ibuprofeno diclofenaco	Moderado	C	Pode diminuir a excreção dos aminoglicosídeos podendo aumentar o risco de convulsão.
Agentes antidiabéticos (Gliclazida, Glibenclamida, Insulina NPH, Insulina regular e Metformina)	Importante	C	Alterações do controle glicêmico com risco para hipo e hiperglicemia
Antidepressivos tricíclicos (Amitriptilina, Nortriptilina e Clomipramina)	Importante	C	Risco aumentado de prolongamento do intervalo QT e arritmias.
Azitromicina	Importante	D	Risco aumentado de prolongamento do intervalo QT e arritmias.
Ciprofloxacino	Importante	D	
Clorpromazina	Importante	D	
Eritromicina	Importante	D	
Fluconazol	Importante	C	
Fluoxetina	Importante	X	
Haloperidol	Importante	D	
Lítio	Não tem interação	C	
Metoclopramida	Não tem interação	C	
Metronidazol	Importante	C	
Prometazina	Não tem interação	C	
Sulfametoxazol + Trimetoprima	Não tem interação	C	
Cálcio	Moderado	D	
Ferro	Moderado	D	
Dipirona	Moderado	C	Risco aumentado para crises convulsivas
Ibuprofeno	Moderado	C	
Corticoides (Prednisona, Prednisolona, Hidrocortisona, Betametasona)	Moderado	C	Risco aumentado para ruptura de tendões e tendinites.
Propranolol	Moderado	A	Aumento da exposição ao propranolol.
Varfarina	Importante	C	Risco aumentado de sangramentos.

Fonte: DrugPoint, 2017⁽¹²⁾; Drug Information, 2020⁽¹⁹⁾.

Nota: Não foram encontradas interações medicamentosas relevantes da pirazinamida.

Quadro 5 - Interações medicamentosas entre fármacos antiTB e antirretrovirais.

Rifampicina (R)			
Medicamento	Classificação de Risco		Efeito
	Micromedex	UpToDate	
Abacavir	Não tem interação	A	-
Atazanavir	Contraindicado	X	Aumento do metabolismo com possível redução do efeito do ARV
Darunavir	Contraindicado	X	Uso concomitante é contraindicado devido a possibilidade de redução da resposta clínica com o ARV.
Didanosina	Não tem interação	A	-
Dolutegravir	Importante	D	Aumento do metabolismo com possível redução do efeito do ARV.
Efavirenz	Importante	C	Aumento do metabolismo com possível redução do efeito do ARV.
Enfurvitida	Não tem interação	A	-
Estavudina	Não tem interação	A	-
Etravirina	Importante	X	Aumento do metabolismo com possível redução do efeito do ARV.
Fosamprenavir	Contraindicado	X	Uso concomitante é contraindicado devido a possibilidade de redução da resposta clínica com o ARV.
Indinavir	Importante	X	Rifampicina diminui significativamente a concentração do Indinavir com possível redução do efeito do ARV.
Lamivudina	Não tem interação	A	-
Lopinavir	Contraindicado	X	Redução da concentração sérica de lopinavir. Rifampicina pode aumentar a toxicidade do lopinavir, aumentando o risco de hepatotoxicidade.
, Maraviroque	Contraindicado	D	Aumento do metabolismo com possível redução do efeito do ARV.
Nevirapina	Importante	D	Redução da concentração sérica de nevirapina. Se o uso concomitante for necessário, preferir a forma de liberação imediata do ARV.
Raltegravir	Moderado	D	Redução da concentração sérica do ARV. Quando do uso concomitante, aumentar a dose de raltegravir para 800mg duas vezes ao dia.
Tipranavir	Contraindicado	X	Uso concomitante é contraindicado devido a possibilidade de perda da resposta virológica e desenvolvimento de resistência ao tipranavir.
Zidovudina	Moderado	C	Aumento do metabolismo com possível redução do efeito do ARV. Rifabutina e rifapentina parecem ter interações menos substanciais com a zidovudina.

continua

Quadro 5 . Interações medicamentosas entre fármacos antiTB e antirretrovirais.

continuação

Pirazinamida (Z)			
Medicamento	Classificação de Risco		Efeito
Zidovudina	Micromedex	UpToDate	Possível redução da eficácia da pirazinamida.
	Importante	A	
Levofloxacino (L)			
Medicamento	Classificação de Risco		Efeito
		UpToDate	
Atazanavir	Importante	C	Risco aumentado de prolongamento do intervalo QT e arritmias.
Didanosina	Moderado	D	
Efavirenz	Importante	D	
Lopinavir	Importante	X	
Ritonavir	Importante	C	
Saquinavir	Contraindicado	D	

Fonte: DrugPoint, 2017⁽¹²⁾; Drug Information, 2020⁽¹⁹⁾

Nota: Não foram encontradas interações medicamentosas relevantes entre os ARV pesquisados e isoniazida e etambutol.

Notas referentes aos quadros 4 e 5:Descrição das classificações de risco utilizadas pela base de dados Micromedex e pelo *Uptodate*.

Classificação de Risco:

Micromedex:

- **Contraindicado:** Os medicamentos são contraindicados para uso concomitante.
- **Importante:** a interação pode representar perigo à vida e/ou requerer intervenção médica para diminuir ou evitar efeitos adversos graves.
- **Moderada:** A interação pode resultar em exacerbação do problema de saúde da pessoa e/ou requerer uma alteração no tratamento.

Uptodate:

- **A (Não há interação conhecida):** Os dados não demonstraram interações farmacodinâmicas ou farmacocinéticas entre os agentes específicos.
- **B (Nenhuma ação é necessária):** Os dados demonstram que os agentes especificados podem interagir uns com os outros, mas há pouca ou nenhuma evidência de preocupação clínica resultante da sua administração concomitante.
- **C (Monitorar terapia):** Os dados demonstram que os agentes especificados podem interagir uns com os outros de uma forma clinicamente relevante. O benefício do uso concomitante desses dois medicamentos geralmente supera os riscos. Um plano de monitorização apropriada deve ser implementado para identificar possíveis efeitos negativos. Ajuste da dose de um ou ambos os agentes pode ser necessário em uma minoria das pessoas em tratamento.
- **D (considerar modificação de terapia):** Os dados demonstram que os dois medicamentos podem interagir uns com os outros de uma forma clinicamente relevante. A avaliação da pessoa em acompanhamento deve ser realizada para determinar se os benefícios da terapia concomitante superam os riscos. Ações específicas devem ser tomadas a fim de perceber os benefícios e / ou minimizar a toxicidade resultante do uso concomitante dos agentes. Essas ações podem incluir o monitoramento, mudança de dosagem ou escolha de agentes alternativos.
- **X (evitar combinação):** Os dados demonstram que os agentes especificados podem interagir uns com os outros de uma forma clinicamente relevante. Os riscos associados com o uso concomitante desses agentes geralmente podem superar os benefícios. Avaliar criteriosamente a necessidade de uso destes medicamentos durante o tratamento com EB da TB.

19 ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM TUBERCULOSE



Aline Rose Adornes Flores

Introdução

A tuberculose (TB) é uma das doenças que mais emblematicamente caracterizam a determinação social no processo saúde e doença e demonstra relação direta com a pobreza e a exclusão social⁽¹⁻³⁾. No Brasil, a doença afeta, principalmente, as periferias urbanas – as favelas e as áreas degradadas dos grandes centros – e geralmente está associada à fome, às más condições de moradia e saneamento básico, ao uso e abuso de álcool, tabaco e outras drogas e às doenças imunossupressoras, como a AIDS⁽¹⁻³⁾.

Tendo em vista o perfil de vulnerabilidadeⁿ clínica e/ou econômico social da maioria das pessoas acometidas pela TB, a rede socioassistencial tem importante papel na continuidade do tratamento da doença ao garantir os direitos referidos na Política Nacional de Assistência Social⁽⁴⁾. Diante deste contexto, os Assistentes Sociais inseridos em equipes multiprofissionais na área da saúde tem um papel fundamental, pois seu trabalho consiste, entre outros, em: “*democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população*”⁽⁵⁾, possibilitando assim, que a pessoa com TB, possa ter acesso aos benefícios assistenciais que tem direito e apoio para superar as barreiras impostas pelo preconceito e pelo estigma, contribuindo de forma efetiva para que seus direitos socioassistenciais sejam exercidos.

O objetivo deste capítulo é instrumentalizar os(as) Assistentes Sociais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) a trabalhar com o problema da TB junto à equipe multiprofissional e a atuar no cuidado de pessoas com a doença, bem como suas família e a comunidade.

Atividades do assistente social na APS relacionadas ao problema tuberculose

O trabalho dos Assistentes Sociais tem como orientação o Projeto Ético Político da Profissão. O Código de Ética Profissional apresenta ferramentas imprescindíveis para orientarmos os cidadãos sobre os seus direitos sociais⁽⁵⁾.

ⁿ O conceito de vulnerabilidade é entendido como a interação entre fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cultural e política; os quais determinam a ampliação ou redução dos riscos ou a proteção de um grupo populacional. Tal conceito, pode ser empregado, a fim de auxiliar na compreensão de muitos fatores associados ao adoecimento por tuberculose⁽⁴⁾.

O objetivo do trabalho do Assistente Social na área da saúde “*passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença da população e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões*”⁽⁵⁾.

De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social⁽⁵⁾ as principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social para o enfrentamento dessas questões são:

- democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população;
- construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade;
- promover ações para o fortalecimento dos vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;
- elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços e
- emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009.

Atenção à saúde às pessoas com tuberculose e suas famílias

Os(as) assistentes sociais atuam na saúde em quatro grandes eixos: (a) atendimento direto aos usuários; (b) mobilização, participação e controle social; (c) investigação, planejamento e gestão e (d) assessoria, qualificação e formação profissional⁽⁵⁾.

Para tratar da atenção à saúde de pessoas com TB, nos deteremos ao eixo: atendimento direto aos usuários e a algumas das ações que o compõem, são elas: as ações socioassistenciais e as socioeducativas.

As ações socioassistenciais desenvolvidas pelos(as) assistentes sociais, no acompanhamento de pessoas com TB, visam conhecer as reais condições destes (trabalho, moradia, renda, escolaridade, possíveis situações de violência, abandono). Os profissionais podem utilizar diversas ferramentas de trabalho para obter este conhecimento. Destacam-se cinco ferramentas que são recomendadas para as equipes de saúde, na avaliação social e familiar, pela Linha de Cuidado (LC) para atenção às pessoas com TB da Gerência de Saúde Comunitária (GSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), nas quais a intervenção do serviço social é fundamental:

1) **Avaliação socioeconômica:** Esta avaliação é realizada com objetivo de visualizar, compreender a situação social e econômica das pessoas e de suas famílias, a fim de possibilitar a visibilidade da sua situação de vida e estimular a mobilização dos mesmos para a garantia de seus direitos. Este instrumento também é importante para trazer novos elementos para a discussão e intervenção da equipe de saúde no caso. Deve-se buscar evitar que a avaliação socioeconômica funcione como critério de elegibilidade e/ou seletividade estrutural, ainda que sejam considerados os limites institucionais. O profissional, a partir do conhecimento da realidade do usuário, terá mais elementos para buscar o alargamento dos direitos sociais que podem ser acessados por esse usuário⁽⁵⁾.

2) **Genograma:** Define-se como genograma a elaboração da árvore da família, utilizada como uma técnica de análise da família e do seu ciclo de vida. Esta técnica, que representa de forma gráfica o desenho familiar, auxilia na visualização das interações existentes entre os membros, laços afetivos positivos e negativos, bem como padrões de comportamento que se repetem entre as gerações, ou seja, um fluxograma para identificar os processos biológicos, sociais, emocionais, culturais, entre outros fatores que compõem uma família por várias gerações. Para o assistente social, o genograma fornece informações sobre os relacionamentos intra e interpessoais, profissão, religião, lazer, entre outros temas que possam auxiliar e esclarecer a construção social da família⁽⁶⁻⁸⁾.

3) **A Rede social pessoal ou rede social significativa** pode ser definida como a soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativa. Esta rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para a sua autoimagem. Constitui uma das chaves fundamentais da experiência individual de identidade, bem-estar, competência e autoria, incluindo os hábitos de cuidado da saúde e a capacidade de adaptação em uma crise⁽⁹⁾. A rede social de apoio é importante força que compõe a resiliência de cada pessoa e pode representar importante papel redutor de sua vulnerabilidade⁽⁹⁾. Sluzki⁽⁹⁾ propõe que a rede social de apoio seja registrada como um mapa, que poderá auxiliar o sujeito a se confrontar com a realidade de suas relações afetivas significativas, o que inclui todos os indivíduos com os quais interage. O mapa pode, por exemplo, ser sistematizado em quatro quadrantes: família, amigos, relações de trabalho/escolares, relações comunitárias/de serviço⁽⁹⁾. Após o registro, estimula-se que a pessoa em questão analise com o profissional sua rede de apoio significativo considerando as seguintes características: tamanho, densidade, composição, dispersão, homogeneidade/heterogeneidade, atributos de vínculos e funções na relação⁽⁹⁾.

4) **Ecomapa:** Fornece uma visão ampliada da família, desenhando a estrutura de sustentação e retratando a ligação entre a família e o mundo. Conecta-se, assim, as circunstâncias do meio-ambiente e mostra o vínculo entre os membros da família e os recursos comunitários, permitindo uma “fotografia” das principais relações que a família tem com o ambiente⁽⁸⁾.

5) **Visita Domiciliar (VD):** Este instrumento é muito utilizado por diversos profissionais da área da saúde, principalmente pelos assistentes sociais. “*As visitas domiciliares são importantes instrumentos a serem utilizados por assistentes sociais porque favorecem uma melhor compreensão acerca das condições de vida dos usuários, que envolvem a situação de moradia (residência e bairro) e as relações familiares e comunitárias*”⁽⁵⁾. Portanto, faz com que o profissional, a partir do conhecimento da realidade do usuário, tenha mais elementos para buscar o alargamento dos direitos sociais que podem ser acessados por esse usuário.

As VD são realizadas com diversos objetivos tais como: conhecer o domicílio, verificar a estrutura e a dinâmica familiar, identificar fatores de risco individuais e familiares, estimular a adesão ao tratamento, propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença, entre outros. A visita é um importante instrumento de cuidado à saúde, sendo de fundamental importância para o conhecimento das condições de vida e saúde dos sujeitos com tuberculose e seus familiares.

As ações socioeducativas consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população⁽⁵⁾. No desenvolvimento de ações socioeducativas pelos assistentes sociais, destacam-se as seguintes atividades⁽⁵⁾:

- Sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos;
- Democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade;
- Realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;
- Realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas;
- Democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação;
- Socializar informações e potencializar as ações socioeducativas, desenvolvendo atividades nas salas de espera;
- Elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- Mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados;
- Realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse.

O Serviço Social atua junto à equipe da APS e da rede intersetorial no sentido de alterar ou melhorar as condições de vida e estado de saúde das pessoas com TB, por meio do fortalecimento do controle social, da aplicação das políticas públicas existentes, do mapeamento dos recursos disponíveis ou faltantes na rede intersetorial e intrasetorial. Em termos gerais, a atuação da(o) Assistente Social foi sintetizado na lista de atribuições apresentadas pela Linha de Cuidado (LC) para a atenção às pessoas com tuberculose na GSC-GHC⁽¹⁰⁾, são elas:

- Encaminhar para avaliação os sintomáticos respiratórios identificados entre os consultantes gerais que demandam à Unidade de Saúde, entre as famílias visitadas no território ou pelos relatos dos agentes comunitários de saúde;
- Identificar pessoas com o perfil de vulnerabilidade social e econômica à TB associado ou não a sintomas respiratórios;
- Realizar avaliação social dos casos de TB em atendimento na Unidade de Saúde (US);
- Elaborar plano individualizado de acompanhamento do caso e sua família/contatos visando à recuperação geral do paciente;
- Acompanhar a evolução geral do caso e seus contatos;
- Realizar visita domiciliar para conhecer realidade local, reforço e orientação de tratamento e/ou tratamento supervisionado;
- Conhecer a medicação utilizada e suas interações;
- Promover a educação em saúde com o paciente, familiares e/ou cuidadores.
- Auxiliar a família e/ou cuidadores a encontrar soluções para as dificuldades relacionadas a adesão ao tratamento da TB e ao vínculo com o serviço de saúde;
- Encaminhar para tratamento diretamente observado (TDO) os casos de TB e realizar referenciamento para a rede de atenção à saúde de acordo com as necessidades identificadas ou manifestadas pelo paciente e/ou sua família;
- Participar das discussões de caso, na elaboração de ações interdisciplinares e no Plano Terapêutico Singular (PTS).

O trabalho intersetorial na atenção a TB

Os determinantes sociais de saúde são elementos de ordem econômica e social (relações de trabalho, alimentação, moradia, lazer, educação, transporte, dentre outros) que interferem na situação de saúde e condição de vida de uma população, portanto devem ser consideradas no processo de trabalho da equipe de saúde para auxiliar na explicação e entendimento do seu processo de adoecimento⁽⁴⁾.

Nessa perspectiva torna-se possível compreender por que o adoecimento por TB tem sido considerado uma situação ligada às más condições sociais e econômicas da população, sendo muitas vezes utilizado como um indicador social de saúde. Nas populações mais vulneráveis a essa doença são frequentes condições como: renda familiar baixa; desnutrição alimentar; educação precária; alcoolismo e uso de drogas ilícitas; habitação ruim/inexistente; doenças infecciosas associadas; famílias numerosas; adensamentos comunitários; dificuldade de acesso aos serviços de saúde; fragilidade da rede de assistência social⁽¹⁻⁴⁾.

Ao reconhecer a TB como um problema multifatorial, torna-se necessário trabalhar no enfoque da composição de uma rede de cuidado que articule setores e serviços. É neste contexto que se propõe a integração dos sistemas de serviço de saúde com outros sistemas sociais e econômicos, numa ação intersetorial, que permita instituir a produção social da saúde⁽¹¹⁾. A natureza das necessidades humanas e sociais tem em si complexidades relevantes que não podem ser atendidas unicamente pela perspectiva de um setor. Do mesmo modo, a integralidade é um princípio fundamental das políticas de saúde, requerendo uma ação articulada entre as políticas públicas, portanto entre os diferentes setores⁽¹¹⁾.

A intersectorialidade na saúde se dá por meio da construção de diferentes tipos de redes como estratégia de fortalecimento das ações que necessitam serem desenvolvidas no sentido de promover ou recuperar a saúde de uma pessoa, família ou grupo social. Para exemplificar apresenta-se no Quadro 1 uma classificação de redes sociais, entretanto podem existir outros tipos de redes, as quais a equipe de saúde pode construir ou se integrar, sejam parceiros do setor público ou privado, com o objetivo de contribuir com uma atenção mais integral aos usuários do SUS.

Quadro 1 - Classificação de redes sociais em tipos de acordo com sua composição

TIPOS DE REDE
REDE SOCIAL ESPONTÂNEA: constituída pelo núcleo familiar, pela vizinhança, pela comunidade e pela Igreja. São consideradas as redes primárias, sustentadas em princípios como cooperação, afetividade e solidariedade.
REDES SÓCIO – COMUNITÁRIAS: constituída por agentes filantrópicos, organizações comunitárias, associações de bairros, entre outros que objetivam oferecer serviços assistenciais, organizar comunidades e grupos sociais.
REDE SOCIAL MOVIMENTALISTA: constituída por movimentos sociais de luta pela garantia dos direitos sociais (creche, saúde, educação, habitação, terra...). Caracteriza-se por defender a democracia e a participação popular.
REDES SETORIAIS PÚBLICAS: são aquelas que prestam serviços e programas sociais consagrados pelas políticas públicas como educação, saúde, assistência social, previdência social, habitação, cultura, lazer, etc.
REDES DE SERVIÇOS PRIVADOS: constituída por serviços especializados na área de educação, saúde, habitação, previdência, e outros que se destinam a atender aos que podem pagar por eles.
REDES REGIONAIS: constituídas pela articulação entre serviços em diversas áreas da política pública e entre municípios de uma mesma região.
REDES INTERSECTORIAIS*: são aquelas que articulam o conjunto das organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como as redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente.

Fonte: elaborado com base em GUARÁ⁽¹²⁾.

Partindo dessa visão, considera-se que as articulações e os arranjos intersectoriais podem ocorrer através da construção de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais formados pelo conjunto das organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como as redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente. A atuação em rede permitirá ao setor, no caso, as unidades de saúde do Sistema Único de Saúde, atuar de forma a dar conta de problemas frequentemente complexos, por meio da sua articulação com outras políticas.

Para atuar de forma intersectorial é necessário que o serviço de saúde conheça os diferentes setores e serviços oferecidos no seu município, bem como a forma de acessá-los e/ou de solicitar

parceria. Podem participar desse diagnóstico de serviços todos os setores como, por exemplo, a rede de assistência social, de previdência, judiciária, de segurança, de educação, de associações comunitárias, entre outras.

Direitos sociais e benefícios

Foi a partir da Constituição Federal de 1988 que os cidadãos brasileiros tiveram a garantia legal da ampliação de seus direitos sociais. A seguridade social representa um de seus maiores avanços no que se refere à proteção social e no atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora. No título VIII “Da Ordem Social” do texto constitucional, no capítulo II, “Da seguridade social”, Seção I, define-se seguridade social como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social⁽¹³⁾.

A Constituição Federal diz que “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”. Segundo ela, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”⁽¹³⁾.

Alguns direitos sociais são providos através dos Benefícios Assistenciais (BA) que integram a política de assistência social (Benefício de Prestação Continuada e o Bolsa Família) e “são prestados de forma articulada às seguranças afiançadas pela Política de Assistência Social, por meio da inclusão dos beneficiários e de suas famílias nos serviços sócio assistenciais e de outras políticas setoriais, ampliando a proteção social e promovendo a superação das situações de vulnerabilidade e risco social”⁽¹⁴⁾.

O Assistente Social pode auxiliar as pessoas de forma direta, por meio da avaliação e informações sobre os critérios, o local e os documentos exigidos para a concessão dos benefícios ou, de forma indireta, disponibilizando para toda a equipe de saúde, de forma fácil e acessível, esse tipo de informação para que eles, também possam orientar as pessoas sobre os seus direitos sociais e benefícios. Descreve-se a seguir os critérios de concessão dos Benefícios de Prestação Continuada (BPC), Bolsa Família (BF) e Auxílio reclusão.

Benefício de Prestação Continuada (BPC)

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um benefício da Política de Assistência Social, que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e para acessá-lo não é necessário ter contribuído com a Previdência Social. É um benefício **individual, não vitalício e intransferível**, que assegura a transferência mensal de um salário mínimo ao idoso, com 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. A renda mensal familiar *per capita* deve ser inferior a um quarto do salário mínimo vigente⁽¹⁵⁾.

O BPC pode ser acessado através do Ministério da Previdência Social. O diagnóstico de TB, por si só, não confere o direito. Este se restringe a casos com renda per capita familiar inferior a um quarto

de salário mínimo, presença de alterações moderadas, graves ou completas em funções do corpo, decorrentes da doença e/ou efeitos adversos medicamentosos que, na presença de barreiras ambientais diversas, tenham seus efeitos prolongados por dois anos ou mais, com limitação no desempenho de atividades e restrição à participação social, também em grau moderado, grave ou completo, analisados sob a perspectiva do direito à igualdade de condições com as demais pessoas⁽¹⁴⁾. No entanto, é comum encontrar pessoas acometidas por TB e que por suas condições socioeconômicas preenchem os requisitos necessários para a solicitação do benefício. O acesso a US para o tratamento da TB será também a porta de acesso a identificação desse direito à assistência social pela equipe multiprofissional de saúde.

A avaliação do Assistente Social de todos os casos de TB da unidade de saúde poderá auxiliar na informação das pessoas que preenchem os critérios para requisitarem o benefício. Muitas pessoas com dificuldades cognitivas ou em situação social vulnerável necessitam, não somente, informação, mas também de acompanhamento durante o processo de solicitação do benefício junto ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Os passos para o requerimento do BPC junto à Previdência Social são⁽¹⁵⁾:

- Efetuar o cadastramento do beneficiário e sua família no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal – **CadÚnico**, no CRAS de sua cidade.
- **As Famílias já inscritas** devem estar com o **CadÚnico atualizado (máximo de 2 anos a última atualização)** para fazer o requerimento no momento da análise do benefício.
- Solicitação do benefício pelo **Meu INSS**. Veja como:

1º- Agendar o atendimento, na “Central de Atendimento”, pelo telefone 135, de segunda à sábado, das 7 às 22 horas, horário de Brasília; ou pelo site www.inss.gov.br e clicar no Meu INSS e solicitar BPC para pessoas com Deficiência.

2º- Levar no dia do atendimento os seguintes documentos:

- Documento de identificação e CPF do titular (ao requerente maior de 16 anos de idade poderá ser solicitado documento de identificação oficial com fotografia);
- Documentos que comprovem a Deficiência. Exemplo: atestados médicos, exames, etc.).
- Poderão ser solicitados documentos para atualização de cadastro ou atividade.
- Formulários preenchidos e assinados, de acordo a situação do titular (veja abaixo a relação):
 - Requerimento do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC e Composição do Grupo Familiar: apresentar em **todos os casos**;
 - Formulário Único de Alteração da Situação do Benefício: apresentar se o requerente recebe um benefício ao qual deseja renunciar para ter direito a outro. **Não é possível renunciar a aposentadoria por tempo de contribuição, idade e especial**;
 - Declaração de Renda do Grupo Familiar: formulário disponível por ser informação pública – seu preenchimento é responsabilidade dos servidores do INSS no momento do atendimento presencial.
 - OBS: Estes formulários estão disponíveis no site do Meu INSS (<https://meu.inss.gov.br/central/#/login?redirectUrl=/>).

- Termo de Tutela, no caso de menores de 18 anos filhos de pais falecidos ou desaparecidos ou que tenham sido destituídos do poder familiar;
- Documento que comprove regime de semiliberdade, liberdade assistida ou outra medida em meio aberto, emitido pelo órgão competente de Segurança Pública estadual ou federal, no caso de adolescentes com deficiência em cumprimento de medida socioeducativa;
- Documento de identificação e procuração no caso de Representante Legal do requerente.

Bolsa Família (BF)

O Bolsa Família (BF) é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país. O benefício integra o Plano Brasil Sem Miséria, que tem como foco de atuação os milhões de brasileiros com renda familiar per capita inferior a R\$ 85,00 mensais e está baseado na garantia de renda, inclusão produtiva e no acesso aos serviços públicos. Ele possui três eixos principais: (a) a transferência de renda que promove o alívio imediato da pobreza; (b) as condicionalidades que reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social e (c) as ações e programas complementares que objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade⁽¹⁶⁾. O BF pode ser acessado pelas pessoas que tem TB se estiverem em situação de pobreza ou extrema pobreza.

Para solicitar o BF o cidadão precisa estar registrado no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal¹⁶. Este cadastro é feito pelos municípios. Em Porto Alegre pode ser realizado nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). O endereço e telefones dos CRAS podem ser consultados no Anexo A.

O Assistente Social poderá auxiliar as pessoas com TB identificando aqueles que estão dentro dos critérios para concessão do benefício e entrando em contato com o CRAS mais próximo do seu domicílio para saber o dia em que este poderá se dirigir ao mesmo para fazer o cadastro do BF. O CRAS irá agendar uma reunião para informar como funciona o BF, quais os critérios de distribuição, quais os documentos necessários para fazer o cadastro. Importante deixar claro para a pessoa em acompanhamento que o Cadastro é a primeira etapa para solicitar o BF, mas isso não garante que, depois de realizado o cadastrado, irá receber imediatamente o benefício, pois o cadastro será avaliado pelo governo e o benefício distribuído conforme sua avaliação.

Auxílio-Reclusão

O Assistente Social deve informar a equipe de saúde que os dependentes de pessoas reclusas no sistema penitenciário, em regime fechado poderão solicitar o auxílio-reclusão junto a Previdência Social, desde que ele não receba salário nem benefício do INSS^(17,18).

Para que os dependentes tenham direito, é necessário que a média dos salários de contribuição apurados no período de 12 meses anteriores ao mês do recolhimento à prisão (ou seja, nos 12 meses antes de ser preso) esteja dentro do limite previsto pela legislação. Caso a renda do segurado esteja acima desse valor limite estabelecido, daí não há direito ao benefício. **Importante lembrar que agora é preciso que o segurado tenha contribuído por pelo menos 24 meses, ou seja, tenha realizado 24 contribuições, antes de ser preso, para que sua família possa então ter direito ao benefício do auxílio-reclusão^(17,18).** O atendimento deste serviço é realizado à distância (Meu INSS ou telefone 135),

não sendo necessário o comparecimento presencial nas unidades do INSS, a não ser quando solicitado para eventual comprovação^(17,18).

Os dependentes do trabalhador recluso (em regime fechado ou semiaberto) que receba auxílio-reclusão precisam Cadastrar Declaração de Cárcere/Reclusão, também pelo Meu INSS. O documento é feito pelas unidades prisionais e deve ser apresentado a cada 3 meses. Caso esta declaração não seja apresentada, o pagamento do benefício é suspenso. Quando o trabalhador cumpre pena em regime aberto, não há direito ao auxílio-reclusão^(17,18).

Duração do benefício:

A duração do benefício é variável conforme a idade e o tipo de beneficiário. Além disso, caso o segurado seja posto em liberdade, fuja da prisão ou passe a cumprir pena em regime aberto, o benefício é encerrado. Tem direito ao benefício o cônjuge, o companheiro, o cônjuge divorciado ou separado judicialmente ou de fato que recebia pensão alimentícia^(17,18):

- Se o casamento ou união estável iniciou em menos de dois anos antes da prisão do segurado a duração será de 4 meses contados a partir da data da prisão.
- Se a prisão ocorreu pelo menos dois anos após o início do casamento ou da união estável, a duração do benefício será variável, conforme o Quadro 2.

Quadro 2: Idade do dependente e duração máxima do benefício de auxílio reclusão enquanto o provedor(a) se mantiver privado de liberdade em regime fechado

Idade do dependente na data da prisão	Duração máxima do benefício ou cota
menos de 21 anos	3 anos
entre 21 e 26 anos	6 anos
entre 27 e 29 anos	10 anos
entre 30 e 40 anos	15 anos
entre 41 e 43 anos	20 anos
a partir de 44 anos	Vitalício

Fonte: Blog de Ingrácio Advocacia. Consulta Previdenciária. Auxílio reclusão⁽¹⁸⁾.

Nota: essa regra é válida para prisões ocorridas a partir do dia 18/06/2015.

Para filhos e equiparados: o benefício terá duração até os 21 anos de idade, salvo se for inválido ou com deficiência. Nos casos em que houver emancipação, haverá a cessação do benefício^(17,18).

Quem pode utilizar esse serviço?

- **Em relação ao segurado recluso**^(17,18):

- Possuir qualidade de segurado na data da prisão (ou seja, estar trabalhando e contribuindo regularmente);
- Estar recluso em regime fechado ou semiaberto (desde que a execução da pena seja em colônia agrícola, industrial ou similar);
- Possuir o último salário de contribuição abaixo do valor previsto na legislação, conforme a época da prisão.

- **Em relação aos dependentes**^(17,18):

- **Para cônjuge ou companheira:** comprovar casamento ou união estável na data em que o segurado foi preso;

- **Para filhos e equiparados:** possuir menos de 21 anos de idade, se for inválido ou com deficiência não há limite de idade;

- **Para os pais:** comprovar dependência econômica;

- **Para os irmãos:** comprovar dependência econômica e idade inferior a 21 anos de idade, se for inválido ou com deficiência não há limite de idade;

Etapas para realização deste serviço^(17,18):

- Para solicitar o benefício acesse o portal do **Meu INSS** pelo site www.inss.gov.br. Faça login no sistema, escolha a opção Agendamentos/Requerimentos. Clique em “novo requerimento”, “atualizar”, atualize os dados que achar pertinentes, e clique em “avançar”. Digite no campo “pesquisar” a palavra “reclusão” e selecione o serviço desejado.

- Acompanhe o andamento pelo Meu INSS, na opção Agendamentos/Requerimentos.

Documentos originais necessários^(17,18):

- Certidão judicial que ateste o recolhimento efetivo à prisão;

- Documentos que comprovem a qualidade de dependente.

Documentos que poderão ser solicitados pelo INSS^(17,18):

- Procuração ou termo de representação legal, documento de identificação com foto e CPF do procurador ou representante, se houver;

- Documentos pessoais dos dependentes e do segurado recluso;

- Documentos referentes às relações previdenciárias do segurado recluso (exemplo: Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), Certidão de Tempo de Contribuição (CTC), carnês, documentação rural, etc).

Outras informações^(17,18):

- Se a **declaração carcerária** apresentada no requerimento do benefício permitir a **identificação plena do segurado recluso**, não é necessária a apresentação dos documentos de identificação do recluso. Entretanto, se for necessário o acerto de dados cadastrais, é necessária a apresentação do documento de identificação do trabalhador preso;

- A **cada três meses** deve ser apresentada **nova declaração de cárcere**, emitida pela unidade prisional.

- Assim que o segurado recluso for posto em **liberdade**, o dependente ou responsável deverá apresentar imediatamente o **alvará de soltura**, para que não ocorra recebimento indevido do benefício;

- Em caso de fuga, liberdade condicional, transferência para prisão albergue ou cumprimento da pena em regime aberto, o dependente ou responsável também deverá procurar a Agência do INSS para solicitar o **encerramento imediato** do benefício e, no caso de nova prisão posterior, deverá requerer um novo benefício, mesmo nos casos de fuga com posterior recaptura;

- O auxílio-reclusão será devido a contar da **data do efetivo recolhimento do segurado** à prisão, se **requerido até 90 dias**, ou da **data do requerimento**, se posterior;

– Equipara-se à condição de recolhido à prisão a situação do segurado com idade **entre 16 e 18 anos** que tenha sido internado em estabelecimento educacional ou similar, sob custódia do Juizado de Infância e da Juventude;

– As solicitações do auxílio para requerentes **menores de 16 anos** de idade devem ser feitos pela Central de Atendimento 135;

Outros Benefícios:

Existem outros benefícios que as pessoas com TB podem acessar através da Previdência Social dependendo das suas condições de saúde, pois a previdência social avalia a incapacidade laborativa causada pela TB para conceder ou não o benefício de afastamento do trabalho. O tempo de benefício e/ou sua prorrogação depende do estado geral da pessoa, localização e gravidade da doença, eliminação de bacilos com risco potencial para terceiros, efeitos adversos medicamentosos, risco de não adesão ao tratamento, resistência aos quimioterápicos, presença de sequelas e exigências físicas para a atividade exercida, sempre no contexto de cada pessoa. Quando o requerente fizer jus a benefícios previdenciários ou assistenciais, uma das condições para a concessão e manutenção de benefício, se atendidos os demais critérios clínicos e legais, deve ser o seu cadastro e acompanhamento regular no Programa Municipal de Controle de Tuberculose e/ou serviços por ele referenciados, passíveis de serem confirmados através da solicitação de informações ao médico assistente (SIMA) e/ou solicitação de informações sociais (SIS), esta última no caso de benefício assistencial. Esses serviços de referência estão habilitados a informar detalhes sobre cada caso, mediante autorização expressa do requerente ou seu representante legal⁽¹⁹⁾.

Os benefícios que a **Previdência Social** dispõe não são específicos para pessoas portadoras de TB, mas podem ser acessados quando as pessoas estiverem dentro dos critérios estabelecidos para cada um deles, o que é bastante frequente na prática profissional. São eles: (a) auxílio-doença; (b) majoração de 25% sobre a aposentadoria por invalidez; (c) nexos técnicos previdenciários; (d) reabilitação profissional; (e) aposentadoria por invalidez; (f) isenção de carência e fixação de data do início da doença (DID) e de data do início da incapacidade ou invalidez (DII); (g) auxílio-acidente; (h) isenção do imposto de renda. A análise dos requerimentos é individualizada, com base na fundamentação legal pertinente a cada modalidade de benefício, na condição clínica e contexto de vida do requerente e, quando for o caso, na profissiografia envolvida⁽¹⁹⁾. Os critérios para a concessão destes benefícios estão disponíveis no site do INSS. O atendimento deste serviço será realizado à distância (Meu INSS ou telefone 135), não sendo necessário o comparecimento presencial nas unidades do INSS, a não ser quando solicitado para eventual comprovação⁽¹⁷⁾.

O **Passe Livre** é um benefício concedido aos portadores da infecção pelo HIV que estiverem com o resultado do exame de CD4 inferior a 350 e que poderá ser solicitado pelo paciente com TB se ele tiver a coinfeção TB/HIV. O sistema de transporte coletivo municipal é regulado conforme as regras de cada município. Em Porto Alegre, “a pessoa com deficiência mental, física, visual ou auditiva tem direito a passe gratuito nos ônibus do sistema de transporte público municipal desde que sua renda mensal própria seja comprovadamente igual ou inferior a seis salários mínimos nacionais”⁽²⁰⁾.

O Assistente Social pode auxiliar diretamente as pessoas com informações sobre os critérios, o local e os documentos exigidos para a confecção da carteira de isenção da tarifa ou disponibilizar de

forma fácil e acessível esse tipo de informação para toda a equipe de saúde para que eles também possam orientar as pessoas que necessitam do benefício.

Em Porto Alegre este benefício pode ser solicitado nos seguintes locais⁽²⁰⁾:

1- Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do IAPI (se estiver em tratamento no local)

Rua Três de Abril n° 90, Bairro Passo D'areia, Porto Alegre

Fone: (51) 3289-3414.

2- Hospital Conceição (se estiver em tratamento no local)

Av. Francisco Trein, 596 - Cristo Redentor - Porto Alegre - RS, 91350-200

Fone: (51) 3357-2000. Quintas-feiras das 13 às 17 horas. Sala 4045/ 4º andar, Serviço Social

3- Hospital Fêmeina (se estiver em tratamento no local)

Rua Mostardeiro, 17 – Bairro Independência, Porto Alegre

Fone (51) 3314-5227

4- Hospital Sanatório Partenon (se estiver em tratamento no local)

Av. Bento Gonçalves, 3722 – Partenon, Porto Alegre - RS, 90650-000

Fone: (51) 3901-1400/1401. Agendar com a Assistente Social o horário para atendimento.

5- Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - se estiver em tratamento no local

Av. Ramiro Barcelos, 2350 – Bairro Santana, Porto Alegre

Fone (51) 3359-8000

6- Casa Fonte Colombo (para quem estiver em tratamento na PUC, Santa Casa, Presidente Vargas e Plano de Saúde). Rua Hoffmann, 499 – Floresta, Porto Alegre.

Fone: (51) 3346- 6405.

7- Serviço de Atendimento Especializado (SAE) Santa Marta

Rua Capitão Montanha, 24 – Bairro Centro/POA

Fone (51) 3289-2925

8- Serviço de Atendimento Especializado (SAE) Cruzeiro (se estiver em tratamento no local)

Rua Manoel Lobato 151.

Fone: (51) 3289- 4049/ 4051/ 4048

Os documentos necessários para a solicitação de “passe livre” são⁽²⁰⁾:

- Atestado médico com CID (validade de dois meses);
- Uma foto 3x4 (recente);
- Cópia da carteira de identidade ou carteira de trabalho;
- Cópia CPF;
- Comprovante de renda (até seis salários mínimos);
- Comprovante de residência (luz, água ou telefone) e
- Formulário de notificação HIV e cópia do resultado de exame do CD4 com valor ≤ 350 .

A **abrigagem** é mais um benefício que as pessoas com TB que não tem rede familiar ou que estão vivendo em situação de rua podem acessar. Ela pode ser requerida pelo menos durante o tempo de tratamento da doença. O Centro de Referência Especializado para a População de Rua – Centro POP, onde existir deve ser utilizado como espaço privilegiado para a articulação da rede de saúde e

assistência social⁽¹³⁾. Em Porto Alegre, o Centro POP e os CREAS (Anexo B) fazem o encaminhamento para a rede da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), a qual conta com albergues, abrigos e repúblicas para o acolhimento destas pessoas⁽²¹⁾. Os endereços e telefones das unidades da FASC que fazem trabalho de abrigagem no município de Porto Alegre podem ser acessados no Anexo C e, também, podem ser acessados através do telefone 156. É importante lembrar que a pessoa que será abrigada necessita ter cópia do exame de escarro negativo para ser encaminhada ao albergue⁽²¹⁾.

Referências

1. Limas FM, Larocca LM, Chaves MMN, Medeiros ARP, Aquino GS, Coelho APC. Determinação social da tuberculose: análise da realidade objetiva do agravo em um serviço de epidemiologia hospitalar. *Tempus (Brasília)* [Internet]. 2013 [acesso em 2021 dez 10]; 7(2):97-105. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1346>.
2. Valente BC, Angelo JR, Kawa H, Baltar VT. A tuberculose e seus fatores associados em um município da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 jan 14]; 22:e190027. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190027>.
3. San Pedro A, Oliveira RM. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2013 abr [acesso em 2021 jan 14]; 33(4):294-301. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000400009.
4. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. [acesso em 2021 dez 10]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf.
5. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social; 2010. [acesso em 2021 dez 10]. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf.
6. Correia EC, Martins ET. Genograma: um instrumento de saúde mental. *Rev Fac Santa Cruz* [Internet]. 2009 [acesso em 2021 dez 10]; 7(2):17-29. Disponível em <http://www.santacruz.br/v4/download/revista-academica/13/cap3.pdf>.
7. Bastos RMR, Friaça MDA, Duque KCD. Genograma: a utilização deste instrumento gráfico pelas ESF da UBS do Parque Guarani [Internet]. 2017. [acesso em 2021 nov 24]. Disponível em: <http://www.unifenas.br/pesquisa/bolsas/Pet%20Sa%FAde/2008/Genograma%20texto.pdf>.
8. Mello DF, Vieira CS, Simpionato E, Biasoli-Alves, ZMM, Nascimento LC. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2005 [acesso em 2021 jan 14]; 15(1):78-91. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822005000100009&lng=pt&tlng=pt.
9. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
10. Ministério da Saúde (Brasil), Grupo Hospitalar Conceição, Serviço de Saúde Comunitária. Linha de cuidado para atenção às pessoas com tuberculose na Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.3.ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2018.
11. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
12. Guará, IMFR. Redes de proteção social [Internet]. São Paulo: Associação Fazendo História: NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010. [acesso em 2021 dez 14]. Disponível em: <https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Livro4.pdf>.

13. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. 2020. [acesso em 2021 dez 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
14. Ministério da Cidadania (Brasil). Assistência social: benefícios assistenciais [Internet]. Brasília; 2020. [acesso em 2021 dez 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br>.
15. Ministério da Cidadania (Brasil). Benefício de prestação Continuada (BPC) [Internet]. Brasília; 2020. [acesso em 2021 dez 10]. Disponível em <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/beneficios-assistenciais-1/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>.
16. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Brasil), Secretaria Nacional de Assistência Social. Instrução Operacional e Manual de Orientações nº 01 SNAS–MDS/SEB-MEC, 18 de dezembro de 2014. Orienta a atuação dos gestores, equipes de referência, trabalhadores dos Municípios, Estados e Distrito Federal em relação à articulação e integração das ações do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV e o Programa Mais Educação – PME [Internet]. Brasília; 2014. [acesso em 2021 dez 12]. Disponível em: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/wp-content/uploads/2015/01/IO-SCFV-final.pdf>.
17. Instituto Nacional do Seguro Social. Benefícios [Internet]. 2020. [acesso em 2021 out 15] Disponível em: <https://www.gov.br/inss/pt-br>.
18. Ingrácio Advocacia. Blog. Consulta Previdenciária. Auxílio reclusão [Internet]. 2020. [acesso em 2021 out 15]. Disponível em: <https://ingracao.adv.br/auxilio-reclusao/>.
19. Bittencourt ALM. Manual dos benefícios por incapacidade laboral e deficiência. 2.ed. Curitiba: Alteridade; 2018.
20. Porto Alegre. Prefeitura Municipal. Empresa Pública de Transporte e Circulação (EPTC). Prefeitura de Porto Alegre-Transporte-ônibus-Isenções e Benefícios [Internet]. 2020. [acesso em 2021 out 15]. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/eptc>.
21. Porto Alegre. Prefeitura Municipal. Fundação de Assistência Social e Cidadania – FASC [Internet]. 2020. [acesso em 2021 out 15]. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc>.

ANEXO A - ENDEREÇOS E TELEFONES DOS CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS) DE PORTO ALEGRE

REGIÃO RESTINGA / EXTREMO SUL

CRAS RESTINGA - AMPLIADO

Endereço: Rua Economista Nilo Wulff, s/ nº - Bairro Restinga - CEP 91799-000
Fones: 3250-1115 / 3250-6700

CRAS EXTREMO SUL

Endereço: Rua Gomercindo de Oliveira, nº 23 - Bairro Chapéu do Sol - CEP 91787-034
Fone: 3346-8709

CRAS RESTINGA - 5ª UNIDADE

Endereço: Rua São João Calábria, nº 20 - 5ª Unidade - Bairro Restinga - CEP 91740-320
Fone: 3250-8302

REGIÃO LESTE

CRAS LESTE I – AMPLIADO

Endereço: Rua Jerusalém, nº 615 – Vila Bom Jesus – CEP 91420-440
Fones: 3334-4238 / 3386-7628

CRAS LESTE II

Endereço: Rua Emílio Keidann, nº 50 - Bairro Morro Santana – CEP 91450-250
Fone: 3387-2902

REGIÃO SUL / CENTRO SUL

CRAS CENTRO SUL – AMPLIADO

Endereço: Rua Arroio Grande, nº 50 - Bairro Cavahada - CEP 91740-180
Fones: 3249-4343 / 3242-6225

CRAS HÍPICA

Endereço: Rua Geraldo Tollens Link, nº 235 - Aberta dos Morros - CEP 91787-214
Fone: 3268-3163

CRAS SUL

Endereço: Avenida Serraria, nº 1145 - Espírito Santo - CEP 91770-010
Fone: 3248-7241

REGIÃO NORTE / NOROESTE

CRAS NOROESTE – AMPLIADO

Endereço: Rua Irene Capponi Santiago, nº 290 – Vila Floresta – CEP 91040-070
Fones: 3341-4607 / 3362-3047

CRAS NORTE – AMPLIADO

Endereço: Rua Paulo Gomes de Oliveira, nº 200 – Bairro Sarandi – CEP 91120-570
Fone: 3364-1194

CRAS SANTA ROSA

Endereço: Rua Abelino Nicolau de Almeida, nº 330 – Vila Santa Rosa – CEP 91160-290
Fone: 3367-6279

REGIÃO GLÓRIA / CRUZEIRO / CRISTAL

CRAS GLÓRIA – AMPLIADO

Endereço: Rua Cel. Neves, nº 555 - Bairro Medianeira - CEP 90870-310
Fone: 3223-5083

CRAS CRISTAL

Endereço: Rua Curupaiti, nº 27 - Bairro Cristal - CEP 90820-090
Fone: 3242-4930

CRAS CRUZEIRO

Endereço: Travessa Mato Grosso nº 65 - Bairro Medianeira – CEP: 91760-040
Fone: 3289-4998

REGIÃO LOMBA DO PINHEIRO

CRAS LOMBA DO PINHEIRO – AMPLIADO

Endereço: Rua Jaime Rollemberg de Lima, nº 108 - Parada 4 - Vila Mapa - CEP 91540-340
Fones: 3319-1156 / 3319-3155

REGIÃO PARTENON

CRAS PARTENON

Endereço: Rua Barão do Amazonas, nº 1959 - Bairro Partenon - CEP 90660-000
Fone: 3384-2122

REGIÃO EIXO BALTAZAR / NORDESTE

CRAS EIXO BALTAZAR

Endereço: Rua Josefa Barreto, nº 150 - Bairro Passo das Pedras - CEP 91230-080
Fones: 3364-1166 / 3365-1341

CRAS NORDESTE

Endereço: Rua Martin Felix Berta, nº 2357 - Bairro Mario Quintana - CEP 91260-650
Fones: 3387-6209 / 3289-4692

CRAS TIMBAÚVA

Endereço: Avenida Irmão Faustino João, nº 89 - Bairro Rubem Berta - CEP 91250-690
Fone: 3366-1011

REGIÃO CENTRO / ILHAS / HUMAITÁ / NAVEGANTES

CRAS CENTRO

Endereço: Rua Sebastião Leão, nº 273 - Bairro Cidade Baixa - CEP 90050-096
Fones: 3289-5049 / 3289-5048 / 3289-5046 / 3289-5047

CRAS ILHAS

Endereço: Rua da Cruz nº 5 - Ilha dos Marinheiros - CEP 90090-380
Fone: 3203-1583

CRAS VILA FARRAPOS

Endereço: Rua Maria Trindade, nº 115 - Bairro Navegantes - CEP 90250-275
Fone: 3374-4420

NOTA: Consulte os bairros que pertencem a área de abrangência de cada CRAS no link:
http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?p_secao=1757

ANEXO B - ENDEREÇOS E TELEFONES DOS CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA EM ASSISTÊNCIA SOCIAL (CREAS) DE PORTO ALEGRE

REGIÃO RESTINGA / EXTREMO SUL

CREAS RESTINGA / EXTREMO SUL

Endereço: Avenida Macedônia, nº 1000 - Bairro Restinga - CEP 91790-040 - Fone: 3259-5999

REGIÃO LESTE

CREAS LESTE

Endereço: Rua Porto Seguro, nº 261 - Vila Ipiranga - CEP 91380-220

Fones: 3340-4866 / 3338-9804 / 3289-4620 / 3289-4681 / 3289-4682

REGIÃO SUL / CENTRO SUL

CREAS SUL / CENTRO SUL

Endereço: Rua Engenheiro Tito Marques Fernandes, nº 409 - Bairro Ipanema - CEP 91760-110

Fones: 3242-2628 / 3266-0059

REGIÃO NORTE / NOROESTE

CREAS NORTE / NOROESTE

Endereço: Rua Paulo Gomes de Oliveira, nº 200 - Bairro Sarandi - CEP 91120-570

Fone: 3364-6671

REGIÃO GLÓRIA / CRUZEIRO / CRISTAL

CREAS GLÓRIA / CRUZEIRO / CRISTAL

Endereço: Rua General Gomes Carneiro, nº 481 – Bairro Medianeira – CEP 90870-310

Fones: 3219-3496 / 3217-5363

REGIÃO LOMBA DO PINHEIRO

CREAS LOMBA DO PINHEIRO

Endereço: Rua Gervásio Braga Pinheiro, nº 642 - Parada 16

Vila Bonsucesso - Lomba do Pinheiro - CEP 91570-650

Fone: 3319-0191

REGIÃO PARTENON

CREAS PARTENON

Endereço: Rua Everaldo Marques da Silva, nº 12 - Bairro Partenon - CEP 90620-240

Fones: 3289-4694 / 3289-4695 / 3289-4696 / 3289-4699

REGIÃO EIXO - BALTAZAR / NORDESTE

CREAS EIXO - BALTAZAR / NORDESTE

Endereço: Rua Petronilla Cogo, nº 34 - Bairro Santa Fé - CEP 91180-750 - Fone: 3344-2364

REGIÃO CENTRO / ILHAS / HUMAITÁ / NAVEGANTES

CREAS CENTRO/ ILHAS/ HUMAITÁ/ NAVEGANTES

Endereço: Travessa do Carmo, nº 50 - Bairro Cidade Baixa - CEP 90050-210

Fones: 3289-4990 / 3289-4991 / 3289-4992 / 3289-4993 / 3289-4995

NOTA: Consulte os bairros que pertencem a área de abrangência de cada CREAS no link: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?p_secao=1757

Anexo C – Unidades da FASC que realizam serviço de abrigagem para adultos em Porto Alegre

Serviço	Endereço	Telefone
Albergue Acolher 1	Rua João Simplício nº 38 – Bairro Vila Jardim	(51) 3737-2279
Albergue Acolher 2	Rua 7 de Abril nº 315 – Bairro Floresta	(51) 37372118
Albergue Municipal Bom Jesus/ AMBJ	Rua São Domingos, 165 - Bairro: Bom Jesus	(51) 3338-0704 (51) 3338-0678
Abrigo para Mulheres Casa Lilás	Rua Frei Germano, 801 - Bairro: Partenon	(51) 3397-1956 (51) 3351-1160
Albergue Dias da Cruz	Avenida Azenha, 366 - Bairro: Azenha	(51) 3223-1938
Centro POP I	Avenida João Pessoa 2384 – Bairro Farroupilha	(51) 3519-2186 (51) 3519-2187
Centro POP II	Rua Gaspar Martins 114 – Bairro Floresta	(51) 3084-9720
Centro POP III	Avenida França 496 – Bairro Navegantes	(51) 3404-6289

20 POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NO CUIDADO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE



Lúcia Tatiane Florentino de Flavis

Introdução

A psicologia, no Brasil, vem gradativamente assumindo um lugar no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Saúde Coletiva⁽¹⁻³⁾. Isto não ocorre de forma linear; sem entraves e incertezas. Por exemplo, recentemente a Nota Técnica nº 03/2020⁽⁴⁾, do Ministério da Saúde (MS), extinguiu o financiamento para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF's) indicando que os gestores municipais poderão inserir psicólogos (e outros profissionais que antes compunham os NASF's) diretamente nas Equipes de Saúde da Família (eSF's) podendo ampliar sua composição mínima. Sem entrar no mérito da viabilidade dessa medida do MS, isto exemplifica o quanto é importante para a Psicologia oferecer respostas para os problemas que se apresentam em seus diferentes campos de atuação, pois seu papel ainda não está consolidado como essencial em determinadas áreas como, por exemplo, a APS onde já está consolidado o papel da medicina e da enfermagem.

A atuação da Psicologia na saúde pública tem sido requisitada em virtude da necessidade de contribuir com a promoção da saúde mental atingindo a parcela mais ampla da população em um contexto de desigualdades sociais, altas taxas de desemprego e agravamento das condições sociais. A Saúde é um conceito histórico, circunscrito em um tempo e espaço, e reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural de uma sociedade⁵. Não é possível compreender a produção de saúde-doença fora desse contexto e para a Psicologia a promoção da saúde se faz por meio de uma ética do cuidado voltada para a invenção da saúde a partir de um conjunto de estratégias cuja ênfase seja a existência humana a partir de uma concepção histórica e contextualizada do processo saúde-doença⁽⁵⁾.

Essa perspectiva vem sendo colocada em pauta pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), por meio de documentos que orientam a prática dos (as) psicólogos (as) no SUS⁽⁶⁾.

Nesse sentido, a Comissão de Saúde do CFP definiu algumas prioridades para a atuação do psicólogo na saúde pública:

- Defesa do SUS: mobilizar os (as) psicólogos (as) para apoiar a construção do SUS levando em conta os princípios da universalidade, equidade no direito à saúde e integralidade⁽⁶⁾.
- Combate às desigualdades sociais: considerando que a promoção da saúde tem relação com a erradicação da miséria e redução das desigualdades sociais no país. Meta que pode

ser alcançada por meio da elaboração ou fortalecimento de políticas públicas e aprofundamento de debates sobre direitos humanos⁽⁶⁾.

- Democratização do sistema SUS: fortalecer e incentivar as instâncias de controle social⁽⁶⁾.
- Saúde e Subjetividade: estabelecer a relação entre esses dois fatores em sua atuação, considerando a saúde como construto multifatorial, determinado por características biopsicossociais. Considerando que o bem-estar psicológico tem relação com as experiências adquiridas ao longo da vida cabe ao psicólogo ver o sujeito como um todo promovendo a sua autonomia e liberdade de escolha⁽⁶⁾.

Tendo essas diretrizes como ponto de partida, trata-se neste capítulo o tema das possibilidades de atuação do(a) psicólogo(a) na atenção à saúde de pessoas com TB, seus familiares e comunidade no contexto da APS, levando em conta os determinantes sociais que envolvem o processo saúde-doença e suas repercussões na saúde mental. O objetivo é instrumentalizar os psicólogos que atuam na APS a trabalhar com o problema da TB junto à equipe multiprofissional e a atuar diretamente no cuidado de pessoas com TB, suas famílias e a comunidade.

Atividades do(a) psicólogo(a) na Atenção Primária à Saúde relacionadas ao problema tuberculose

A TB é uma doença socialmente determinada, que está relacionada às condições precárias de vida e cujo controle, como em todos os casos de doenças decorrentes das desigualdades sociais, requer o conhecimento e a alteração das condições de vida, bem como mudanças na organização dos serviços de saúde para propiciar maior resolutividade na assistência⁽⁷⁾. Essa reflexão vai ao encontro das principais estratégias sugeridas pela carta de Ottawa⁽⁸⁾ na Promoção da Saúde, que são: a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento das habilidades pessoais, a construção de políticas públicas e a reorientação dos serviços de saúde.

Nessa perspectiva os profissionais de psicologia podem atuar nas equipes de APS com os aspectos psicossociais envolvidos no processo de adoecimento por TB. O conceito de psicossocial é uma junção do psicológico e do social e não deve ser utilizado ingenuamente. É necessário sempre lembrar que não se pode separar o psíquico e o social na vida diária. Reconhecer isto é conferir às pessoas a integralidade no cuidado, não correndo assim o risco de manter uma cisão entre os sujeitos e os fenômenos a eles relacionados⁽⁹⁾.

A equipe de APS vai atuar em relação ao problema da TB com quatro situações: (a) pessoas com sintomas respiratórios ou outros sintomas e que podem ter TB; (b) pessoas com diagnóstico da doença; (c) pessoas que são contatos de caso de TB e necessitam ser investigadas; (d) pessoas que possuem a infecção latente da TB e necessitam da quimioprofilaxia. O(a) psicólogo(a) atuará na avaliação da saúde mental das pessoas envolvidas nestes contextos, nas repercussões que o processo de adoecimento ou risco do adoecimento poderá ter na saúde mental do sujeito e das pessoas de sua rede de relações, bem como no apoio da equipe multiprofissional de saúde para que possa lidar da melhor forma possível com a complexidade deste problema⁽¹⁰⁾.

Um dos fenômenos associados ao problema da TB é a aceitação da doença, pois ela possui um forte estigma social e um longo período de tratamento. Nesse sentido, os profissionais de psicologia poderão realizar um trabalho com a comunidade, e com a equipe de APS conforme a situação, voltado para a desmistificação de preconceitos, estereótipos e estigmas a este respeito, buscando fortalecer os vínculos familiares e comunitários dos portadores de TB.

Outro fenômeno é a dificuldade de adesão ao tratamento, a qual envolve diversos fatores, entre eles, a situação socioeconômica, a baixa escolaridade, o uso de álcool e outras drogas, os efeitos colaterais dos fármacos anti-TB, a concepção sobre o processo saúde-doença e a motivação para realizar o tratamento. Dessa forma, a adesão precisa ser analisada com o intuito de identificar potências para a realização do tratamento (o que mobiliza ou motiva o sujeito para a realização do tratamento prescrito). Não se pode imputar o abandono do tratamento apenas às pessoas com TB, pois isto resultaria em intervenções restritas ao indivíduo e relacionadas à face biológica e clínica da doença⁽⁷⁾.

Didaticamente podemos considerar que a adesão ao tratamento está relacionada a três planos⁽¹⁰⁾:

Os aspectos relacionados ao indivíduo, ou seja, ao entendimento que ele tem sobre o processo saúde-doença, pois a forma como ele o compreende conduzirá seu cotidiano de forma mais ativa ou mais passiva. O entendimento amplo do processo de saúde-doença, ou seja, de forma associada à vida na sociedade, possibilitará o envolvimento do sujeito de forma a tornar sua condição passível de transformação e não de conformismo ou de contemplação. Possibilita a promoção de potencialidades para o enfrentamento da vida, identificando vulnerabilidades e carências. Dessa forma, a terapêutica e a adesão às práticas de intervenção à saúde se configuram como necessidade para a consecução da saúde e esta se apresenta como um projeto de vida. Nesta perspectiva, há pró-atividade frente à necessidade de superação do momento da enfermidade e há responsabilidade e compromisso junto à equipe de saúde na condução das intervenções de saúde. A pessoa é apoiada para assumir seu processo de tratamento enquanto sujeito do processo e não como cumpridor de projetos terapêuticos que não correspondem às suas necessidades de vida⁽¹⁰⁾.

O lugar social ocupado pela pessoa com a doença, ou seja, a existência ou não de condições materiais e de condições subjetivas para enfrentar a doença, resultantes de o doente ter sido ou não atendido, ao longo de seu desenvolvimento, em suas necessidades básicas. Este lugar social vai determinar o acesso à vida com dignidade e às potencialidades para o enfrentamento dos processos que conduzem ao desgaste na vida. Este plano incorpora o acesso ao trabalho, e a todos os elementos que integram a vida em sociedade e que dizem respeito às necessidades mais fundamentais para o desenvolvimento da vida, ou seja, moradia, serviços de saúde, alimentação, vestuário, escolaridade, informação, transporte, lazer, entre outros. Seu atendimento pode conduzir ao fortalecimento do ser humano no cotidiano da vida e na saúde-doença, assim como ao desgaste, momento em que o pólo que evidencia a enfermidade estaria muito mais evidente. É importante ter em conta que este plano que se refere à inserção do indivíduo na sociedade incorpora, ainda, a liberdade, a autonomia, o estímulo ao desenvolvimento da criatividade, o relacionamento compartilhado e construtivo, a afetividade, a felicidade, dentre outras necessidades⁽¹⁰⁾.

O processo de produção da saúde, que se refere à organização do processo de trabalho dos profissionais de saúde. No âmbito da Saúde Coletiva, os processos de trabalho operam segundo a

finalidade de transformar os perfis epidemiológicos com foco para o desenvolvimento da vida saudável. Para tanto, requer-se a atuação em equipe de saúde que deve conjugar os saberes disciplinares de cada um dos participantes no trabalho na perspectiva da integralidade da atenção. A saúde, enquanto processo complexo que envolve toda a trama de constituição da sociedade e das suas relações, com suas contradições e tensões constitutivas, requer a atuação de profissionais com competências e habilidades para compartilhar os saberes de forma a possibilitar o entendimento da realidade de vida das pessoas sob sua responsabilidade institucional. Para tanto, são fundamentais tecnologias relacionais que possibilitem a percepção das necessidades de saúde, o que é possível através da escuta qualificada, do vínculo que emana dos encontros, que devem conter relações simétricas e não dominadoras ou que possam tolher a liberdade, buscando-se a autonomia dos sujeitos na construção e na opção por determinado projeto terapêutico⁽¹⁰⁾.

As contribuições da Psicologia na Linha de Cuidado (LC) da TB na APS se dão no sentido de utilizar seu conhecimento técnico sobre os processos mentais, sociais e de desenvolvimento dos indivíduos, além dos processos de grupos e instituições para atuar junto à equipe de saúde na elaboração de estratégias de enfrentamento à doença, bem como no auxílio para colocá-las em prática.

Além de atuar junto à equipe e à rede intersetorial no sentido de alterar ou melhorar as condições de vida e estado de saúde dos sujeitos portadores de TB, por meio do fortalecimento do Controle Social, da aplicação das políticas públicas existentes e da coordenação do cuidado no trabalho em rede, também pode atuar no sentido de fortalecer a autonomia das pessoas com TB e também a sua responsabilização frente à doença, perante a possibilidade de contágio de outras pessoas. Sua atuação, portanto, dependerá de um mapeamento das necessidades da equipe, da população e do território de intervenção, pois é necessário também conhecer o perfil epidemiológico e sociodemográfico de seu âmbito de atuação. Dependerá ainda do mapeamento dos recursos disponíveis ou faltantes na rede intersetorial e intrasetorial, para o planejamento de ações articuladas com essa rede. Em termos gerais, é possível sistematizar a atuação da Psicologia, de acordo com a LC da TB na GSC-GHC⁽¹¹⁾, nas seguintes atribuições:

- identificar e encaminhar para o médico/ enfermeiro os sintomáticos respiratórios entre os consultantes gerais que demandam à US ou nos relatos dos agentes comunitários de saúde (ACS)⁽¹¹⁾;
- identificar pessoas com o perfil de vulnerabilidade psicossocial e econômica à TB associado ou não a sintomas respiratórios⁽¹¹⁾;
- realizar avaliação psicossocial dos casos de TB em atendimento na US⁽¹¹⁾;
- acolher as pessoas com TB encaminhadas, bem como seus familiares e contatos⁽¹¹⁾;
- elaborar plano individualizado de acompanhamento do caso e sua família/contatos visando à recuperação geral da pessoa⁽¹¹⁾;
- acompanhar a evolução geral do caso de TB e seus contatos junto com a equipe multiprofissional e sua rede social⁽¹¹⁾;
- realizar visita domiciliar para conhecer realidade local, reforço e orientação de tratamento e/ou tratamento supervisionado¹¹;
- conhecer a medicação utilizada no tratamento da TB e suas interações⁽¹¹⁾;

- promover a educação em saúde com o paciente, familiares e/ou cuidadores¹¹;
- auxiliar a família e/ou cuidadores a encontrar soluções para as dificuldades relacionadas à adesão e vínculo ao serviço de saúde⁽¹¹⁾;
- participar do processo de Gestão de Caso das pessoas com TB e/ou seus familiares e da elaboração do Plano Terapêutico ou Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁽¹¹⁾;
- participar das discussões de caso e elaboração de ações interdisciplinares⁽¹¹⁾;
- articular com a rede intersetorial recursos que promovam mudanças ou melhorias às condições de vida dos portadores de TB, suas famílias e comunidades⁽¹¹⁾;
- fortalecer as instâncias de controle social no sentido de buscar soluções conjuntas para situações de vulnerabilidade e risco psicossocial, pois tais situações têm relação direta com a emergência e o controle de doenças como a TB⁽¹¹⁾.

Salienta-se que essas ações envolvem a troca de saberes, a atuação em equipe multidisciplinar, o acompanhamento voltado às necessidades do paciente e de suas características individuais, também preconiza o restabelecimento de vínculos familiares e comunitários, conforme discutimos ao longo deste tópico. A seguir abordaremos algumas especificidades citadas na literatura sobre pessoas com TB, para compreender melhor as repercussões desta enfermidade em seu convívio social e em sua subjetividade.

Alguns estudos sobre grupos vulneráveis onde o olhar da Psicologia se faz essencial

O perfil epidemiológico da TB no Brasil, traçado entre os anos de 2012 e 2016, indica maior prevalência em pessoas do sexo masculino, analfabetos e com idades entre 30 e 39 anos. O estudo considera a baixa escolaridade como associada ao nível de conhecimento sobre a doença, influenciando no engajamento ou não ao tratamento e a maiores ou menores níveis de transmissibilidade. Tais dados indicariam nessa perspectiva a necessidade de aperfeiçoar medidas de prevenção a populações mais vulneráveis⁽¹²⁾.

Em estudo voltado para outro subgrupo, travestis e mulheres transexuais acometidas por TB, também se observou prevalência da doença entre as mais jovens e não brancas. As travestis acometidas por TB apresentaram menor escolaridade e muitas afirmaram terem passado pelo sistema prisional e serem trabalhadoras do sexo. O conhecimento desse subgrupo em relação à TB mostrou-se moderado, mas permeado por equívocos quanto aos sinais e sintomas da doença, assim como quanto à prevenção e formas de transmissão. Os autores consideram que isso pode estar relacionado a práticas discriminatórias em relação a esse subgrupo resultando barreiras quanto ao cuidado em saúde e ressaltaram que no Brasil existem poucas informações sobre a TB nesta população⁽¹³⁾.

Na população em situação de rua a TB se apresenta com altas taxas de prevalência e de interrupção do tratamento, sendo que as pessoas em situação de rua (PSR) realizam itinerários próprios para acessar o tratamento por meio de um subsistema popular, tecendo redes em seu convívio na rua, contando com o apoio de pessoas desconhecidas. Quanto à busca por serviços de saúde, verifica-se que acessam mais os serviços de pronto atendimento⁽¹⁴⁾. Nos diferentes níveis de atenção em saúde as PSR percebem diferenças em relação ao estigma, ao tipo de acolhimento recebido, à fragmentação e continuidade do serviço prestado e às regras e normas dos serviços de saúde, sendo a APS onde melhor

se sentem acolhidos, assim como pelas equipes de Consultório na Rua. Frequentemente as PSR não percebem o próprio adoecimento e necessitam serem alertadas por terceiros. A automedicação, a busca por alimentação e maior ingestão de água são os recursos mais acessados ao perceber o adoecimento. Existe uma postergação em buscar os serviços de saúde em decorrência de situações de discriminação vivenciadas nestes espaços. Outra questão é o sentimento de falta de perspectiva no sucesso do tratamento pelo fato da pessoa se encontrar em situação de rua e muitas vezes em uso prejudicial de drogas⁽¹⁴⁾.

Uma Revisão Integrativa⁽¹⁵⁾ que verificou a produção científica quanto ao consumo de crack e seu favorecimento à ocorrência de TB, identificou uma baixa produção de pesquisas sobre essa população e sobre estratégias de cuidado para lidar com suas especificidades, o que segundo os autores não se coaduna com a alta taxa de prevalência da TB nessa população. Os estudos revisados identificaram algum tipo de relação clínica da TB com o consumo de *crack*, seja diretamente ao mencionar fatores fisiológicos ou indiretamente ao atribuir a relação clínica em decorrência de comportamentos que favorecem a disseminação da doença, como por exemplo, a tosse induzida pelo uso da droga, os contatos ficarem muito próximos em ambientes fechados, a disseminação ampliada pelo fluxo intermitente de pessoas. Além disso, comorbidades como a infecção por HIV entre usuários de drogas e a desnutrição os tornam mais susceptível para o desenvolvimento da TB e para a rápida progressão da doença⁽¹⁵⁾.

Estudos⁽¹³⁻¹⁵⁾ que tiveram como objeto de estudo minorias sociais (usuários de crack, pessoas em situação de rua, mulheres transexuais e travestis e analfabetos) apontam para a necessidade do investimento em educação em saúde para a eliminação de estigmas e para o acolhimento humanizado dessa população, ainda, que são necessários mais estudos sobre grupos vulneráveis e sua relação com o adoecimento por TB. Esses são alguns exemplos de que existem diversas especificidades a serem abordadas em relação ao adoecimento por TB. Outro aspecto a ser estudado é como se dá o processo de cuidado dos profissionais da saúde que vão lidar com um sujeito com essas ou outras problemáticas, por vezes vivenciando múltiplas situações de vulnerabilidade. É necessário estar preparado para o cuidado inserido no modo de viver das pessoas e todas as suas contingências, buscar compreender como se dão suas relações, sua compreensão a respeito do seu processo de saúde-doença, o que é essencial para seu engajamento ou não ao tratamento. De modo que todos esses fatores precisarão ser considerados simultaneamente e o olhar da Psicologia contribui para que tanto a equipe quanto a rede de serviços e as pessoas do convívio deste sujeito também se apercebam dessa multiplicidade de questões e lidem com elas visando a produção da saúde.

Identificou na revisão da literatura⁽¹²⁻¹⁷⁾ que estudos nessa área em geral mencionam os fatores sociais envolvidos no adoecimento por TB e comentam sobre as especificidades de cada um desses grupos associadas à dificuldade para o tratamento, entretanto nenhum deles aprofunda a análise sobre a determinação social da doença, ou sobre como lidar com essas questões, sendo esse um terreno fértil para a produção científica da Psicologia a partir de sua práxis na APS. Destaca-se ainda que os estudos apontam para a necessidade de trabalhar no sentido da diminuição de estigmas e conseqüentemente da discriminação, campos que também se mostram como férteis para a atuação da Psicologia no combate à TB. Isto pode ser realizado dentro das equipes, com a rede de serviços com os familiares e com a comunidade.

A atenção às pessoas com tuberculose e seus e familiares

A TB é considerada uma doença estigmatizante, principalmente pelo fato de acometer pessoas que geralmente se encontram em condições de vida mais vulnerável, tanto econômica como socialmente, quanto pela possibilidade de contágio daqueles com quem convivem, dentre outros fatores.

A partir do adoecimento, as mudanças na vida social e afetiva, associadas ao sofrimento causado pelo adoecimento em si, podem repercutir na saúde mental das pessoas e/ou de seus familiares, e ainda interferir no processo de adesão ao tratamento.

Em pesquisa realizada sobre as representações sociais de enfermeiros acerca das pessoas acometidas por TB⁽¹⁶⁾, concluiu-se que tais representações se organizam a partir do medo gerado perante características físicas, sociais e psicológicas que contribuem para o delineamento da figura da pessoa com TB como um doente perigoso. Na referida pesquisa foram escolhidos enfermeiros, porque nas equipes multiprofissionais geralmente são esses profissionais que acompanham os casos de TB durante todo o tratamento. No que tange às características físicas, predominou a descrição dos doentes centrada no emagrecimento, na fraqueza, na palidez, o que pressupõe a gravidade da doença. O estado psicológico, captado objetivamente por meio da observação dos “ombros caídos” e da postura de encolhimento, é relacionado à tristeza. Quanto à representação da periculosidade, o portador de TB não é visto como um doente qualquer. É visto como um doente que requer maiores cuidados, não apenas pela doença em si, mas por ele ser ou parecer ser, uma fonte de contaminação e transmissibilidade. Quanto às características sociais, são descritos muitas vezes com terminologias que denotam preconceito por estarem em situação de vulnerabilidade social e pessoal. Esses estereótipos identificados no estudo demonstram o quanto estas representações sociais ainda estão fortemente enraizadas no imaginário dos profissionais⁽¹⁶⁾.

São esses estereótipos que auxiliam as pessoas e os profissionais de saúde a pensarem a realidade, embora a estereotipia impeça, em muitos casos, a percepção da singularidade dos sujeitos⁽¹⁸⁾. A desvalorização da singularidade ocorre devido aos conteúdos dos estereótipos que servem ao preconceito e têm sua função social e individual. O estereótipo é um dos elementos do preconceito, mas não se confunde com ele. O preconceito é uma reação individual, uma ação sem reflexão, um estranhamento frente ao diferente, enquanto o estereótipo é predominantemente um produto cultural, uma categorização criada para facilitar a compreensão de um fenômeno. Entretanto, é preciso lembrar que o modo como os sujeitos pensam, determina ou influencia suas ações; razão pela qual é necessário colocar esses estereótipos e os sentimentos de estranheza dos profissionais de saúde em pauta na organização dos processos de trabalho. O tratamento das pessoas com TB precisa ser realizado levando-se em conta a análise psicossocial dos sujeitos, suas concepções acerca do processo saúde-doença, motivações para o tratamento, entre outros. Isto requer a capacidade de avaliá-los em sua singularidade e valorizar suas diferenças individuais, inclusive como elemento de fortalecimento de vínculo, empoderamento e fortalecimento da autonomia dos sujeitos⁽¹⁸⁾.

Em relação às populações em vulnerabilidade social real, e não oriunda de impressões dadas por estereótipos, temos o caso das pessoas com TB em situação de rua. Com essa população é fundamental a utilização do método do Tratamento Diretamente Observado (TDO). Os sujeitos em situação de rua possuem maior dificuldade de adesão ao tratamento devido à trajetória de vida marcada

pela experiência estigmatizante, pelas frágeis percepções do corpo em relação à doença, pelas experiências de violência física e moral, pelo uso de drogas lícitas e ilícitas, e pela qualidade da assistência prestada no TODO⁽¹⁷⁾.

O TDO exige dos profissionais de saúde um cuidado especial na sua atuação que não pode estar apoiada em diretrizes normativas e/ou caritativas, as quais possuem caráter estigmatizante e excludente. Isto pode ser evitado se for garantido nessa intervenção o respeito pelas diferenças e espaço para a emancipação, pois dessa forma é possível contribuir para o fortalecimento dos usuários, tornando-os responsáveis por suas próprias vidas e pelo enfrentamento da doença⁽¹⁷⁾.

Considerando essas reflexões, no contexto da TB na APS, os profissionais de psicologia junto à equipe multiprofissional têm o papel de realizar rupturas na cultura de atenção aos usuários, reinventar suas práticas, alterar modos de organização, gestão e subjetivação dos serviços, e romper modalidades de intervenção hegemônicas. Torna-se necessário pensar na saúde como produtora de subjetividade a partir de uma complexa teia de determinações macro e micropolíticas⁽¹⁹⁾.

Por fim, a atenção ao paciente com TB pressupõe necessidade de considerar as condições de vulnerabilidade que possam estar envolvidas e trabalhar para minimizá-las, promovendo assim a saúde em seu conceito amplo, mas também valorizar a dimensão do paciente enquanto sujeito ativo e capaz de alterar as condições do meio onde vive.

Ações de organização do processo de trabalho

Nas equipes de saúde se sobrepõem três modelos de ética que orientam suas práticas relacionadas com a atenção psicossocial⁽²⁰⁾:

a) A ética da Tutela (instrumental): é baseada no modelo médico, portanto, lida com objetos da natureza e visa à previsão e controle. A doença é vista como exterior ao sujeito e é observada pela objetivação do sintoma e o tratamento dado é o bioquímico. Tal modelo não se restringe aos médicos e o reducionismo causa dificuldades no trabalho conjunto entre os profissionais.

b) A ética da interlocução (moral privada): refere-se ao modelo psicológico. Possui relações menos dissimétricas entre paciente e terapeuta. O tratamento se dá pelo diálogo/ escuta e a vontade do sujeito deve ser levada em consideração, tal como a busca do sujeito pela resolução de seus conflitos. Este modelo deve ser compartilhado no trabalho interdisciplinar para tornar-se mais eficaz.

c) A ética da ação social (pública): as ações terapêuticas devem ser equivalentes a ações políticas. O indivíduo aqui é visto ao mesmo tempo como sujeito e agente terapêutico e o tratamento se dá pela via social e do trabalho.

Nas equipes de saúde, é possível ver o processo de trabalho se organizando por meio da sobreposição desses modelos, por exemplo, os grupos temáticos (idosos, alcoolistas, mulheres, etc.), são grupos onde se encontram a sobreposição da *interlocução* sobre *ação social*. As ações educativas e informativas são resultado da sobreposição da *tutela* sobre a *interlocução*, e assim por diante.

Dessa forma, diferentes saberes e modelos éticos são necessários na abordagem de necessidades em saúde. Nas equipes multiprofissionais é potente a utilização de diferentes estratégias, as quais surgiram a partir do entrelaçamento e sobreposição de diferentes saberes na prevenção e

enfrentamento das doenças. Sendo a TB uma doença multifatorial e considerada como problema social, torna-se indispensável a utilização de diferentes métodos no processo de trabalho.

O trabalho de prevenção e tratamento da TB envolve a necessidade de avaliação e intervenção em diversos fatores relacionados ao processo saúde-doença. Isto requer o compartilhamento de saberes e a utilização de diversas ferramentas e/ou instrumentos de abordagem, entre eles: as discussões de caso, a elaboração de projetos terapêuticos singulares, a interconsulta, a gestão de caso, a avaliação de rede social (mapa social, ecomapa), a construção de genograma, os quais são abordados de forma mais completa em outros capítulos deste livro. Entretanto cabe destacar aqui três ferramentas e as contribuições dos psicólogos nessas abordagens:

A elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares^o (PTS)^(21,22): trata-se de um recurso da humanização em saúde e da clínica ampliada onde se leva em consideração não apenas o indivíduo, mas todo o seu contexto social. Para a formulação do PTS é necessário a reunir a equipe multiprofissional e sugere-se para esse processo a discussão e organização de cinco tópicos que irão auxiliar na condução da abordagem terapêutica, são eles⁽²²⁾:

- Abordagens biológica e farmacológica;
- Abordagens psicossocial e familiar;
- Apoio do sistema de saúde;
- Apoio da rede comunitária;
- Trabalho em equipe: quem faz o quê?

A Interconsulta trata-se de uma prática de caráter interdisciplinar que visa à construção de um modelo integral de cuidado. Existem diversas modalidades, a exemplo das consultas e, visitas domiciliares conjuntas e discussões de caso por uma parcela da equipe ou por todos os integrantes da equipe²¹. Nestas situações a discussão de caso é parte integrante da prática da interconsulta e deve ocorrer dentro de uma visão biopsicossocial que englobe todos os aspectos do problema. Nas discussões de caso para a interconsulta ser efetiva alguns aspectos precisam estar presentes⁽²¹⁾:

- motivo que gerou a discussão do caso;
- a situação atual;
- os recursos positivos disponíveis e
- o objetivo da equipe em apoiar e aliviar o sofrimento.

É importante ressaltar que outra vantagem do trabalho conjunto, como as discussões de caso, é a possibilidade dos profissionais da equipe expressarem suas dificuldades em relação ao problema analisado.

A gestão de caso é uma forma de organização das equipes de saúde para responderem a situações onde indivíduos, famílias e/ou grupos apresentam condições de saúde complexas e que necessitam de cuidados de longo prazo. Tem os objetivos de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada, diminuir a fragmentação da atenção à saúde, aumentar a capacidade funcional do paciente e preservar autonomia individual e familiar^(22, 23).

^o Utiliza-se o termo "singular" e não o termo "individual" porque o PTS pode ser direcionado não apenas a um indivíduo, mas podem ser elaborados projetos territoriais, familiares e coletivos. E mesmo que o PTS seja direcionado apenas a um indivíduo, todo seu entorno territorial e familiar precisa ser considerado⁽²¹⁾.

Através dela busca-se integrar, coordenar os cuidados e advogar, defendendo as necessidades e expectativas de pessoas em situação especial. Evidências mostram que a gestão de caso apresenta resultados sanitários e econômicos positivos quando utilizada na Atenção Primária à Saúde^(22, 23).

A gestão de caso é um processo cooperativo que se desenvolve entre (a) um profissional gestor de caso e a equipe de saúde; e (b) uma pessoa portadora de uma condição de saúde complexa e sua família. Uma condição para acontecer a gestão de caso é a escolha de um profissional da equipe que irá coordenar o trabalho de um grupo de profissionais, em relação a um paciente/família. Nesta escolha deve-se considerar a opinião do paciente/família sempre que possível. Para integrar o cuidado, coordenar as ações e advogar para que a pessoa receba o serviço certo na hora certa, é preciso que um profissional esteja a par de todas as recomendações e cuidados (exames a serem feitos em diferentes serviços em datas variadas; medicamentos a serem utilizados em horários e quantidades variadas; cuidados com dietas; horários de comparecimentos a serviços de saúde e/ou outros). E justamente por serem casos complexos, nem sempre é fácil identificar recursos familiares / sociais que assumam o cuidado^(22,23).

Psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros são, entre outros, os profissionais que frequentemente realizam a gestão de casos, reunindo e coordenando a equipe multidisciplinar para a análise da situação, a elaboração do plano de cuidado, a utilização dos recursos, o acompanhamento e avaliação, a periodicidade da discussão do caso, fornecendo subsídios sociais e dados que possam contribuir para o diagnóstico e para o acompanhamento. Mas, alguns aspectos fundamentais devem ser cuidadosamente respeitados, por exemplo: preservar o vínculo paciente-médico (a escolha de um gestor de caso não pode perturbar os vínculos já estabelecidos); ou, questionar em que medida a atuação de cada profissional está potencializada, para que haja agilidade e ordenação.

Assim, pode-se dizer que a gestão de caso é um processo de cuidado cooperativo que se desenvolve entre: a) a pessoa com uma condição de saúde complexa / e sua família; b) o profissional gestor de caso e sua equipe e c) a rede de suporte social^(22,23).

Para considerar que há gestão de caso deve haver um **Plano Conjunto de Cuidado** construído de forma multidisciplinar entre os componentes da equipe que estão comprometidos com a resolução dos problemas, e o usuário/família. Na gestão de caso se trabalha para a obtenção de objetivos comuns (expressos no plano conjunto de cuidado)^(22,23).

O gestor de caso se responsabiliza por uma pessoa durante a duração da condição crônica de saúde e faz análise e considerações sobre a necessidade e a propriedade dos serviços ofertados e recebidos. Um bom gestor de caso deve conhecer bem os recursos e serviços disponíveis na rede assistencial; ser habilidoso na comunicação e manejo com a pessoa em acompanhamento, com a família e com os recursos sociais. Esse profissional tem a incumbência de coordenar a atenção, utilizando-se de todos os serviços e de todas as instituições que compõem uma rede de atenção à saúde (RAS). Outra atividade importante é verificar se os componentes do plano de cuidado estão sendo prescritos de forma adequada e se estão sendo cumpridos^(22,23). O processo da gestão de caso envolve as etapas de^(22,23):

1 Seleção do caso

As pessoas que necessitam da gestão de caso, em geral, são aquelas que apresentam condições crônicas complexas e/ou de alto risco (uma complicação estabelecida, com grande interferência na qualidade de vida)^(22,23).

2 Identificação das necessidades/problemas da pessoa.

Em geral estas necessidades são múltiplas, dependem de profissionais de diferentes disciplinas e diferentes setores da saúde e fora da saúde. A capacidade de autocuidado costuma ser muito baixa e a equipe de saúde tem um grande papel nestes casos. É fundamental conhecer o usuário e sua rede social, bem como as suas condições de vida, incluindo a visita ao domicílio. O histórico de saúde deve ser construído, com participação dos diversos profissionais da equipe na sua elaboração. Poderá ser utilizada uma ficha de registro e acompanhamento com informações sobre a presença de fatores complicadores, de cronicidade e comorbidades. Este estudo, que integra as informações de vários profissionais, serviços e familiares, leva a uma lista de problemas, constituindo a base para elaboração do plano de cuidados e os objetivos da atenção à saúde^(22,23).

3 A elaboração conjunta e a implementação do plano de cuidado.

A equipe necessita planejar, acompanhar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e preservar autonomia individual e familiar. O plano de cuidado é uma atividade conjunta com a pessoa usuária e sua família. Em alguns casos o plano exigirá a presença de outros atores como o cuidador, membro dos movimentos sociais e/ou dos grupos religiosos, entre outros. É durante a elaboração e implementação do plano de cuidados que é definida a melhor maneira de alcançar os objetivos propostos para a gestão do caso. Neste momento, a atribuição do gestor de caso é definir o que precisa ser feito; como será feito; quem proverá os serviços; quando os objetivos serão alcançados; e onde o cuidado será prestado. Essa etapa exige criatividade para se escolher a melhor alternativa para se alcançar os objetivos^(22,23).

A maioria dos objetivos está composta por metas menores ou atividades que devem ser alcançadas, para que se cumpram os objetivos maiores^(22,23). Assim, por exemplo, o tratamento de uma pessoa com depressão que não tem rede de apoio, não sai de casa a um ano, não consegue se responsabilizar pelos cuidados de alimentação, higiene pessoal e de sua saúde, terá além do objetivo maior (manejo da condição atual para que volte a ter condições de exercer o autocuidado de forma autônoma) algumas metas intermediárias, como por exemplo: (a) ter o tratamento para depressão administrado de forma supervisionado pelo Agente Comunitário ou outra pessoa treinada para essa atividade; (b) ter acompanhamento clínico domiciliar da equipe de saúde até voltar a ter condições de ir a unidade de saúde (no início pode ser acompanhada pelo ACS ou outra pessoa até conseguir ir sozinha); (c) identificação de potencial rede de apoio familiar e/ou social e/ou institucional e (d) exercer os cuidados corporais, da casa da alimentação com apoio da equipe e/ou de uma vizinha (rede articulada pela equipe) até que gradativamente possa reassumir suas atividades cotidianas com autonomia. Espera-se com esse conjunto de ações melhorar a qualidade da atenção à saúde, obter-se uso eficiente dos recursos e o máximo possível de autonomia e independência da pessoa que está com sua saúde comprometida. Para tal, é necessário priorizar necessidades e objetivos, isso pode gerar conflitos entre as propostas do gestor de caso e as expectativas da pessoa doente ou de sua família. É necessário o diálogo e a negociação entre todos os envolvidos sobre o que é prioritário no plano de cuidados.

Priorizadas as necessidades e os objetivos, há que se detalhar as intervenções previstas no plano de cuidado, o que vai envolver o conhecimento dos recursos de saúde, com as especificidades de cada ponto de atenção e dos sistemas de apoio. É essencial conhecer os recursos da comunidade que

possam ajudar a implementar o plano de cuidado. Neste momento, o gestor de caso exercita sua função de coordenação da atenção à saúde, procurando garantir a prestação da atenção certa, no lugar certo, com a qualidade certa e com o custo certo e de forma humanizada^(22,23).

4 O monitoramento do plano de cuidado e a avaliação do cumprimento das metas.

O plano de cuidados precisa ser dinâmico, assim como a vida das pessoas e seu contexto, e para que permaneça adequado e voltado ao alcance dos objetivos, precisa ser monitorado, revisado e reajustado quando necessário. O monitoramento pode ser presencial, por telefone ou correio eletrônico. O monitoramento deve verificar se as necessidades da pessoa e de sua família estão sendo satisfeitas.

Uma gestão de caso bem-sucedida implica alcançar essas necessidades em vários campos: criar uma atmosfera de esperança; responder com honestidade a todas as questões; garantir o cuidado humano e de qualidade; conhecer o prognóstico; conhecer a evolução da pessoa; saber o que está sendo feito e o que deverá ser feito; falar frequentemente com os profissionais que prestam o cuidado; estar presente na residência da pessoa quando necessário; instruir sobre os cuidados a serem providos; e saber abordar a possibilidade da morte^(22,23).

O psicólogo e o trabalho intersetorial na atenção à tuberculose

A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem ao longo dos anos alertando para o problema da TB e para sua concentração em alguns países (80% da carga global da doença encontra-se em 22 países), bem como para a sua taxa de mortalidade o que é considerado inconcebível para uma doença que tem tratamento e cura. A OMS, desde 2006, vem ressaltando a importância da articulação da comunidade e da pessoa doente para estabelecer estratégias de enfrentamento ao controle da doença. Neste plano, questões relacionadas à defesa de causas como mobilização social, comunicação e direito da pessoa com TB receber a atenção e cuidados necessários durante o acompanhamento da doença foram destacados como pontos fundamentais na busca do controle deste agravo⁽²⁴⁾.

O reconhecimento do controle da TB com o envolvimento da comunidade encontra-se articulado às discussões sobre promoção da saúde, baseado nas propostas de cidades saudáveis, das políticas públicas saudáveis e do conceito de intersectorialidade. Esse conceito é compreendido como uma relação estabelecida e reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor, a qual foi construída para debater e intervir sobre algum tema em comum e objetiva alcançar resultados mais eficientes e saudáveis do que conseguiria com a atuação do setor saúde de maneira solitária⁽²⁵⁾.

A importância da atuação da psicologia na perspectiva do trabalho intersectorial para o acompanhamento às pessoas com TB está na ideia de podermos pensar os sujeitos inseridos em contextos de vida diversos, com histórias e relações complexas e que estes fatores precisam ser contemplados quando organizamos uma intervenção relacionada ao processo de cuidado na APS. Essas relações estabelecidas com diversos setores de vida das pessoas são também produtoras de saúde e a psicologia, através do vínculo, escuta e acolhimento pode auxiliar a realizar um enlace entre os mais diversos espaços que podem contribuir para um cuidado mais qualificado para o usuário com TB. A existência concreta de políticas sociais intersectoriais e de compromisso não restrito com a vida e a

dignidade humana podem ser consideradas como ações capazes de reverter os indicadores de saúde atuais, contribuindo, para a melhoria da qualidade de vida da população⁽²⁶⁾.

Um estudo realizado na Região Metropolitana de João Pessoa (Paraíba) com o objetivo de analisar o desempenho das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação à construção do vínculo e o desenvolvimento de ações intersetoriais para o controle da TB, identificou que após a descentralização das ações de controle da TB e a responsabilização da ESF na organização e coordenação da linha de cuidado as ações intersetoriais desenvolvidas: (a) contribuíram no fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde da família, o usuário de TB, sua família e a comunidade; (b) reforçaram e potencializaram a construção de laços interpessoais e articularam esforços, refletidos na cooperação mútua entre os mais diversos setores para a promoção da saúde e um cuidado ampliado no acompanhamento dos usuários e comunidade⁽²⁷⁾.

Diante dessa proposta de articulação entre instituições, serviços, comunidade, entre outros, com a ampliação de olhares de todas instituições destaca-se a importância da construção diária de uma atuação em Rede para o alcance de um cuidado mais humanizado e singularizado para os usuários. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são composições organizativas de ações e serviços de saúde, de diferentes suportes tecnológicos que, em conjunto e integradas através de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, objetivam a garantia da integralidade do cuidado das pessoas e da comunidade. A efetivação e implementação das RAS direcionam para uma maior eficácia na produção de saúde, na produção de cuidado, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS e para um cuidado mais humanizado e próximo das necessidades da população⁽²⁸⁾.

As RAS são organizações poliárquicas (com relações democráticas e de cumplicidade com ampla participação social), unidas por uma missão comum, com objetivos comuns, que se relacionam de forma interdependente, através de uma ação cooperativa, para realizar um cuidado contínuo e integral à população. Esse cuidado é estabelecido em lugar, tempo e com qualidade certa e, preferencialmente, coordenada pela Atenção Primária em Saúde⁽²⁸⁾. Nessa perspectiva, pensamos as redes como organizações que estão constantemente fazendo intercâmbios de recursos; de maneira não hierárquica e sim poliárquica (com relações democráticas e de cumplicidade); com horizontalidade entre os participantes; realizando intervenção de promoção, prevenção, curativas, de recuperação e paliativas de forma integral e privilegiando a necessidade da população ou do foco central ao qual a rede se forma (comunidade, usuários, família, instituição, entre outros⁽²⁹⁾).

As RAS interagem e se interrelacionam através dos vários níveis de atenção existentes (primária, secundário e terciário), das estruturas organizadas, dos investimentos e recursos disponíveis, dos atores sociais, institucionais, comunitários e dos mais inovadores arranjos necessários para contemplar o objetivo de atender a população⁽²⁹⁾. No acompanhamento da psicologia às pessoas com TB a construção de redes tem o objetivo de atender as necessidades e singularidades de cada situação de vida dos sujeitos e ampliar a produção de saúde potencializando recursos.

Considerações finais

A TB caracteriza-se como um problema de saúde pública o qual deve ser uma das ações prioritárias da APS. Os profissionais de saúde devem estar capacitados e implicados na atenção a esse problema para efetivar a construção de vínculo, a aproximação da realidade e o acompanhamento singular às pessoas que estão ou poderão estar em sofrimento em função dessa doença.

A psicologia, ao longo dos anos, foi construindo o seu fazer e cada vez mais vem se inserindo no campo da APS e no acompanhamento das pessoas com TB, visando atuar no processo de saúde-doença como um todo realizando ações em diversas frentes de trabalho. O psicólogo pode atuar de diversas formas no processo de cuidado das pessoas com TB, como, por exemplo, participando na discussão e gestão de casos com o objetivo de aproximar-se do cotidiano dos usuários; estruturando em conjunto com a equipe de saúde projetos terapêuticos singulares (PTS) para responder às necessidades do sujeito acometido pela doença ou problema de saúde, das famílias que acompanham esse sujeito em seu adoecimento; também para auxiliar as pessoas a lidar com a própria doença e com o estigma que a acompanha e, ainda, atuar na comunidade, na perspectiva de obter resultados produtores de saúde auxiliando no protagonismo do sujeito e sua família diante do seu cuidado em saúde. É importante destacar a atuação no processo de motivação à adesão ao tratamento com ferramentas como, por exemplo, à abordagem motivacional e/ou cognitivo comportamental; atuação junto com a equipe no tratamento diretamente observado (TDO) que tem se mostrado uma estratégia importante para prevenir situações de abandono do tratamento ou uso irregular dos medicamentos.

As possibilidades de atuação e contribuições da psicologia junto às equipes de APS no cuidado de pessoas com TB ou em risco de desenvolver a doença, bem como os seus familiares, são inúmeras e todas elas envolvem além da competência técnica uma disponibilidade permanente para o compartilhamento de saberes, para a atuação multidisciplinar e interdisciplinar, para o acompanhamento das pessoas e famílias voltado às suas singularidades, considerando suas potencialidades e a importância do fortalecimento de vínculos entre a pessoa acometida pela TB, sua família e comunidade onde vive.

Referências

1. Freire FMS, Pichelli AAWS. Princípios norteadores da prática psicológica na atenção básica: em busca da integralidade. *Psicol Cienc Prof* [Internet]. 2010 [acesso em 2021 set 14]; 30(4):840-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n4/v30n4a13>.
2. Nepomuceno LB, Brandao IR. Psicólogos na estratégia saúde da família: caminhos percorridos e desafios a superar. *Psicol Cienc Prof* [Internet]. 2011 [acesso em 2021 set 14]; 31(4):762-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000400008&lng=en&nrm=iso.
3. Gorayeb R, Borges CD, Oliveira CMR. Psicologia na atenção primária: ações e reflexões em programa de aprimoramento profissional. *Psicol Cienc Prof* [Internet]. 2012 [acesso em 2021 set 14]; 32(3):674-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000300012&lng=en&nrm=iso.
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. [Internet]. Conasems 28 de janeiro de 2020 [acesso em 2021 set 16]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>.

5. Moura RH, Luzio CA. A psicologia na saúde pública: algumas reflexões para a atuação profissional. In: Emidio TS, Hashimoto F. A psicologia e seus campos de atuação: demandas contemporâneas. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2013. p. 51-83.
6. Conselho Federal de Psicologia, organizador. Como a psicologia pode contribuir para o avanço do SUS: orientações para gestores [Internet]. 2.ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2013. [acesso em 2021 set 14]. Disponível em: http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/07/conasems-crepop_grafica4.pdf.
7. Hino P, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Egry EY. Necessidades em saúde segundo percepções de pessoas com tuberculose pulmonar. Rev. Esc. Enferm USP [Internet]. 2012 dez [acesso em 2021 set 23]; 46(6):1438-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/22.pdf>.
8. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion [Internet]. Geneve: WHO; 1986. [acesso em 2021 set 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.
9. Conselho Federal de Psicologia. Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011 [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2011. [acesso em 2021 set 23]; Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/redepsicosociaisfinal1.pdf>
10. 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 [Internet]. 2009 [acesso em 2021 set 23]; 43(Esp. 2):1326-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000600031&script=sci_abstract&lng=pt.
11. Ministério da Saúde (Brasil), Grupo Hospitalar Conceição, Serviço de Saúde Comunitária. Linha de Cuidado para a atenção às pessoas com tuberculose na Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. 3ª ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora Conceição; 2018.
12. Fontes GJF, Silva TG, Souza JCM, Nascimento AF, Silva MA, Bezerra ALD, Assis EV. Perfil epidemiológico da tuberculose no Brasil no período de 2012 a 2016. Perfil epidemiológico da tuberculose no Brasil no período de 2012 a 2016. Rev. Bra. Edu. Saúde [Intenet]. 2019 jan/mar [acesso em 2021 set 23]; 9(1):19-26. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/6376>.
13. Ferreira Jr S, Francisco PMSB, Nogueira PA. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose entre transgêneros na cidade de São Paulo, Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2019 ago [acesso em 2021 set 23]; 24(8):3025-36. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000803025.
14. Zuim RCB, Trajman A. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. Physis [Internet]. 2018 [acesso em 2021 set 23]; 28(2): e280205. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000200601.
15. Cruz VA, Harter J, Oliveira MMO, Gonzales RI, Alves PF. Consumo de CraCk e a tuberculose: uma revisão integrativa. SMAD Rev. Eletr. Saúde Mental Álcool e Drogas [Internet]. 2013 jan/abr [acesso em 2021 st 14]; 9(1):48-55. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762013000100008&script=sci_arttext&lng=pt.
16. Rodrigues ILA, Motta MCS, Ferreira MA. Representações sociais de enfermeiros sobre o portador de tuberculose. Acta Paul Enferm [Internet]. 2013 [acesso em 2021 set 23]; 26(2):172-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a11.pdf>.
17. Souza ES. População em situação de rua e tratamento diretamente observado (TDO) para Tuberculose (TB): a percepção dos usuários [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.
18. Crochík JL. Preconceito, indivíduo e cultura. 3.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
19. Dimenstein M, Macedo JP. Formação em psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. Psicol Cienc Prof [Internet]. 2012 [acesso em 2021 set 14]; 32 (esp.):232-45. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000500017.
20. Figueiredo AC. A clínica da atenção psicossocial: uma proposta da psicanálise. In: Reis FJT, Franco VC, organizadores. Aprendizes da clínica: novos fazeres psi. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p. 37-47.

21. Chiaverini DH, organizador. Guia prático de matriciamento em saúde mental [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011. [acesso em 2021 set 14]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf.
22. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família [Internet]. Brasília: OPAS; 2012. [acesso em 2021 set 14]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.
23. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [acesso em 2021 set 14]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf
24. World Health Organization. The Global Plan to Stop TB 2011-2015: transforming the fight. Towards elimination of tuberculosis [Internet]. Geneva: WHO; 2011. [acesso em 2021 set 14]. Disponível em: http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf.
25. Westphal MF. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. Rev Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2000 [acesso em 2021 set 14]; 5(1):39-51. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100005&script=sci_abstract&tIng=pt.
26. Rede Unida. Rede Unida [Internet]. 2007. [acesso 2021 set 14]. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br>.
27. Sá LD, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Souza KMJ, Palha PF. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011 mar/abr [acesso em 2021 set 14]; 19(2). Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_22.pdf.
28. Ministério da Saúde (Brasil), Departamento de Atenção Básica, Redes de Atenção (RAS). [Internet] [Acesso 2021 set 16]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php.
29. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [acesso em 2021 set 16]; 15(5):2297-2305. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_abstract&tIng=pt.

21 POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DA NUTRIÇÃO NO CUIDADO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE



Bruna Franzoni
Lena Azeredo de Lima
Natália Miranda Jung
Renata Escobar Coutinho

Introdução

Este capítulo abordará os aspectos nutricionais inerentes às pessoas com tuberculose (TB), com o objetivo de subsidiar os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) nas ações de avaliação, aconselhamento e manejo nutricional das pessoas com TB como parte regular do tratamento, bem como indicar quando encaminhar a pessoa para a avaliação dos profissionais que realizam o apoio matricial em nutrição junto às APS e compõem a rede de cuidados ofertada para esses indivíduos. Ainda, instrumentalizar os nutricionistas que realizam o apoio matricial para o cuidado nutricional especializado desses indivíduos.

O enfoque na construção desse material ocorreu com base na reflexão e na busca de respostas para quatro questões levantadas pelos profissionais que atuam no cuidado de pessoas com TB na APS, são elas: (1) Quais as repercussões da TB no estado nutricional das pessoas acometidas pela doença?; (2) Quais as ações de cuidado nutricional para pessoas com TB que podem ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde da APS?; (3) Quais as ações que o apoio matricial em nutrição poderá desenvolver na atenção às pessoas com TB? e (4) quais as orientações nutricionais que os demais profissionais da APS podem oferecer às pessoas em tratamento para TB?

Repercussões da TB no estado nutricional das pessoas acometidas pela doença

1. O cuidado nutricional em pessoas com tuberculose

A TB está associada à pobreza, desnutrição e deficiência do sistema imune. Dessa forma, o papel da alimentação e do cuidado nutricional torna-se de extrema relevância para o sucesso da prevenção e do tratamento da doença. A desnutrição é altamente prevalente em pessoas com TB. Está bem estabelecido que a piora do estado nutricional é um fator de risco para a progressão da forma latente da TB para a forma ativa e que a presença de desnutrição no diagnóstico da TB ativa é um preditor de risco de morte e reincidência da doença⁽¹⁾. Pode-se dizer que a relação entre TB e desnutrição é bi-direcional. Ou seja, ao mesmo tempo em que a desnutrição é um importante fator de risco, o quadro clínico da doença é responsável pelo desencadeamento de desnutrição secundária, tornando-a uma consequência comum na maioria dos casos de tuberculose⁽¹⁻³⁾.

A desnutrição é um termo que se refere ao estado nutricional subótimo do indivíduo, caracterizado pela ingestão insuficiente de energia, micronutrientes e proteínas que resulta de complexa

interação entre a sua alimentação, condições econômicas, estado de saúde e condições sociais em que vive, e, assim, representa uma situação de limitação da saúde¹. Quadros de desnutrição comprometem o sistema imunológico, e, conseqüentemente, diversos mecanismos importantes, tais como a fagocitose, imunidade mediada por células, concentração de anticorpos e produção de citocinas. Em caso de infecção, ocorre ainda um aumento das necessidades nutricionais, frequentemente associada com a perda de peso corporal⁽³⁾.

Ações de cuidado nutricional para pessoas com TB que podem ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde da Atenção Primária

Levando-se em consideração que os indivíduos com TB ativa freqüentemente apresentam desnutrição no momento do diagnóstico da doença e que o risco de mortalidade aumenta conforme o Índice de Massa Corporal (IMC) diminui, a triagem e a avaliação nutricional são ferramentas fundamentais para determinar a melhor intervenção nutricional possível⁴. Dessa forma, todos os indivíduos com TB ativa devem receber: 1) avaliação de seu estado nutricional e 2) aconselhamento adequado à avaliação realizada no momento do diagnóstico e durante todo o tratamento⁽¹⁾.

A triagem de risco nutricional deve ser realizada o mais breve possível, preferencialmente durante a avaliação inicial do sintomático respiratório ou na consulta para verificar os resultados do exame. Esse procedimento pode ser executado por profissionais de saúde (técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos) previamente capacitados para a abordagem.

A avaliação nutricional é pré-requisito para uma intervenção nutricional adequada de forma a auxiliar na recuperação e/ou manutenção do estado de saúde do indivíduo^(1,4,5). Nesse sentido, os indivíduos classificados com risco nutricional, a partir da triagem, deverão ter uma avaliação nutricional mais completa realizada pelo profissional nutricionista.

1. Triagem nutricional

A triagem de risco nutricional tem sido definida pela Sociedade Americana de Nutrição Parenteral e Enteral (ASPEN) como "um processo para identificar indivíduos que estejam desnutridos ou que estejam em risco de desnutrição para determinar se uma avaliação nutricional mais detalhada é indicada"⁽⁵⁾.

Existem diferentes metodologias para realizar a triagem nutricional, entretanto não há consenso sobre qual seria o melhor método a ser utilizado. Para adultos, sugere-se as equipes de Atenção Primária em saúde (APS) o uso do *Malnutrition Universal Screening Tool* – MUST (Tabela 1), pois é um instrumento simples, barato e fácil de ser empregado por qualquer profissional de saúde. Pode ser aplicado em adultos, idosos, lactantes e gestantes, principalmente em comunidades, e não apenas em pessoas com acompanhamento clínico ambulatorial, mas também em indivíduos hospitalizados. O resultado de cada critério de avaliação gera uma pontuação, e os pontos dos três critérios são somados. Para a interpretação do score, as pessoas são agrupadas em três categorias (baixo, médio e alto risco de desnutrição)⁽⁶⁾.

Passos para aplicação do instrumento MUST⁽⁶⁾:

- 1- Aferir peso e altura;
- 2- Calcular o IMC e classificar conforme critério 1 do Quadro 1;

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (Kg)}}{\text{estatura}^2 (\text{m}^2)}$$

- 3- Calcular o % de perda de peso involuntária e classificar conforme critério 2 d do Quadro 1;

$$\% \text{ perda de peso} = \frac{[\text{peso usual (Kg)} - \text{peso atual (Kg)}] \times 100}{\text{peso usual (Kg)}}$$

Observação: Se não for possível calcular a perda de peso recente, utilizar a perda de peso indicada pelo indivíduo (se houver credibilidade).

- 4- Estabelecer a consequência de doença grave e pontuar conforme critério 3 do Quadro 1.
- 5- Somar as pontuações dos critérios 1, 2 e 3 para obter o risco geral de desnutrição.

Quadro 1 - Critérios para Triagem do Risco Nutricional - Instrumento MUST (*Malnutrition Universal Screening Tool*)

Critério 1 IMC (Kg/m ²)		Critério 2 % de perda de peso involuntária nos últimos 3 a 6 meses		Critério 3 Indivíduo gravemente doente com ausência/diminuição da ingestão alimentar em um período >5 dias	
> 20,0	0	< 5%	0	Não	0
18,5 – 20,0	1	5 – 10%	1	Sim	2
< 18,5	2	> 10%	2		
Pontuação Final (somar as pontuações dos três critérios)					
0 pontos		1 ponto		2 ou mais pontos	
Baixo risco		Risco médio		Risco elevado	

Fonte: Silva⁽³⁾.

Após a triagem, a pessoa pode ser classificada em duas categorias:

- Sem risco nutricional (baixo risco) – necessidade de reavaliação periódica;
- Com risco nutricional (risco médio e elevado) – necessidade de avaliação do nutricionista.

2. Avaliação nutricional

A avaliação nutricional deverá ser realizada por uma nutricionista e tem sido definida pela ASPEN⁽⁵⁾ como “uma abordagem de diagnóstico nutricional abrangente que faz uso de uma combinação de componentes: história clínica, nutricional e de medicação; exame físico; medidas antropométricas e exames laboratoriais”.

Os parâmetros para a avaliação antropométrica e da composição corporal são os mesmos utilizados para a população em geral. O Índice de massa corporal (IMC) é o indicador mais simples do estado nutricional calculado a partir da fórmula mencionada anteriormente e classificado conforme descrito nos Quadro 2 e 3.

Quadro 2 - Classificação do estado nutricional do adulto, segundo o IMC

Classificação	IMC (Kg/m ²)
Magreza III	< 16,0
Magreza II	16,0 – 16,9
Magreza I	17,0 – 18,4
Eutrofia	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidade I	30,0 – 34,9
Obesidade II	35,0 – 39,9
Obesidade III	> 40,0

Fonte: WHO⁽⁷⁾.**Quadro 3** - Classificação do estado nutricional do idoso, segundo o IMC.

Classificação	IMC (Kg/m ²)
Abaixo do peso	< 22,0
Risco nutricional	22,0 – 24,0
Eutrofia	24,0 – 27,0
Sobrepeso	
Homens	27,0 – 30,0
Mulheres	27,0 – 32,0
Obesidade	
Homens	> 30,0
Mulheres	> 32,0

Fonte: Lipschitz⁽⁸⁾.

Mudança de peso: A perda de peso involuntária constitui-se num dado importante para a avaliação do estado nutricional. A significância da perda de peso em relação ao tempo pode ser verificada no Quadro 4.

Quadro 4 - Avaliação da perda de peso em adultos e idosos

Tempo	Perda significativa de peso (%)	Perda grave de peso (%)
1 semana	1 – 2	> 2
1 mês	5	> 5
3 meses	7,5	> 7,5
6 meses	10	> 10

Fonte: Blackburn *et al*⁽⁹⁾.

Ações que o apoio matricial em nutrição poderá desenvolver na atenção às pessoas com TB

1 Recomendações nutricionais

As recomendações nutricionais devem ser pautadas na avaliação do estado nutricional. Levando-se em consideração a maior predisposição de perda de peso e, conseqüente, desnutrição em indivíduos com TB, o alvo da conduta nutricional na maior parte dos casos diz respeito à recuperação do estado nutricional através da garantia do aporte calórico. De um modo geral, as orientações nutricionais devem ser pautadas em uma alimentação saudável que atenda as recomendações nutricionais da *Recommended Dietary Allowance (RDA)*⁽¹⁰⁾. Ou seja, as recomendações de energia, macro e micronutrientes não devem ser menores do que aquelas estabelecidas para indivíduos saudáveis, conforme gênero e idade⁽¹¹⁻¹³⁾. Em caso de desnutrição grave deve ser considerada a possibilidade de suplementação alimentar, embora o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde ainda não tenham estabelecido um tipo de suplementação específica para os casos de TB⁽¹³⁾.

2 Necessidades energéticas

O uso de fórmulas para o cálculo de estimativa da necessidade de energia é de grande importância para a prática clínica. Para estabelecer a recomendação energética, é necessário primeiramente calcular a Taxa de Metabolismo Basal (TMB) individual. A TMB pode ser estimada por meio da equação de Harris & Benedict⁽⁴⁾.

Uma vez determinada a TMB, o gasto energético total pode ser estimado por meio da multiplicação dos fatores (1) atividade, (2) injúria/lesão e (3) térmico. É importante destacar que o fator térmico deve ser aplicado apenas na vigência de estados febris associados e que os fatores de injúria/lesão são específicos para algumas enfermidades. No caso da TB, a aplicação desse fator fica impossibilitada uma vez que não existe uma determinação específica de fator injúria/lesão para essa situação clínica. Dessa forma, deve-se multiplicar ao valor da TMB apenas o fator atividade que varia entre 1,2 e 1,3, sendo aplicável 1,2 para indivíduos acamados; 1,25 para indivíduos acamados com mobilidade e 1,3 para indivíduos ambulantes⁽⁴⁾.

Em termos práticos, é possível ainda calcular a necessidade calórica com base na chamada "Fórmula de Bolso". Para manutenção do peso corporal, sugere-se 25 a 30 Kcal/Kg. Para ganho de peso calcula-se 30 a 35 Kcal/Kg e, por fim, para casos graves de desnutrição acima de 35 Kcal/Kg⁽⁴⁾.

Não há evidências que sustentem diferentes recomendações energéticas para indivíduos desnutridos com e sem tuberculose ativa, sendo sugerido, portanto, o mesmo manejo nutricional para ambos os casos⁽¹⁴⁾.

3 Macronutrientes

A avaliação dietética e os cuidados nutricionais em indivíduos com TB devem garantir as recomendações nutricionais mínimas para macronutrientes de acordo com o preconizado pela OMS¹. As evidências sugerem que a proporção de energia proveniente de cada um dos três tipos de macronutrientes deve ser a mesma daquela estabelecida para indivíduos saudáveis. Ou seja, para pessoas com TB recomenda-se distribuir as fontes energéticas da seguinte forma: 45-65% de carboidratos, 15-30% de proteína e 25- 35% de gordura^(1,15).

Considerando a relação estabelecida entre tuberculose, desnutrição e sistema imunológico, destaca-se que a manutenção da síntese muscular e prevenção da sua degradação através da garantia do aporte proteico diário são de extrema importância⁽¹⁶⁾. A quantidade de proteínas depende da gravidade da tuberculose, do estado nutricional do paciente antes da doença, bem como do impacto da doença sobre o estado nutricional atual do paciente. O aporte protéico deve ser de 0,8 a 1,0 g/kg/dia nos casos de eutrofia; 1,0 a 1,2 g/kg/dia, quando desnutrição leve à moderada; e 1,5 a 2,5 g/kg/dia nos pacientes com desnutrição grave. Indivíduos com doença renal grave (TFG<30), que não estão em diálise, são exceção à regra de alto consumo protéico, havendo necessidade de restrição proteica conforme avaliação individual⁽⁶⁾.

4 Micronutrientes

Do ponto de vista conceitual, é importante destacar que a má nutrição/desnutrição é decorrente tanto de uma insuficiência calórica quanto de micronutrientes (vitaminas e minerais). Embora a relação entre imunidade baixa por subnutrição e risco de adquirir tuberculose não tenha sido bem caracterizada⁽¹⁷⁾, estudos transversais e de coorte tem sugerido que a tuberculose ativa é comumente associada a baixos níveis séricos de micronutrientes importantes, como o zinco e as vitaminas A, C, D e E⁽¹⁸⁾.

Zinco: O zinco é essencial para o crescimento, desenvolvimento e função imunológica. Estima-se que a deficiência de zinco, comumente associada à desnutrição protéico-energética, tenha elevada prevalência em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como o Brasil, acentuando-se em populações sem acesso ao alimento de origem animal, principalmente carnes vermelhas, melhor fonte biodisponível de zinco⁽¹⁹⁾. As principais fontes de zinco são os produtos de origem animal como ostras, fígado, carne de boi, carnes escuras de aves, carne de vitela, caranguejo e ovos. Os cereais integrais têm um alto conteúdo de zinco, mas a presença de fatores antinutricionais diminui a biodisponibilidade dessas fontes, enquanto os cereais refinados apresentam teores muito baixos de zinco⁽²⁰⁾.

Vitamina A: está envolvida na função dos linfócitos B e T, na ativação dos macrófagos e na resposta de defesa do organismo (geração de anticorpos)⁽¹⁸⁾. As fontes alimentares de origem animal da vitamina A são fígado, manteiga, queijo, leite integral, gema de ovo e peixe. Contudo, também existem alimentos de origem vegetal, com preços mais acessíveis do que os de origem animal, que são ricos em carotenóides formadores de vitamina A. Os carotenóides representam o mais amplo grupo de pigmentos que ocorre na natureza, com cores que variam do amarelo ao vermelho. Esses carotenóides ativos se convertem em vitamina A no interior do organismo por ação enzimática. Os alimentos de origem vegetal ricos em provitamina A são manga, mamão, caju, goiaba vermelha, cenoura, milho (amarelo), batata doce (amarela), abóbora (madura), moranga, couve, mostarda, espinafre, brócolis, caruru, folhas de beterraba e cenoura, chicória, alface e agrião. No entanto, as mais ricas fontes de provitamina A são dois óleos, amplamente encontrados no nordeste brasileiro: dendê e buriti⁽²¹⁾.

Vitamina C: possui importante papel na reciclagem e reativação da vitamina E, apresentando também implicações na imunidade. Diminuição da vitamina C, conhecida também por ácido ascórbico, é associada com redução da imunidade, queda de atividade bactericida e mobilização de macrófagos prejudicada⁽²²⁾. Boas concentrações de Vitamina C podem ser encontradas principalmente nas frutas cítricas, como acerola, caju, goiaba, kiwi, mamão papaia, morango, laranja, tangerina e limão, e em

alguns vegetais, como agrião, brócolis, couve, pimentão amarelo, tomate e salsa. Cabe ressaltar que os vegetais cozidos perdem grande parte da vitamina, portanto, é preferível consumi-los crus⁽²³⁾.

Vitamina D: é sugerido que níveis séricos reduzidos dessa vitamina parecem aumentar o risco de infecção por tuberculose. Em estudo com imigrantes africanos na Austrália, aqueles indivíduos com tuberculose ativa apresentaram níveis séricos de vitamina D substancialmente menores do que aqueles sem tuberculose. Entretanto, apesar de vários estudos com suplementação de vitamina D em diferentes doses não demonstrarem benefícios estatisticamente significativos que possam sustentar a suplementação ou dosagem recomendada desse micronutriente no tratamento da tuberculose⁽¹⁸⁾, sabe-se o importante papel que essa vitamina desempenha na ativação de macrófagos e restrição do crescimento bacteriano^(17,24). As fontes alimentares de vitamina D (D2 ou D3) são escassas e de conteúdo não significativo na maioria dos casos. As principais são óleos de peixe, fígado e produtos alimentares enriquecidos, como os produtos lácteos e pão⁽²⁵⁾. Considerando que a maior fonte de vitamina D é oriunda da exposição ao sol, o Ministério da Saúde recomenda garantir a exposição solar de quinze a vinte minutos pelo menos três vezes por semana, sem protetor solar, até às dez da manhã ou após as quatro da tarde.

Vitamina E: atua por meio de interações envolvendo a enzima glutathione peroxidase, que influenciam direta e indiretamente na imunidade, a partir de combinações de suas funções antioxidantes. Além da capacidade antioxidante da glutathione peroxidase, tem sido atribuída a esta enzima alterações na imunidade decorrentes do seu impacto sobre a diferenciação de linfócitos, transdução de sinal e regulação de citocinas pró-inflamatórias, tais como leucotrienos, tromboxanos e prostaglandinas⁽²⁶⁾. Tem sido relatado que a vitamina E pode reforçar indiretamente fatores imunes e tem a capacidade de interagir com as vitaminas A e C, potencializando a sua capacidade antioxidante, já bem definida. A deficiência de vitamina E resulta em redução do poder bactericida de leucócitos e linfócitos, menor produção de imunoglobulinas, menor produção e funcionamento de linfocinas e citocinas⁽²⁷⁾. Alimentos ricos em vitamina E são o gérmen de trigo (fonte principal), óleos vegetais, como soja, arroz, algodão, milho e girassol, amêndoas, nozes, castanha-do-pará, gemas e vegetais folhosos⁽²³⁾.

5 Suplementos nutricionais para indivíduos em tratamento de tuberculose ativa

Revisão sistemática da Cochrane avaliou 35 estudos com mais de 8.283 indivíduos em tratamento para TB. O objetivo foi verificar os efeitos dos suplementos nutricionais por via oral. Concluiu-se que os estudos são insuficientes para comprovar se o uso de suplemento reduz as taxas de morte ou cura por TB (evidência muito fraca). No entanto, há indicação de melhora no ganho de peso (evidência moderada) e na qualidade de vida (evidência fraca) em algumas situações. No que diz respeito ao uso rotineiro de suplementos de micronutrientes, não foi possível constatar se os mesmos têm algum efeito sobre as taxas de morte ou cura por tuberculose (evidência muito fraca), assim como se verificou que não têm nenhum efeito sobre o ganho de peso (evidência fraca). Os micronutrientes avaliados na revisão foram: vitamina A; vitamina D, vitamina E, zinco e selênio⁽¹⁸⁾.

Orientações relacionadas com a nutrição que os demais profissionais da APS podem oferecer às pessoas em tratamento para tuberculose

1. Segurança alimentar e a adesão ao tratamento medicamentoso da tuberculose

A adesão medicamentosa, especialmente em condições de saúde que requerem tratamento prolongado, como a TB, é frequentemente menor do que a esperada, podendo resultar em desfechos negativos à saúde. Considerando que a insegurança alimentar tem sido reconhecida como uma importante barreira para o tratamento de indivíduos com TB, alguns programas fornecem gratuitamente alimentos/refeições com a finalidade de promover adesão ao tratamento ou minimizar as consequências econômicas de uma doença prolongada⁽²⁸⁾. Embora as evidências do impacto positivo da intervenção alimentar sobre o acesso e adesão ao tratamento da TB sejam atualmente limitadas, as intervenções que abordam a segurança alimentar têm o potencial de melhorar o acesso e a adesão ao tratamento da TB, bem como apoiar a recuperação nutricional através do fornecimento de alimentos nutritivos⁽¹⁾.

Os restaurantes populares, cozinhas comunitárias e bancos de alimentos são exemplos de serviços destinados à captação, preparo, doação e comercialização de refeições a preços acessíveis, que contribuem para a promoção da segurança alimentar e nutricional das pessoas em situação de vulnerabilidade social⁽²⁹⁾.

2. Manejo nutricional nos efeitos adversos do tratamento

A perda de peso durante o curso da TB é multifatorial, podendo ser causada por ingestão reduzida de alimentos decorrente de inapetência, náuseas, dor abdominal, perda de nutrientes por vômitos e/ou diarreia, alterações metabólicas causadas pela própria doença, dentre outras questões. A conjuntura desses fatores ainda pode ser agravada pelos efeitos colaterais dos medicamento inerentes ao tratamento da doença⁽¹⁾. Assim sendo, o manejo nutricional dos efeitos colaterais dos medicamentos assume papel importante na recuperação do estado nutricional, na evolução da condição clínica e resposta ao tratamento.

2.1. Náuseas e vômitos

Os sintomas de náuseas e vômitos podem se atenuados por algumas medidas alimentares simples, tais como⁽³⁰⁾:

- Fracionamento da alimentação em pequenas refeições com intervalos menores;
- Realização das refeições em ambiente tranquilo e arejado;
- Horários estabelecidos para as refeições;
- Oferta de alimentos que sejam da preferência do indivíduo;
- Evitar que o indivíduo deite-se logo após as refeições, mantendo sua cabeça elevada por até uma a duas horas após a ingestão de alimentos;
- Preferência por refeições com alto teor protéico e menor quantidade de carboidratos e gorduras;
- Não oferta de frituras e alimentos gordurosos, condimentados, muito ácidos ou açucarados e com odor forte;
- Não ofertar líquidos durante as refeições;

- Preferência por preparações em temperatura ambiente ou alimentos frios, evitando alimentos em temperaturas extremas;
- Oferta de líquidos claros (sucos, chás, caldos, gelatinas, gengibre e lascas de gelos) entre as refeições.

Em caso de vômitos contínuos, é aconselhável limitar qualquer comida ou bebida até o vômito cessar. Após, aguardar por 30 a 60 minutos e então iniciar a alimentação em pequena quantidade (goles) de líquidos claros⁽³⁰⁾.

2.2. Hiperuricemia com artralgia

A hiperuricemia assintomática é um efeito adverso freqüente durante o uso da pirazinamida (PZA) e, em menor freqüência, com o uso do etambutol. A PZA pode ser responsável por artralgia, sem relação com a hiperuricemia. Nessa situação, o uso de antiinflamatórios não esteroidais costuma ser efetivo. A hiperuricemia pode ser causa de graves problemas renais (nefrolitíase, nefropatia por uratos ou por ácido úrico) que podem evoluir para uma insuficiência renal. Na presença de hiperuricemia, deve-se fazer orientação nutricional de uma alimentação com baixo teor de purinas, ou seja, manejo nutricional equivalente quando casos de gota⁽³¹⁾.

Alimentos ricos em purina: O consumo de alimentos ricos em purinas (Quadro 5) é conhecido por contribuir substancialmente para as concentrações de ácido úrico no plasma, assim como estão associados também ao aumento no risco para desenvolvimento de gota.

Quadro 5 - Conteúdo de purina nos alimentos

Classificação da quantidade de purina nos alimentos	Tipos de alimento
Alimentos com conteúdo elevado de purinas (100-1.000mg de nitrogênio purínico por 100g de alimento)	Condimentos como caldos de carne e de galinha, extrato de carne, molhos à base de carne, vísceras (coração, rim e fígado), miolos, moela, presunto (embutidos), arenque, anchovas, mexilhão, sardinha, manjuba, cavala, ovas de peixe e levedura de cerveja.
Alimentos com conteúdo moderado de purinas (9-100 mg de nitrogênio purínico por 100g de alimento)	Carnes e pescados, mariscos, verduras, aspargos, feijão, lentilha, ervilha, grão de bico, favas, cogumelo e champignon, espinafre e couve-flor.
Alimentos com conteúdo insignificante de purinas (podem ser consumidos diariamente)	Cereais, pão branco, biscoitos doces ou salgados, pastel, frutas (frescas ou secas), verduras (exceto as citadas acima), hortaliças, azeitona, leite e derivados, ovos, chocolate, café, chá, azeite, óleos, margarina, manteiga, refrigerante, conservas, sal, açúcar, edulcorantes e vinagre.

Fonte: Barra⁽³²⁾.

Biodisponibilidade de purina nos alimentos: A variação no risco de hiperuricemia, associada a diferentes alimentos ricos em purina, pode ser explicada pela variação nas quantidades e tipos de purina presentes nos alimentos. Além disso, a biodisponibilidade de metabolização da purina em ácido úrico varia substancialmente. Há pouco conhecimento sobre a quantidade exata de purina nos alimentos, especialmente quando cozidos ou processados. Estudos demonstram que o processo de cocção afeta o conteúdo de purina nos alimentos, uma vez que foram encontradas purinas na água de cozimento de alimentos com alto teor de purinas. Deste modo, a cocção em meio aquoso pode reduzir o risco de alta

ingestão desta substância⁽³²⁾.

Aporte protéico: habitualmente é desaconselhada a ingestão de carnes (gado, porco ou cordeiro, principalmente) e frutos do mar, devido a seu alto teor de purinas. O consumo elevado de carne e de frutos do mar está associado a um risco aumentado de gota e de hiperuricemia. No entanto, nem todos os alimentos fornecedores de proteínas condicionarão estas alterações. Por exemplo, o consumo de leite está associado a uma redução do risco, por via do papel uricosúrico das proteínas do leite. O consumo de proteína vegetal também não parece estar associado a um acréscimo no risco de gota. O consumo de farinha de aveia e vegetais ricos em purina (por exemplo, ervilhas, feijões, lentilhas, espinafre, cogumelos, e couve-flor) não foi associado ao aumento de risco para gota. Isto sugere que a restrição pode ser aplicada para purinas de origem animal, mas não para vegetais ricos em purina. A ingestão total de proteína não parece estar diretamente associada à elevação dos níveis séricos de ácido úrico^(32,33).

Aporte hídrico: Os cálculos de ácido úrico formam-se em urinas com pH ácido. Em associação a uma dieta que promova a alcalinização da urina (rica em citrato e bicarbonato) é recomendável uma ingestão hídrica que promova um volume de urina em torno de dois litros por dia. A ingestão de água, através do aumento da excreção renal, promove diminuição dos níveis séricos de ácido úrico, assim redução da probabilidade de formação de cálculos renais. Em resumo, recomenda-se a ingestão de cerca de 2-3 litros de líquidos por dia, dando-se preferência à ingestão de água pura⁽³³⁾.

Consumo de etanol: O consumo de etanol pode induzir hiperuricemia. Considerando os resultados do *Third National Health and Nutrition Examination Survey*, estudo realizado em uma população de 14.809 americanos, as diferentes bebidas alcoólicas (cerveja, licor e vinho) têm diferentes impactos nos valores séricos de ácido úrico. O consumo moderado de vinho (até um copo por dia) não se associa ao aumento do risco de hiperuricemia, em contraponto ao consumo de cerveja que confere um risco maior. Além do seu teor de álcool, a cerveja é rica em purinas, em especial guanosina, favorecendo assim a hiperuricemia e o risco de gota^(32,33).

Referências

1. World Health Organization. Guideline: nutritional care and support for patients with tuberculosis. Geneva: WHO; 2013.
2. Nogueira CR, Chaves GV, Teixeira MT, Franca CA, Ramalho R. Aspectos antropométricos, bioquímicos e sintomatológicos em mulheres com tuberculose pulmonar. *Rev Cienc Med Campinas*. 2006; 15(4):281-8.
3. Silva S. O estado nutricional na tuberculose pulmonar [tese]. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto; 2015.
4. Cuppari L. Nutrição clínica no adulto: guias de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. 2.ed. São Paulo: Manole; 2007.
5. Mueller C, Compher C, Ellen MD. ASPEN Clinical Guidelines: nutrition screening, assessment, and intervention in adults. *JPEN: J Parenter Enteral Nutr*. 2011; 35(1):16-24.
6. Fidelix MSP. Manual orientativo: sistematização do cuidado de nutrição. São Paulo: Associação Brasileira de Nutrição; 2014.
7. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995.
8. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994; 21(1):55-67.

9. Blackburn GL, Bistrain BR, Maini BS. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. *JPEN: J Parenter Enteral Nutr.* 1977; 1(1):11-32.
10. Institute of Medicine. Dietary reference intakes. Applications in dietary assessment. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
11. Maras JE, Bermudez OI, Qiao N, Bakun PJ, Boody-Alter EL, Tucker KL. Intake of α -tocopherol is limited among US adults. *J Am Diet Assoc.* 2004; 104:567-75.
12. Govender A, Kindness A, Jonnalagadda SB. Impact of soil quality on elemental uptake by Zingiber officinal (ginger rhizome). *Int J Environ Anal Chem.* 2009; 89:367-82.
13. Bacelo AC, Ramalho A, Brasil PE, Rodrigues CSC, Georg I, Paiva E, et al. Nutritional supplementation is a necessary complement to dietary counseling among tuberculosis and tuberculosis HIV patients. *Plos One.* 2015 Aug; 10(8):e0134785.
14. World Health Organization. Integrated management of adolescent and adult illness (IMAI). IMAI District Clinician Manual: Hospital Care for Adolescents and Adults. Geneva: WHO; 2011.
15. Institute of Medicine. Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids. Washington, DC: National Academies Press; 2005.
16. Correia ITD, Hegazi RA, Higashiguchi T, Michel JP, Reddy R, Tappenden KA, et al. Evidence-based recommendations for addressing malnutrition in health care: an updated strategy from the feed M.E. Global Study Group. *J Am Med Dir Assoc.* 2014 Aug.; 15(8):544-50.
17. Horsburgh R. Epidemiology of tuberculosis. UpToDate [Internet]. Last updated: out 31, 2019. [acesso em 2020 fev 10]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-of-tuberculosis>.
18. Grobler L, Nagpal S, Sudarsanam TD, Sinclair D. Nutritional supplements for people being treated for active tuberculosis (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(6):CD006086.
19. Sarni R, Souza F, Coco RR, Mallozi MC, Solé D. Micronutrientes e sistema imunológico. *Rev Bras Alerg Imunopatol.* 2010; 33(1):8-13.
20. César TB, Wada SR, Borges RG. Zinco plasmático e estado nutricional em idosos. *Rev Nutr.* 2005 maio/jun; 18(3):357-65.
21. Souza WA, Boas OMCGV. A deficiência de vitamina A no Brasil: um panorama. *Rev Panam Salud Publica.* 2002; 12(3):173-9.
22. Baumgartner TG, Henderson G, Baumgartner SL. Micronutrients in clinical nutrition. In: Baumgartner TG, Henderson G, Baumgartner SL. *Nutrition support: theory and therapeutics.* New York: Chapman & Hall; 1997.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: tabelas de composição nutricional dos alimentos consumidos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
24. Wallis RS, Zumla A. Vitamin D as adjunctive host-directed therapy in tuberculosis: a systematic review. *Open Forum Infect Dis.* 2016 SepT; 3(3):ofw151.
25. Alves M, Bastos M, Leitão F, Marques G, Ribeiro G, Carrilho F. Vitamina D: importância da avaliação laboratorial. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab.* 2013; 8(1):32-9.
26. Lyons TP, Jacques KA. *Nutritional biotechnology in the feed and food industries.* Nottingham: Nottingham University Press; 2003. p. 59-76.
27. Brunetto MA, Gomes MOS, Jeremias JT, Oliveira LD, Carciofi AC. Imunonutrição: o papel da dieta no restabelecimento das defesas naturais. *Acta Sci Vet.* 2007; 35(suppl. 2):230-2.
28. Lutge EE, Wiysonge CS, Knight SE, Sinclair D, Volmink J. Incentives and enablers to improve adherence in tuberculosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; (9):CD007952.
29. Ministério da Saúde (Brasil), 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; 2019.
30. Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. Consenso Brasileiro de náuseas e vômitos em cuidados paliativos. *Rev Bras Cuidados Paliativos* 2011; 3(3-Suppl. 2).
31. Campos HS. Tratamento da tuberculose. *Pulmão.* 2007; 16(1):21-31.

32. Barra CS, Nunes CS, Bernardi DCC. Influência da nutrição e obesidade na hiperuricemia e gota. RBONE. 2007 Jan/Fev; 1(1):64-71.
33. Martins J, Jorge E, Camolas J, Do Carmo I. Estratégias para intervenção nutricional na hiperuricemia e gota. Revista Nutrícias. 2014; 19:28-31.

